

Abordaje integrador de los trastornos de personalidad.

Iezzi, Facundo, Helmich, Natalia y Grasso, Jimena.

Cita:

Iezzi, Facundo, Helmich, Natalia y Grasso, Jimena (2025). *Abordaje integrador de los trastornos de personalidad. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/543>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/BOA>

ABORDAJE INTEGRADOR DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Iezzi, Facundo; Helmich, Natalia; Grasso, Jimena

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El abordaje integrador de los trastornos de personalidad propone una perspectiva clínica flexible y basada en la evidencia, adecuada a la complejidad sintomática y relacional que caracteriza a estos cuadros. A partir del reconocimiento de que no existe una única terapia superior en términos de eficacia general (Clarkin et al., 2015), se sostiene que la combinación de factores comunes —como la alianza terapéutica, la validación empática y el contrato de tratamiento— con intervenciones específicas adaptadas a las necesidades individuales, ofrece mejores resultados. Los trastornos de personalidad implican disfunciones en sistemas interpersonales, regulatorios y del self, lo cual exige un modelo terapéutico modular (Livesley et al., 2015). Este modelo contempla una secuencia jerarquizada: primero garantizar seguridad y regulación emocional, luego intervenir en vínculos disfuncionales y, por último, favorecer la integración identitaria. La evidencia empírica indica que los tratamientos manualizados efectivos (DBT, MBT, TFP, SFT, entre otros) abordan distintas dimensiones del funcionamiento, pero ninguno lo hace integralmente (Bateman & Fonagy, 2004; Linehan, 1993). El enfoque integrador, entonces, promueve un diseño terapéutico individualizado, estructurado y empático que prioriza la singularidad subjetiva, favorece el cambio sostenido y responde a los desafíos clínicos de forma comprensiva y coherente.

Palabras clave

Trastorno personalidad - Abordaje integrador

ABSTRACT

INTEGRATIVE APPROACH TO PERSONALITY DISORDERS

The integrative approach to personality disorders offers a flexible and evidence-based clinical framework, tailored to the symptomatic and relational complexity of these conditions. Given the lack of definitive superiority among specific therapies (Clarkin et al., 2015), this model emphasizes combining common therapeutic factors—such as therapeutic alliance, empathic validation, and treatment framing—with specific techniques adapted to individual needs. Personality disorders involve dysfunctions across interpersonal, regulatory, and self-related systems, which calls for a modular treatment model (Livesley et al., 2015). This model follows a hierarchical structure: first ensuring safety and emotional regulation, then addressing dysfunctional interpersonal patterns, and ultimately fostering identity integration.

Empirical research shows that while various manualized treatments (e.g., DBT, MBT, TFP, SFT) target key dimensions of functioning, none address all domains comprehensively (Bateman & Fonagy, 2004; Linehan, 1993). The integrative approach advocates for individualized, structured, and empathic intervention strategies that acknowledge subjective uniqueness and foster long-term therapeutic change. By bridging diverse theoretical models and aligning interventions with the patient's evolving needs, this approach provides a coherent and humanized response to the challenges of treating personality pathology.

Keywords

Personality disorder - Integrative treatment approach

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con trastornos de la personalidad son frecuentes y presentan múltiples áreas afectadas, trayendo consigo una complejidad en el abordaje clínico. Whinsper et. al. (2020) realizaron un metaanálisis con un total de 46 estudios de 21 países diferentes de 6 continentes (África, América del norte, América del sur, Asia, Oceanía y Europa), en el que hallaron que la prevalencia mundial de cualquier trastorno de personalidad es de 7,8%, la tasa global del grupo A es del 3,8%, el grupo B del 2,8% y del grupo C 5,0%. Esta cifra supera la estimación de prevalencia de los trastornos de la personalidad de la OMS sobre salud mental mundial del 6,1% (Huang et. al., 2009).

Tradicionalmente, los trastornos de la personalidad se consideraban diagnósticos poco confiables, cuya consideración hallaba cierta reticencia entre los profesionales clínicos. Sin embargo, en la actualidad se reconocen como trastornos de gran relevancia por su gran comorbilidad, mortalidad precoz y grandes costos personales económicos y sociales (Moran et. al., 2016; Samuels, 2011).

Los trastornos de la personalidad se asocian con altos niveles de deterioro mental, físico y funcional (Whinsper et al., 2020). Si no se toman en cuenta los efectos a nivel poblacional es probable que estos promuevan el progreso de la discapacidad en todo el mundo (Quirk et. al., 2016). Ante esta compleja situación clínica, se puede abordar mediante un enfoque integrado del tratamiento, utilizando estrategias y técnicas de tratamiento de las diversas escuelas de terapia, secuenciadas y adaptadas al paciente individual.

BASES DE UN ENFOQUE INTEGRAL PARA TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los pacientes con trastorno de personalidad presentan múltiples áreas problemáticas y potenciales objetivos a trabajar. Las principales escuelas de psicoterapias abocadas al estudio de estos pacientes ponen el énfasis en técnicas exclusivas que se relacionan con una teoría específica o hipótesis sobre la naturaleza y las causas de la problemática (Clarkin, 2012). Si bien los manuales de tratamiento sugieren que algunas estrategias y técnicas son exclusivas y esenciales para el tratamiento, existen otras técnicas que son comunes a diversos enfoques (Clarkin, 2012). Los pacientes con trastorno de personalidad suelen presentar más de un trastorno al mismo tiempo (Friburgo et al., 2013). Tener un trastorno de la personalidad comórbido es un factor de riesgo importante para un pronóstico o resultado desfavorable (Skodol et al., 2011). Por lo tanto, los pacientes muestran una gama amplia de objetivos de cambio, que probablemente requieran una variedad de estrategias de intervención, provocando que muchas teorías de mecanismo único puedan resultar insuficientes (Gabbard, 2010).

Se ha demostrado que al menos siete terapias manualizadas específicas son efectivas en al menos una evaluación metodológicamente sólida. Estos incluyen terapia dialéctico conductual (Linehan, 1993), la terapia cognitiva (Davidson, 2008), la terapia cognitiva analítica (Ryle y Kerr, 1997), la terapia basada en la mentalización (MBT; Bateman y Fonagy, 1999, 2001), la psicoterapia centrada en la transferencia (TFP; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999, 2006), la terapia centrada en esquemas (SFT; Young, Klosko y Weishaar, 2003) y el entrenamiento de sistemas para la previsibilidad y la resolución de problemas (STEPS; Blum et al., 2008).

Sin embargo, los manuales de tratamiento existentes para los trastornos de la personalidad enfatizan una o varias de las áreas de funcionamiento, lo que implica descuidar otras (Clarkin, 2012). Por ejemplo, la terapia dialéctica conductual (DBT; Linehan, 1993) se centra en la conducta y brinda menos atención a las unidades cognitivas-afectivas internas. Por otro lado, los tratamientos dinámicos como el tratamiento basado en la mentalización (MBT; Bateman y Fonagy, 2006) y la psicoterapia centrada en la transferencia (TFP; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006) que se centran en los modelos de trabajo internos o unidades cognitivas-affectivas, podrían beneficiarse de algunas de las tecnologías de cambio conductual de otras orientaciones.

Con respecto a la selección del tratamiento, el principal hallazgo de estos estudios es la falta de evidencia de diferencias clínicamente significativas en los resultados entre terapias (Bartak, Soeteman, Verheul y Busschbach, 2007; Budge et al., 2014; Leichsenring y Leibing, 2003; Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011). En general, los estudios de resultados sugieren que existen pocas bases empíricas para seleccionar un enfoque respaldado por evidencia sobre otro. A pesar de ello, las terapias

especializadas son más eficaces que el tratamiento habitual o el tratamiento administrado por médicos expertos (Linehan, et al., 2006).

Además, la investigación en psicoterapia se limita a unos pocos trastornos con efectos relativamente comparables (Clarkin, Livesley y Cain, 2015). Solo unos pocos de los 10 trastornos de personalidad del DSM-5 han sido objeto de investigación en psicoterapia, y la gran mayoría de las investigaciones sobre tratamientos se centran en el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Clarkin, Livesley y Cain, 2015). Sin embargo, incluso con el TLP, la mayoría de los estudios utilizaron muestras pequeñas, lo que limita la generalización de sus hallazgos (Davidson et al., 2006). En diferentes ensayos, un número significativo de pacientes no respondió al tratamiento, lo que plantea el interrogante respecto de su respuesta a un tratamiento alternativo o a un posible tratamiento integrado adaptado a sus necesidades individuales (Livesley, Dimaggio y Clarkin, 2015). Por lo tanto, la psicoterapia actualmente está avanzando hacia un enfoque individualizado, en su evaluación y tratamiento ya que cada individuo tiene una historia psicológica única de desarrollo (Norcross y Wampold, 2011).

Clarkin y Livesley (2015) recomiendan un enfoque de tratamiento integrado que incorpora un camino hacia la integración. El tratamiento combina factores generales y un eclecticismo técnico que determina su estructura básica. Este implica el uso de dos tipos amplios de módulos de intervención: módulos generales basados en intervenciones que ponen en práctica mecanismos de cambio comunes a todas las terapias y módulos más específicos compuestos por intervenciones que apuntan a disfunciones más específicas, como la desregulación emocional, el comportamiento violento y la autocontrol deliberado, daño y sumisión (Livesley, Dimaggio y Clarkin, 2015).

¿QUE CONSTITUYE UNA PERSONALIDAD DISFUNCIONAL?

El tratamiento integrado sostiene que la personalidad es un conjunto de subsistemas organizados de forma flexible (Dimaggio, Semerari, Carcione, Procacci y Nicolò, 2006; Livesley, 2003). Livesley, Dimaggio y Clarkin (2015) consideran que este conjunto incluye el sistema personal e interpersonal, un sistema de procesos reguladores y moduladores y por último, los rasgos disposicionales de la personalidad.

El desarrollo del sistema de personalidad está influido por predisposiciones hereditarias que generan diversos rasgos de personalidad. Estos rasgos reflejan diferencias individuales de relevancia clínica. Según la evidencia, los rasgos asociados a los trastornos de la personalidad pueden agruparse en cuatro categorías principales (Widiger y Simonsen, 2005): (1) desregulación emocional; (2) conductas disociales; (3) evitación social; y (4) compulsividad (Livesley y Clarkin, 2015). A medida que los rasgos se manifiestan, influyen en el desarrollo de los sistemas interpersonal y del self (Livesley y Clarkin, 2015).

Livesley y Clarkin (2015) especificaron que las deficiencias asociadas con el trastorno de la personalidad abarcan todos los subsistemas de la personalidad, dando lugar a cuatro dominios principales de deficiencia funcional: 1) síntomas de disforia, autolesiones, disociaciones, rabia; 2) problemas de regulación y modulación en impulsos y emociones y procesos metacognitivos deteriorados; 3) problemas interpersonales en relaciones de apego e intimidad; 4) deterioro en la propia identidad, autoestima, esquemas desadaptativos del yo.

El trastorno de la personalidad suele caracterizarse por un yo poco diferenciado, con una cantidad limitada de esquemas del yo, lo que resulta en una comprensión empobrecida de uno mismo, como se observa en personas con rasgos esquizoides o evitativos. Asimismo, una integración deficiente de los esquemas del yo puede conducir a un yo fragmentado e inestable, como ocurre en quienes presentan alta reactividad emocional.

La literatura clínica establece que las características comunes a todos los trastornos de la personalidad en la dificultad para establecer un yo o una identidad coherente (Kernberg, 1984; Kohut, 1971) y disfunción interpersonal crónica (Benjamin, 2003; Rutter, 1987; Livesley y Clarkin, 2015). Ambas características afectan negativamente al tratamiento al dificultar el establecimiento de una alianza de tratamiento colaborativo, genera problemas de límites, impide la motivación para el cambio y causa dificultades para establecer y alcanzar metas a largo plazo (Livesley y Clarín, 2015).

El tratamiento puede estructurarse como una secuencia que prioriza inicialmente los dominios más susceptibles de cambio, lo que incrementa la probabilidad de lograr avances tempranos en la terapia. Entre estos dominios, los síntomas destacan como los más variables y tratables, ya que suelen fluctuar de manera natural y, en muchos casos, muestran mejoras al inicio del tratamiento. Resulta fundamental centrarse en la reducción de los síntomas y en mejorar el control de las emociones.

La reducción de los síntomas y el fortalecimiento de la autorregulación facilitan el enfoque en áreas más complejas de la psicopatología, como los patrones interpersonales disfuncionales y el desarrollo de las capacidades metacognitivas. Conforme se logra un mejor desempeño en las relaciones interpersonales, es posible abordar los aspectos más estables de la psicopatología relacionados con el núcleo del yo y los esquemas interpersonales (Livesley, 2012).

El tratamiento de estas dificultades relacionadas con el yo se centra en fomentar un mayor autoconocimiento, promoviendo una diferenciación más clara de los autoesquemas y su integración, promoviendo una mayor diferenciación e integración de las percepciones que el individuo tiene sobre los demás (Livesley, 2012).

TRATAMIENTO E INTERVENCIONES COMUNES

Livesley, Cain y Clarkin (2015) refieren que un tratamiento integrado para los trastornos de personalidad comprende que el cambio terapéutico se traduce en principios generales que subyacen a todos los tratamientos eficaces para este tipo de psicopatología. Los mecanismos generales comunes a todos los tratamientos explican un cambio sustancial en los resultados, aunque cada enfoque de tratamiento también incluye estrategias y métodos específicos de ese enfoque particular para tratar aspectos de la psicopatología. Por ejemplo, la terapia dialéctica conductual incorpora intervenciones específicas para tratar las emociones inestables y la autolesión deliberada (Linehan, 1993). Piper y Joyce (2001) plantean que algunas intervenciones son más efectivas para algunos dominios que para otros. Por lo tanto, a diferencia de las intervenciones generales que son comunes a todos los tratamientos, las intervenciones específicas varían durante el tratamiento a medida que diferentes dominios problemáticos se convierten en el foco del cambio (Livesley y Clarkin, 2015).

Las descripciones de los mecanismos de cambio comunes suelen distinguirse entre métodos que son principalmente relacionales y de apoyo, y aquellos que son más instrumentales y brindan nuevas experiencias de aprendizaje y oportunidades para aplicar nuevas habilidades (Lambert, 1992; Lambert y Bergen, 1994).

En primer lugar, se priorizan aquellas estrategias dirigidas a garantizar la seguridad del individuo y de quienes lo rodean (Linehan, 1993; Clarkin et al., 1999). Tras asegurar esta condición, se emplean métodos generales orientados a construir una alianza terapéutica sólida y a motivar al paciente. Finalmente, una vez cumplidos estos requisitos, se implementan intervenciones específicas enfocadas en abordar el problema concreto. Las intervenciones basadas en estos principios forman la estructura básica del tratamiento.

Los principios fundamentales del cambio terapéutico que son comunes a todas las terapias específicas para TP pueden resumirse en cinco estrategias clave: 1. Definir el marco terapéutico mediante la claridad de la postura del terapeuta y el establecimiento de un contrato de tratamiento explícito; 2. Construir y preservar una alianza terapéutica basada en la colaboración; 3. Asegurar la coherencia en el proceso terapéutico; 4. Estimular la motivación hacia el cambio; y 5. Facilitar el desarrollo de la autoobservación y la autorreflexión (Livesley y Clarkin, 2015).

Todos los tratamientos eficaces para el trastorno de la personalidad están muy estructurados y conceden importancia al establecimiento de un marco terapéutico explícito (Bateman y Fonagy, 2000; Linehan, 1993; Livesley y Clarkin, 2015; Gundersen, 2009). El marco está definido por la postura terapéutica y el contrato de tratamiento que juntos estructuran la actividad terapéutica, establecen límites de tratamiento, ayudan a asegurar un proceso consistente y crean condiciones para el cambio.

La postura marca el tono del tratamiento y da forma a las estrategias de intervención al definir las responsabilidades y actividades que estructuran la interacción paciente-terapeuta (Livesley y Clarkin, 2015). Dada la importancia de los factores de relación para un resultado exitoso, se supone que la postura más apropiada implica apoyo, empatía y validación y fomenta la participación del paciente en una exploración descriptiva colaborativa de los problemas y la adquisición de respuestas más adaptativas (Critchfield y Benjamin, 2006; Livesley, 2003).

El desarrollo de un marco de tratamiento equivale a establecer un contrato de tratamiento (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr y Appelbaum, 1989). Es importante recordar que el establecimiento de un contrato o marco de tratamiento marca el final de la evaluación y el comienzo de la fase de tratamiento de la terapia. Gunderson (2001) sugirió que uno de los objetivos de la terapia era establecer la alianza de trabajo y describió cómo la alianza se desarrolla a través de una serie de etapas en la psicoterapia a largo plazo. Critchfield y Benjamin (2006) refieren que los resultados positivos aumentan con un enfoque orientado a objetivos en el que se establece un marco de tratamiento en colaboración con el paciente y se estructura para lograr objetivos claros y explícitos.

Al igual que el marco o contrato terapéutico, un elemento necesario y fundamental es la creación de una alianza terapéutica eficaz. Los pacientes con trastornos de personalidad pueden afectar la alianza creando tensiones y rupturas (Bender, 2005). La investigación de resultados ha demostrado que los pacientes con trastornos de la personalidad son especialmente desafiantes y resistentes al tratamiento, lo que resulta en procesos más negativos, mayores tasas de deserción y mayor duración del tratamiento (Benjamin & Karpiak, 2002; Clarkin & Levy, 2004; Westen & Morrison, 2001). Lewis (2000) propuso que en una terapia exitosa, la ruptura y la reparación en los vínculos afectivos de las relaciones de apego, como la relación terapéutica, es el aspecto curativo más poderoso del tratamiento.

Al examinar la alianza terapéutica y las inevitables rupturas en ella con clientes con trastornos de la personalidad, surge una cuestión particular que requiere mayor consideración y plantea desafíos a los terapeutas (Dimaggio et al., 2012). El aspecto multidimensional del trastorno de la personalidad complica la intervención terapéutica por lo que requiere un enfoque integrado que posiblemente combine componentes terapéuticos de diferentes modelos (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007; Dimaggio et al., 2012; Livesley, 2003).

Por otra parte, un proceso de tratamiento consistente también se asocia con resultados positivos (Critchfield y Benjamin, 2006). Los pacientes que se benefician del tratamiento mencionan la coherencia del terapeuta como un factor importante en su mejora (Livesley, 2008). La coherencia en este contexto se define como la adherencia al marco de la terapia. Esta es la razón por la que el contrato de tratamiento es tan importante (Links, Mercer y Novick, 2015). Livesley y Clarkin (2015)

refieren que la coherencia proporciona la estructura necesaria para contener emociones e impulsos inestables. Sin embargo, mantener la coherencia es un desafío debido a que los estados inestables del self, las emociones lábiles, la desconfianza, la dificultad para cooperar, la hostilidad y la agresión a menudo conducen a intentos recurrentes de alterar el marco y a desafíos a la resolución del terapeuta de ser coherente. El éxito requiere habilidad para establecer límites de una manera solidaria que no dañe la postura empática.

Todas las terapias con perspectivas teóricas y filosóficas muy diferentes coinciden en que la validación es crucial en el tratamiento del trastorno de la personalidad. La validación puede definirse como el reconocimiento y la afirmación por parte del terapeuta de la legitimidad de la experiencia del paciente (Linehan, 1993). La validación cumple múltiples funciones: fortalece la alianza y reduce la actitud defensiva que lleva a los pacientes a dedicar tiempo a justificar sus sentimientos y angustia. Las intervenciones de validación también ayudan a gestionar y tratar la patología central afirmando la autenticidad de los sentimientos del paciente y contrarrestando formas de pensamiento auto invalidantes que obstaculizan el autodesarrollo (Livesley y Clarkin, 2015).

Otra intervención general es alentar la motivación en el paciente ya que la falta de este atributo es común en el trastorno de personalidad. Cuando la motivación es pobre, la evidencia sugiere que el mejor camino es mantener una postura de apoyo mientras se intenta explorar las consecuencias del comportamiento desadaptativo. Aunque los terapeutas suelen verse tentados a reaccionar de manera más confrontativa, esto rara vez funciona y suele tener efectos adversos en la alianza. Como señalaron Linehan, Davison, Lynch y Sanderson (2006), la motivación aumenta cuando el terapeuta aborda la baja motivación y los impasses terapéuticos de manera solidaria y flexible y reconoce que el cambio es difícil.

El trastorno de la personalidad implica deficiencias en una amplia gama de procesos metacognitivos (Bateman & Fonagy, 2004; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Semerari, Carcione, Dimaggio, Nicolò, & Procacci, 2007) que dificultan el surgimiento de un yo coherente y la capacidad de relacionarse eficazmente con los demás. El trabajo de la terapia se conceptualiza como involucrar al paciente en una descripción colaborativa de sus problemas y el efecto en su vida y sus relaciones (Livesley, 2003). Este proceso también incluye alentar a los pacientes a reflexionar sobre la naturaleza de estos problemas y sus consecuencias y a sentir cada vez más curiosidad por sus propios estados mentales.

En este sentido, la mentalización es un importante factor común en los enfoques psicoterapéuticos del trastorno de la personalidad. El terapeuta debe centrarse en la capacidad de mentalizar, es decir, la interpretación implícita o explícita de las acciones de los demás o de uno mismo como intencionales, mediada por estados mentales (Fonagy, Gergely y Jurist, 2002). Existen varios

constructos que cubren en menor o mayor medida, el mismo terreno (ver Choi-Kain y Gunderson, 2008), como la reflexividad (Bleiberg, 2001), o la atención plena (Brown y Ryan, 2003), la coherencia de la “autonarrativa” (Westen & Cohen, 1993). Sin embargo, estos no consideran exactamente las mismas áreas. En todos los tratamientos para el trastorno de la personalidad, el terapeuta presenta su construcción de una situación social relacionada por el paciente. En conjunto, el paciente y el terapeuta construyen una comprensión colaborativa de los estados mentales del paciente que conducen a su conducta. Desde una perspectiva mentalizadora, el valor de la psicoterapia para el TLP y probablemente para otros trastornos de la personalidad es la experiencia de que otro ser humano tenga en mente la mente del paciente. La terapia basada en la mentalización (MBT) hace de esto el núcleo del tratamiento y pide específicamente al terapeuta que se centre en los estados mentales del paciente y los dilucida en detalle dentro de la relación de apego (Bateman y Fonagy, 2004).

CONCLUSIÓN

El abordaje integrador de los trastornos de la personalidad representa un avance fundamental frente a la complejidad clínica y relacional que caracteriza a estos cuadros. Lejos de limitarse a marcos teóricos únicos, este enfoque propone una mirada amplia y flexible que articula diversas estrategias terapéuticas en función de las particularidades de cada paciente. Reconoce que la personalidad está conformada por sistemas interrelacionados —como la identidad, la regulación emocional, el funcionamiento interpersonal y los patrones cognitivos—, cuyo deterioro exige intervenciones diferenciadas y coordinadas.

La evidencia actual sugiere que no existe una única terapia superior, sino que las intervenciones más eficaces comparten ciertos factores comunes, como la construcción de una alianza terapéutica sólida, la validación empática, la claridad en el encauadre y el fortalecimiento de la capacidad reflexiva del paciente. Al mismo tiempo, se vuelve crucial adaptar las herramientas específicas a las características particulares del sufrimiento psíquico de cada persona, promoviendo así un cambio significativo y sostenido.

En definitiva, el modelo integrador no solo busca aliviar los síntomas más disruptivos, sino también favorecer procesos de autoconocimiento, cohesión del yo y mejora en los vínculos. Apostar por esta perspectiva implica posicionarse desde una ética del cuidado que prioriza la singularidad subjetiva y la complejidad del desarrollo humano, integrando lo mejor de cada enfoque en una práctica clínica más efectiva y humanizada.

BIBLIOGRAFÍA

- Bartak, A., Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. (2007). Strengthening the status of psychotherapy for personality disorders: an integrated perspective on effects and costs. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 52(12). 803-810. <https://doi.org/10.1177/070674370705201208>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10). 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1). 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.). *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 185-200). John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch9>
- Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach*. Guilford Press.
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *The American journal of psychiatry*, 165(4). 468-478. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4). 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons Inc.
- Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (Ed.). & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clarkin, J. F. (2012). An integrated approach to psychotherapy techniques for patients with personality disorder. *Journal of personality disorders*, 26(1). 43-62. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.1.43>
- Clarkin, J. F., Cain, N., & Livesley, W. J. (2015). An integrated approach to treatment of patients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1). 3.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., & Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCAT) trial. *Journal of personality disorders*, 20(5). 450-465.
- Davidson, K. M. (2008). Cognitive-behavioural therapy for personality disorders. *Psychiatry*, 7(3). 117-120.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M., & Nicolo, G. (2006). Toward a model of self pathology underlying personality disorders: Narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision-making processes. *Journal of personality disorders*, 20(6). 597-617.

- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *Journal of affective disorders*, 145(2), 143-155.
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. American Psychiatric Publishing, Inc..
- Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Demyttenaere, K., de Graaf, R., Gureje, O., Karam, A. N., Lee, S., Lépine, J. P., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Suliman, S., Vilagut, G., & Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 195(1), 46-53. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.058552>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Livesley, W. J. (2003). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. In K. A. Phillips, M. B. First, & H. A. Pincus (Eds.). *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 153-189). American Psychiatric Association.
- Livesley, W. J., Dimaggio, G., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2015). *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach*. Guilford Publications.
- Morán, C., Carmona, J. A., & Fínez, J. (2016). Tipos de personalidad, agresión y conducta antisocial en adolescentes. *Psychology, Society & Education*, 8(1), 65-80. <https://doi.org/10.25115/psye.v8i1.548>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98.
- Ryle, A., Leighton, T., & Pollock, P. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*. John Wiley & Sons Inc.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223-233. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200>
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., Alarcon, R. D., Bell, C. C., Siever, L. J., & Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality disorders*, 2(1), 4-22. <https://doi.org/10.1037/a0021891>
- Westen, D., & Cohen, R. P. (1993). The self in borderline personality disorder: A psychodynamic perspective. In Z. V. Segal & S. J. Blatt (Eds.). *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 334-368). The Guilford Press.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of personality disorders*, 19(2), 110-130.
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 216(2), 69-78. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.