



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD LÍMITE Y  
VÍNCULOS PATOLÓGICOS**

Nombre: María Valentina

Apellidos: Burgueño Vera

Ciudad: Montevideo

Fecha: 30/10/2017

Tutor: Prof. Agda. Gabriela Prieto

## **INDICE:**

Resumen.....	pág. 3
Introducción.....	pág. 4
Personalidad.....	pág. 5
Trastornos de la Personalidad.....	pág. 9
-Normal/Patológico.....	pág. 9
-Características de los Trastornos de la Personalidad.....	pág.10
Trastorno Límite de la Personalidad.....	pág.13
-Evolución histórica del trastorno.....	pág.14
Características y vínculos en los pacientes limites.....	pág.18
-Concepción de vínculo.....	pág.18
-Características del cuadro clínico y su influencia en los vínculos.....	pág.19
Tratamientos aplicados en pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite...	pág.31
Conclusión.....	pág.43
Referencias Bibliográficas.....	pág.45

## **RESUMEN:**

El presente trabajo, realiza una caracterización del Trastorno Borderline de la Personalidad. Se describe, la influencia que desempeña cada aspecto de dicha patología, sobre los vínculos que presentan los sujetos. Para dicha descripción, se lleva adelante, una revisión bibliográfica, que toma como referencia autores clásicos, como Millon, Kernberg, Gabbard, Gunderson, así como, autores contemporáneos y otros tipos de clasificación, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Mediante esta bibliografía, se hacen dialogar las perspectivas descriptivas y psicodinámicas, obteniendo una comprensión exhaustiva del tema.

El trabajo, se enmarca en el concepto de personalidad. Luego de definir dicho concepto, se exponen las categorías de normalidad y patología, para el posterior desarrollo del significado de Trastorno de la Personalidad.

Posteriormente, se menciona la relevancia del Trastorno Límite de la Personalidad, y se realiza un recorrido histórico del término. A continuación, se desarrolla la concepción de vínculo, en la que se enmarca el apartado. A raíz de esta concepción, se realiza una descripción clínica del trastorno, destacando la incidencia de cada característica en los vínculos. Se abordan, tanto los aspectos categoriales como psicodinámicos de la patología, articulando conceptualizaciones de diversos autores, junto a los diferentes tratamientos sugeridos.

Al finalizar la revisión, se destaca la importancia, de que el clínico pueda centrarse en el sujeto, considerando su historia y contexto. Luego, se mencionan las estrategias teórico – clínicas, para el afrontamiento de la patología. Se sugiere, prestar fundamental atención, a los aspectos vinculares que pueden estar afectados en el paciente.

**Palabras claves:** Trastorno de la Personalidad Borderline – Vínculos – Tratamiento

## **INTRODUCCIÓN:**

En el presente trabajo, se intentará abordar la problemática vincular, que presentan los sujetos con Trastorno de la Personalidad Límite. Para llevar adelante dicho abordaje, se analizarán los aspectos descriptivos, estructurales, genéticos y dinámicos de dicha patología. Se prestara especial énfasis, en la influencia que cada aspecto desempeña sobre los vínculos del sujeto, para propiciar, que los vínculos tengan un perfil patológico. Asimismo, se abordará el concepto de vínculo, en el que se enmarcará el trabajo, para obtener, un mejor entendimiento, del aspecto sobre el que se observará la influencia.

Para llevar adelante el abordaje, resulta de especial relevancia, hacer un recorrido sobre aquellos conceptos centrales, para la comprensión del Trastorno Límite de la Personalidad. Se iniciará el trabajo, con la revisión del término personalidad, a partir de lo planteado por varios autores. A raíz dicha revisión, se entenderá a la personalidad, como un patrón cualitativo de identidad, que condiciona la interacción con el entorno. La personalidad, puede ser parcialmente modificable, y se deben tener en cuenta, tanto los rasgos adaptativos como desadaptativos de la misma, para predecir la evolución hacia un Trastorno de la Personalidad.

Posteriormente, se desarrollará el concepto de Trastornos de la Personalidad, sus características generales, desde los enfoques descriptivos y psicodinámicos, así como, las diferentes categorías que existen dentro de estos. Exponer este concepto, permitirá, ubicar e introducir el tema central del presente trabajo. Se hará un recorrido histórico, sobre el Trastorno de la Personalidad Límite, y se plantearán las diferentes concepciones sobre el mismo. Una vez considerados los distintos enfoques de los autores sobre la temática, se tomará el lineamiento de Kernberg (1993), quien entenderá, al Trastorno Límite de la Personalidad, como una organización patológica, específica y estable, que presenta síntomas típicos, particulares operaciones defensivas del yo, relaciones objetales internalizadas y determinados rasgos genéticos. A partir de dicha concepción, se abarcarán los principales aspectos de la organización psíquica de los sujetos, que presentan Trastorno Límite de la Personalidad. Dichos aspectos son, la falta de cohesión, difusión de identidad, desregulación emocional, mecanismos de defensa, entre otros. Esta exposición, se realizara, con el fin, de reflexionar acerca de las características que inciden, en los vínculos presentados por estos sujetos.

En última instancia, se evaluarán los posibles tratamientos psicológicos y farmacológicos, de mayor eficacia para este tipo de trastorno.

## **PERSONALIDAD:**

El término personalidad, es definido por Millon (2006), como un patrón complejo de características psicológicas, profundamente enraizadas. Estas características, se expresan de forma automática, en casi todas las áreas de la actividad psicológica. La personalidad, no se limita a un solo rasgo, sino que incluye la totalidad de las características, que configuran la constelación completa de la persona: interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas. Cada rasgo, refuerza a los otros para perpetuar la estabilidad y la consistencia conductual de la estructura completa de la personalidad.

Haciendo alusión a una perspectiva cognitiva, Blanco y Moreno (2006), entienden al término personalidad como “el sistema de constructos del individuo, es decir, un sistema cognitivo persistente a partir del que se derivan acciones específicas, a través de la interacción con el medio en el proceso de maduración y aprendizaje”. (p.5) A raíz de dicha concepción Ariztia (2014), va considera a la personalidad, como aquello, que condiciona y regula las relaciones interpersonales, así como, la autoimagen y la capacidad de planificación, entre otros aspectos.

Asimismo, el concepto personalidad, suele confundirse muchas veces con otros dos términos, que se encuentran enlazados a este. Estos términos son, carácter y temperamento. Respecto al carácter, Azpiroz y Prieto (2014), plantean que hace referencia a las características adquiridas durante el crecimiento. Dichas características, resultan de la combinación entre disposiciones innatas, influencias familiares, sociales, fantasías intrapsíquicas, traumas y estresores en el ambiente. Entre estas características encontramos, la autoconducción, capacidad de cooperación, autotranscendencia y autogüia. Para Millon (2006), esta última, está muy arraigada con las ideas psicoanalíticas de autoestima, cohesión y representación del sí mismo, así como funciones del yo. La cooperación, por su parte, es equiparable a relaciones objétales internas, que posteriormente, se exteriorizan y manifiestan en las relaciones interpersonales del individuo. Finalmente, la autotranscendencia, reflejaría ciertas defensas maduras como la sublimación y el altruismo.

Izquierdo (2002), agrega que, al representar el carácter un modelo de comportamiento, estos motivos y disposiciones, son los que dan estabilidad a las conductas sociales del individuo.

El temperamento, por el contrario según lo planteado por Millon (2006), no está relacionado con las fuerzas de socialización, sino con las disposiciones biológicas

básicas hacia ciertas conductas. Esta disposición, puede percibirse, en el estado de ánimo o emotividad predominante de las personas y en la intensidad de sus ciclos de actividad.

Izquierdo (2002), por otra parte, define al temperamento como un concepto amplio, relacionado con las distintas dimensiones de la conducta, entendidas de manera individual. Para este autor el temperamento, se puede apreciar desde la infancia, y representa, una especie de fundamento de la futura personalidad. Es un aspecto, relativamente estable en el tiempo, en comparación con otros componentes de la conducta. Este componente, puede verse modificado en sus manifestaciones por el influjo de su entorno, sobre todo por medio de las prácticas educacionales de los padres.

Entre los aspectos que se encuentran bajo la esfera del temperamento, Gabbard (2006), menciona, la búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia de la recompensa.

La primera, se caracteriza por la actividad exploratoria en respuesta a lo nuevo, toma impulsiva de decisiones, extravagancia en el abordaje a señales y recompensas, rápida pérdida de la paciencia y activa evitación de la frustración. La evitación del daño, implica preocupación pesimista acerca del futuro, conducta evitativa, como temor a lo incierto, timidez con respecto a lo extraño y rápida fatigabilidad.

Y por último, la dependencia de la recompensa, alude a sentimentalismos, apego social, dependencia de la aprobación de otros y la persistencia. Cada una de estas características, pertenece al temperamento y son rasgos de personalidad heredados, presentes ya en la primera infancia.

Por consiguiente, se puede concluir, que las semejanzas existentes entre temperamento, carácter y personalidad, se debe a que el temperamento y el carácter son parte constitutiva de la personalidad. Es decir, se le pueden asignar, las características de la personalidad, un cincuenta por ciento al temperamento y el restante al carácter.

Blanco y Moreno (2006), plantean que “Algunas teorías como las de Millon (1994), proponen que el desarrollo de la personalidad será función de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales” (p.3), por lo cual, su etiología sería multifactorial. Respecto al factor biológico, Millon (2006), considera, que cada persona tiene patrones vitales y de comportamientos característicos, en gran medida impuestos por este factor. Estas influencias biológicas sobre la personalidad,

pueden entenderse como proximales o distales. Las influencias distales, se originan en el código genético, e incluyen características heredadas, que son transmitidas como parte de la historia evolutiva de la especie humana. Las influencias proximales, deben su existencia, al hecho de que el hombre es un sistema biológico complejo. Cuando estas estructuras, que subyacen a la conducta discrepan entre sí, dicha conducta se ve afectada. Así pues, es importante destacar, que si bien la biología no determina la personalidad adulta, limita el desarrollo. A través de dicho factor y, junto con la interacción de los factores sociales y familiares, se canalizan en el sujeto, ciertas vías en favor de otras.

Debido, a la amplia incidencia del factor biológico en la personalidad, resulta de gran relevancia, establecer su influencia de forma detallada. Millon (2006), sostiene que existen mecanismos biológicos fundamentales, para comprender la personalidad. Para explicar dichos mecanismos, hace referencia a la teoría de Cloninger, denominada relaciones hipotéticas de tres disposiciones de rasgos genéticos-neurobiológicos. Dicha teoría, establece que cada uno de estos rasgos, se asocia a un determinado sistema de neurotransmisión. Respecto a estas asociaciones, Blanco y Moreno (2006), agregan que, concretamente la búsqueda de novedad (tendencia heredada hacia la excitación, en respuesta a estímulos novedosos, que conducen a conductas exploratorias, en busca de recompensa o de evitación de la monotonía), se encuentra relacionada, con una baja actividad basal en el sistema dopaminérgico. La evitación del peligro (tendencia heredada a responder intensamente a indicadores de estímulos aversivos, aprendiendo por ello a inhibir la conducta, con el objeto de evitar el castigo), depende de una alta actividad en el sistema serotoninérgico. Y por último, la dependencia del refuerzo (tendencia heredada a responder intensamente a signos de recompensa), está determinada, por una baja actividad basal del sistema adrenérgico.

Asimismo, se han descrito diversas alteraciones en estos rasgos. Marín y Fernández (2007), sostienen, que el sistema serotoninérgico, ha sido ampliamente estudiado como correlato inverso de la conducta agresiva- impulsiva. Blanco y Moreno (2006), argumentan, que dicho correlato, se daría debido a que, “La impulsividad está asociada a un déficit de la función serotoninérgica cerebral, manifestada por bajos niveles raquídeos del ácido 5-hidroxiindolacético y por respuesta disminuida de prolactina a los agonistas serotoninérgicos”. (p.4)

Por otra parte, Marín y Fernández (2007), afirman, que el sistema serotoninérgico, también sería, el causante de la labilidad afectiva. Esta labilidad, estaría dada, debido a que la actividad de la serotonina cerebral, se ha relacionado con el estado de ánimo.

A causa de esta relación, se concluye, que una función disminuida de este neurotransmisor, parece ir asociado a estados depresivos y de disforia. De la misma forma, se han estudiado otros neurotransmisores o neuromoduladores, como la noradrenalina. Dichos neurotransmisores, presentan una actividad aumentada en el locus coeruleus y vasopresina. Esta actividad aumentada, produce impulsividad, mayor reactividad e interacción con el entorno, así como, conductas agresivas, mientras que, una actividad disminuida en la noradrenalina, se asociaría a aislamiento y poca interacción.

Por consiguiente, si bien, todos estos aspectos de la personalidad, vienen impuestos por la biología, la cual, tiene un papel muy importante en el desarrollo de la personalidad. El entorno, igualmente, va actuar como coadyuvante, para que se propicie o no el desarrollo de un Trastorno Límite de la Personalidad. Garcia, Perez y Otin (2010), afirman, respecto a la influencia del entorno, que un contexto comunitario, que le brinde al sujeto experiencias traumáticas, la existencia de abusos físicos y/o sexuales en la infancia, al igual que, antecedentes personales y/o familiares de ingresos psiquiátricos, son factores de riesgo, que propiciarían el desarrollo de un trastorno de este tipo.

Brox,V (2014), complementa lo mencionado, agregando otros factores relevantes como, los traumas temprano, deprivaciones o traumas aprés-coup y/o acumulativos.

No obstante, como afirman Garcia, Perez y Otin (2010), si un sujeto posee vulnerabilidad biológica, pero su entorno familiar es adecuado y no presenta experiencias traumáticas psicológicas, puede, no llegar a presentar este tipo de trastorno. Debido a esta confluencia de factores, se debe considerar, que si bien la personalidad, parte de la biología, lo hace, para luego integrarse en un entorno psicosocial. Si se quiere, tener una comprensión amplia del Trastorno Límite de la Personalidad, va ser necesario tener en cuenta, cada uno de los factores que interviene en la personalidad.



## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

### **NORMAL/PATOLÓGICO:**

Como se observó hasta el momento, es la completa constelación de la personalidad, la que determinará el potencial para la adaptación psicológica o la enfermedad. Millon (2006), va afirmar, que no es posible diferenciar de manera objetiva, entre normalidad y anormalidad. La normalidad, es definida, como la conformidad con los comportamientos y costumbres típicas del propio grupo o cultura, debido a la base social de la personalidad. La patología, estaría dada por comportamientos atípicos, irrelevantes o distintos de los del grupo de referencia. Cuando estos comportamientos, son causados por factores relacionados a la personalidad, se los llamará, rasgos caracterológicos desadaptativos o Trastornos de la Personalidad.

Los rasgos de la personalidad, según Millon (2006), son un patrón duradero de pensamiento, reacciones y comportamientos, que se expresan a lo largo del tiempo y en distintas situaciones. Por ende, cuando varios de estos rasgos de personalidad desadaptativos, aparecen de forma conjunta, se puede decir que constituyen un Trastorno de la Personalidad.

Sin embargo, para Blanco y Moreno (2006), el concepto de normalidad, sería algo más complejo. Para considerar, que una personalidad se encuentra dentro de la normalidad, el sujeto debe tener, la capacidad para funcionar de forma autónoma, competente, ser capaz, de afrontar el ambiente de un modo flexible y adaptarse al mismo de manera eficaz y eficiente. Asimismo, el individuo, debe poseer una forma de percibir y actuar, que fomenten el aumento de la satisfacción personal, las oportunidades de aprender, crecer, mejorar sus propias potencialidades y tener una conciencia coherente e integrada de su sí mismo.

Los Trastornos de la Personalidad, para Blanco y Moreno (2006), datan desde hace ya largo tiempo. Se pueden ver descripciones de estos trastornos, en Hipócrates, quien hablaba de la teoría de los cuatro temperamentos. Cada uno de estos temperamentos, tenía predisposición a padecer determinadas enfermedades. También, se encuentran alusiones a estos trastornos, en Pinel (1801), quien describió la manía sin delirio, la cual, puede considerarse, como la primera aproximación al estudio de los trastornos de la personalidad. Más recientemente,

como categoría diagnóstica entró a formar parte de la nomenclatura psiquiátrica en el año 1964, con ocasión de la Octava Revisión de la

Clasificación Internacional de las enfermedades, para hacer referencia a un cuadro clínico caracterizado por la existencia de una incapacidad para adecuarse a las exigencias del entorno, en ausencia de manifestaciones clínicas de otros trastornos mentales. (Blanco y Moreno, 2006, p.3)

Finalmente, en la actualidad, autores como Azpiroz y Prieto (2014), definen a los trastornos de la personalidad como “constelaciones de rasgos de carácter anormales o patológicos, de intensidad suficiente para implicar una perturbación significativa en el funcionamiento intrapsíquico, interpersonal o ambos”. (p.21)

Por último, desde una perspectiva categorial, Echeburúa, E y Esbec, E (2015), haciendo alusión, a la definición brindada en el DSM-5, sostiene, que un Trastorno de la Personalidad, es considerado como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que afecta: cognición, afectividad, relaciones interpersonales y control de impulsos. Para estos autores, un Trastornos de la Personalidad, además, es un fenómeno generalizado y poco flexible, que comienza en la adolescencia o edad adulta, es estable en el tiempo y da lugar a malestar o deterioro.

Dichos trastornos son divididos en 3 apartados:

- a) Raros y excéntricos, que incluyen el esquizoide, el paranoide y el esquizotípico;
- b) Dramáticos, emotivos o erráticos, que incluyen al límite, antisocial, histriónico y narcisista.
- c) Ansiosos y temerosos, que incluyen el ansioso-evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

Asimismo, los Trastornos de la Personalidad, en general, constan de varias características comunes a todos ellos, las cuales serán descritas a continuación para obtener una mayor comprensión de los mismos.

### **CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:**

Los Trastornos de la Personalidad, constan de varias características que los distinguen de otras patologías. Para Millon (2006), las personas que presentan un Trastorno de la Personalidad, se distinguen por tres características:

1. Tienden a presentar una estabilidad frágil y carencia de capacidades de adaptación, en condiciones de estrés. La mayoría de las personas, disponen de variadas y flexibles estrategias de afrontamiento, cuando una determinada conducta o estrategia no funciona, las personas normales las cambian. Sin embargo, las personas con Trastornos de la Personalidad, tienden a utilizar las mismas estrategias una y otras

vez, incrementando el grado de estrés, amplificando su vulnerabilidad, provocando situaciones críticas y produciendo percepciones distorsionadas de la realidad social;

2. Son inflexibles desde el punto de vista adaptativo. Impulsan o controlan implícitamente las situaciones interpersonales, mediante la intensidad y rigidez de sus rasgos, que constriñen el curso de la interacción. Dado, que estos sujetos, no pueden ser flexibles, el entorno debe flexibilizarse al máximo. Cuando el entorno, no puede adaptarse a la persona, se produce una crisis;

3. Estas personas, no pueden cambiar sus repertorios patológicos que dominan su vida, se repiten una y otra vez como círculos viciosos.

Dichas características, se ven complementadas, por los aportes de Azpiroz y Prieto (2014), quienes sostienen, que lo mayormente afectado en este tipo de trastornos, es la relación armoniosa con los demás, así como, la capacidad de adaptarse y de contar con relaciones interpersonales constructivas. En efecto, estos pacientes, presentan falta de flexibilidad, fijeza y rigidez aguda, al igual que, una vulnerabilidad multideterminada. De igual modo, los sujetos con Trastorno de la Personalidad, son propensos a reaccionar desfavorablemente frente a diversas situaciones, acompañado de una inestabilidad, que se ve reflejada en su variabilidad anímica y disforia. Estos sujetos, tienen un potencial mal adaptativo, que se denota en su desajuste al medio. Los otros, intuyen, observan y singularizan al sujeto como extraño, raro, excéntrico.

Otro aporte de relevancia, es el de Blanco y Moreno (2006), quienes desde una perspectiva del déficit, agregan que en los Trastornos de la Personalidad, existe a su vez, una falla en la construcción o en la investidura, de determinadas funciones psíquicas. Dichas funciones psíquicas, deberían construirse, desde las aportaciones realizadas por los objetos externos. No obstante, en estos trastornos, no se da de manera adecuada. Por ende, desde esta perspectiva, la angustia no surge como consecuencia de deseos prohibidos, que buscan pasar a la conciencia, sino, como consecuencia de vivencias de pérdida de identidad del yo, vivencias de inconsistencia, en relación con el propio pensamiento o vivencias de ausencia de significado de la experiencia.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición, por su parte, describe a los Trastornos de la Personalidad, como un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento, que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo.

Dicho patrón, se puede manifestar en los siguientes ámbitos:

1. Cognitivo: donde se ven afectadas las formas de percibirse e interpretarse a uno mismo, a las otras personas y a los acontecimientos;
2. Afectividad: la cual presenta amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de las respuestas emocionales;
3. Funcionamiento interpersonal, siendo una de las áreas más afectadas;
4. El control de impulsos, el cual se ve debilitado.

Este patrón perdurable, a su vez, es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales, acompañado de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes. Es un patrón estable, de larga duración, y su inicio se puede remontar a la adolescencia o primeras etapas de la edad adulta.

Por consiguiente, se concluye, que en los trastornos, los rasgos de personalidad, es decir, los patrones de pensamiento, reacción y comportamiento, son rígidos. Muestran señales de inadaptación, perturbando su vida social, personal y profesional.

Sin embargo, aun así, como mencionan Azpiroz y Prieto (2014), existen varios niveles de funcionamiento en los pacientes con Trastornos de la Personalidad. Algunos pacientes, pueden tener un funcionamiento elevado y estar relativamente adaptados por un tiempo prolongado, pero presentan dificultades para formar relaciones estables, maduras y saludables. Otros, tienen un funcionamiento más bajo y presentan serias dificultades laborales y sociales.

## TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Para autores como Millon (2006), los Trastornos de la Personalidad, han ocupado hace ya un largo tiempo, un lugar preponderante en el ámbito diagnóstico. Autores como Frossa (2009), apoyan lo planteado por este autor. Frossa (2009), Considera, que en la actualidad el diagnóstico de personalidad limítrofe, puntualmente, es de gran relevancia para los profesionales de la salud mental. Dicho trastorno, se hace evidente en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana, manteniendo un curso inestable durante la primera década de tratamiento. Esta inestabilidad, desanima a los clínicos debido a su falta de progreso.

Frossa (2009), plantea a su vez, que existe una prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad, de alrededor del 5% en población general y 30-60% de todos los Trastornos de Personalidad. El Trastorno Límite de la Personalidad, sería entonces, el más frecuente. Asimismo, este trastorno, constituye el 10% de los pacientes en tratamiento ambulatorio de centros de salud mental, y el 20% de los internados. Lo cual, lleva, a que 1 de cada 100 pacientes psiquiátricos, le corresponde el diagnóstico de fronterizo. Tres cuartos de estos pacientes fronterizos, son mujeres y el riesgo de suicidio en ellos, es 50 veces mayor que en la población general. Existe, una gran probabilidad, de que coexistan junto al Trastorno Límite de la Personalidad, trastornos alimenticios o del ánimo. De igual modo, no se debe olvidar, por otra parte, que el abuso de sustancias tóxicas, es 9 veces mayor, en los sujetos que presentan esta patología, que en el resto de los sujetos que consultan.

Frossa (2009), agrega además, que el Trastorno Límite de la Personalidad, es el funcionamiento psicológico de más difícil diagnóstico. Durante mucho tiempo, no han sido claras las características de este cuadro psicopatológico, utilizándose más bien una técnica de descarte, para efectuar dicho diagnóstico. Dicha técnica constaba, en que, aquellos que no cumplían los criterios de una organización psicótica de la personalidad, y sin embargo, se alejaban de los criterios de normalidad, constituirían una organización limítrofe. Esta dificultad, en la asignación del trastorno, se ve reafirmada, en la visión de Blanco y Moreno (2006), quienes sostienen, que existen muchas dificultades, para diferenciar el Trastorno Límite de la Personalidad de otro tipo de trastornos, debido al solapamiento sintomático que existe entre ellos.

A partir de lo mencionado, autores como Millon (2006), sostienen, que los Trastornos Límites de la Personalidad, con muchísima frecuencia, reciben diagnóstico erróneo. Mediante una pequeña revisión bibliográfica, se puede observar, cómo desde el inicio, dicho término, ha sido portador de significaciones muy diversas.

## **EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRASTORNO:**

Gómez (2000), considera que existen dos tipos de enfoques diferentes, que se esfuerzan por definir este trastorno, a lo largo del tiempo. El enfoque descriptivo y el enfoque psicodinámico. Este último, está constituido, por los descubrimientos psicoanalíticos y las formulaciones psicodinámicas, que intentan establecer las raíces estructurales, dinámicas y de desarrollo del trastorno. El otro, proviene, de la descripción en el campo psiquiátrico, de las conductas, síntomas y rasgos, que diferencian al Trastorno Límitrofe, de los demás Trastornos de la Personalidad. Dichos enfoques, aunque separados, se complementan para comprender y abordar mejor, a tan compleja personalidad.

Dentro del enfoque descriptivo, se encuentra el DSM, que ve al concepto límite, como uno de los muchos Trastornos de la Personalidad. Se encuentran, como seguidores del mismo, a autores como Gunderson y Grinker. Estos autores, de acuerdo a Millon (2006), insistieron, en que el Trastorno Límite, es un trastorno definido de la personalidad, que puede, describirse claramente, al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos.

Kernberg por ejemplo, conforme a Gomez (2000), se encuentra, dentro del enfoque psicodinámico, y considera, al Trastorno Límite, como un nivel de funcionamiento psíquico, que puede dar espacio a distintos tipos de personalidades.

La discusión central, entre estos dos enfoques, conforme a Liberman (1982), sería entonces, si el Trastorno Límite de la Personalidad, es considerado un estado o una estructura. El primero, es definido, como un carácter no estable, sino transitorio, que en especial, incluye parte de las manifestaciones clínicas específicas de la estructura. El segundo en cambio, constituye una configuración puntual, estable y con manifestaciones específicas.

Lerner,H (2007), sostiene, que la noción de bordelinde, organización fronteriza o patología límite, no nació con el psicoanálisis, sino, que comienza a ocupar un lugar, en la literatura de dicha disciplina, en la década de 1930.

Gabbard (2006), plantea, que en el período, que data desde la década del treinta y el cuarenta, los clínicos comenzaron a describir, algunos pacientes que no estaban lo suficientemente enfermos, como para ser rotulados como esquizofrénicos. Sin embargo, estos sujetos, se encontraban muy perturbados, para realizar tratamiento psicoanalítico clásico.

García, Pérez y Otín (2010), afirman, que el primero en usar el término de Personalidad Límite, fue Stern, en 1938. Stern, hacía referencia con este término, según Bilbao, R (2010), a “un subgrupo de pacientes, que no encajaban en los límites habituales de la psicoterapia ni en el sistema clasificatorio de la época, un sistema centrado básicamente en la división entre psicosis y neurosis.” (p.66) No obstante, como plantea Díaz (2001), ya se encontraban intentos de definir este trastorno, desde Pinel, en 1801, quien hizo constatar por escrito, sintomatología compatible con dicho trastorno.

Más recientemente, Gabbard (2006), hace alusión, a Hoch y Polatin, quienes en 1949, se refirieron a este grupo, como esquizofrenia pseudoneurótica. Dicha esquizofrenia, era caracterizada, por un patrón de síntomas, de panneurosis, panansiedad, y pansexualidad. Este concepto, más tarde, sería reformulado en 1953, por Robert Knight, quien caracterizó, a este grupo mal definido, centrándose en ciertas dificultades en el funcionamiento yoico. Este autor, incluyó entre estas dificultades, la incapacidad de planificar de manera realista, así como, de defenderse contra impulsos primitivos, y la predominancia del pensamiento en proceso primario, sobre el secundario.

Por otra parte, Díaz (2001), declara, que una década después, en los sesenta, aparecerán, los primeros intentos rigurosos, por definir a este grupo, como un Trastorno de Personalidad, específico, estable y crónico. Este trastorno, constaba de, una organización definida, síntomas específicos, una organización del yo y mecanismos de defensas, que lo diferencian con claridad de las organizaciones neuróticas y psicóticas.

Siguiendo esta misma línea, encontramos a Green (1990), quien hace alusión, a Moore y Fine, los cuales, consideran al Trastorno Límite, como “un término descriptivo que designa un grupo de condiciones, que manifiestan fenómenos tanto neuróticos como psicóticos, sin entrar de manera inequívoca en ninguna de estas dos categorías diagnósticas”. (p.90)

A propósito de esto, Gabbard (2006), plantea, que Kernberg, defiende la clasificación de las distintas personalidades, en función de tres niveles de organización estructural: psicótico, límite y neurótico. Estos niveles, representan distintos grados de organización o cohesión de la personalidad. En este sentido, el nivel de la actividad de la personalidad límite, se situaría entonces, entre las neurosis y las psicosis, y se evidenciaría, en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. Este grupo de pacientes, a su vez, exhibiría patrones característicos de debilidad yoica, operaciones

defensivas primitivas, relaciones de objeto problemáticas, temperamento biológico determinado genéticamente y típicas constelaciones sintomáticas. Por consiguiente, estos pacientes, tendrían una organización patológica de la personalidad, específica y estable, y no un estado, que fluctúa, entre la neurosis y la psicosis.

Ferrer (2013), haciendo referencia a una visión descriptiva, plantea que, en 1980, se incluyó por primera vez este trastorno, en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. El objetivo de esta inclusión, era distinguirlo nosológicamente de otros trastornos, a los cuales, había sido asociado, como se mencionó anteriormente.

En esta misma línea, encontramos a Cuevas, C y López, G (2012), quienes traen a colación, la definición de personalidad límite, planteada en la Clasificación Internacional de Enfermedades

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1999), constituye una condición de sufrimiento psicológico en la que a menudo los objetivos y las preferencias (incluidas las sexuales) son confusas o están alteradas. Existen serias dificultades para controlar las propias emociones, las relaciones son intensas e inestables y el descontrol de impulsos puede llevar a la persona a reaccionar de manera explosiva, produciéndose un elevado riesgo de comportamientos autolesivos o incluso serios intentos de suicidio (parr.3)

Tras esta revisión, resulta evidente, que el concepto borderline, limítrofe o fronterizo, ha sufrido mutaciones a lo largo del tiempo. Estas mutaciones, han determinado, que cada denominación empleada para designar a estos pacientes, refleje y exprese, definidas posturas en la manera de concebirlos. Teniendo en cuenta todo lo planteado hasta el momento, se puede concluir, que si bien, en estos últimos tiempos, el término estado, ha sido empleado de manera genérica, para definir a una amplia gama de pacientes fronterizos. Es correcto, que los pacientes límites, sean considerados como una estructura, debido a que, reúnen todos los requisitos de la misma.

Kernberg (1993), en apoyo a esta postura, va afirmar que

la denominación de fronterizo, debe quedar reservada para aquellos pacientes que presentan una organización caracterológica crónica, que no es ni típicamente neurótica ni típicamente psicótica y que está caracterizada por: 1. constelaciones sintomáticas típicas, 2. una constelación típica de maniobras defensivas del yo, 3. una patología típica de las relaciones objétales internalizadas y 4. rasgos genéticos- dinámicos típicos (p.21)



Como se puede observar, existen varias posturas y definiciones para este tipo de trastornos, siendo muchas veces, complementarias unas a otras. Sin embargo, de ahora en más, se hará referencia, al Trastorno de la Personalidad Límite, desde el punto de vista de esta última postura. Se lo comprenderá, como una estructura, y desde allí, es que se describirán cada una de sus características. Esta visión, permitirá comprender, la enorme relevancia de estas características, en las formas de vínculos, que este tipo de sujetos presentan a lo largo de su vida. Dicha postura, también, posibilitara, el reconocimiento, de los posibles tratamientos, que pueden ser aplicados, para mejorar la calidad de vida, de estos pacientes.

## **CARACTERÍSTICAS Y VÍNCULOS EN LOS PACIENTES LÍMITES**

### **CONCEPCIÓN DE VÍNCULO:**

Los pacientes con Trastornos Límites de la Personalidad, presentan varias características específicas. La gran mayoría de estas características, tienen una amplia influencia en la naturaleza de los vínculos. Debido a esta influencia, dicha naturaleza, así como las posibilidades de captación de su significación inconsciente, en el campo comunicativo de estos sujetos, será el motivo central del presente apartado.

Para comenzar, es necesario, definir el término vínculo, concepto en el que se enmarcarán, cada una de las posteriores apreciaciones.

Gonzalez,S (s.f), define al vínculo como “una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto (el otro), su interacción y procesos de comunicación y aprendizaje”. (p.1) Este movimiento vincular entre sujeto y objeto, constituye en realidad un movimiento transformador, que es capaz de gestar, a su vez, nuevas transformaciones intersubjetivas. Para Liberman (1982), este movimiento transformador, se debe al intercambio emocional-factual y verbal, a como se perciben y son metabolizados los mensajes entre los sujetos. Proceso, en el que interviene, a su vez, la estructura fantasmática vincular, como resultado, de que sean procesados dentro de un campo de interacción.

Bernal (s.f), de manera similar, va a considerar al vínculo, como una estructura conflictiva, debido a que este proceso conlleva contradicciones y diferencias. Es autor afirma, que el vínculo es condición de supervivencia, por lo que el primero, es denominado vínculo de indefensión o desamparo. Dicha condición de supervivencia, se debe, a que una función vital, es la que impone la conservación del vínculo. De modo, que a esta razón se debe, la importancia que adquieren los vínculos externos, en la estructuración de las primeras organizaciones mentales del sujeto infantil, y la introyección del objeto en el niño, como elemento estructurante del vínculo.

Aun así, como se mencionó anteriormente, si bien, estas primeras relaciones marcarán la dirección de sus vínculos futuros, esta puede modificarse y transformarse a lo largo de las sucesivas experiencias.

Por otra parte, es importante poder diferenciar, entre relación de objeto y vínculo entre sujetos. Para Bernal (s.f), en el centro de todo vínculo, hay una relación con un objeto, ya sea interno o externo, por lo cual, la relación de objeto, sería la estructura interna

del vínculo. Debido a que, si bien, los objetos internos fueron en un comienzo externos, tuvieron que ser introyectados por el sujeto, para transformarse en internos. Esta introyección, generara luego, que dichos objetos internos, condicionen sus vínculos externos.

Respecto a lo anteriormente planteado, Liberman (1982), afirma, que es gracias al lazo afectivo con el objeto interno, que se da la búsqueda del objeto externo. Así pues, el carácter o la manera habitual de comportarse un sujeto, se comprenden, por la relación de objeto interna. Esta relación, determina la expresión observable de los vínculos, generando una relación particular con un objeto. De esta relación particular, es que resulta, una conducta más o menos fija, que tiende a repetirse automáticamente.

Liberman (1982), considera a su vez, que la relación de un sujeto con un objeto, es unidireccional. En esta unidireccionalidad, lo que interesa, es cómo el sujeto afecta al objeto. El vínculo, por otra parte, es bidireccional, y lo que interesa, es como el individuo se relaciona con un objeto, que es otro sujeto y viceversa (como este objeto-sujeto, afecta al sujeto que establece un vínculo con él). A causa, de esta bidireccionalidad, Berenstein (2001), reconoce, que el vínculo involucraría: la consideración del sujeto, el lugar del otro y su diferencia con el objeto interno; noción de objeto externo, realidad interna y su relación con la realidad externa; semejanza y ajenidad en el vínculo entre sujetos.

Desde esta perspectiva, la funcionalidad de los vínculos, puede ser leída, conforme a Liberman (1982), "desde su contenido manifiesto, en su expresión emocional, factual y verbal, y desde su contenido latente a partir de la comprensión significativa inconsciente que adquieren los mensajes comunicativos". (p.46) El vínculo, será funcional entonces, si se resuelve satisfactoriamente las necesidades de dar y recibir. Esta operatividad, indica la modalidad que adquiere la relación vincular, en la interacción comunicativa. También, debe reflejarse en el vínculo, la capacidad del sujeto, de ponerse en el lugar del otro y viceversa, realizando así, un universo común de diálogo óptimo, donde se da un movimiento empático. A estas características, Bernal (s.f), agrega, que la comunicación, debe ser franca, permanente, directa y dialéctica. Es decir, que los dos sujetos del vínculo, por el solo hecho de entrar en relación, se deben modificar el uno al otro y viceversa, generando como consecuencia aprendizaje.

## **CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLÍNICO Y SU INFLUENCIA EN LOS VÍNCULOS:**

Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, de acuerdo con Millon (2006), presentan siempre dificultades en las relaciones interpersonales, sobre todo, en las relaciones íntimas. Sin embargo, al presentar estos pacientes, como menciona Gomez (2000), una superficial adaptación al medio, encubriendo su mundo interno caótico. La comprensión de estos sujetos, requiere el análisis, de las complejas estructuras que subyacen a dicha personalidad.

De acuerdo a Gunderson y Gabbard (2002), en general, estos sujetos presentan

- a) Un temperamento biológico determinado genéticamente;
- b) Una constelación de unidades de relaciones objétales internas, vinculadas a estados emocionales y que se exteriorizan en las relaciones interpersonales;
- c) Un conjunto característico de mecanismos de defensa y
- d) Un estilo cognitivo relacionado (p.67).

Estas características, se ven complementadas, por los aportes de Kernberg (1993), quien sostiene, que los pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite, superficialmente parecen similares a los neuróticos, aunque no son tan integrados. Estos pacientes, presentan labilidad yoica, que se manifiesta a través de: falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos, insuficiente desarrollo de los canales de sublimación, cierto grado de indiferenciación entre las imágenes de sí mismo y de los objetos y el concomitante desvanecimiento de los límites yoicos. Esta característica, se ve acompañada, de una cierta regresión al pensamiento de proceso primario, producto de: 1.Reactivación de relaciones objétales patológicas, precozmente internalizadas; 2.Reactivación de operaciones de defensa tempranas (como la disociación o escisión), que afectan la integración de los procesos cognitivos; 3.Refusión parcial de primitivas imágenes de sí mismo y del objeto, que disminuyen la estabilidad de los límites yoicos, al igual, que la regresión hacia primitivas estructuras cognitivas del yo.

Debido a estas características, como menciona Millon (2006), en estos pacientes, se encuentran sumamente debilitadas las siguientes funciones normales del yo, en los procesos secundarios de pensamiento: la integración de distintos aspectos de un mismo suceso, formación de conceptos, razonamiento, planificación realista, adaptación al ambiente, mantenimiento de las relaciones objétales y defensas contra impulsos inconscientes punitivos. Sin embargo, funciones como la adaptación

convencional al ambiente, y el mantenimiento superficial de las relaciones objétales, pueden mantenerse intactas en distintos grados, en estos sujetos.

Millon (2006), menciona a su vez, que a consecuencia de todo lo anterior, estos sujetos presentan también, como características generales: inestabilidad de la organización y regulación interna, falta de cohesión, imposibilidad de coordinar el comportamiento en función de las exigencias externas y rápidos cambios en los estados de ánimo. Dichos cambios, varían, entre depresión, irritabilidad, hostilidad, baja autoestima, sentimientos de inutilidad, ineficacia, indefensión, autocondena, entre otros.

La falta de cohesión, por su parte, se manifiesta, a través de dificultades para integrar representaciones positivas y negativas del self y de los demás, resultando en una profunda difusión de la identidad. Respecto a esta falta de cohesión, Graña, R (2007), sostiene, que el sujeto mantiene con el mundo, con los otros y con los hechos de la vida, una relación de catalogación clasificatoria, más que una relación de experiencias o vivencias. El sujetos, no tiene base existencial, ni sustancia del self, sobre la cual sostenerse el yo, para hacer frente a nuevas y diversas circunstancias vitales.

Blanco y Moreno (2006), por otra parte, haciendo referencia a la difusión de la identidad, indican, que esta se visualiza en una pobre integración del concepto de sí mismo y de otros significantes. Estos conceptos y significantes poco integrados, permanecen como representaciones múltiples y contradictorias, no pudiendo el sujeto, formar un concepto realista de sí. Debido a esta difusión, el self del sujeto, como menciona Gómez (2000), “es reactivo, porque se define en relación a la respuesta que obtiene de los demás y no con base en un sistema interno de valores” (p.36). A su vez, según Blanco y Moreno (2006), la difusión de la identidad, genera conductas contradictorias, inestabilidad anímica, y alteraciones en la autoimagen. Estas alteraciones, como sostiene Millon (2006), llevan, a que los pacientes límites, varíen bruscamente de objetivos y valores. Muchas veces, cambian repentinamente de trabajo de manera impulsiva y revocan con indiferencia las opiniones previas. Además, durante los periodos en que los sujetos, se hallan sometidos a estrés, la falta de cohesión, les hace susceptibles a estados psicóticos transitorios, episodios disociativos, y en opinión de Gunderson y Gabbard (2002), a despersonalizaciones y desrealizaciones.

Por otro lado, los cambios de ánimo repentinos, a los que se hace referencia, se deben también, a que los sujetos de personalidad límite, presentan desregulación emocional. Dicha desregulación, es definida por Giner, Medina y Giner (2012), como

una “respuesta intensa a estímulos emocionales, con lento retorno a la línea de base que da lugar a una afectividad inestable y altamente reactiva” (p.90). Es decir, que el paciente, es incapaz de regular la duración e intensidad de su afecto, que percibe como destructivo, infinito y devastador. Asimismo, esta desregulación, sería la base de las conductas extremas y desproporcionadas de los pacientes límites. Como mencionan Díaz, B, Dolores, M, Linehan, M, Cochran, B, y Kehner, C (2001), estos sujetos tienen problemas con los sentimientos de ansiedad, depresión, los episodios de irritabilidad y la ira. Estos problemas, se evidencia en las conductas impulsivas extremas, como los actos autolesivos o intentos de suicidio. En palabras de Frossa (2009), solo basta un estímulo insignificante, para suscitar en estos pacientes una reacción, debido a su hipersensibilidad.

Millon (2006), por su parte alega, que dicha desregulación lleva a su vez, a que estos sujetos, asocien un pensamiento desagradable a otro, desencadenando, una sucesión de estados afectivos intensos, conectados solo por la experiencia privada de la persona. Dentro de estos estados, podemos encontrar: ira intensa difícil de controlar, intenso mal humor, actitud hostil hacia el mundo, que se manifiesta, a través de brusquedad, nerviosismo, inquietud espasmódica e impulsividad. Dicha impulsividad, es un aspecto fundamental en estos sujetos. Marin y Fernandez (2007), consideran, que esta característica, genera incapacidad para la reflexión previa en los sujetos. Según Llanes (2015), esta incapacidad se debe, a que no hay posibilidad de pasar por la palabra, como consecuencia de las fallas en la simbolización, pasando directamente al acto. De tal manera, que para Marin y Fernandez (2007), esta característica, se ve manifestada en dos componentes: dificultad para resistir los impulsos y precipitación en respuesta a los estímulos. Estos componentes, están en suma relación, según Brox (2014), con la baja tolerancia a la frustración, en estos pacientes. Esta baja tolerancia, trae aparejada, una necesidad de imponer urgencias, soluciones inmediatas, que impiden como se mencionó anteriormente, que los sujetos reflexionen de manera adecuada, produciendo reacciones disfóricas de gran intensidad.

Por otra parte, y teniendo en cuenta todo lo mencionado hasta el momento. Autores como Gomez (2000); Perez, L (2011), hacen referencia, al juicio de realidad de estos pacientes. Estos autores, plantean, que el juicio de realidad, se encuentra preservado, aunque, ante episodios psicóticos breves debido al estrés y a las situaciones no estructuradas, se ve debilitado. Cuando el juicio de realidad se ve debilita, como menciona Brox (2014), se pueden dar, confusiones entre realidad/fantasía, mundo interno/mundo externo. No obstante, como afirma Kernberg (1993), la mayoría de las veces, estos sujetos, son capaces de distinguir con cierta claridad las pulsiones y las

representaciones ligadas a sí mismo, de aquellas ligadas al otro, así como, entre vivencias internas y percepciones externas, conservando prácticamente intactos los límites de su yo y su prueba de realidad. Además, como menciona Millon (2006), muchas veces existen personas en la vida de estos pacientes, que consiguen aislar al sujeto cuando es necesario. Estas personas, tranquilizan al sujeto, y le ayudan, complementando su juicio de realidad en momentos de caos incipientes.

Por consiguiente, se puede concluir que el yo del paciente de personalidad límite, es sumamente frágil. El paciente, como sostiene Cancrini (2007), es sustancialmente incapaz de utilizar los mecanismos de defensa asociados a la represión. Se trata de pacientes, que llevan a la conciencia fácilmente contenidos que deberían ser reprimidos. Sin embargo, aun así, estas defensas poco adaptadas, son las que ayudan al paciente límite, a tolerar la realidad tan dicotómica e inconsistente.

En palabras de Millon (2006), el estilo cognitivo de los límites, está determinado, por la estructura disociada de sus representaciones objétales. Los sujetos, funcionan bien en situaciones estructuradas, con un objeto constante y se deterioran en ausencia del mismo. Cuando las relaciones del sujeto de personalidad límite, se ven amenazadas, el funcionamiento del yo empieza a fallar, pasa del proceso secundario al primario, dominando el cuadro en estos momentos, la disociación y sus mecanismos asociados, como la identificación proyectiva.

Respecto a esto, Kernberg (1993), afirma, que todos los sujetos situados en el nivel límite de la personalidad, presentan una disociación de la representación objetal. Esta disociación, es la falla principal en el desarrollo de esta patología. Gabbard (2006), sostiene, que estos sujetos, quedaron fijados durante la fase de separación individuación. Esta fijación, se debe, a una alteración de la disposición emocional de la madre durante este periodo crítico. Dicha alteración en la disposición, es causada, por exceso constitucional de agresión en el niño, problemas de la función materna, o una combinación de ambas. Un componente importante de esta fijación, es la falta de constancia objetal típica de estos pacientes. En la etapa de separación- individuación, los niños, son incapaces de integrar los aspectos buenos y malos de sí mismos y de sus madres, no logrando tener una visión total del objeto. Esta imposibilidad, de tener una visión total del objeto, para Kernberg (1993), se debe, a que hay una falla en la síntesis de las introyecciones e identificaciones primitivas y ulteriores, las cuales, no logran conformar una identidad yoica estable.

Green (1990), por su parte, haciendo referencia al pensamiento de Freud, explica la disociación de la siguiente manera: se forman dos posturas psíquicas, en vez de una

postura única, una toma en cuenta la realidad objetiva (la normal), y otra bajo el influjo de lo pulsional desase el yo de la realidad. Las dos posturas coexisten, una junto a la otra y el desenlace depende de la fuerza relativa de ambas. La especificidad del fronterizo, es que esta escisión se desarrolla en dos niveles, una entre lo psíquico y lo no psíquico, es decir entre soma y mundo y la otra dentro de la esfera psíquica.

Por consiguiente, para Millon (2006), “las representaciones objétales disociadas, son dos maneras opuestas de considerar el sí mismo, a los otros y al mundo, cada una de las cuales puede estar vigente en un momento determinado en función de las circunstancias”. (p.522-523) Una manifestación de esta escisión, según Kernberg (1993), es la división de los objetos externos, en totalmente buenos y totalmente malos. La visión de los objetos, oscilara de manera radical y abrupta de un extremo a otro. Es decir, que la disociación, genera, conforme a Gabbard (2006), que el sujeto no vea a las personas como poseedoras de una mezcla de cualidades positivas y negativas. Los objetos, son divididos en extremos polarizados. Esta disociación, tiene como consecuencia, según Millon (2006), que las imágenes separadas, se mantengan apartadas de manera deliberada. De forma, que estas imágenes, no pueden entrar en conflicto, ni provocar disonancia cognitiva en el sujeto. Sin embargo, para el observador externo, esta secuencia de emociones parece discontinua e irracional. Esta sensación de discontinuidad, se debe, a que el influjo de conciencia discurre con la propia lógica del sujeto, que deriva de la historia vital y única del individuo. Una vez, que el observador externo los increpa por sus opiniones y acciones tan opuestas, los sujetos, suelen descartar estas discrepancias con indiferencia y razonamientos superficiales. Debido a estas características presentes en el sujeto, existen pocas oportunidades, para que efectúe revisiones sutiles o elabore aspectos de las opiniones del pasado en un sentido u otro, sin descartar las primeras valoraciones en su totalidad. Esta dificultad, representa para Kerenberg (1993), la escasa posibilidad de los pacientes límites, para evaluar de manera realista a los demás, y de entablar con ellos una relación de verdadera empatía. A estas consecuencias, Gomez (2000), agrega, la imposibilidad de estos sujetos, de reconocer al resto de los individuos como seres independientes, con sus propios intereses y necesidades. Vivencian a los objetos, como parciales, que pueden ser fuente de gratificación o frustración.

Asimismo, muchas veces, estos sujetos, utiliza la proyección, como mecanismo de defensa en sus relaciones con los objetos. Mediante dicho mecanismo de defensa, dirán Azpiroz y Prieto (2014), los sujetos, colocan los aspectos indeseables del propio yo en otras personas. Estas personas, son inducidas a desempeñar el rol impuesto, por el sujeto. La utilización de la proyección, se debe, según Bernardi, R (2011), a que



el self de estos sujetos está amenazado por la agresión interna, y para protegerse de la misma, necesita colocarla afuera. No obstante, esta forma de protección, no es tan funcional, ya que provoca, según Gabbard (2006), por una parte, que los introyectos malos proyectados afuera, sean vividos como potentes perseguidores malevolentes. Por otra parte provoca, que cuando se reintroyecten dichos introyectos, los sujetos se sientan despreciables y sin valor, conduciéndolos en ocasiones, a pensamientos suicidas. Por todo lo cual, Kernberg (1993), va a considerar, que la tendencia a manejar a los demás presente en estos sujetos, responde a la necesidad defensiva, de controlar el entorno, con el fin de impedir la aparición de temores paranoides.

Otra defensa utilizada por los pacientes límites, para sopesar su situación tan dicotómica y conflictiva, es la negación. La negación, tiende a reforzar la escisión. Para Kernberg (1993), dicha defensa, se presenta, cuando se da una circunstancia que presiona al paciente. El sujeto, reconoce intelectualmente el sector negado, pero sin integrarlo con el resto de su experiencia emocional. De manera que, como menciona Erikson (1985), el paciente sabe, que sus pensamientos, percepciones y sentimientos sobre si o sobre otros, de un momento a otro son opuestos, a los que había tenido en otras ocasiones. No obstante, la memoria del sujeto, no tiene relevancia emocional, y no influye en la forma en que siente en ese momento. Los objetos, pasan de un extremo a otro, pueden ser totalmente buenos o totalmente malos. El extremo en el que será ubicado el objeto, dependerá, según Gomez (2000), de si la relación del sujeto con ellos, es gratificante o frustrante.

De este modo, de acuerdo con Millon (2006), los pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite, mantienen relaciones inestables. Estas relaciones, alternan con rapidez, entre idealización y desvalorización.

La idealización, por su parte, será descrita por Kernberg (1993), como una defensa que “crea imágenes objétales totalmente buenas, poderosas, alejadas de la realidad, que tienen además efectos negativos, sobre el desarrollo del ideal del yo y el superyó” (p.41). Para este autor, en la idealización, no hay verdadera estima por el objeto ideal, sino una simple necesidad de protección contra objetos peligrosos. Es decir, que la función del objeto ideal, es servir de receptáculo para la identificación omnipotente, compartiendo el sujeto, la grandeza de dicho objeto, a modo de protección contra la agresión, y como gratificación directa de las necesidades narcisistas.

La desvalorización de los objetos externos, por otra parte, se trata según Kernberg (1993), de un corolario de la omnipotencia. Cuando un objeto externo ya no proporciona gratificación o protección, es abandonado y dejado de lado, debido a que

el paciente no tiene verdadera capacidad de amor por este objeto. Este concepto, se ve complementado por Frossa (2009), quien agrega, que la desvalorización también surge, a raíz de la necesidad de destrucción vengativa del objeto, que frustra las necesidades del paciente, o a la desvalorización defensiva del objeto, con el fin de impedir que se transforme en perseguidor.

Así pues, todas las características mencionadas hasta el momento, se encuentra en correlación, con la superficialidad de los vínculos que presentan estos pacientes. Para autores como Kernberg (1993), la superficialidad de sus vínculos emocionales, es utilizada como un fin defensivo, por los sujetos límites. Mediante la superficialidad, el sujeto se aleja, de todo compromiso afectivo demasiado hondo, que podría provocar la activación de: primitivas operaciones de defensa (como la mencionada identificación proyectiva); miedo de ser atacados, por el objeto que se está haciendo importante para ellos; primitiva idealización del objeto y la consecuente necesidad de someterse a dicho objeto idealizado y fusionarse con él.

Sin embargo, aunque dicha superficialidad actué como defensa, genera dificultades en los vínculos. Esta dificultad, se debe a que, como menciona Frossa (2009), la banalidad en los vínculos, produce cierta incapacidad, para evaluar de manera realista a los demás, y para entablar con ellos una relación de verdadera empatía. El sujeto, experimenta a las personas como objetos distantes, a quienes se adapta de un modo real, siempre que no tenga un compromiso emocional con ellos. Toda vinculación interpersonal más profunda, revela cierta incapacidad en el sujeto, para vivenciar o empatizar con los demás, lo cual produce, una percepción distorsionada de los objetos.

No obstante, al mismo tiempo, estos pacientes, suelen presentar muchas veces una dependencia aferradora. Esta dependencia, se debe, a que como se mencionó anteriormente, estos sujetos, quedaron fijados, en la fase de separación individuación, lo que los hace incapaces de integrar los aspectos buenos y malos de sí mismos y de su madre. Esta fijación, como afirma Gabbard (2006), produce, una falta de objeto interno sostenedor- tranquilizador, que lleva a estos pacientes durante su vida, a revivir una crisis infantil temprana. Crisis, en la cual, los sujetos temía, que los intentos de separación de sus madres, generarían la desaparición de ellas y por ende, el abandono de ellos. En otras palabras, como menciona Gomez (2000), el individuo se ve en la necesidad, de depender de los objetos externos, para obtener el apoyo que necesita. Cuando el objeto que se ha vuelto significativo para el paciente, no está disponible, el mismo experimenta una cruel sensación de abandono. Esta sensación

se debe, a que como se mencionó, el sujeto límite, no posee constancia objetal, ni capacidad de evocar recuerdos internos para calmar y reforzar al yo.

Para Millon (2006), los pacientes límites, suelen parecer dependientes, muy necesitados desde el punto de vista afectivo, y no pueden tolerar estar solos durante periodos prolongados. Estos sujetos, buscan con ansias relaciones de proximidad, de una manera intensa como una fusión, para que les apoyen emocionalmente y satisfagan todas sus necesidades. Estas ansias, se ven acompañadas, por el deseo de recibir cuidados y protección, llegando a ser una necesidad para estos pacientes, el hecho de estar vinculado a alguien. Al mismo tiempo, estos sujetos, esperan lo mismo de los demás, y se sienten heridos con facilidad si no consiguen satisfacer sus deseos, apareciendo la ira y el resentimiento. Esta dependencia, se transforma en una prueba tanto de la debilidad del yo del sujeto límite, como de la alteración de su identidad. Dicha debilidad y alteración, conduce al paciente a la inestabilidad en las relaciones interpersonales, sentimientos de vacío y desesperación, cuando los demás parecen alejarse.

Como se pudo observar, los pacientes límites, desarrollan un temor al abandono, que “no se limita solo a la fantasía, distorsionan la percepción de las comunicaciones y de las acciones de los demás en la vida cotidiana”. (Millon, 2006, p.517) Dicho temor, intensifica la patología, provocando una combinación de características de pánico y cólera en el sujeto, que suele acabar con la paciencia de los individuos más tolerantes. Así pues, para compensar los temores del paciente límite, las personas más significativas, deben cuidarle, proporcionarle cariño y protegerle, estar siempre físicamente disponibles y no abandonarle nunca.

Por otra parte, con el fin de asegurar sus vínculos, estos sujetos, hacen esfuerzos frenéticos para evitar la separación, generando los círculos viciosos que más temen, llegando muchas veces hacerse real el abandono. Estos círculos viciosos se deben, conforme a Millon (2006), a que “el límite cree que el cuidador desea, aunque sin revelarlo, que el sujeto sea una persona necesitada desde el punto de vista afectivo, y que por eso inicia una estrategia de dependencia amistosa mientras socava sus propias oportunidades de felicidad o éxito”. (p.520) Gabbard (2006), sostiene, que muchas veces los sujetos de personalidad límite, establecen relaciones exclusivas uno a uno. Este tipo de relación, se debe, a que creen que en dichas relaciones, no existe riesgo alguno de abandono, no obstante, terminan abrumando y alejando a los otros. Asimismo, una vez que los sujetos tienen la convicción de que pueden ser rechazados o abandonados, pueden recurrir a gestos suicidas, esperando que la

persona a la cual están apegados los rescate. Estos gestos suicidas, puede verse acompañado a su vez, por distorsiones cognitivas, como pensamientos psicóticos.

Millon (2006), considera a su vez, que dicho miedo al abandono, es debido también, a que el sujeto límite, tiende a valorizarse en función de la opinión de los demás. Este tipo de valorización, lleva a que, cuando el sujeto, considera que los otros acabarán abandonándole, comienzan a creer que merecen ese abandono. Esta forma de valorización, produce además, como afirman Azpiroz y Prieto (2014), distorsiones en su autoimagen, sintiéndose inadecuados, sin poder darle coherencia a sus vidas, ni plantearse metas.

A partir de lo planteado, podría suponerse, que el límite desea una relación estable, pero a la vez le teme, porque se volvería más vulnerable. Esta situación lleva, a que el sujeto, oscile entre la fusión y la soledad, y desintegre, toda relación más prolongada, debido a la incapacidad para encontrar una distancia interpersonal óptima.

Todas estas formas patológicas de vincularse, que presentan los pacientes límites y la completa configuración de su personalidad, suscitan en el sujeto cierto aislamiento, denominado por Erikson (1985), aislamiento existencia. Este aislamiento, persiste aunque se establezcan relaciones muy gratificantes con otros individuos, y a pesar del conocimiento de sí mismo y la integración, que el sujeto haya alcanzado. El aislamiento existencial, sería como un golfo intransitable, que separa al sujeto, de todos los demás seres del mundo. Muchas veces, según Giner, Medina, Giner (2012), este retraimiento, se ve acompañado por agresividad, distimia intensa, actos impulsivos, sensibilidad interpersonal, búsqueda dramática de atención y apoyo. Aunque, debajo de esta realidad sintomática expansiva, se encuentra una naturaleza negativa, por deficiencia. En esta naturaleza negativa, predominan la apatía, desmotivación grave para el establecimiento de proyectos vitales, sobre todo si requieren esfuerzo, vivencias de insuficiencia y sentimiento de vacío crónico.

El sentimiento de vacío, se caracteriza conforme a Giner, Medina y Giner (2012), como una "vivencia dolorosa impregnada de un sentimiento nihilista, de falta de sentido, una incapacidad para percibirse como ser en el mundo y en el futuro". (p.89)

Adicionalmente, autores como Gunderson y Gabbard (2002), consideran, que el sentimiento de vacío, se encuentra en estrecha relación con la depresión en estos pacientes. Esta relación se debe, a que la depresión, se manifiesta a través de dicho sentimiento, y es acompañada, de una intensa necesidad de recibir atención y manifestaciones de ira. Así pues, al presentar dichos pacientes, deficiencias en su

capacidad de experimentar culpa y preocupación por los objetos, para Kernberg (1993), “sus reacciones depresivas asumen la forma de rabia impotente y sentimientos de derrota ante fuerzas externas, más que de duelo por la pérdida de objetos buenos y pena por la propia agresión hacia ellos mismos y hacia los demás”. (p.45)

Por otra parte, en base a todo lo anteriormente planteado, el sentimiento de vacío y aislamiento, son considerados unos de los principales predictores, para la vulnerabilidad ante el suicidio en estos pacientes. Esta vulnerabilidad, según Giner, Medina y Giner (2012), produce afecciones en distintas dimensiones patológicas y neurobiológicas, transformado al suicidio, las mutilaciones y los intentos autolíticos, en un síntoma principal de los pacientes de personalidad límite.

Entre el resto de los predictores hacia el suicidio encontramos, la hiperractividad al estrés, la inestabilidad afectiva y el déficit cognitivo. Todos estos predictores, están presentes, en mayor o menor medida, en este tipo de pacientes. A todas estas causas, Marco, García, Pérez y Botella (2014), agregan, la desesperanza, haber realizado intentos previos de suicidio, realizarse autolesiones, tener un trastorno depresivo mayor o síntomas depresivos, impulsividad, estar desempleado, vivir solo, tener bajo apoyo social, ansiedad, sentimiento de culpabilidad e inferioridad.

Millon (2006), por su parte, alega al respecto, que el comportamiento impulsivo autolesivo, incluyendo automutilaciones, también, es una consecuencia de la imagen que el límite tiene de sí mismo y un medio de comunicar o controlar a los demás.

De manera similar, otro agravante para los Trastornos Límites de la Personalidad, es la comorbilidad que presentan con otros trastornos. Dicha comorbilidad, según Ferrer (2013), puede estar predeterminada por factores etiológicos comunes, que favorecen la aparición de ambos trastornos de manera independiente, o bien, ser consecuencia de aspectos del propio Trastorno Límite de la Personalidad, que favorece un determinado perfil de comorbilidad respecto a otros. En concreto, para este autor, se ha observado comorbilidad, con trastornos psiquiátricos del eje I del DSM, en el 84,5 % y con el eje II en el 74,9% de los casos. Dentro de la diversidad de trastornos comorbidos, los trastornos afectivos, de ansiedad y por uso de sustancias, se consideran los más comunes. Entre los afectivos, se destaca el Trastorno depresivo mayor, con 18-40% de prevalencia, los Trastornos de espectro bipolar, con un 7-15%. Entre los trastornos por ansiedad, se encuentran el Trastorno por estrés post-traumático, con un 33% y en los últimos años, el Trastorno por déficit de atención y/o Hiperactividad. Por último, el trastorno de consumo de sustancias, tiene una prevalencia del 50% y el trastorno alimenticio, un 50- 60%.

Sin embargo, si bien existen muchos factores, que harían que el suicidio fuera inevitable en este tipo de trastornos. También existen, habilidades o creencias, que pueden actuar como amortiguadores de dichos factores de riesgo, que protegen a estos sujetos. Marco, García, Pérez y Botella (2014), definen a estos factores de protección, como “aquellos que reducen la probabilidad de que se produzca un resultado negativo cuando están presentes los factores de riesgo” (p.294). Uno de estos factores, es el significado de la vida. El sentido de la vida, es la fuerza motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización personal. Cuando no se alcanza el sentido de la vida, se origina una frustración, que se asociaría a la desesperanza, la persona se desespera y puede llegar al suicidio, comportamientos autodestructivos o abandonándose, de forma impulsiva a las drogas o la promiscuidad sexual.

No obstante, mas allá de todas estas características que dificultan los vínculos de este tipo de pacientes, Millon (2006), considera, que los pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite, pueden funcionar con estabilidad durante largos periodos. Esta estabilidad, se da sobre todo, si el sujeto crece en una sociedad integrada, con marcos estructurados y personas próximas, que les proporcionan entornos estables y de aceptación. Los pacientes límites, son capaces incluso, de comportarse de acuerdo a las normas sociales y en ocasiones, conforme a Gómez (2000), pueden ser autosuficientes, sacar adelante una familia, relacionarse con los demás e incluso tener muchos conocidos.

Aun así, según Gómez (2000), el nivel general de logros en el sujeto límite es bajo, a pesar de su aparente talento y capacidad. Las relaciones de estos pacientes, no son profundas, ni cuentan con riqueza emocional, lo que se ve acompañado para Kernberg (1993), por una cierta incapacidad de goce y ausencia de creatividad. Es decir, que estos pacientes parecen ser más competentes y sanos de lo que en realidad son. Llegando los sujetos muchas veces, de acuerdo con Azpiroz y Prieto (2014), a llevar una vida completamente caótica, que se ve agravada, según Millon (2006), si crecen en el contexto de una sociedad que se está desintegrando y los empuja a tomar vías, que potencian comportamientos límites. Sin embargo, existen múltiples tratamientos, que pueden ser de gran ayuda para tratar a estos pacientes, mejorando sus síntomas y las formas vinculares que presentan. A continuación, se realizará, una pequeña revisión de cada uno de estos tratamientos, para propiciar una comprensión más completa de dichos pacientes y sus posibles evoluciones.

## **TRATAMIENTOS APLICADOS EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE.**

Aunque los pacientes límites, pueden parecer crónicos y difíciles de tratar, debido a la complejidad que conlleva su tratamiento y abordaje, se han señalado modificaciones técnicas, para mejorar la respuesta clínica. Hay razones para creer, que con un tratamiento persistente, se puede lograr una mejoría sustancial, en estos pacientes. García, Pérez y Otin (2010), consideran, que en los últimos años, se ha dado un incremento de atención especializada para los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, así como un aumento de los recursos destinados. Aun así, conforme a Díaz (2001), las terapias en estos pacientes, constituyen un reto importante para los profesionales de la salud mental. Por un lado, estas terapias, moviliza sentimientos y actitudes en los terapeutas de forma muy intensa, debido a la enorme emotividad y descontrol de estos pacientes a lo largo del proceso terapéutico. Por otro lado, este tipo de tratamiento, genera gratificación, debido a que son pacientes en los que se puede lograr cambios estructurales en su personalidad, lo cual, no sucede en los trastornos más severos.

No obstante, el Trastorno de Personalidad Límite, según autores como Arias, I (2012), no cuenta a nivel internacional, con una guía de manejo uniforme y adecuadamente sostenida. No existe un tratamiento, que permita, el abordaje de estos pacientes de forma homogénea, pese a la gran prevalencia del trastorno. Existen distintos abordajes psicoterapéuticos, de distintas corrientes teóricas, que muestran eficacia, pero no son sostenidos por ensayos clínicos. Asimismo, no todas las formas de abordajes son útiles para todos los pacientes, sino que es posible que algunos se beneficien más de un abordaje que de otro.

Para autores como Gunderson y Gabbard (2002), sin lugar a dudas, las psicoterapias individuales, han sido la piedra angular de los tratamientos para estos trastornos. Los ensayos terapéuticos aleatorizados y controlados, proporcionan la prueba más sólida de la eficacia de este tipo de tratamiento y de las mejorías que produce.

La mayor respuesta se obtuvo en la mejoría de los síntomas diana, esto es comprensible, puesto que los síntomas iniciales, que hacen que la persona acuda en busca de tratamiento, son más susceptibles de cambiar que los problemas subyacentes, ya que provocan un malestar inicial muy intenso que se reduce enseguida, mientras que los problemas más arraigados se resuelven a un ritmo más lento (Gunderson y Gabbard, 2002, p.10).

Esta variación en los tiempos de los cambios, coincide con la observación clínica, que afirma, que el funcionamiento social y los rasgos básicos del tratamiento de la personalidad, mejoran a un ritmo más lento que los síntomas.

Las psicoterapias más breves, según estos autores, se caracterizan normalmente por tratar síntomas más fáciles de eliminar, manteniendo el foco de atención en las dinámicas o problemas básicos del paciente. Una primera prioridad, en dicho tratamiento, es atender las amenazas suicidas u homicidas, seguida de cuatro prioridades, para evitar la ruptura en la alianza terapéutica. Entre estas prioridades, se destaca atender a: 1. Cualquier amenaza manifiesta a la continuidad del tratamiento; 2. Engaños u ocultaciones deliberados en las sesiones; 3. Violación del contrato terapéutico; 4. Exoactuaciones (acting out) durante las sesiones.

No obstante, el hecho de que las psicoterapias breves, sean las más adecuadas en los casos mencionados anteriormente, no quiere decir, que los pacientes límites, que intencionadamente se ponen en peligro, no sean buenos candidatos para una psicoterapia a largo plazo. Sin embargo, si, se deben excluir, de las psicoterapias a largo plazo, aquellos pacientes, cuyos problemas de seguridad son tan frecuentes, peligrosos e impulsivos que no resultan accesibles a la terapia.

Al ser el suicidio, un riesgo que está siempre presente en este tipo de pacientes, Gabbard (2006), considera, que los terapeutas deben estar siempre preparados para hospitalizar a estos pacientes, cuando los impulsos suicidas son incontrolables. Gunderson y Gabbard (2002), agregan, que una vez ingresados los pacientes en el hospital, encontrándose en tratamiento residencial o en un programa intensivo ambulatorio, el sujeto puede iniciar una psicoterapia individual. Sin embargo, en estos marcos asistenciales, el papel de la psicoterapia será secundario a los objetivos propios del tratamiento del caso. Ejemplos de estos objetivos, pueden ser, alivio de los síntomas y abordajes conductuales.

Gunderson y Gabbard (2002), también van afirmar, que

en el programa general de tratamiento de pacientes límites, es indispensable que haya un clínico principal, alguien responsable de la seguridad y de la supervisión de la elección, la aplicación, la coordinación y el control de los componentes terapéuticos, pero no se trata del mismo papel que desempeña el psicoterapeuta. (p.34)



En tratamientos divididos, la elección del clínico principal, puede adoptar muchas formas, pero la más habitual es que el farmacólogo y no tanto el psicoterapeuta, tengan esta función de responsable principal del caso.

Por otra parte, en los casos en que el sujeto solo está realizando psicoterapia individual, los objetivos son más profundos. Según Cuevas, C y López, A (2012), esta profundidad, se debe, a que las psicoterapias parten del supuesto, de que el TPL es un trastorno evolutivo del yo, que afecta la propia integración del yo, así como las relaciones objétales y por lo tanto sus vínculos con los demás. Debido a este supuesto, Brox (2014), sostiene, que la psicoterapia, se dirige a resolver déficits graves del funcionamiento yoico de estos pacientes, sobre todo, aquellos aspectos, que se relacionan con la interacción, con los otros y/o la realidad. Para resolver estos déficits, es importante afrontar las dificultades en modular y elaborar lo emocional. Esta dificultad, se debe, a que en estos sujetos existe una prevalencia, de aspectos destructivos, exceso de negatividad y frecuentes pérdidas de control de los impulsos.

Díaz (2001), agrega además, que es importante interpretar en psicoterapia la distorsión defensiva del paciente, con el objetivo de promover el reconocimiento de la naturaleza hostil de sus impulsos. Mediante este reconocimiento, es posible generar un cambio estructural en su organización defensiva, mejorar sus relaciones interpersonales, así como disminuir la intensidad y prevalencia de conductas autodestructivas. Además, la interpretación del analista y el reconocimiento del paciente, puede lograr, mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales.

De igual modo, Gabbard (2006), expone una perspectiva interesante, en referencia a las defensas en estos pacientes. Según este autor, debido a que la escisión y la identificación proyectiva, son mecanismos de defensas primarios, en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, estos sujetos, presentan la experiencia de ser incompletos o fragmentados. Esta experiencia, requiere, que la tarea esencial del terapeuta, sea conectar los aspectos fragmentados del self, en una totalidad coherente e interpretar las ansiedades subyacentes. Para llevara adelante dicha tarea, Azpiroz y Preito (2014), proponen, que el terapeuta, debe permitir su transformación por parte del paciente en objeto malo, y propiciar una función defensiva. De esta forma, los pacientes, comiencen a pensar sobre su mundo interno y el de otros, ayudándoles el terapeuta a reapropiarse de los aspectos del self renegados o proyectados.

Por otra parte, Llanes (2015), considera, que en psicoterapia, es necesario el establecimiento de vínculos con el paciente. El terapeuta, le debe brindar al paciente,

herramientas para afrontar el vacío existencial (tema tratado en el apartado anterior), provocado entre otras cosas, por una falla en sus primeras relaciones objétales. Conforme a Brox (2014), para proporcionar estas herramientas, el analista tiene que cumplir con la función materna. Dicha función, debe ser empática, sostenedora, protectora, animadora, brindar reconocimiento, estar disponible afectivamente y mediar en las relaciones con los otros. Llanes (2016), afirma que, una vez, que la función materna del analista cumpla con su cometido de dar contención y sostén, y el paciente re vivencie sus relaciones tempranas dolorosas, con el acompañamiento del terapeuta, hay que

dar paso a la rehistotización de la vida subjetiva del paciente e ir logrando con ello tener un yo por parte del analizando capaz de sostenerse lo suficientemente por sí mismo, al menos para tolerar las interpretaciones que se le hagan o incluso las ausencias del analista. (Llanes, 2016, p.7)

Así mismo, el terapeuta debe lograr, que el paciente, establezca nuevos vínculos y lazos afectivos con los otros y con la vida misma.

Como se observa, son varios los cambios que genera un tratamiento de este tipo, resultando de gran utilidad para estos pacientes. No obstante, como menciona Gabbard (2006), casi todos los clínicos coinciden, en que este tipo de tratamiento, es desafiante en extremo y emocionalmente abrumador para el terapeuta.

Gunderson y Gabbard (2002), afirman, que las actitudes muy cambiantes en las sesiones, obligan a los terapeutas a mostrarse ingeniosos y adaptables en cada una de sus respuestas, manteniendo una postura terapéutica flexible. Más allá de su experiencia y formación, el terapeuta debe contar con determinadas cualidades personales de carácter y actitud, para poder tratar a este tipo de pacientes. Entre dichas cualidad, según estos autores se encuentran: mostrar interés, transmitir expectativas viables, ser flexible ante la oposición, y sobre todo hacer uso de la empatía y la validación. Estas cualidades, van a permitir reforzar activamente la realidad de las percepciones de los pacientes límites, e identificar las funciones adaptativas que desempeñan sus defensas y comportamientos. Al mismo tiempo, dichas cualidades presentes en el terapeuta, va ayudar a mantener una alianza sólida y positiva, dado que es crucial en los pacientes más graves, para que permanezcan en tratamiento.

Gabbard (2006), a su vez, considera, que uno de los desafíos más difíciles en la psicoterapia con estos pacientes, es tolerar y contener el enojo, la agresión y el odio

intenso del paciente, al igual que el cansancio, la frustración, bronca, lástima y el sentirse manipulado o paralizado. Un ejemplo, de esta dificultad, según Schkolnik, F y Svarcas, M (1991), es que

El paciente tiende a establecer un verdadero acoplamiento con el terapeuta. Pero también intenta escapar de esta relación amenazante que lo esclaviza, adoptando conductas agresivas o huyendo del tratamiento. A veces, la búsqueda desesperada de unos límites que están siempre borrándose, lo llevan a actuaciones autoagresivas, masoquistas, que apuntan a sostener la necesidad de ser, en el dolor. El dilema es entre la fusión y la discriminación. (parrf.14)

Por otra parte, como menciona Gabbard (2006), dada la naturaleza caótica de la vida del paciente límite, la estabilidad en estos sujetos, para llevar adelante una psicoterapia a largo plazo, es un punto importante a tener en cuenta, y debe ser impuesta, desde fuentes externas tempranas en el proceso. Como sostiene Millon (2006), al tener el sujeto de personalidad límite, una identidad difusa, tiene dificultades para establecer objetivos, y mantener las propiedades de una semana a la otra. Debido a esta dificultad, el progreso con estos pacientes va ser más tangible, si se pactan objetivos concretos y específicos. Como plantea Gabbard (2006), el yo debilitado del paciente, es reemplazado, con una estructura firme, que consta de un cronograma regular, consecuencias claras ante las actuaciones impulsivas, y un patrón predecible de encuentros grupales e individuales con los miembros del equipo y otros pacientes. Esta estructura, se conoce normalmente con el nombre de encuadre terapéutico.

El encuadre, conforme a Brox (2014), se trata de una actitud mental y no solo una serie de estipulaciones. Esta estructura, debe tolerar, los afectos, actos, tensiones extremas, y reducirlas por medio del marco emocional y el funcionamiento mental que proporciona el analista. Al mismo tiempo, el encuadre, debe ser sostenido flexiblemente, permitiendo canalizar, ordenar y elaborar, las frecuentes variaciones que en estos pacientes se presentan. No obstante, según Azpiroz y Prieto (2014), el terapeuta debe ser capaz de poner límites y establecer condiciones de encuadre mínimas, que posibiliten la psicoterapia. Por ejemplo, como menciona Millon (2006), al ser estos sujetos sumamente demandantes, el terapeuta en ocasiones debe limitar las llamadas telefónicas y las sesiones fuera de programa, sin descuidar la alianza terapéutica, aspecto tan importante con estos sujetos.

Asimismo, como sostiene Gabbard (2006), al tener el paciente reacciones recurrentes de pánico, debido al pobre desarrollo de la memoria evocativa. El paciente, puede necesitar llamar al terapeuta en forma periódica, a fin de desarrollar una representación estable que pueda ser internalizada. De igual modo, el terapeuta, debe discutir la disponibilidad entre sesiones con el paciente.

Otro ejemplo, es el caso de pacientes que abusan de sustancias, el terapeuta puede insistir, en que el paciente debe asistir a Narcóticos Anónimos o Alcohólicos Anónimos, como una condición del tratamiento.

De igual modo, la importancia del encuadre, también radica según Brox (2014), en que toda alteración del mismo, no hace más que evidenciar alguna crisis, cuyo significado remite a otras crisis vinculares o individuales. Una vez que se superan estos momentos del vínculo, es que este evolucionará.

Por otra parte, es importante destacar, que existen varias formas de psicoterapia. Gunderson y Gabbard (2002), plantean dos: la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia expresiva (exploratoria o interpretativa).

La terapia de apoyo, es una psicoterapia generadora de vínculos, reforzadora de las defensas, opuesta a la interpretación o la confrontación. Esta terapia, es utilizada, especialmente en las primeras fases de las psicoterapias y en periodos de descompensación, para ayudarles a ganar autoconfianza al paciente. Las técnicas utilizadas en este tipo de terapia, son la reflexión, clarificación y el ofrecimiento de apoyo emocional, aliento y consejos concretos.

La psicoterapia exploratoria, se encuentra orientada, a la introspección de las defensas del paciente y los patrones de relaciones con los demás. Es decir, esta terapia está dirigida, a las relaciones objetales que presentan los pacientes y sobre todo a la transferencia en la terapia.

No obstante, también existe una psicoterapia basada únicamente en la transferencia. Dicha psicoterapia, según Díaz, B y Dolores, M (2009), fue la primera a largo plazo, para los Trastornos Límites de la Personalidad, que se llevó a manual. Esta psicoterapia, tiene como objetivo conforme a Brox (2014), diagnosticar la relación objetal dominante en el paciente, así como, esclarecer la autorepresentación y la representación objetal, de la relación objetal internalizada, al igual que, el afecto dominante que los liga. A su vez, esta terapia, se encuentra abocada, a conectar la relación objetal primitiva y dominante, con su opuesto escindido, por medio de la interpretación.

Bernardi, R (2011), va agregar, que en este tipo de terapia, a raíz de la identificación del material de mayor afecto, se manifiestan problemas que conducen a la distorsión de los vínculos y las defensas. Esta distorsión, manifiesta a su vez la difusión de identidad, que presentan estos pacientes. Dicha difusión, se puede apreciar, a través de las descripciones contradictorias y caóticas, que el paciente realiza. Debido a esta difusión, una tarea esencial en estas psicoterapias, es integrar las representaciones disociadas del self del sujeto y del objeto, en la situación transferencial que se da entre paciente y terapeuta. Para llevar adelante esta tarea, el terapeuta, procura movilizar las defensas del paciente, para que sus emociones puedan expresarse en la relación transferencial. De igual modo, es función del analista, promover que la parte sana del paciente, que conserva el juicio de realidad, pueda mantener el encuadre y el contrato de trabajo evitando actuaciones destructivas.

Díaz, B y Dolores, M (2009), consideran, que en la psicoterapia basada en la transferencia, es necesario romper los círculos viciosos de desregulación y escisión. Para llevar a cabo esta ruptura, el analista, debe ayudar al paciente a integrar las representaciones polarizadas, propiciando en el paciente, una representación coherente y realista de su self y de los otros. Al mismo tiempo, el terapeuta, también debe hacer posible, que el paciente consolide su identidad, logre la capacidad de reflexión sobre los estados mentales propios y de los otros, y perciba fielmente los motivos, pensamientos e intenciones de los demás. Una vez logrados todos estos objetivos, el paciente, tendrá una mejor regulación afectiva, abandonando las defensas disociativas, por otras más adaptadas.

Sin embargo, estos pacientes, presentan una transferencia muy cargada afectivamente, poco elaborada y con tendencia a la actuación más que a la comunicación. Esta dificultad en la transferencia, como afirma Gabbard (2006), dificulta la interpretación, del sentido de las actuaciones, sobre todo, para aquellos pacientes que no logran mentalizar. En estos casos, en que la mentalización por parte de los sujetos, no es posible o es escasa, resulta de mayor utilidad, ayudar a que estos pacientes, elaboren el estado emocional, que puede haber desencadenado esa actuación.

No obstante, en los casos en que existe cierta dificultad para mentalizar, lo mejor muchas veces, es trabajar con otro tipo de terapia. Kernberg (2011), va sugerir, trabajar con una terapia basada en la mentalización. Dicha terapia, es una psicoterapia psicodinámica, alternativa a la ya mencionada psicoterapia enfocada en la transferencia. Esta terapia, implica, la comprensión del comportamiento por parte del

paciente, del self y del otro, como algo con significado, basado en estados mentales intencionados y que tienen un propósito, incluyendo los deseos personales, las necesidades, los sentimientos, las convicciones. Según este autor, el objetivo de esta psicoterapia, es aumentar las capacidades rudimentarias de mentalización. De manera que, mediante esa capacidad, el sujeto sea capaz de resolver sus problemas, manejar sus estados emocionales dentro de las relaciones interpersonales, y sentirse más seguros sobre sus posibilidades de hacerlo.

Frossa (2009), por su parte, considera, que la función del terapeuta en este tipo de terapia, es ayudar al paciente a comprender y poner nombre a los estados emocionales. Estos objetivos, se logra, con interpretaciones sobre los cambios en la actitud emocional del paciente momento a momento y focalizando la atención del mismo sobre la experiencia del terapeuta.

Bernardi, R (2011), agrega a su vez, el tratamiento de las fallas estructurales, que limitan la capacidad de percepción, por parte del paciente, de sí mismo y de los demás, como un objetivo a tener en cuenta. Estas fallas, condicionan las posibilidades de regulación, comunicación y vínculos. Esto es de gran importancia, debido a que las lagunas en la mentalización, generan impulsividad y dificultades para crear una distancia optima entre realidad externa/realidad interna.

No obstante, si bien como se puede observar, las psicoterapias son de gran ayuda con estos pacientes. De acuerdo con Gunderson y Gabbard (2002), las psicoterapias, dependen en gran medida, de la capacidad del paciente, para controlar los impulsos e invitan a la expresión emocional. Es decir, que las psicoterapias, requieren capacidades muy poco habituales, en los pacientes con un Trastorno Límite de la Personalidad, capacidades, que han podido requerir otro tipo previos de terapia. En el caso de que no existan estas capacidades, estos autores afirman, que va ser necesario, dar prioridad a otro tipo de terapias, como la terapia dialéctica conductual o la medicación.

La terapia conductual dialéctica, está diseñada para tratar múltiples síntomas, entre ellos se encuentra la inestabilidad afectiva, los trastornos de identidad, impulsividad y dificultades en las relaciones sociales. Esta terapia, combina técnicas cognitivo-conductuales. De acuerdo con De la Vega y Sánchez (2013), el tratamiento consiste, en un entrenamiento en habilidades, psicoterapia individual y atención en crisis. Es una psicoterapia, dirigida principalmente, conforme a Frossa (2009), a pacientes severamente disfuncionales o suicidas crónicos. Es debido, a que está dirigida a ese tipo de pacientes, que tiene como prioridad ante todo, según Gunderson y Gabbard

(2002), reducir las conductas autolíticas y las conductas que interfieren en la terapia. Sin embargo, en casos que no son tan graves, Frossa (2009), propone en un primer momento, trabaja con las expectativas que el paciente tiene. Estudiar, si esas expectativas, son o no realistas, para luego trabajar las capacidades básicas del paciente, con el fin de conseguir, que el este pueda tener un modo de vida razonablemente funcional y estable.

Asimismo, como objetivos más concretos, Díaz (2001), plantea, la comprensión intrapsíquica e interaccional de las conductas desadaptativas. Para dicho objetivo, se deben combinar intervenciones individuales y grupales, junto con estrategias conductuales clásicas, teniendo como objetivo final, crear autonomía responsable en las actitudes y los comportamientos. A estos objetivos, Frossa (2009), agrega, la reducción de la angustia postraumática, haciendo que el paciente recuerde y acepte los hechos traumáticos. Una vez que se le logre este objetivo, la autoconfianza, la autoestima, la autonomía, al igual que el autorespeto, serán menos dependientes de la valoración externa.

Por otra parte, encontramos la terapia cognitiva, la cual, puede ser útil conforme a De la Vega y Sánchez (2013), para que el paciente, pueda poner en marcha conductas funcionales y adaptadas. El objetivo de este tipo de terapia, es promover habilidades de conciencia, para una mejor efectividad interpersonal, regulación de las emociones y tolerancia al malestar. Para lograr esta meta, de acuerdo con Díaz (2001), el terapeuta debe conseguir, que el paciente pueda identificar y corregir, los pensamientos distorsionados y dicotómicos, las asunciones, los procesos cognitivos disfuncionales y desadaptativos. El analista, también debe ayudar, a que el paciente pueda expresar los sentimientos negativos, de una forma moderada, controlar los impulsos de carácter destructivos y brindarle explicaciones encaminadas, a que el paciente construya un sentido de identidad definido.

De igual modo, también, pueden ser útiles, la psicoterapia de grupo o psicoterapia de familia. En cuanto a la psicoterapia de grupo, Guimón, J y Maruottolo, C (2011), "ha sido considerada de especial interés, para pacientes en régimen ambulatorio, ya que reduce los abandonos y aumenta el compromiso terapéutico" (p.3). Boyra, A, Maruottdo,C, Mascaró,A y Guimon, J (2007), plantean, que lo ideal sería que este tipo de terapia, se diera dentro de un programa multidimensional, en un grupo heterogéneo, con pacientes de patologías diferentes, para trabajar y mejorar las relaciones interpersonales.

En psicoterapia de familia, conforme a Díaz (2001), se trabajaría desde la psicoeducación y es aconsejable, para disminuir las proyecciones de los padres y las distorsiones de la realidad entre otras cosas.

Sin embargo, es de gran importancia destacar, que el tratamiento combinado se ha convertido en la estrategia habitual, para el abordaje de la mayoría de los Trastornos de la Personalidad. La farmacología, puntualmente, se ha transformado en algo fundamental para estos pacientes.

La gran relevancia de la farmacología, se debe según Millon (2006), a que es necesaria una base biológica, que alimente la intensa reactividad emocional de los pacientes de personalidad límite. Esta reactividad, hace posible, que algunas personas tengan una reacción más intensa que otras, ante cualquier estímulo negativo. En la escala de intensidad, encontramos a estos pacientes, en el extremo superior. Para dicho autor, determinadas características básicas del límite, a saber, impulsividad, irritabilidad, hipersensibilidad a la estimulación, labilidad emocional y reactividad e intensidad emocionales, se han asociado, a sustratos biológicos relacionados con los neurotransmisores, como la disfunción serotoninérgica.

Respecto a esta correlación entre características y sustratos biológicos, Gabbard (2006), afirma, que las anomalías en los impulsos, se dan a causa de la serotonina, que tiene efecto inhibitor en la conducta y se encuentra disminuida en estos pacientes. Estas anomalías, a su vez, empeoran por los efectos del trauma, que incluyen alteraciones en el cortisol, las catecolamina y la noradrenalina aumentada, lo cual provoca, activación sin inhibición comportamental. Para este autor, la serotonina, también está implicada en la agresividad dirigida hacia sí mismos, como el suicidio y la automutilación. Otro causante de este comportamiento, es el sistema noradrenergico hipersensitivo, que está relacionado con la hiperactividad resultante del trauma, y puede llevar a conductas autodestructivas, como mutilaciones, en un intento por disminuir los efectos disfóricos y dolorosos.

Debido a este correlato entre características y sustratos biológicos, la medicación será de gran utilidad, para tratar variables temperamentales, mientras que, la psicoterapia es de mayor ayuda, cuando se intenta abordar el carácter. Gracias a esta utilidad, la medicación, como afirman Marin y Fernandez (2007), es una práctica habitual, en el tratamiento de pacientes límites de la personalidad, pese a que no hay ninguna medicación, aprobada para este tipo de afecciones.



Sin embargo, como se pudo observar, al incidir los fármacos en síntomas concretos, no en el cuadro como tal, estos sujetos son polimedicados. El psicofármaco, cumple según Gunderson y Gabbard (2002), la función de modificar el temperamento, incidir en síntomas diana específicos y tratar trastornos comorbidos. También, puede ser útil la medicación, para aliviar el malestar subjetivo más fácilmente que la psicoterapia, y facilitar el funcionamiento del paciente en la terapia.

Los fármacos más utilizados en este tipo de pacientes, según Gunderson y Gabbard (2002), son los siguientes: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), para modificar variables temperamentales, como la impulsividad, los arranques de mal genio y las explosiones descontroladas de ira. Aunque, los ISRS, pueden ser menos útiles, sobre los conceptos de sí mismos o las relaciones objétales internas del paciente. También, se puede utilizar la fluoxetina, para la reducción de la ira, los síntomas impulsivos, cognitivos y perceptivos. Dentro de los síntomas impulsivos conductuales se encuentran, conductas temerarias, baja tolerancia a la frustración, agresividad verbal o física, amenazas suicidas recurrentes, automutilaciones y excesos en la comida, sexo, gastos o abusos de sustancias.

Gunderson y Gabbard (2002), afirman a su vez, que en caso de que estas conductas impulsivas, no logren reducirse con estos psicofármacos, se pueden implementar dosis bajas de neurolépticos convencionales. Si aún, después de utilizar neurolépticos, los síntomas siguen sin responder, el clínico puede plantearse añadir carbonato de litio, o un inhibidor de la monoaminoxidasa. Por último, si ninguno de estos psicofármacos logra el efecto deseado, se puede considerar el uso de divalproato sódico o carbonacepina. La carbonacepina, reduce a su vez, el descontrol de estos pacientes.

Psicofármacos como la noltrexona, resultan útiles para pacientes que llevan a cabo conductas de automutilación, puede disminuir la disforia y analgesia, además de ser eficaz, para que los pacientes adictos al alcohol sigan abstinentes.

Por otra parte, según Gunderson y Gabbard (2002), al no responder la difusión afectiva a los ISRS, puede ser útil probar dosis bajas de ansiolíticos. El clonacepam puede ser eficaz, cuando el paciente presenta ansiedad, ya que el mismo aumenta la disponibilidad de serotonina. Esta disponibilidad, explica la utilidad del clonacepam, como potenciador junto a un ISRS. También se pueden utilizar, dosis bajas de neurolépticos si hay problemas de ira, evitando siempre el uso del aplazolam, debido a que tiende a provocar grandes desinhibiciones. Si después de utilizar estos psicofármacos, los síntomas afectivos no han remitido, se puede cambiar a un

inhibidor de la monoaminoxidasa. El litio por su parte, debe ser considerado como último recurso, debido a que los datos a favor de su uso, como estabilizador de los síntomas afectivos en este tipo de trastorno son reducidos. Es importante tener en cuenta, que aquellos pacientes con depresión y Trastornos de la Personalidad comorbidos, tienen una peor respuesta al tratamiento.

En todos los casos, conforme a Gunderson y Gabbard (2002), el terapeuta debe explorar de forma activa, las fantasías del paciente acerca de la medicación que deben utilizar, previniendo el uso indebido de los mismos. Se debe tener en cuenta, así mismo, como plantean Marin y Fernandez (2007), la descripción que el paciente hace de los efectos del fármaco que está siendo utilizado. No se debe caer en la tentación, de añadir medicación por motivos de desesperación contratransferencial, la misma siempre que se aplique, debe ser en un plan de tratamiento meticulosamente diseñado, para abordar síntomas específicos.

Por otra parte, es importante destacar, que estos pacientes presentan un alto índice de abandono. En el caso de las psicoterapias por ejemplo, autores como Gunderson y Gabbard (2002), afirman, que estudios han demostrado que “los abandonos en psicoterapia son un problema importante, sobre todo en el trastorno límite de la personalidad” (p.17). Las razones más frecuentes que producen dicho abandono, según estos autores son: a) que el paciente no encuentre sentido al tratamiento, b) que el paciente termine mediante exoactuaciones (acting- out), c) al saber que han sido asignados aleatoriamente a terapia grupal, d) frustración excesiva, e) ausencia de apoyo familiar, f) problemas logísticos.

No obstante, aunque existen varios motivos, para el abandono de los tratamientos de estos pacientes. La alta adhesión focal, se asocia moderadamente, con buena respuesta en pacientes con relaciones objetales de alta calidad, mientras que, en pacientes con relaciones objetales de baja calidad (asociadas con frecuencia a un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad) una alta adhesión focal se asociaba a una evolución más desfavorable.

## **CONCLUSIÓN:**

A modo de conclusión, en el presente trabajo se ha abordado la problemática vincular en los pacientes con una Organización Límite de la Personalidad, desde las perspectivas descriptiva y psicodinámica. Es decir, se reflexionó acerca de los aspectos de la organización psíquica de estos pacientes, que podrían generar dificultades en los vínculos. Para desarrollar el tema, se ha optado por comprender a dicha patología desde el enfoque que realiza Kernberg (1993). Se aborda el Trastorno de la Personalidad Límite, como una organización patológica, específica y estable. Dicha organización, se caracteriza, en presentar síntomas particulares, mecanismos de defensa primitivos, patología en las relaciones objetales y rasgos genéticos determinados. A partir de esta postura, se han tenido en cuenta cada una de las características de la organización, donde se observa, la dificultad que presentan los pacientes límites, en las relaciones interpersonales, sobre todo en las relaciones íntimas.

Se observó, que una de las características influyentes en los vínculos, es la falta de cohesión. Dicha característica, dificulta la integración de las representaciones positivas y negativas del self y de los demás. A causa de esta característica, el sujeto mantiene con los otros, con el mundo y la vida una relación de catalogación clasificatoria. A su vez, la falta de cohesión, genera conductas contradictorias, impulsividad, acompañado de inestabilidad anímica y afectiva, siendo imposible para estos sujetos regular sus afectos.

Por otra parte, se considera a la escisión, como el mecanismo de fundamental influencia en los vínculos de dichos sujetos. Este mecanismo, genera que el sujeto tenga representaciones objetales disociadas, es decir, dos maneras opuestas de considerar el sí mismo y a los otros. El sujeto no logra ver a las personas, como poseedoras de una mezcla de cualidades positivas y negativas, evaluar de manera realista a los demás, ni entablar con ellos una relación de verdadera empatía. De igual modo, las opiniones y acciones del sujeto opuestas, no presentan disonancia cognitiva para ellos, pero resultan contradictorias para los demás.

A su vez, junto a este mecanismo encontramos la proyección, a través de la cual, el sujeto coloca los aspectos indeseables del propio yo en otras personas, dificultando aún más las escasas relaciones que presenta. Estas relaciones, a su vez, alternan entre idealización y desvalorización, cuando un objeto no proporciona gratificación o protección, es abandonado o dejado de lado. Este desplazamiento, se debe, a que el sujeto, no presenta verdadera capacidad de amor por los otros.

Por otra parte, estos sujetos oscilan todo el tiempo, entre dependencia aferradora y aislamiento. Los pacientes límites, necesita que el objeto este siempre presente, cuando no lo está, presentan una cruel sensación de abandono. A causa de esta sensación, buscan con ansias, relaciones de proximidad, para que los apoyen emocionalmente y satisfagan todas sus necesidades. Para compensar los miedos del sujeto, las personas significativas deben cuidarles, proporcionarles cariño, protegerles, estar siempre físicamente disponibles y no abandonarle nunca.

En este sentido, muchas veces, para asegurar sus vínculos, los sujetos hacen esfuerzos frenéticos para evitar la separación, generando círculos viciosos. Las relaciones que entabla el paciente, son exclusivas uno a uno, ya que, consideran que de esta forma no existe riesgo alguno de abandono, sin embargo, terminan abrumando y alejando a los demás. Muchas veces, para evitar el abandono el sujeto, recurre a manipulaciones o gestos suicidas.

Se concluye, que el paciente límite presenta variadas características, que tanto separadas como en su conjunto, generan enormes dificultades en las formas de vínculos de estos sujetos. Los pacientes, desean una relación estable, pero a la vez le temen, porque se volvería más vulnerable. Debido a este temor, oscilan entre la fusión y la soledad, y desintegran toda relación más prolongada, debido a la incapacidad para encontrar una distancia interpersonal óptima.

No obstante, todas estas características, pueden presentar un avance sustancial con un tratamiento adecuado, que combine psicoterapia y fármacos. Dicho avance, tendría como consecuencia una mejora en los vínculos y la calidad de vida de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFIA:

Arias, I. (2012). Actualización en el manejo farmacológico y no farmacológico del trastorno límite de la personalidad. (Trabajo de Posgrado). Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis49.pdf>

Ariztia, J.(2014). Más allá de la representación: un recorrido metapsicológico para pensar la clínica de lo fronterizo. (Tesis de Maestría). Universidad de Chile, Chile. Disponible en:

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/135457/TESIS%20JUAN%20ARIZTIA.pdf?sequence=1>

Azpiroz, M. y Prieto, G. (2014). Trastornos de la personalidad. Montevideo: Psicolibros – Waslala.

Berenstein, I. (2001). El vínculo y el otro. Psicoanálisis APdeBA. XXIII (1). Disponible en: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/012001berenstein.pdf>

Bernal, H. (s.f). Sobre la teoría del vínculo en Enrique Pichón Riviére. Una sistematización del texto Teorías del vínculo de Pichón. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/578481.pdf>

Bernardi, R. (2011). Trastornos fronterizos: Comparación de la psicoterapia basada en la transferencia de Kernberg y la terapia basada en la mentalización de Fonagy. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 75 (1). 35-38. Disponible en: [http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/06\\_RB.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/06_RB.pdf)

Bilbao, R (2010) Revisión histórica – conceptual de los estados límites de la personalidad desde una perspectiva psicoanalítica: Encuentros y desencuentros. *Revista de psicología GEPU* (1) pp. 1-104. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/retrieve/7600/license.txt>

Blanco, C., y Moreno, P. (2006). Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad de Millon. *Psiquiatría.com*. 10(4). 1-25. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/258/243/>

Boyra, A, Maruottolo, C, Mascaró, A, Guimón, J.(2007). Resultados de la psicoterapia grupal breve dinámica en pacientes borderline. *Researchgate*. 6 (2). 1-22. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Guimon2/publication/28184286\\_Resultados](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Guimon2/publication/28184286_Resultados)

[\\_de la psicoterapia grupal breve dinamica en pacientes borderline/links/55532e8108aeaaff3bf02fe8/Resultados-de-la-psicoterapia-grupal-breve-dinamica-en-pacientes-borderline.pdf?origin=publication\\_list](http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n2a3.pdf)

Brox, V. (2014). Clínica Psicoanalítica de las Organizaciones Borderline. *Clínica contemporánea*. 5(2), 149-159. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n2a3.pdf>

Cancrini, L (2007). El funcionamiento borderline. En *Océano borderline*. Disponible en: <https://www.trastornolimite.com/tlp/el-funcionamiento-borderline>

Cuevas, C., y López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychological Therapy*. 12(1), 97-114. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen12/num1/320/intervenciones-psicologicas-eficaces-para-ES.pdf>

De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>

Díaz, B., Dolores, M., Linehan, M., Cochran, B., y Kehner, C. (2001). El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline. *Aperturas Psicoanalistas*. 13(s/n). Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=236>

Díaz, B, Dolores, M. (2009). El proceso interpretativo en la psicoterapia psicoanalítica de la patología límite de la personalidad. *Revista Apertura Psicológica*, nº033. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=617&a=El-proceso-interpretativo-en-la-psicoterapia-psicoanalitica-de-la-patologia-limite-de-la-personalidad>

Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. XXI (78), 51-70. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352001000200004&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352001000200004&script=sci_arttext&lng=pt)

DSM-V (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.

Esbec, E., y Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 43(5), 177-186. Recuperado de: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-177-86790955.pdf>

Ferrer, M. (2013). *Trastorno límite de la personalidad: diferentes manifestaciones d un mismo trastorno*. (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona,

Barcelona. Recuperado de:

[http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl\\_10803\\_133274/mfv1de1.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_133274/mfv1de1.pdf)

Frossa, P. (2010). Organización limítrofe de personalidad. Revista de psicología GEPU. 1(1), 32-52. Recuperado de:  
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2220/1/Organizacion%20Limitrofe%20de%20Personalidad.pdf>

Gabbard, G. (2006). Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica 3er ed.

García, T, Pérez, M, Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 30(106), 263-278. Disponible en:  
[https://psiquiatria.com/trastorno\\_de\\_inestabilidad\\_de\\_la\\_personalidadborderline/tratamiento-integral-del-trastorno-limite-de-personalidad/](https://psiquiatria.com/trastorno_de_inestabilidad_de_la_personalidadborderline/tratamiento-integral-del-trastorno-limite-de-personalidad/)

Giner, J., Medina, A., y Giner, L. (2012). Evaluación y manejo de la conducta suicida. Encuentros en Psiquiatría. Madrid: Enfoque Editorial. Disponible en:  
<http://www.adamedfarma.es/wpcontent/uploads/2015/05/Encuentros-en-psiquiatr%C3%ADa.-Evaluaci%C3%B3n-y-manejo-de-la-conducta-suicida.pdf#page=87>

Gómez, C. (2000). ¿Quién es el paciente limítrofe?. Revista de Salud Mental. 23 (1), 30-38. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=22644>

González, S. (s.f). Vinculo, Aprendizaje, Cambio. Una aventura intelectual. Disponible en: [http://fido.palermo.edu/servicios\\_dyc/blog/docentes/trabajos/3088\\_7012.pdf](http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/blog/docentes/trabajos/3088_7012.pdf)

Graña, R (2007). La psicopatología de la adolescencia y el espectro borderline. Aperturas psicoanalíticas, (26),5. Recuperado de  
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000450&a=La-psicopatologia-de-la-adolescencia-y-el-espectro-borderline>

Guimón, J., y Maruottolo, C. (2011). Terapia grupal dinámica intensiva y breve para pacientes con trastorno borderline de la personalidad. Avances en Salud Mental Relacional. 10(3), 1-12. Recuperado de:  
<https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/terapia-grupal-dinamicaintensiva-y-breve-borderline.pdf>

Gundersoy y Gabbard. (2002) psicoterapia de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Medica.

Izquierdo, A. (2002). Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. Revista Complutense de Educación. 13, (2), 617-643. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=980907>

Kernberg, O. (2011) Mentalization, Mindfulness, Insight, Empathy, and Interpretation. En: The Inseparable Nature of Love and Aggression. Clinical and Theoretical Perspectives By Otto F. Kernberg, M.D. Ed: American Psychiatric Publishing. Washington, DC London England. Cap 3, pag: 57-79

- Kernberg, O. (1993). *Desordenes Fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Ed Paidós.
- Lerner (2007) *La clínica psicoanalítica convulsionada*. En Lerner, L y Sternbach, S. (Ed), *Organizaciones fronterizas – fronteras del psicoanálisis* (pp. 1- 31). Buenos Aires: Paidós.
- Liberman, D. (1982). *Fantasía inconsciente vinculo y estados psicóticos*. Buenos Aires: Kargieman.
- Llanes, J. (2015). Apuntes para una clínica de lo fronterizo. *Revista Letra en Psicoanálisis*. 1(1), 110. Recuperado de: <http://www.ciesrevistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/7/Apuntes%20para%20una%20cl%C3%ADnica%20de%20lo%20fronterizo>
- Llanes, C. (2016). Reflexiones acerca de lo fronterizo. *Revista Letra en Psicoanálisis*, 2(1), 1-10. Disponible en: <http://cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/27>
- Marco, J, García, J, Pérez, S, Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Behavioral Psychology*, 22(2), 293-305. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/264007763\\_El\\_sentido\\_de\\_la\\_vida\\_como\\_variable\\_mediadora\\_entre\\_la\\_depresion\\_y\\_la\\_desesperanza\\_en\\_pacientes\\_con\\_Trastorno\\_Limite\\_de\\_la\\_Personalidad\\_SPANISH](https://www.researchgate.net/publication/264007763_El_sentido_de_la_vida_como_variable_mediadora_entre_la_depresion_y_la_desesperanza_en_pacientes_con_Trastorno_Limite_de_la_Personalidad_SPANISH)
- Marín, J, Fernández, J. (2007). Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. *Revista Clínica y Salud*. 18 (3), 259-285. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742007000300002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742007000300002&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Millon, T. (2006). *Trastorno de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson
- Pérez, L. (2011). Trastorno Límite (Borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 75(1), 20-25. Recuperado de: [http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04\\_LP.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04_LP.pdf)
- Schkolnik, F & Svarcas, M. (1991). El dilema del paciente fronterizo: entre la desmentida y la discriminación. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. (pp. 161-169). Disponible en: <http://www.apuguay.org/apurevista/1990/1688724719917411.pdf>