



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo final de Grado

FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO EN PERSONAS CON TRASTORNO DE  
PERSONALIDAD BORDERLINE



Tutor: Asist. Dr. Lisandro Vales

Revisora: Prof. Agda. Lic. Rosa Zytner

Alumna: Erika Steinhauer Méndez

CI: 4.743.260-6

Fecha de entrega: 30/10/2017

- ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Personalidad.....	6
Trastorno de personalidad.....	9
Trastorno de personalidad border.....	14
Etiología.....	17-24
Características clínicas.....	24-34
Tratamientos Psicoterapéuticos.....	34-40
Tratamiento farmacológico.....	40
Alteraciones neurocognitivas.....	41-44
Conclusiones.....	45-47
Referencias bibliográficas.....	48-

- **RESUMEN**

El presente trabajo monográfico se enmarca en el funcionamiento psíquico de las personas que presentan un trastorno de personalidad borderline desde un enfoque psicoanalítico.

A lo largo del trabajo, se parte de lo más general hacia lo más específico. Se brinda una breve reseña histórica de la personalidad y se define a la misma tomando como referencia a autores como Millon, Davis y Cloninger.

Luego de contextualizar a la personalidad, se hace referencia a sus trastornos distinguiendo previamente dos conceptos relevantes como rasgos de personalidad y trastornos de personalidad. A la vez, se realiza una distinción entre personalidad normal y patológica y se exponen definiciones de los trastornos de la personalidad como también su clasificación de acuerdo al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Posteriormente, se hace referencia concretamente al trastorno de personalidad borderline abarcando la historia del término, la etiología del trastorno como también sus características clínicas (abordando aspectos categoriales como psicodinámicos). Lo mencionado se realizó a través de una revisión bibliográfica que toma como referencia a autores clásicos como Kernberg, Fonagy, Bateman, Gabbard, Adler, Mahler, entre otros.

Por último, se describen sus posibles diversos abordajes tanto psicoterapéuticos como farmacológicos y se culmina con los hallazgos de las alteraciones neuropsicológicas que presentan estos tipos de pacientes.

Palabras claves: personalidad; trastorno de personalidad; trastorno límite de personalidad límite; clínica psicoanalítica.

## • INTRODUCCIÓN

El interés del presente trabajo reside en la relevancia clínica del Trastorno de personalidad Borderline ya que abre la posibilidad de extender la concepción estructural clásica (neurosis, psicosis y perversión) permitiendo complejizar la mirada clínica. Los pacientes limítrofes conforman un grupo de sujetos que responden a una organización mental específica, diferenciable por su inestabilidad y sus reacciones particulares que se vinculan a sentimientos de insuficiencia y abandono. (Arias y Farinon, 2016).

La gran variedad de planteamientos acerca de la personalidad hace que la misma posea una gran y significativa relevancia para las diferentes corrientes psicológicas, ya que en cada etapa histórica el concepto es más estudiado y mejor descrito. (Montaño, Palacios y Gantiva, 2009). A la vez, quien se dedique particularmente al estudio de la personalidad borderline, notará que es un campo bastante complejo, ya que en cada periodo histórico su definición, sus características clínicas y los criterios diagnósticos muestran un cambio. (Arias, Farinon, 2016). De esta manera, es que la última versión del manual internacional de los trastornos mentales DSM -5 propone nuevos cambios respecto al DSM-IV, y uno de los campos que sufre mayores modificaciones es el de los trastornos de personalidad. (Bernardi, 2010).

Se toma como pilar fundamental a Otto Kernberg quien define y desarrolla la conceptualización del síndrome borderline caracterizado por tres elementos claves: difusión de identidad, predominio de mecanismos defensivos primitivos y una prueba de realidad conservada. Los dos primeros aspectos diferencian a este tipo de organización de la estructura neurótica y el último aspecto la diferencia de la organización psicótica. (Pérez, 2011).

Se pueden observar cinco secciones. En principio se define a la personalidad como el conjunto de características psicológicas, biológicas, y socioculturales que dan paso a que un sujeto sea el mismo y no otro. (Fierro, 1998). A la vez, se complementa tomando de referencia a Cloninger quien expone que la personalidad se va desarrollando a medida que

transcurre el tiempo y que la experiencia en la niñez conforma un patrón sumamente importante. (Cloninger, 2003). Sumado a ello, se esclarece la diferencia de dos términos relevantes que conforman a la personalidad: temperamento y carácter.

En un segundo apartado se diferencian: rasgos de personalidad y trastorno de personalidad, que a nivel de jerga popular pueden tomarse como similares. A nivel profesional, remiten a distintos significados y teniendo en claro permite posicionarnos ante simples rasgos de personalidad o frente a un trastorno de personalidad. Una vez distinguidos, el trabajo se enfoca al trastorno de personalidad borderline, hoy en día comprendido dentro del grupo B en el DSM-5.

Para abordar este fenómeno, se expone tanto la historia del término como su etiología, dando énfasis en tres aspectos que la comunidad psicoanalítica comprendió: fase de separación-individuación, presencia deficiente por parte de la madre y a las situaciones de abuso, desde varias perspectivas dependiendo de los autores. Además de ello, se describen sus características clínicas, abordando diversos autores.

Luego se describen los diversos modelos de psicoterapia, abordando sus objetivos, características y el rol del terapeuta. Los de corte más psicoanalíticos: La Psicoterapia Basada en la Mentalización (PBM) (Fonagy y Bateman), y la Terapia Focalizada en la Transferencia (PFT) (Kernberg); los de corte más cognitivo-conductual: Terapia Dialéctica Conductual (DBT) (Linehan), terapia de Beck y la terapia basada en esquemas de Young. Además de estas psicoterapias que son de abordaje individual, se expone la importancia de una intervención a nivel familiar y grupal y el complemento de una intervención farmacológica.

Por último, se establecen las alteraciones neurocognitivas al conformar éstas un rol importantísimo en la clínica de estos trastornos. Conocer las características neurocognitivas resulta relevante para el diagnóstico, planificación de tratamiento y pronóstico de la patología. (Arza et al., 2009).

- **PERSONALIDAD**

Durante el transcurso de los años, de la historia, se le ha otorgado gran relevancia e interés al término personalidad. Dicho interés, ha estado centrado en brindar una explicación acerca del cómo, por qué y para qué de las diversas formas de comportamiento de un sujeto a causa de factores ambientales, biológicos, sociales, etc. (Montaño, Palacios y Gantiva, 2009).

El estudio de la personalidad se remonta alrededor de un siglo antes de Cristo; los Griegos, otorgaban gran interés en personificar distintos roles en el drama de su cultura. Para lograr lo mencionado, las personas usaban máscaras para cubrir sus rostros y así lograr representar los distintos estilos de vida. Con lo mencionado, asumían diversas personalidades dentro de una misma persona, por lo cual “personalidad” se origina del término persona. (Montaño et al., 2009).

Con el transcurso del tiempo, el término persona dejó de representar solamente a la máscara y pasó a simbolizar a la persona real, a sus características aparentes, explícitas y manifiestas. (Millon y Davis, 2000).

El tercer y último significado que se le otorgó al término, se centró también en las características psicológicas, a lo más interno, oculto y poco visible del sujeto. Se puede afirmar así, que el significado del término personalidad ha mostrado un cambio a través de la Historia, desde la ilusión externa a la realidad aparente y finalmente aludiendo a los rasgos internos casi invisibles del sujeto. Este último significado que se le concedió resultó ser el más cercano a su uso contemporáneo. (Millon y Davis, 2000).

Desde una perspectiva psicológica que es lo que nos aboca el trabajo, si bien no es fácil dar una definición de personalidad que satisfaga a todos los psicólogos, se la puede considerar a rasgos generales como el conjunto de características psicológicas, biológicas y socioculturales que habilitan a que un sujeto sea el mismo y no otro, sin importar el contexto en el que se

encuentre. Es así que uno de los elementos más importantes de la personalidad es que es relativamente constante a lo largo de la vida. (Fierro, 1998).

Cloninger por su parte, define a la personalidad como “las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona” (Cloninger, 2003, p. 3). A la vez, la autora expresa que la misma se va desarrollando con el transcurso del tiempo y que la experiencia en la niñez, como se abordará más adelante, influirá en la forma en que cada persona se desarrolla hacia su propia y única personalidad. (Cloninger, 2003).

Años más tarde, Millon también refiere a la personalidad como lo que nos hace como somos y lo que nos hace diferentes respecto de los demás. Las personas que tienen cierta característica que las distingue de otros, suele decirse que poseen personalidad o que son todo un carácter. Dependiendo de cómo nos afectan las reacciones de otra persona, se dirá que tiene un buen o mal carácter. (Millon, 2006). Por su parte Azpiroz y Prieto (2011) definen a la personalidad como las características constantes de un sujeto, las cuales se expresan en su forma de comportamiento en varias circunstancias y las mismas han sido integradas sobre la base de diversos factores ya sean biológicos, sociales, culturales, entre otros.

Las definiciones que fueron expuestas están relacionadas con dos términos primordiales respecto al estudio de la personalidad: temperamento y carácter.

Millon y Davis (2000) mencionan que ambos términos han sido utilizados como conceptos intercambiables en la literatura sobre la personalidad. Afirman que carácter ha venido a significar las cualidades personales que representan la adhesión individual a los valores y costumbres de la sociedad. El uso europeo de dicha palabra resulta ser el más similar al significado actual de la personalidad que con reiteración se asocia a los textos psicoanalíticos sobre caracterología. Cuando se emplea “estructura de carácter/trastornos del carácter” se asocia con las características del comportamiento y del pensamiento que están muy arraigadas y son mantenidas a lo largo del tiempo. La concepción analítica de carácter limita su alcance a

la parte integradora de la personalidad, el Yo, pero, cuando se utiliza el lenguaje contemporáneo se habla de carácter haciendo referencia a una forma moral de juzgar el comportamiento, abarcando así también al Superyó.

Por otro lado, temperamento alude a las características biológicas que subyacen a nivel de energía y los estados de ánimos del sujeto y no depende del proceso de socialización. En este caso, temperamento apunta hacia el tercer componente de la personalidad siguiendo la línea psicoanalítica, el Ello y refleja la bioquímica, la endocrinología y la estructura neurológica frente a la estimulación en áreas concretas. (Millon y Davis, 2000). Complementando, Azpiroz y Prieto (2011) afirman que el temperamento implica una disposición innata y determinada genéticamente a reacciones concretas frente a estímulos del contexto.

Caballo, Guillén y Salazar (2009), plantean que las características o rasgos internos se originan a partir de una matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y comprenden un patrón de percibir, sentir, afrontar, pensar y comportarse del sujeto.

- **TRASTORNO DE PESONALIDAD**

Se cree propicio para definir a los trastornos de personalidad, poder realizar previamente una distinción entre dos conceptos relevantes que muchas veces pueden generar cierto grado de confusión: rasgos de personalidad / trastornos de personalidad.

En cuanto a rasgos de personalidad, Esbec y Echeburúa (2011) plantean que conforman los patrones constantes de formas de percibir, relacionarse y pensar acerca del entorno y sobre uno mismo. Los rasgos aluden a simples consistencias de comportamiento en diversas áreas o perspectivas de personalidad, que muestran una disposición general del sujeto y que no son de carácter transitorio, pasajero. (Caballo et al., 2009).

A la vez, Millon (2006) establece que un rasgo de personalidad es un patrón duradero de comportamiento expresado a lo largo del tiempo y en diversas situaciones. Cuando varios de estos rasgos de personalidad aparecen en forma conjunta, constituyen un prototipo de personalidad, es decir, un trastorno de personalidad.

En definitiva, los rasgos de personalidad solo se transformarán en trastornos de personalidad cuando los primeros son inflexibles, desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y terminan provocando un deterioro funcional de gran relevancia y/o un malestar subjetivo. (Esbec y Echeburúa, 2011).

Fernández y Rodríguez (2013) plantean que los trastornos de personalidad (en adelante TP) son cuadros psicopatológicos que provocan controversia entre los profesionales de la salud mental, desde su definición, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Podría decirse que los TP se alejan de los parámetros más “normales” y se acercan a lo que se puede denominar como “anormal”. Ante lo mencionado, Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, (2007) afirman según el Modelo de personalidad de Millon, que la personalidad normal y patológica comparten los mismos principios, mecanismos de desarrollo y rasgos básicos que las componen. La diferencia radica en que las personalidades “normales” son más flexibles

cuando se adaptan al contexto, mientras que las personalidades con algún tipo de trastorno establecen conductas resistentes, rígidas y no adaptativas al entorno. Cuando hablamos de una personalidad anormal, se hace referencia a todo el modo de ser de un sujeto y no a aspectos concretos. Por ejemplo, cuando una persona tiene depresión, se hace alusión a que esa persona experimenta una alteración en su modo de ser habitual, ya que normalmente no es así. Pero en el caso de los TP, el modo de ser habitual es enfermizo, patológico o anormal. (Fierro, 1998).

Por otro lado, Esbec y Echeburúa (2014) establecen que el funcionamiento de la personalidad es distribuido en un continuo; el funcionamiento y la adaptación son formas características de pensar y entenderse a sí mismos y con y a los demás. Siendo así, un sujeto con funcionamiento óptimo tendrá su mundo psicológico muy bien integrado.

Contrariamente, un sujeto con una patología grave de la personalidad tendrá su mundo psicológico empobrecido, desorganizado, conflictivo, débil, con emociones negativas.

Con respecto al concepto de adaptación recientemente nombrado, Cloninger expone que las situaciones experimentadas durante la vida solicitan luchar con ellas. Con esto, la adaptación (y también la personalidad) tiene que ver con la forma en que una persona se enfrenta al mundo, se adapta a las demandas y oportunidades del entorno. (Cloninger, 2003).

El sujeto que presenta un TP, exhibe tendencias o características extremas de la personalidad, lo cual lo conducen a una desviación respecto de su grupo sociocultural, de sus formas de pensar, sentir y actuar (subjetividad), y por ende le impiden responder de forma adecuada y adaptada ante varias situaciones que se le presentan. Lo mencionado, al sujeto le causa malestar emocional y clínicamente significativo. (Caballo, et al., 2009).

Siguiendo la línea, se hace oportuno dar a conocer dos tipos de configuraciones anómalas de la personalidad. Por un lado se nos puede presentar en clínica un sujeto con personalidad egosintónica; este término refiere a que dicha persona no sabe y no acepta que tiene un

trastorno. (Esbec y Echeburúa, 2011). Respecto a este concepto, Azpiroz y Prieto (2011) mencionan que al no aceptar su problemática, piensan que son los demás quienes no están en lo correcto y originan conflictos. También, al decir de Esbec y Echeburúa (2011) se puede presentar un sujeto con una personalidad egodistónica, lo cual sería el contrario, ya que sufre la problemática y es consciente de ella y tiene deseo de poder ser de otra manera.

Es importante mencionar que desde el psicoanálisis, Sigmund Freud si bien no se propuso realizar un sistema diagnóstico, formuló una distinción entre neurosis, psicosis y perversiones.

Además, Freud en su teoría estructural, describió la personalidad en términos del Yo, el Ello y el Superyó, sentando de esta manera las bases de una clasificación psicoanalítica de los fenómenos psíquicos. La literatura psicoanalítica plantea una clasificación de los trastornos psíquicos y una diferenciación de la personalidad a partir de la teoría pulsional, complementada con la psicología del yo, las teorías de las relaciones objetales y la psicología del self. (OPD-2, 2008).

Con el transcurso del tiempo, otros autores como Kernberg, Kohut, Green, fueron incorporando nuevas categorías diagnósticas lo cual hizo aumentar la riqueza de las conceptualizaciones clínicas. En los comienzos del grupo psicoanalítico uruguayo, junto con la obra de Freud, Melanie Klein y W.R. Bion distinguieron la parte neurótica y psicótica de la personalidad, como dos maneras diversas, existentes en grado variable en cada sujeto de manejar la realidad interna y externa sobre la base de diferentes ansiedades, fantasías inconscientes y mecanismos de defensa. En Uruguay, la influencia del psicoanálisis francés y en particular la obra de Jacques Lacan, condujo a revalorizar los conceptos diagnósticos originales freudianos y a desplegar nuevas perspectivas que llevaron a prestar atención a las fallas en la estructuración psíquica. (Bernardi, 2010).

Los TP, constituyen un conjunto de problemas psicológicos los cuales se agrupan bajo una sección específica de los sistemas de clasificación internacionales como: Manual Diagnóstico

y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (hoy en día), Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), y dentro del campo psicoanalítico el Manual de psicodiagnóstico operacionalizado (OPD-2) y el Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (PDM).

Respecto a los manuales nombrados, el sistema DSM elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana y el CIE publicado por la Organización Mundial de la Salud, se han apoyado en definiciones operacionales sobre la base de criterios contribuidos por la investigación científica. A la vez, varios psicoanalistas enfatizaron la necesidad de una comprensión abierta de los aspectos más profundos, intensos y únicos de cada experiencia humana individual. Esta diferencia culminó limitando en ambos la validez de las categorías clínicas. En el caso de la psiquiatría, si bien las definiciones operacionales aumentaron la validez y confiabilidad de los diagnósticos, los criterios utilizados llevaron a lo TP (entre otras patologías) a un empobrecimiento de contenido, que afectó su validez. En el caso del psicoanálisis, la búsqueda de profundidad al no ser acompañada por la definición de los conceptos, aumentó su imprecisión. Es así, que los manuales mencionados abren un nuevo escenario de diálogo entre la psiquiatría y psicoanálisis. (Bernardi, 2010).

Anteriormente al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) los TP estaban categorizados dentro de la nomenclatura oficial en un conjunto heterogéneo que comprendía diversos y variados síndromes. (Millon y Davis, 2000). Actualmente, el TP se encuentra bien definido y la American Psychiatric Association (DSM- 5, APA 2013) establece la siguiente definición:

Un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, es un fenómeno generalizado y poco flexible, tiene un inicio en la adolescencia o edad adulta temprana, es estable en el tiempo y da lugar a malestar o deterioro. (p. 645).

En la línea de los manuales, la Organización Mundial de la Salud en la clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10, OMS 1992) establece la siguiente definición:

Son alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente abarcan diversas áreas de la personalidad y casi siempre van asociadas con tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o la adolescencia y persisten en la vida adulta. (p. 158).

Previo a dar inicio concretamente al trastorno de personalidad límite, es importante aludir a las clasificaciones existentes. Según el DSM-5 (APA 2013), los trastornos de personalidad se encuentran divididos en tres categorías o grupos: A B y C. En el grupo A, se encuentra el trastorno de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Luego en el grupo B, se encuentra el trastorno de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. Por último, quedan enmarcados en el grupo C el trastorno de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva.

- **TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE**

Una de las primeras publicaciones más significativas y sustanciales a nivel del trastorno de personalidad designado como “límite”, se remonta hacia 1938 escrita por el psicoanalista Adolf Stern. (Caballo y Camacho, 2000). Igualmente, Arias y Farinon (2016) exponen que en la época de Stern era utilizado el término como denominación para un grupo dentro de la neurosis.

Otros antecedentes del concepto se remontan a Hughes en 1884, quien empieza a hablar de una frontera de la locura y de personas que vivían su vida atravesándola de un lado hacia otro. Los autores que se abocaron a trabajar con este tipo de pacientes se ubican a partir de Schmeidler en 1947 quien expuso que lo crucial del paciente borderline no eran sus síntomas sino el profundo trastorno de personalidad subyacente que perjudicaba la vida general de éste. (Arias y Farinon, 2016).

Gabbard (2002) expone que entre los años 1930 y 1940, los clínicos comenzaron a describir ciertos pacientes que no estaban lo suficientemente enfermos como para ser categorizados bajo el nombre de esquizofrénicos. A la vez, Garnes-Camarena Estruch (2010a) expone que el trastorno de personalidad límite (en adelante TLP) comienza a perfilarse como entidad diagnóstica en la década de los 40 ante la necesidad de categorizar a un grupo de pacientes que presentaban tanto rasgos esquizofrénicos como neuróticos, pero no estaban lo suficientemente definidos para ser catalogados en una entidad o en otra.

Grinker y col. en el año 1960, trajeron algo de rigor diagnóstico al síndrome con un análisis a 60 pacientes hospitalizados en Chicago. El mismo sugirió la presencia de cuatro subgrupos de pacientes borderline que ocupaban un continuo desde el borde psicótico hasta el borde neurótico: el border psicótico, síndrome borderline central, grupo “como si” y border neurótico. Finalmente, uno de los aportes más relevantes fue el hallazgo de que el síndrome

borderline era diferente al de esquizofrenia y que los pacientes no se deterioran hacia una esquizofrenia a través del tiempo. (Gabbard, 2002).

Siguiendo la línea, Zilboorg y Hoch, realizaron aportes de gran importancia al análisis descriptivo de esta patología y tomaron como esquizofrénicos a todos estos pacientes. En este caso, no llegaron a reconocer que estaban frente a otro tipo de psicopatología. (Kernberg, 1979)

Mientras que Gunderson y col. se centraron más que nada en los criterios diagnósticos, Otto Kernberg caracterizó a los pacientes borderline desde una perspectiva psicoanalítica, aplicando una combinación entre la psicología del Yo y de las relaciones objetales. A la vez, estableció el término organización fronteriza o borderline de la personalidad antes que cualquier otra denominación. Según este autor, dicho término es el que mejor describe y refiere a los pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad específica y estable, y no así un estado transitorio que varía entre neurosis y la psicosis. (Kernberg, 1979). Tal y como aporta Fossa (2009), Otto Kernberg ha hecho alusión a estructuras internas de personalidad que funcionan en forma estable y permanente en el tiempo y que apuntan concretamente a déficits en la constitución yoica. De esta manera, el término borderline cobra mayor importancia y formalidad con la figura del psicoanalista Kernberg (Ameglio, 2012).

Kernberg propuso una clasificación basada en criterios psico estructurales, en los cuales colocaba en el grado más alto a la organización neurótica de la personalidad (personalidad histérica, obsesivo-compulsiva y depresivo-masoquista), en un grado intermedio personalidades narcisistas de mejor funcionamiento, algunas personalidades infantiles y pasivo-agresivas y en un grado inferior a la organización límite de la personalidad. (Pérez, 2011).

Fossa (2009) aporta que el TLP resulta ser el tipo de funcionamiento psicológico de más complejo diagnóstico. Durante un periodo largo de tiempo no estaban claras las características de este cuadro psicopatológico, por lo tanto se utilizaba una “técnica” de descarte para diagnosticar. Quien no cumplía los criterios de una organización psicótica de la personalidad pero se alejaba de los criterios de normalidad, constituirá un TLP.

A pesar de lo expuesto, no es hasta los años 80 donde el término adquiere su especificidad y toma su status oficial de “trastorno de personalidad” al ser publicado en el manual DSM III (1980) manteniéndose en las posteriores revisiones DSM-IV y DSM- 5 (Ameglio, 2012).

Actualmente, es que el término Borderline puede asimilarse al de trastorno de personalidad limítrofe presente en diversas formas en los manuales de clasificación internacionales. (Arias y Farinon, 2016). Es así que en el DSM -5 (APA 2013), el TLP está comprendido dentro del grupo B y es definido como:

“Patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos” (p. 663).

En el CIE-10 se introdujo doce años más tarde que el DSM -III bajo el nombre de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con división en dos subtipos: límite e impulsivo (Gunderson, 2002). Es así que dicho manual hace mención al TLP como Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y lo define como:

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, el ánimo es impredecible y caprichoso. Existe predisposición a tener arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. así mismo hay predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás , en especial cuando los actos impulsivos

propios son impedidos o censurados. Se distinguen dos tipos de este trastorno este trastorno: el tipo impulsivo y el límite (CIE-10, OMS 1992, p. 162).

Guendelman, Garay y Miño (2014) por su parte, expresan que el TLP es una condición psiquiátrica seria y compleja la cual se caracteriza por una gran alteración en varios aspectos psicológicos. Según Arias y Farinon (2016), el TLP conforma un trastorno psiquiátrico grave y complejo que afecta al 4,5 % de la población general y un 10 % de la población en instituciones clínicas. Actualmente el TLP se encuentra bien definido y goza de un grande y extenso reconocimiento científico.

### ➤ Etiología del TLP

Los primeros intentos de explicar el desarrollo del TLP tienen sus orígenes en la comunidad psicoanalítica, la cual puso intensidad y acento en tres aspectos fundamentales: fase de separación-individuación del infante, presencia deficiente de la madre y situaciones de abuso durante los años de formación del niño. (Caballo y Camacho 2000).

Otto Kernberg vinculó la etiología y la patogenia del TLP con el esquema del desarrollo de Margaret Mahler, pionera en psicoanálisis de niños. (Gabbard, 2002). Se hace conveniente dar a conocer los aportes originales de esta autora para posteriormente abocarse a Kernberg.

Los aportes de Mahler giran entorno a un periodo llamado simbiosis madre-hijo y la descripción de la fase separación-individuación. En estas etapas, se encuentran los elementos pioneros del desarrollo del psiquismo y las consecuencias respectivas que puede tener para éste el éxito o no de los procesos.

La autora expone que las relaciones objetales son desarrolladas mediante la unidad dual madre-hijo, que conforma la fase normal de simbiosis humana (total dependencia del lactante con la madre). La característica primordial del proceso de simbiosis es la ilusión de fusión somatopsíquica con la representación de la madre e ilusión de un límite común entre dos

sujetos distintos. Dicha ilusión se mantiene en los casos de pérdida de identidad y desorganización psicótica. A la vez, esta autora traza una línea de desarrollo intrapsíquico que parte de la simbiosis madre-hijo y culmina con el proceso de separación-individuación o una identidad individual del infante (Mahler, 1971). Respecto a esta última fase, Mahler expone que la misma se caracteriza por el seguimiento de la madre y la huída de ella, con la esperanza de ser perseguido y arrebatado por los brazos de ella, lo cual indica el deseo de reencuentro con el objeto de amor como también el temor del infante de que ese objeto lo reabsorba. En esta etapa, el niño empieza a alarmarse de la posibilidad de que su madre se haga ausente. (Fossa, 2009). Es aquí en este último proceso, que si hay algún tipo de trastorno, dará lugar a posteriores psicosis y patologías borderline. (Mahler, 1971).

A partir de este aporte, Kernberg expone que los pacientes borderline se caracterizan por haber pasado con éxito la fase simbiótica descrita, pero han quedado fijados durante la fase de separación -individuación. Este autor afirma que entre los 16 y 24 meses, el niño siente temor a que su madre pueda desaparecer provocando una gran angustia en él. Desde esta perspectiva, se considera que los pacientes borderline reviven una crisis infantil temprana de ésta índole y es aquí donde en esa forma adulta de crisis infantil, los sujetos no son capaces de soportar periodos de soledad y tienen temor a ser abandonados. Un factor fundamental en esta etapa de fijación es la carencia de consistencia objetal típica de este tipo de pacientes. Es así que estos niños futuros adultos borderline no son capaces de integrar los aspectos buenos y malos de sí mismos y de sus madres y éstas imágenes contradictorias son guardadas en forma separada mediante la escisión. De esta manera, la madre y el self oscilan entre completamente malos y completamente buenos. (Gabbard, 2002).

A la vez, siguiendo el lineamiento de Gabbard, este autor alude a que la mayoría de los niños soportan la separación de forma exitosa como consecuencia de haber internalizado una imagen total y tranquilizadora de la figura materna que es sostenida durante su ausencia. No

acontece así con las personas borderline ya que no tienen esa imagen interna, tienen poca o ninguna constancia objetal y no toleran la separación ni la soledad. (Gabbard, 2002).

Es de esta manera que Kernberg plantea que la contribución más importante entorno a la organización fronteriza de la personalidad se origina del análisis de la patología de las relaciones internalizadas de estos pacientes. (Kernberg, 1979).

Además de la comprensión de Kernberg, diversos autores entienden los problemas de apego temprano como otro factor primordial en el futuro desarrollo de este trastorno. Al respecto, Cloninger (2003) expone que los vínculos de apego con los padres han recibido una gran atención y se piensa ampliamente que influyen en las relaciones con la gente durante la adultez. (Citado por Parkes, Stevenson-Hinde y Marris, 1991).

Fonagy (2004) haciendo mención a Bowlby define a la conducta de apego como una propensión instintiva la cual tiende a buscar en la cercanía a un sujeto específico que le brinde protección en situaciones concretas de miedo, soledad y temor (figura materna). Según el autor, cuando estas relaciones primarias entre madre e hijo resultan perturbadas deben ser consideradas como precursoras claves de la enfermedad mental.

Es necesario definir brevemente los diferentes tipos de apego existentes para saber qué tipo de apego brinda el escenario para el posterior desarrollo de TLP. Como establece Ameglio (2012), se habla de apego seguro cuando el niño confía en que sus progenitores o cuidadores se van a encontrar accesibles, sensibles y van a colaborar cuando se enfrente a una situación extraña. Es así que los niños parten con seguridad, confianza y valentía a explorar el mundo y buscan la proximidad de la figura de apego después de separarse. Este apego se origina a partir de experiencias bien coordinadas y una sincronía entre madre y bebé posibilitando en el bebé el desarrollo de una capacidad simbólica y creativa. (Citado por Bowlby, 1989).

Ameglio (2012) expone otro tipo de apego denominado ansioso-resistente. El sujeto no tiene la seguridad de si sus padres van a estar disponibles para brindarle los cuidados necesarios, muestran ansiedad ante la separación y en la exploración del mundo. La exploración del mundo en los niños con dicho apego es muy escueto y no registran de forma adecuada las situaciones de riesgo. A la vez, se identifica otro tipo de apego llamado apego ansioso-elusivo. En este grupo, los sujetos no confían en que van a recibir una respuesta favorable cuando requieran cuidados, sino que esperan ser rechazados. Los niños se encuentran poco angustiados ante una separación, evitando también el encuentro. Por último, se denomina apego desorientado y/o desorganizado en el cual los sujetos posteriormente a la separación, no desarrollan una estrategia de afrontamiento organizada; no son capaces de acercarse a la figura de apego ni de separarse de la misma. Este tipo de apego lo suelen desarrollar los niños que fueron abusados en la infancia tanto física como sexualmente o sufrieron negligencia por parte de sus cuidadores. (Citado por Bowlby, 1989).

En resumen, una niñez con presencia de apego de tipo desorganizado y/o ambivalente, sería de crucial relevancia para el desarrollo del TLP, de manera que la presencia de este apego establecería un factor vulnerable que bajo circunstancias de crianza inadecuadas podría evolucionar hasta un TLP. El apego desorganizado es preponderante y significativo para el TLP debido a su conexión con el apego no resuelto que caracteriza al adulto que sufre de dicho trastorno. (Gunderson y Lyons-Ruth, 2008).

Ante lo desarrollado, Ameglio (2012) afirma que las fallas vinculares primarias han abierto un lugar como impulsoras de relevantes faltas a nivel de constitución y funcionamiento psíquico. Complementando lo citado, Gunderson y Lyons-Ruth (2008) establecen que los pacientes límite relatan situaciones complejas experimentadas durante la infancia en respecto a las relaciones de apego primarias.

Además de conceptualizar al apego como factor sustancial para el desarrollo de la condición borderline, Fonagy también definió el término mentalización como otro factor que incide en dicha condición. Respecto a ello, Villalba (2011) expone que la mentalización es comprendida como la capacidad de interpretar tanto las acciones de los demás como las de sí mismo, determinadas por el estado mental, deseos, sentimientos, necesidades, razones y creencias. La mentalización es la función de la corteza prefrontal que nos da lugar a organizar nuestras acciones, controlar los impulsos, pensar en las consecuencias de nuestros actos, y mantener una actitud reflexiva. Fonagy y Bateman, comprueban que los pacientes con TLP tienen un significativo déficit en esta área.

Fonagy ha establecido la existencia de dos formas de representación de los estados mentales: las de primer orden, serían la inscripción directa de las sensaciones físicas y las secundarias lo que respecta al apego por lo general con la madre, que significa la experiencia, permitiendo así el desarrollo de la mentalización. Esta función del adulto es denominada “reflexiva” y ellos reproducen una respuesta apropiada y son capaces de leer e interpretar la expresión facial, vocal o postural de los afectos y emociones del bebé. Se expone que el niño cuando se angustia, hace aparecer (o sería lo ideal) un efecto o respuesta similar en el adulto, pero cuando la respuesta es nula o muy alejada de lo que está pasando, se originan experiencias que no tienen representaciones de segundo orden, lo que podría explicar los sentimientos de vacío que experimentan los pacientes con TLP. (Villalba, 2011).

Sumando a los orígenes del trastorno, Zegarra y Soto (2014) afirman que en varias ocasiones las situaciones amenazantes (abuso sexual, abandono, violencia, padres estrictos, ambiente hogareño traumático o caótico, etc) provocan malestar significativo o desregulación emocional. Es así que Gabbard (2002) afirma que la mayoría de los modelos psicodinámicos principales subestimó el rol del trauma infantil en la etiología y patogenia del TLP, pero que

el abuso durante la infancia es un factor radical en el origen y que conforma un 60% de los pacientes borderline.

Siguiendo esta línea, es que Masterson y Rinsley (1975) se abocaron más a la conducta de la madre de los pacientes borderline y observaron que éstas se encontraban atravesando varios conflictos respecto al crecimiento de sus hijos. Ante ello, el niño recibía una señal de que crecer e independizarse estaría acompañado de pérdida de apoyo y amor maternal y que ser totalmente dependiente era la única forma de mantener el vínculo madre-hijo. Esto provoca lo que se denomina “depresión de abandono” cada vez que había posibilidad de separación o autonomía del infante. Bleichmar (1997) en este punto establece que la transmisión por parte de las figuras significativas de una imagen del sujeto como débil, en peligro y del mundo externo como amenazante en el cual hay que estar siempre en guardia, origina un sentimiento de angustia que eclosiona bajo síntomas que tienen a la misma como su eje.

A la vez, respecto a la figura paternal, Gunderson y Lyons-Ruth (2008) exponen que parece existir una alta frecuencia de psicopatología en los padres de los pacientes con TLP.

Concretamente se plantea que un 10-15% de las madres de éstos también sufren de un TLP “madres típicamente borderlines” y que son más insensibles ya a los dos meses de edad del bebé. De esta manera, al año de vida el niño tiene alta tendencia a desarrollar un apego de tipo desorganizado.

Mientras que los modelos psicodinámicos anteriormente citados de Kernberg y Masterson y Rinsley son derivados de modelos de conflicto de la psicopatología, por otro lado se encuentra el modelo de percepción de Adler quien se centra en un modelo de déficit o de insuficiencia. (Gabbard, 2002). La literatura psicoanalítica se ha hecho frecuente atribuir el nombre de “trastorno por déficit” o “trastorno por detención en el desarrollo” a diversas patologías que son atribuidas a la falta del medio circundante de proveer al sujeto aquello que en su evolución en cada etapa necesita. Lo mencionado produce que ciertas capacidades no se

desarrollen de manera adecuada y falten, de aquí el término déficit. (Bleichmar, 1997). En este caso Ameglio (2012) plantea que el niño se convierte en una extensión narcisista de la madre, generandose un apego narcisista basado en relaciones de objeto parciales, no siendo reconocido como un sujeto vivo sino como objeto inanimado. Son a la misma vez tratados como “objetos transicionales” usados como paso intermedio hacia el mundo exterior. No ver al infante como un objeto separado dificulta la capacidad de comprensión y de gratificación de sus necesidades. Winnicott respecto a ello aporta que las necesidades del Ello han sido satisfechas mientras que las del Yo no lo han sido, quedando evidenciado por ejemplo en la alimentación y hora del baño, luego de realizar éstas se pasaba a ignorarlo no satisfaciendo los deseos de jugar.

A partir de este punto, Adler hace hincapié a que un maternaje inconsistente y no confiable, origina el fracaso del paciente borderline en lograr desplegar un objeto interno que sea sostenedor y tranquilizador. (Adler, 1985). Tomando de base a Selma Fraiberg, Adler expuso que a los 18 meses el niño normal puede armarse una imagen interna de la figura de la madre aunque la misma se encuentre ausente. A este fenómeno se le denominó “memoria evocativa” pero en el caso de los niños futuros adultos borderline es sostenida de manera leve. (Adler, 1985).

En definitiva, al decir de Bleichmar (1997), lo que tendría que proveer en primera instancia el objeto externo al niño, es el apaciguamiento del malestar psicológico incluso antes de que la problemática narcisista cobre importancia. El niño no puede por sí solo satisfacer la exigencia pulsional ni calmar las angustias de sus fantasías atemorizantes, por lo tanto tiene que existir un objeto externo que ayude a disminuir el malestar, que haga vivir experiencias en donde el malestar no tenga lugar y que inscriba en lo más profundo del psiquismo que el sentimiento de malestar puede ser controlado y que va a terminar.

Además de los aportes psicoanalíticos en relación al origen del TLP, es importante referirse al origen genético de esta patología. Es así que Garnes-Camarena Estruch (2010a), plantea que los hallazgos científicos están orientados hacia una predisposición genética que actuaría como un medio habilitador a la enfermedad. Dicho medio habilitador a la vez necesita de un catalizador para que se origine la misma. El mismo puede ser una alteración producida en cualquier estadio del desarrollo cerebral que comienza intraútero y se mantiene durante los primeros años formativos de forma intensa, disminuyendo dicha intensidad hacia el fin de la pubertad y llegando a una meseta hacia la mediana edad. Las alteraciones del desarrollo cerebral estarían estrechamente relacionadas con las experiencias propias del sujeto en cada etapa de su ciclo vital. Esto concluye a que la probabilidad de desarrollar TLP quedaría marcada por la articulación de los acontecimientos de cada sujeto y su particular dotación genética.

En complemento a lo citado, Gunderson y Lyons-Ruth (2008), exponen que dicho trastorno psiquiátrico es el resultado de la combinación entre la predisposición genética y los estresores ambientales. Esto refiere a que el niño futuro adulto borderline tendría una hipersensibilidad de base genética a las interacciones interpersonales que interactuaría con experiencias de cuidado adversas y estresores tardíos hasta llegar a formarse en estrategias interpersonales de índole desorganizado y controlador. Estas estrategias conformarían el escenario para el desarrollo de los rasgos interpersonales contradictorios del paciente límite (dependencia y temor al rechazo).

### ➤ Características clínicas para el diagnóstico del TLP

Desde la obra freudiana, el conflicto intrapsíquico es la causa esencial de la angustia y la patología. El modelo expone que ciertos tipos de deseos (sexuales y agresivos) entran en contradicción con otras representaciones que codifican esos deseos como inaceptables,

generando angustia. Esto determina que el deseo sea reprimido y desde el inconsciente reaparezca deformado, comenzado con la defensa, bajo la forma de síntomas. Sería difícil dejar de ver la importancia de dicho modelo y su enorme poder para comprender los datos que la clínica nos aporta. (Bleichmar, 1997).

Como menciona Caballo y Camacho (2000), los pacientes límite presentan un gran y extenso abanico de síntomas clínicos. Es así que varios autores se han ocupado de una descripción detallada y precisa de los síntomas a lo largo del tiempo.

Sumando a ello, en este apartado se desarrollarán aquellos elementos considerables para el diagnóstico fronterizo desde un enfoque más dinámico según los aportes de Otto Kernberg y desde un enfoque más descriptivo según los manuales internacionales.

Para comenzar, tomando como referencia a los criterios diagnósticos de Kernberg, el mismo sitúa al TLP como una organización independiente con características propias. Según este autor, los pacientes con un TLP presentan al inicio una sintomatología de tipo neurótica. Aun así, sus síntomas neuróticos y su patología caracterológica exponen ciertas características particulares que orientan hacia una organización fronteriza de base. (Fossa, 2009).

Kernberg ha desarrollado la denominada “entrevista estructural” como medio de valoración y diagnóstico. Este último se centra en los síntomas, conflictos y dificultades del paciente y las maneras exclusivas en que los refleja en la interacción con el entrevistador. (Fernández y Rodríguez, 2013). A la vez, el OPD-2 (2008) expone que la entrevista estructural de Kernberg distingue entre nivel estructural neurótico, limítrofe, psicótico y proporciona una operacionalización descriptiva de los niveles, que se definen mediante la identidad, las defensas y la prueba de realidad. En otro contexto, Kernberg define los diferentes niveles estructurales en el cual los criterios utilizados para la estimación son el superyó, la identidad del yo, la prueba de realidad, el desarrollo de los impulsos, las defensas, rasgos del carácter, relaciones de objeto y afectos. (Citado por Kernberg, 1970, 1998, 2001).

De aquí entonces, que se logra determinar el nivel de organización del paciente.

A la vez, el autor expuso síntomas descriptivos peculiarmente importantes: Ansiedad: estos pacientes presentan ansiedad crónica, difusa, libre y flotante. Neurosis polisintomática: muchos pacientes presentan diversos síntomas neuróticos, pero Kernberg considera en este punto aquellos que presentan dos o más de los siguientes: fobias múltiples, síntomas obsesivo-compulsivos, síntomas múltiples de conversión, reacciones disociativas en especial “estados de ensoñación” histéricos y fugas y amnesia acompañado de trastorno de la conciencia, hipocondriasis y tendencias paranoides e hipocondriacas. Tendencias sexuales perversas polimorfos: fantasías, acciones perversas e inestables. Las relaciones objetales conectadas con estas interacciones se debe tener en cuenta una posible organización límite de personalidad acompañado de manifestaciones de agresión primitiva o sustitución primitiva de los fines genitales con fines eliminatorios (orina, defecación). Estructuras de personalidad prepsicótica: incluye: personalidad paranoide, personalidad esquizoide y personalidad hipomaniaca y ciclotímica con tendencias hipomaniacas. Neurosis y adicciones por impulso: alcoholismo, drogadicción, cleptomanía. Trastornos del carácter de menor nivel: carácter caótico o impulsivo. (Kernberg, 1984).

Todos estos síntomas y rasgos del carácter patológicos dominantes se adquieren con la investigación inicial de los síntomas que traen al paciente indagando sus características de la vida social e interpersonal, trabajo, familia, sus intereses comunitarios interpersonales, etc. El autor expone que todos estos elementos descriptivos son solo signos diagnósticos presuntivos de una personalidad fronteriza. (Kernberg, 1984).

De ser así, Kernberg expuso que un diagnóstico definitivo del TLP descansaba en un análisis estructural que revelaba cuatro rasgos claves: 1- Manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica; haciendo referencia a tres puntos cruciales: por un lado, la falta de tolerancia a la ansiedad; esto es reflejado en la medida en que una ansiedad mayor que la experimentada

habitualmente genera en el paciente el origen de nuevos síntomas. Aquí lo importante no es el grado de ansiedad sino la forma en que el Yo reacciona ante esa carga sumada de ansiedad. Otra de las características es la falta de control de impulsos la cual está relacionada con el carácter impulsivo y el tercer punto remite al insuficiente desarrollo de los canales de sublimación. Para evaluar este último es necesario considerar factores como el nivel de inteligencia y las capacidades del paciente como también una comparación entre sus potencialidades y sus logros. (Kernberg, 1979).

2- Tendencia hacia el proceso primario de pensamiento: Kernberg señaló que tienden a regresar hacia el pensamiento de tipo psicótico bajo presión de afectos profundos (Gabbard, 2002) o como señala Adler (1985) bajo situaciones de estrés.

3- Operaciones defensivas específicas: La escisión cumple el rol de ser la operación defensiva esencial de la personalidad limítrofe. (Fossa, 2009). Fue Melanie Klein quien la situó en un lugar principal en la estructura del psiquismo en los primeros momentos de vida. Remite al proceso activo de mantener la separación entre introyecciones e identificaciones de calidad opuesta lo cual le permite al infante separar lo bueno de lo malo, lo placentero de lo displacentero, el amor del odio. (Ameglio, 2012). Como establece Perez (2011), dicho mecanismo protege una parte buena e idealizada del propio psiquismo de otra parte agresiva del mismo; lo mencionado genera una mala integración de las representaciones psíquicas, influyendo en la percepción del mundo de afuera que es vivenciado como categórico: bueno o malo. Otra defensa utilizada es la idealización: significa otorgarle la casi perfección a otros como forma de evitar la ansiedad o sentimientos negativos. Lo contrario a esta defensa es que todo objeto idealizado se vuelve también persecutorio. Un tercer mecanismo de defensa es denominado identificación proyectiva en la cual diferentes aspectos internos que se tornan intolerables son proyectados en objetos externos quedando identificado el objeto con la parte no asumida rechazada y proyectada. Con este mecanismo el Yo se ve debilitado y empobrecido. (Ameglio, 2012). La negación por su parte, constituye otro

mecanismo de defensa en donde el paciente niega emociones que ha experimentado y niega el reconocimiento emocional que tuvo una situación concreta. La última operación defensiva es denominada omnipotencia y desvalorización: la omnipotencia hace construir una relación que refleja exigencias a un objeto mágico idealizado donde es atribuido como totalmente bueno y poderoso. Por el contrario, la desvalorización alude a un objeto que ya no puede brindar protección y cuidado y de ser así es abandonado. (Fossa, 2009).

4- Relaciones de objeto patológicas internalizadas: Este punto está relacionado con la capacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas. Kernberg (1979), expone que permanecen en el Yo imágenes de sí mismo primitivas, irreales y de características muy ambivalentes, lo cual dificulta la creación de un concepto integrado de sí mismo y de las imágenes objetales. La proyección de imágenes en “totalmente malas” de sí mismo y de los objetos mantiene un mundo de objetos peligrosos y amenazantes en donde se usan como defensa las imágenes “totalmente buenas”. En estos pacientes, los límites yoicos (discriminación entre uno mismo y los objetos) se sostiene lo suficientemente lo que permite una adaptación práctica a las demandas de la realidad. Aun así, la internalización más profunda de dichas demandas se ve imposibilitada por la manera en que las imágenes no integradas de sí mismo y de los objetos inciden con la integración del superyó.

En definitiva, el concepto de mecanismos de defensa remite a las formas en que el sujeto intenta controlar o protegerse ante la angustia originada debido a los afectos internos, las prohibiciones internalizadas en contra de éstos y los límites que impone la realidad exterior. (Pérez, 2011). El psiquismo es un sistema complejo, abierto, con complejas estrategias activas como también estrategias defensivas. Los mecanismos defensivos tienen un rol adaptativo en el desarrollo del sujeto, por lo que se llama “normalidad” a la posibilidad de tener al alcance una variedad de mecanismos que permiten enfrentar la angustia. Para Freud, todas las

defensas tienen en común la protección del Yo ante las demandas pulsionales del Ello y SuperYo (Ameglio, 2012).

Otro aspecto que menciona Kernberg remite a la prueba de realidad. La misma se define por la capacidad de diferenciar el sí-mismo del no-sí-mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos y la capacidad para evaluar el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento. La misma se refleja a nivel clínico cuando la información que brinda el paciente exhibe que no ha sufrido ni sufre de alucinaciones o delirios, o que si los tuvo, ahora es capaz de evaluarlos plenamente. La prueba de realidad también es reflejada en la capacidad del paciente para empatizar con la percepción del entrevistador (Kernberg, 1984).

Siguiendo los lineamientos de Kernberg, la fragilidad en la estructura yoica característica de estos pacientes genera el síndrome de difusión de identidad. A nivel clínico, dicho síndrome se representa por un concepto pobremente integrado del sí mismo y de otros significantes. Es reflejado en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones y conductas contradictorias que no pueden integrarse en una forma emocionalmente significativa y percepciones empobrecidas e insípidas respecto a los demás. La difusión de identidad se aprecia en la incapacidad del paciente para transmitir a un entrevistador interacciones relevantes con otros y se refleja en una historia y comportamiento muy contradictorio. (Kernberg, 1984).

Respecto a este punto, Pérez (2011) afirma que las personas con difusión de identidad por lo general experimentan y enfrentan la vida sin creencias, sin valores y sin objetivos claros; aquello que resulta relevante para ellos está determinado por el contexto en el que se encuentran en cada instante de la vida. Novella (2015) por su parte, relaciona la difusión de identidad con la postmodernidad. El autor describe que la difusión de identidad remite a las principales coordenadas sociales y culturales de la época. Por ejemplo, hoy en día se habita en

un mundo donde se pone en juego varios factores de estrés, varios estímulos son recibidos en un corto plazo de tiempo y desborda la sociedad consumista en donde nada parece suficiente. Es de esta manera que parece lógico que se establezcan desequilibrios internos y confusiones, los cuales repercuten en la identidad personal, y desde el punto de vista psicopatológico, la irrupción de este nuevo patrón de subjetividad ‘hiperindividualismo’ (Gilles Lipovetsky) o ‘narcisismo’ (Richard Sennet y Christopher Lasch) conforma un elemento nuclear en el origen, la constitución cultural y la presentación clínica de algunos de los trastornos mentales más representativos de nuestro tiempo.

Para finalizar con este concepto, el OPD-2 (2008) menciona que los conflictos en el área de la identidad corresponden a personas con representaciones del sí mismo y del objeto establecidas, con suficientes funciones yoicas intactas, en los cuales, sin embargo, la imagen de sí mismos lleva a conflictos. La formación de la identidad es un proceso que dura toda la vida la cual se establece en cada etapa del desarrollo. La misma está relacionada a los vínculos con diferentes objetos; existen múltiples y diversas identidades que –en casos libres de conflicto– aparecen como una identidad del sí mismo coherente y continua (por ejemplo, identidad sexual, identidad como padre, identidad religiosa, identidad social, identidad familiar, identidad nacional y étnica, etcétera).

Además de los síntomas característicos que menciona Kernberg, Gabbard (2002) expone que los pacientes borderline establecen relaciones exclusivas uno a uno para que de esta forma no exista riesgo de abandono, por ser éste uno de sus mayores temores. Cuando estas relaciones exclusivas acontecen, se activa un conjunto de ansiedades gemelas: por un lado se preocupan porque serán “absorbidos” por la otra persona perdiendo su propia identidad y por otro lado sienten miedo de ser abandonados en cualquier circunstancia por esa persona.

Como establece el DSM-5 (2013), dichos temores de abandono se relacionan con una intolerancia a la soledad y la necesidad de tener otras personas con ellos. Para prevenir el

abandono, estos pacientes pueden llegar a tomar medidas drásticas y extremas como el suicidio o lastimarse con el fin de que la otra persona los ayude. Gabbard (2002). El suicidio por su parte, se produce en un 8-10% de estos sujetos y la tendencia suicida reiterada suele ser la razón para que estas personas busquen ayuda y así acudir a consulta. (DSM-5, 2013).

Shearer (1994) expuso que los pacientes con este tipo de patología presentan un gran número de experiencias disociativas lo cual evidencia sobre experiencias traumáticas y sus síntomas postraumáticos. El DSM- 5 (2013) establece que durante las experiencias disociativas puede aparecer la automutilación y en parte les es un alivio ya que reafirma su capacidad de sentir el sentimiento de culpa por considerarse personas despreciables.

Zanarini et al., (1998) agruparon en cuatro grupos los estados disfóricos (percepción de malestar) que caracterizan a estos pacientes. Estas agrupaciones quedan comprendidas en: sentimientos extremos, destructividad o autodestructividad, fragmentación o sentimiento de falta de identidad y victimización. A la vez, estos autores reconocen que los pacientes con TLP sienten un mayor e intenso dolor y malestar emocional que otro tipo de pacientes. Lo mencionado puede aportar a conflictos en la contratransferencia respecto a los profesionales que los tratan, como puede ser el deseo de medicar de más ante el reiterado malestar emocional característico de éstos.

Gunderson y Lyons-Ruth (2008), exponen que se distinguen tres sectores de psicopatología relacionada con el TLP: la inestabilidad afectiva, la impulsividad y las perturbaciones relacionales. Son consideradas las dos primeras como disposiciones psicológicas básicas (fenotipos) del TLP y las perturbaciones relacionales como un foco primordial en las teorías clínicas. El estilo interpersonal de los adultos con TLP resulta paradójico ya que combina necesidades intensas de proximidad y atención y un fuerte miedo al rechazo y abandono. Los autores afirman que este aspecto de temor que experimentan es el más distintivo y patológico. Esta dimensión de intolerancia a la soledad, sensibilidad al rechazo, a partir de estudios ha

sido considerada heredable y los autores refieren a ella como “fenotipo de hipersensibilidad personal”.

Complementado lo citado, los autores establecen que los estados emocionales de tensión intensa de estos pacientes suelen ser incitados por sucesos que tienen un valor interpersonal como hallarse en soledad o recibir una crítica. También se hace mención a que son hipersensibles frente a los estados emocionales que notan en el rostro de los demás.

Gunderson y Lyons-Ruth (2008). A la vez, también se hace referencia al término “hipersensibilidad interpersonal”, en donde estos pacientes tienen tendencia a sentirse menospreciados o agredidos y a percibir de manera selectiva atributos negativos por parte de los demás. (Ben-Hur y Horta, 2016).

Siguiendo con lo mencionado, Ferrer (2013) aporta que a estos tres componentes descritos de inestabilidad afectiva, impulsividad y perturbaciones relacionales habría que agregarle la alteración del “self”. Según Villalba, este tipo de pacientes se caracterizan por una capacidad reflexiva disminuida. Esta característica se debe a que la imagen de sí mismo es formada en la interacción y por tanto dependerá de la capacidad reflexiva de éste, como el tipo de apego que posibilite la capacidad reguladora del self ante las tensiones originadas por las sensaciones internas. (Villalba, 2011). Complementando lo citado:

El self se manifiesta a través de la función reflexiva, el yo se toma a sí mismo como objeto de la percepción. De esta manera, gana una imagen de sí mismo y, a través de la constancia y coherencia, una vivencia de identidad. El self se ve valorado por otros y se valora a sí mismo (autoestima). Integra todas las funciones psíquicas y disposiciones en un todo y regula así los procesos internos (afectos, impulsos, autoestima). (OPD-2, 2008, p.139).

Sumado a ello, el DSM-5 (2013) aporta que puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una autoimagen o un sentido de sí mismo de una manera persistente. Se establecen cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen que se caracterizan por metas,

valores y aspiraciones profesionales variantes. Este tipo de pacientes pueden asumir un rol de una persona que necesita y suplica ayuda hasta un rol de persona vengadora por tratos sufridos. Se establece que tienen una autoimagen mala o dañina pero aún así a veces tienen la sensación de que no existen en absoluto.

Por otro lado, Villalba (2011) expone que la impulsividad es uno de los rasgos más fuertes y relevantes que dan cuenta de modos de funcionamiento de tipo primitivos centrados en la acción. La capacidad de mentalizar permite encontrar formas de disminuir la vivencia amenazante que pueda tener la realidad. Es así que la capacidad de mentalización actúa como amortiguador en las relaciones sociales, pero esta capacidad en dichos pacientes resulta deficiente. Las consecuencias de esta manera de pensar, hace de sus vínculos repeticiones selladas por la violencia y abuso. Sobre este punto, Ameglio (2012) expone que los pacientes fronterizos experimentan una gran dificultad de mentalizar el afecto debido a la falla en la primera relación de objeto. Ante esta situación, el desarrollo del pensamiento no acontece de manera adecuada y aparece así la impulsividad anteriormente mencionada.

A la vez, Kernberg (1979) menciona que estos pacientes poseen muy poca capacidad para evaluar a los demás de manera realista y para lograr una relación de verdadera empatía; experimentan a los otros como objetos distantes a quienes se adaptan de un modo “real” siempre y cuando no tengan que involucrarse emocionalmente. Con lo desarrollado se puede inferir que el modo de relacionarse con los demás quedará siempre bajo un modo superficial.

Por otro lado, Linehan (2001) establece otra característica de la patología denominada disregulación emocional. El autor afirma que dicho déficit origina dificultades en la inhibición del estado de ánimo y también dificultades para distraer la atención de estímulos que rememoran emociones indeseadas. Este autor considera que a partir de lo mencionado, acontecen los demás síntomas característicos del cuadro. El autor agrega que al sujeto se le suma un entorno de tipo invalidante ya que éste niega o responde de manera inadecuada a las

experiencias privadas de los sujetos. No son tomadas como válidas sus reacciones emocionales ante los hechos que las generan, de modo que se trivializan, se desprecian, se las castiga. Estas familias valoran el control de la expresión emocional y no admiten la expresión de afectos negativos. El producto de esto es la irritación de la vulnerabilidad emocional del sujeto, lo cual también influye de forma recíproca en el entorno invalidante (Linehan, 2001).

### ➤ Tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos

Una vez identificadas y descritas las características de los pacientes con TLP, se pueden mencionar los posibles abordajes terapéuticos propuestos por diversos autores.

Es importante destacar previamente, que no todos los pacientes con TLP manifiestan los mismos síntomas, lo que conlleva a que el tratamiento deberá amoldarse a cada paciente en particular. A raíz de ello, Bernardi (2010) estableció que es imprescindible identificar el tipo de paciente que se beneficia más con alguno de los diversos recursos psicoterapéuticos y farmacológicos existentes. Ante lo desarrollado, se constituye una responsabilidad profesional hacia los pacientes y también hacia el sistema de salud y lo mencionado requiere que la psiquiatría, el psicoanálisis y las diversas psicoterapias encuentren la manera de hacer compatibles sus distintos lenguajes.

Como expone Rodríguez y Muria (2006) casi todas las terapias de corte psicoanalítico parten de la premisa de que el TLP es un trastorno evolutivo del Yo, que incide en la propia integración del Yo y de las relaciones objetales y las relaciones con los demás. (Citado por Cuevas y López, 2012).

Bateman y Fonagy (2013) afirman que varios tratamientos bien descritos para el TLP, llegan a disminuir los actos suicidas, la autolesión, la impulsividad, el uso de servicios sanitarios y mejoran la afectividad. Las investigaciones sugieren una mejoría sintomática

especialmente de los síntomas impulsivos durante un breve periodo de tiempo, aunque los déficits en la actividad social y laboral se mantienen durante un plazo más largo de tiempo.

Dichos autores propusieron la Psicoterapia Basada en la Mentalización (PBM) ya que remite a tratar este punto que explica gran parte de su psicopatología. (Villalba, 2011). Desde este modelo se trata de favorecer la capacidad de mentalización necesaria para lograr un sentido del self, de la identidad más fuerte y a la vez más segura. (Fonagy y Bateman 2006).

Sánchez y de la Vega (2013) establecen que se trata de que el paciente indague más acerca de cómo piensa y siente sobre sí mismo y sobre los demás, y para ello, Fonagy y Bateman (2006) establecen cuatro estrategias generales: favorecer la mentalización mediante un importante rol del terapeuta (posición mentalizadora, reflexionando sobre el vínculo entre lo que el paciente hace o dice y sus estados mentales internos); tender redes entre los vacíos, (favoreciendo los proceso reflexivos, ayudando a que el paciente integre las experiencias y le otorgue un significado); trabajar con estados mentales actuales (no enfocarse en el pasado únicamente sino tratar de descifrar cómo los estados mentales del pasado influyen en los estados actuales) y tener en cuenta los déficits del paciente (violaciones o límites no respetados por el paciente).

La Terapia Focalizada en la Transferencia (PFT) descrita por Kernberg, se basa en la teoría de las relaciones objetales y le otorga gran importancia a la transferencia como clave para la comprensión y al establecimiento de un encuadre y contrato de trabajo (Pérez, 2011).

Kernberg utilizó el contrato de trabajo para crear un acuerdo marco (marco implica disciplina, expectativas y restricciones) al cual poder acudir siempre que se desarrollen inconvenientes. (Gunderson y Gabbard, 2002).

Fossa (2009) menciona que este modelo de psicoterapia consta de dos fases. La fase temprana está abocada a ayudar a los pacientes a desplegar imágenes de ellos mismos y de los demás que sean profundas e integradas. Lo mencionado se logra dejando de utilizar los

mecanismos defensivos primitivos. La tarea del terapeuta remite a identificar las diadas parciales sí mismo-objeto e integrarlas en representaciones del sí mismo y de los objetos más equilibradas y realistas. Luego, la fase más avanzada inicia cuando se deja de usar las defensas primitivas a favor de defensas más avanzadas (represión, proyección, negación, conversión, desplazamiento, anulación). Al dejar de lado la escisión, el sujeto muestra una mejor integración de las representaciones del sí mismo y de los objetos de forma que desarrolla las capacidades necesarias para controlar la ansiedad e impulsividad. (Citado por Kernberg, 1989). En otras palabras, se logra un nivel más alto del funcionamiento defensivo, mejor integración de la identidad del Yo y menos debilidad yoica.

Para lograr lo mencionado, el terapeuta debe centrarse en los patrones de relacionamiento que están en el mundo interno del paciente a medida que se van desplegando en la transferencia y debe estar preparado para manejar niveles de afecto más intensos comparado con otro tipos de pacientes. (Pérez, 2011).

La PFT en definitiva está orientada a la contención y análisis de los intentos de separación de los demás ante el miedo de que culminen en el abando y que se origina en los intentos de separación con la madre en la infancia. Además el paciente se siente despreciable e identifica a los demás como personas maliciosas, por lo tanto se trata de abordar los conflictos, emociones y conductas que se desprenden de estas distorsiones. (Cuevas y López, 2012).

Además de lo mencionado, existen tres conceptualizaciones cognitivo-conductuales que serán desarrolladas a continuación. Por un lado, la psicoterapia que diseñó Linehan, denominada Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Fossa (2009) establece que la misma consta de un pretratamiento y cuatro etapas. El pretratamiento se aboca al acuerdo entre terapeuta y paciente en relación al compromiso de trabajar conjuntamente. Luego de ello se trabaja con las capacidad básicas centrándose en conseguir un modo de vida razonable y estable con fines de reducción de las conductas suicidas, disminución de los comportamientos

que dificultan el proceso terapéutico y disminución de las conductas que inciden con la calidad de vida del sujeto. (Caballo y Camacho, 2000). Posteriormente se prosigue con la disminución de la angustia postraumática. Aquí se trata de recordar y aceptar los sucesos traumáticos tempranos, reducir la autoinculpación que se asocia con ellos y disminuir la negación de los mismos. Una tercera etapa remite a resolver problemas de la vida e incentivar el autorespeto y la confianza en sí mismo como también la autoestima y la autonomía. Finalmente el tratamiento enfatiza en lograr la capacidad de mantener la alegría, ampliando la conciencia y la plenitud espiritual. (Linehan, 2001).

Dado que los pacientes con TLP presentan déficits cognitivos junto con un inapropiado control de sus emociones, también otros autores proponen la terapia cognitiva de Beck. La misma se basa en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales prestando atención a las suposiciones y a los errores básicos del pensamiento (distorsiones cognitivas). Para este enfoque, el sujeto con TLP mantiene tres supuestos básicos que expresan el sentir de estas personas e inciden en sus conductas y respuestas emocionales. Los supuestos son: el sentirse débil y vulnerable, inaceptable en su esencia, el mundo es peligroso y malvado, lo que conduce a un comportamiento de aferrarse y a la vez rechazar a los demás generando inestabilidad emocional. El autor propone un plan de tratamiento que beneficie una alianza terapéutica, aborde las suposiciones básicas, aumente el control sobre las emociones, mejore el control de impulsos y conforte la identidad del paciente. (Caballo, 2001).

En tanto vinculado a los factores etiológicos con experiencias traumáticas en la infancia, una de las terapias más efectivas sería la de Young. Este autor se centra en lo que se llama esquemas disfuncionales tempranos definiendo a éstos como temas muy constantes y duraderos que se despliegan durante la vida del sujeto. Los esquemas se encargan de mantener creencias incondicionales sobre uno mismo en relación al entorno y se auto perduran, por eso son difíciles de cambiar, son disfuncionales y mantenerlos tiene negativas consecuencias. Se

activan por un suceso coherente con un esquema particular, están relacionados a niveles grandes de afecto y son producto de situaciones disfuncionales respecto con los padres, hermanos, etc (Rodríguez, 2009). Además, Young establece que los esquemas conforman la serie de una interacción entre necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia (afectos seguros, autonomía, sentido de identidad, libertad en expresar emociones, espontaneidad y juego, límites realistas y autocontrol), experiencias tempranas y temperamento innato del niño. (Rodríguez, 2009).

Como establece Caballo y Camacho (2000) la meta central de este tratamiento reside en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales, poniendo atención en los errores básicos del pensamiento.

Si bien resulta muy importante el abordaje psicoterapéutico individual para una modificación rehabilitadora de los objetos internos del paciente, también se le ha otorgado relevancia a una intervención familiar psicoeducativa y grupal.

Se ha constatado que el abordaje terapéutico con familias influye en un mejor pronóstico de la enfermedad mental y previene el surgimiento de trastornos adicionales en los familiares. (Gunderson, 2002).

El trabajo psicoterapéutico con las familias debe orientarse a brindar información sobre la enfermedad en sí, modificar respuestas familiares, proporcionar apoyo en instancias de crisis y aprendizaje de habilidades de resolución de conflictos que la convivencia con un sujeto con dicha enfermedad puede originar. (Moya y Peláez, 2013).

Los objetivos establecidos quedan basados en: psicoeducación sobre el trastorno para que la familia obtenga una comprensión de éste, restablecimiento de una relación sana entre paciente-familia, establecimiento de límites y mejora de la comunicación familiar, evitar el aislamiento de la familia y/o paciente estableciendo relaciones con la red social extensa. (Moya y Pérez, 2013).

Además de una psicoterapia de índole familiar, la psicoterapia grupal puede ser una técnica muy útil ya que permite al paciente entender el uso sistemático de sus mecanismos de defensa que ocurre de manera casi fisiológica en cualquier grupo. Los grupos deben estar conformados por pacientes límite en la línea cercana a funcionamientos más sanos. En este caso, el terapeuta debe diferenciarse de la psicoterapia individual. Algunas intervenciones son mejor toleradas cuando vienen de otros miembros del grupo que del propio terapeuta. Igualmente, interpretaciones hechas al contexto grupal son mejores toleradas por el paciente límite individual. (García, 2007).

Gunderson y Gabbard (2002) a modo general, afirman que uno de los hallazgos más sólidos en psicoterapia es la importancia de una alianza terapéutica positiva. Respecto al TLP, la misma tiene gran relevancia ya que en un momento se la consideraba una condición necesaria que hacía que muchos pacientes no fueran aptos para la terapia. La alianza que se establece al iniciar una terapia posibilita predecir especialmente el resultado, más que una alianza tardía o a lo largo del tratamiento. Es así que los terapeutas deben controlar atentamente los cambios en la alianza, afrontando los problemas cuando la misma se deteriora o no evoluciona positivamente. La alianza terapéutica en el caso de la psicoterapia familiar o de grupo representa un gran desafío ya sea por el número de personas involucradas como por la complejidad y diversidad de las motivaciones y expectativas que tienen los integrantes sobre la terapia. (Moya y Peláez, 2013).

Sumado a los posibles abordajes psicológicos para este tipo de patología, también se puede hacer mención al abordaje farmacológico.

Aunque la psicoterapia es un punto indispensable para lograr objetivos de salud a largo plazo en pacientes límite, también se ha hecho evidente que solo conforma una parte del programa óptimo del tratamiento. Es así que parece indiscutible que los fármacos pueden

brindar alivio al malestar subjetivo y que también facilitan el funcionamiento del paciente durante la terapia. (Gunderson y Gabbard, 2002).

Es relevante determinar si el paciente en cuestión ha respondido antes de forma positiva a cierto medicamento y determinar el riesgo de abuso del mismo. Posteriormente a ello, se pueden administrar diversos tipos de medicamentos aunque se ha tenido evidencia que no existe un psicofármaco concreto para el TLP. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina: La fluoxetina (60 mg/día) mejora el estado de ánimo y la ira reduciendo la irritabilidad y agresividad. Se han usado el antidepresivo solo o en combinación con la terapia conductual dialéctica. La fluoxetina combinada con olanzapina (10 mg/día y 2.5 mg/día) y ésta última administrada sola (2.5mg/día) mejoran los síntomas depresivos, la impulsividad y la agresión que la fluoxetina a dosis bajas. Los Antipsicóticos: el haloperidol (4 mg/día) mostró ser eficaz en la depresión, ansiedad, ira, hostilidad e impulsividad, paranoia y alucinaciones. Los Anticonvulsivantes: Cowdry y col reportaron el beneficio de la carbamazepina (200 a 1200 mg/día) sobre la ira, violencia física, descontrol, automutilación e intentos de suicidio. El topiramato, en dosis de 250 mg/día ha evidenciado efectos sobre la agresión, además de que disminuye el enojo y la tendencia a la agresión. Los Antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la mono-amino-oxidasa- IMAO: la amitriptilina, fenelzina y la tranilcipromina mostraron eficacia en síntomas de ansiedad, ira, despersonalización, ideas suicidas y en la regulación de los cambios de humor. Las Benzodiacepinas: mediante el alprazolam (1 a 6 mg/día) dirigidas a reducir la ansiedad, episodios de hostilidad y alteraciones del sueño.. (Chávez, NG y Ontivero, 2006).

No cabe duda alguna, que es relevante que los profesionales se detengan al estudio del tema farmacológico ya que los pacientes con TLP pueden salir beneficiados gracias al uso de psicofármacos como parte integral del tratamiento.

### ➤ Alteraciones neurocognitivas

Este apartado es de gran relevancia ya que a pesar de los síntomas más característicos o claves de este tipo de patología desarrollados anteriormente, existe evidencia de que las alteraciones neurocognitivas conjugan un papel sumamente importante en la clínica de estos trastornos.

Garnes-Camarena Estruch (2010a), expone que la neurociencia ha presentado un amplio avance debido a la aparición de nuevos y revolucionarios métodos para la evaluación de la actividad cerebral, lo que ha llevado a un cambio en la forma de entender la enfermedad mental. Desde comienzos de la década de los ochenta, se ha hecho útil el electroencefalograma para evaluar los cuadros clínicos de disfunción cerebral (Citado por Lis, 2007), pero Cowdry y col. fueron quienes utilizaron esta técnica por primera vez al estudio del paciente borderline, sugiriendo una posible disfunción neurofisiológica (Citado por Cowdry y col, 1985). Sumado a ello, Garnes-Camarena Estruch (2010a) expone que la implementación de la resonancia magnética (RM) permitió medir la morfología de las estructuras cerebrales. En cuanto a la patología borderline, autores como Lyoo y Driessen a fines de los noventa llevaron a cabo los primeros estudios descriptivos de las áreas prefrontales y límbicas. (Citado por Lis, 2007). Es desde ese momento que varios autores se han dedicado al estudio por RM de la patología borderline, evaluando varias áreas como la amígdala, hipocampo, lóbulos frontales, parietales, sustancia gris y sustancia blanca, asimetría entre los hemisferios derecho e izquierdo.

Como establece Arza et al., (2009), los rasgos neurocognitivos han sido casi pasados por alto durante el transcurso del tiempo, pero aún así se ha estudiado su significativa implicación en el TLP. Conocer las características neuropsicológicas de los pacientes resulta relevante para el diagnóstico, planificación de un tratamiento y pronóstico.

Piñeiro, Cervantes, Ramirez, Ontivero y Ostrosky, (2008) establecen que el rol de los factores neurobiológicos que subyacen en el desarrollo del TLP ha sido muy estudiado y se ha aportado evidencia sobre las anormalidades en la estructura del cerebro en los sujetos con TLP (Citado por Driessen et al., 2000), como también alteraciones a nivel neuroquímico. (Citado por Hollander et al., 1994; Soloff, Meltzer, Greer, Constantine y Kelly, 2000) y el déficit en la red neuronal vinculada con las funciones ejecutivas.

Si bien en ese entonces la relación entre neurocognición y este trastorno no estaban del todo clara, la impulsividad fue considerada como característica muy evidente y como una dimensión del comportamiento con correlatos neurobiológicos. Es así que una gama de investigaciones involucran a la corteza prefrontal, especialmente la orbitomedial, en la regulación de los circuitos neuronales que median la impulsividad, la inhibición de respuestas y el comportamiento agresivo-impulsivo. Piñeiro et al., (2008).

Piñeiro et al., (2008) aporta que la investigación neuropsicológica revela que se identifican cinco áreas con ciertos déficits en el TLP: atención, memoria verbal y visual, construcción visoespacial, procesamiento emocional y riesgo en la toma de decisiones (Citado por Rogers y Kirkpatrick, 2005). Además, los autores exponen a través de Bazanis et al., (2002) que el desempeño de dichos pacientes en tareas de toma de decisión y planeación se caracteriza por un patrón desadaptativo y retrasado de toma de decisiones. La capacidad de planificar y tomar decisiones son habilidades que se enmarcan dentro de las funciones ejecutivas (FE) (citado Flores y Ostrosky-Solis, 2008). Ante lo desarrollado Zamalloa et al., (2016), complementan exponiendo que estudios recientes manifiestan una asociación entre la disfunción en el lóbulo frontal y el TLP, lo que muestra una disminución en la atención, en la flexibilidad cognitiva, en la memoria, velocidad de procesamiento y habilidades viso-espaciales. Además se han descubierto alteraciones neuropsicológicas en áreas concretas del cerebro en personas con

TLP, lo que plantea la posibilidad de que ciertas funciones localizadas en estas áreas pudieran estar afectadas, tales como la función ejecutiva.

Ante lo desarrollado, es importante establecer a qué nos referimos cuando hablamos de las FE. Las mismas aluden al grupo de habilidades cognitivas que posibilitan la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, inicio de actividades y la autorregulación y monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y conductas, flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y espacio.

(Piñeiro et al., 2008). A la vez, Tirapú-Ustárroz, Cordero-Andrés, Luna-Lario y Hernandez-Goñi (2017) definen a las mismas como procesos que asocian ideas, movimientos y acciones y los conducen a resolver los problemas. Los autores expresan que Muriel Lezak fue quien empleó el término por primera vez haciendo alusión a capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente a través de cuatro componentes: formulación de metas (capacidad de generar y seleccionar estados deseables en el otro) planificación (selección de acciones, elementos y secuencias necesarios para lograr un fin), desarrollo (habilidad para iniciar, detener y cambiar entre acciones planificadas) y ejecución (capacidad para monitorizar y corregir actividades).

Se expone también que las FE son consideradas un grupo de habilidades implicadas en la generación, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de conductas acordes para alcanzar objetivos complejos. Las mismas conforman el eje central que orienta las conductas adaptativas y socialmente aceptadas y aceptables. Es realmente destacable el papel que han tenido en la investigación neuropsicológica y en la cual se las relaciona con diversas áreas cerebrales como la corteza prefrontal. (Tirapú-Ustárroz et al., (2017).

Además de las funciones ejecutivas comprometidas en el TLP, se puede hacer mención brevemente al sistema neuroquímico en este tipo de patología.

Existen datos de que la alteración del sistema neurotransmisor serotoninérgico aporta radicalmente a la incrementada reactividad al estrés interpersonal que se observa en el TLP ya que cumple un rol radical en el suicidio, comportamiento impulsivo y responsabilidad emocional. (Guendelman et al., 2014). La serotonina es una sustancia química producida por el cuerpo y es una de las responsables de mantener el equilibrio del estado de ánimo, por lo que el déficit de la misma aportaría a la aparición de depresión. (Gunderson y Lyons-Ruth, 2008).

Tal y como aporta Garnes-Camarena Estruch, (2010a), aunque la serotonina ha sido el péptido más estudiado, hay otras moléculas que se cree están relacionadas en el origen de algunas características del TLP. Por ejemplo los opiodes han sido vinculados con los episodios disociativos y con las conductas autolesivas propias de dichos pacientes, ya que se cree que son mediadores del umbral sensitivo que se encuentra alterados en los mismos. (Citado por Stanley, 2010).

- **CONCLUSIONES:**

A lo largo de la presente monografía, se logró abordar al trastorno de personalidad borderline integrando diversos autores que se abocaron al tema desde distintos puntos de vista.

Queda evidenciado a partir de las revisiones bibliográficas realizadas, que con el transcurso del tiempo se va obteniendo cada vez más información y datos sobre dicho trastorno. Parece que el mismo está en continuo proceso, proceso en el cual se trata de enriquecer, caracterizar e hilar más fino sobre los distintos aspectos del TLP, a través de un extenso abanico de autores.

A pesar de que la bibliografía en ciertos aspectos ha ido cambiando con el transcurso del tiempo, un importante referente para este tema fue y sigue siendo Otto Kernberg, quien ha descrito y posicionado a la organización límite de la personalidad como un nivel de funcionamiento con características propias, independiente de otras organizaciones de personalidad.

Como establece Singer (2005), a los psicólogos les es más familiar una clínica del conflicto neurótico, en el cual un espacio intrapsíquico de fantasías y representaciones compromete al Edipo, la sexualidad, la segunda tópica, la represión. La clínica borderline se despliega en otro escenario, en el cual hay un acuerdo en posicionar a la problemática del sujeto borderline en experiencias tempranas de insatisfacción que interceden en la constitución de los límites del psiquismo y las funciones sintácticas del Yo. Queda plasmado que estamos frente a un modelo en el cual existe una funcionalidad del Yo cuyas distorsiones toman el borde entre lo psíquico y lo externo y que exterioriza el conflicto en forma de acting, somatizaciones y relaciones de objeto peculiares que configuran patologías donde prima el déficit.

Se ha constatado que el TLP es un trastorno que abarca distintas áreas del sujeto, ya sea cognición, afectividad, impulsividad, inestabilidad en relaciones interpersonales, conductas autolesivas, excesos de varios tipos, alteración de identidad, etc. Como opinión personal ante todos estos puntos planteados, no cabe duda alguna cuán difícil y caótico es su mundo interno, donde cada día se vuelve una aventura incontrolable a la cual el sujeto debe enfrentarse. Deben hacer frente a distintas sensaciones en el mismo día como enojo, dolor intenso, tristeza profunda, euforia, rabia, odio; como una especie de montaña rusa de sentimientos. Hacer frente a éstos, a mi entender se volvería más complejo aún en un sujeto con personalidad de tipo egosintónica, que como se desarrolló, le atribuyen estas sensaciones que experimentan a su alrededor, echando culpa, ya que piensan que son los demás quienes padecen de algún trastorno y no están en lo correcto. (Azpiroz y Prieto, 2011).

A partir de este punto, también me pregunto a nivel clínico cuán difícil les resulta a los psicólogos poder trabajar con un paciente egosintónico en donde más allá de presentar un TPL (que su abordaje de por sí es complejo) además no le produce un malestar significativo su manera de enfrentarse al mundo. La psicoterapia (independientemente del modelo), es un proceso muy efectivo para lograr generar un cambio, y para alcanzar el mismo, es necesario que el sujeto experimente un malestar, identifique aquello que desea cambiar, (egodistonía) para lograr potenciar las posibilidades de éxito en la terapia psicológica.

Si bien el trabajo se aboca al sujeto que padece de un TLP, podría ser de gran interés para investigaciones posteriores centrarse en las personas con quien el mismo se relaciona. De esta manera se podría preguntar: ¿cómo es convivir con alguien que padece de TLP? ¿cómo ven las personas del afuera al sujeto con TLP? ¿cómo hacer para ayudarlo o apaciguar su malestar? ¿cuán eficaz sería la terapia familiar?

La angustia de separación y la angustia de intrusión o de ser “absorbidos” por el objeto como característica de estos pacientes, se oponen y se complementan ya que la persona con

un TLP convive bajo dos amenazas: o lo abandonan sus objetos o lo abate la intrusión. De esta manera quedan atados al objeto o controlando y manteniendo la distancia. A partir de este punto cabe preguntarse ¿qué libertad le queda al sujeto?

En definitiva, enfrentarme a la extensa bibliografía que abarca el TLP me dejó en claro que los sujetos que lo padecen llevan una vida bastante negativa, caótica, dicotómica y de esta manera me pregunto: ¿en algún punto logran ser felices?. A partir de ello, si bien los trastornos en general no son tomados como algo positivo en su esencia, (ya que comprometen a varias áreas del sujeto y aluden a diversos síntomas que causan malestar intrapsíquico), me parece muy enriquecedor que se pueda dar énfasis a aquellas potencialidades y capacidades del sujeto para ir más allá de su trastorno. A pesar de todas las características que exhiben estos pacientes que no son percibidas como “positivas” por cómo influyen en él y en su entorno, por ejemplo se podría hacer hincapié en la creatividad del sujeto para lograr continuar su vida, sobrellevar lo que lo abruma, hincapié en su perseverancia, en el deseo de salir adelante, disfrutar de la vida, énfasis en las cosas que les gusta hacer y le hace bien internamente. En definitiva, lograr explotar al máximo las cualidades que cada sujeto posee y sacar a flote lo más positivo de ellos.

:

- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Adler, G. (1985). *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. [*Psicopatología Borderline y su tratamiento*]. New York, Jason Aronson.

Ameglio, F. (2012). *Psicopatología psicoanalítica en la clínica actual*. Montevideo: Magro

Amparo, B; Martínez, MP y Pascual, M. (1998). Personalidad sana y Personalidad trastornada. En Fierro, A; (Paidós). *Manual de psicología de la personalidad*. (255-257) España: Paidós.

Arias, Juan Martín y Farinon, Eliana (2016). *Revisión y alcances del trastorno límite de la personalidad*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-044/178>

Arza, R; Díaz, M; López, C; Fernández de Pablo, N; López, J y Carrasco, J. (2009).

*Alteraciones neuropsicológica en el trastorno límite de la personalidad: estrategias de detección*. Actas Españolas de Psiquiatría. 37(4), 185-190. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/dae9/789b01a84d23547938bdd27d84ba143d38d9.pdf>

Azpiroz, M y Prieto, G. (2011). *Trastornos de la personalidad*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: mentalization - based treatment*. Nueva York: Oxford University Press.
- Bateman, A y Fonagy, P. (2013). *Seguimiento durante ocho años de pacientes tratados por trastorno límite de la personalidad: tratamiento basado en la mentalización frente a tratamiento habitual*. En Hales, D y Hyman, M. FOCUS. Trastornos de la personalidad (II). Recuperado de:  
[http://umh1946.edu.umh.es/wpcontent/uploads/sites/172/2015/04/FOCUS\\_2013-4-Trastornos-de-la-personalidad-II.pdf#page=10](http://umh1946.edu.umh.es/wpcontent/uploads/sites/172/2015/04/FOCUS_2013-4-Trastornos-de-la-personalidad-II.pdf#page=10)
- Ben-Hur, H y Horta, E. (2016). *Aportes sobre el correlato neuroanatómico de la personalidad*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 53(3). Recuperado de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272016000300006&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000300006&lang=pt)
- Bernardi, R. (2010). *DSM-5, OPD-2 y PDM: Controversias actuales y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos*. *Revista psiquiatría Uruguay*. 74 (2), 179-205. Recuperado de:  
[http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/10\\_bernardi.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/10_bernardi.pdf)
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona, Buenos Aires, México. Paidós. Recuperado de:  
file:///C:/Users/GER/Downloads/188004006-Bleichmar-Avances-en-Psicoterapia-pdf.pdf
- Caballo, V y Camacho, S. (2000). *El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales*. *Psicología desde el Caribe*. (5), 31-55. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503>

Caballo, V. (2001). *Tratamientos cognitivo conductuales para los trastornos de la personalidad*. *Psicología conductual*. 9 (3), 579-605. Recuperado de:  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37296321/Caballo\\_Tratamiento\\_TTPP\\_4.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1509066250&Signature=ox%2BaI%2BXOyjRABVaz9x1BGS84PFk%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTRATAMIENTOS\\_COGNITIVO-CONDUCTUALES\\_PARA.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37296321/Caballo_Tratamiento_TTPP_4.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1509066250&Signature=ox%2BaI%2BXOyjRABVaz9x1BGS84PFk%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTRATAMIENTOS_COGNITIVO-CONDUCTUALES_PARA.pdf)

Caballo, V; Guillen, JL y Salazar, I. (2009). *Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo*. *Psico*. 40 (3), 319-327 Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/profile/Isabel\\_Salazar2/publication/277214060\\_Estilos\\_tracos\\_e\\_transtornos\\_da\\_personalidade\\_inter-relacoes\\_e\\_diferencas\\_associadas\\_aosexo/links/55ded64c08aeaa26af0f3180/Estilos-tracos-e-transtornos-da-personalidade-inter-relacoes-e-diferencas-associadas-ao-sexo.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Salazar2/publication/277214060_Estilos_tracos_e_transtornos_da_personalidade_inter-relacoes_e_diferencas_associadas_aosexo/links/55ded64c08aeaa26af0f3180/Estilos-tracos-e-transtornos-da-personalidade-inter-relacoes-e-diferencas-associadas-ao-sexo.pdf)

Cardenal V; Sánchez, P y Ortiz-Tallo, M. (2007). *Los trastornos de la personalidad según el modelo de Millon: una perspectiva integradora*. *Clínica y Salud*. 18(3), 306-322.  
Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300004)

Chávez; Ng B y Ontiveros, MP. (2006). *Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad*. *Salud Mental* . (5), 16-24. Recuperado de:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065c.pdf>

CIE-10 (1992). *Clasificación internacional de enfermedades*. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). Washington, D.C.

Cloninger, S. (2003). *Theories of Personality* (traductor Fernández, A). México. Pearson Educación.

Cuevas, C y López, Ángel. (2012). *Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 12(1), 97-114. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/560/56023335007.pdf>

*Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia.* (2008). Herder Editorial. Recuperado de:  
[http://www.sicapacitacion.com/librospsicologia/Diagnostico\\_psicodinamico\\_operaci.pdf](http://www.sicapacitacion.com/librospsicologia/Diagnostico_psicodinamico_operaci.pdf)

DSM- 5 (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Esbec, E y Echeburúa, E. (2011). *La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V*. Actas Esp Psiquiatría. 39 (1), 1-11. Recuperado de:  
<https://www.trastornolimitado.com:7081/images/stories/pdf/Trastornos-de-la-personalidad-en-el-DSM-V.pdf>

- Esbec, E y Echeburúa, E. (2014). *La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5; recursos y limitaciones*. *Terapia Psicológica*. 32(3), 255-264. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78533394008>
- Fernández, C y Rodríguez, L. (2013). *Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad*. *Acción Psicológica*. 10 (1), 56-64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030771006>
- Ferrer, M. (2013). *Trastorno límite de la personalidad: diferentes manifestaciones de un mismo trastorno*. (Tesis de Doctorado). Universidad autónoma de Barcelona. Barcelona, España. 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)
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- Fossa, P. (2009). *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 O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica panamericana.
- García, E. (2007). *Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de la Personalidad (TLP)*. *Clínica y salud*. 18(3). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300006)

Garnés-Camarena Estruch, O. (2010). *Neurociencia de los trastornos borderline y sus correlaciones con la psicoterapia*. Revista aperturas. (35) Recuperado de:  
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000652>

Garnés-Camarena Estruch, O. (2010). *Un intento de correlación entre la psicoterapia del trastorno límite borderline y los hallazgos de la neurociencia*. Revista aperturas. (36) Recuperado de: <http://aperturas.org/articulos.php?id=0000663&a=Un-intento-de-correlacion-entre-la-psicoterapia-del-trastorno-borderline-y-los-hallazgos-de-la-neurociencia>

Guendelman, S; Garay, L y Miño, V. (2014). *Neurobiología del trastorno de personalidad límite*. Revista médica de Chile. 142 (2), 1-8. Recuperado de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0034-98872014000200009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034-98872014000200009)

Gunderson, J.G y Gabbard, G. (2002). *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad*.  
Barcelona: Ars Médica.

Gunderson, J.G y Lyons-Ruth, K. (2008). *El trastorno límite de la personalidad y el fenotipo de hipersensibilidad interpersonal*. Revista aperturas (36). Recuperado de:  
[http://aperturas.org/articulos.php?id=0000713&a=El-trastorno-limite-de-la-personalidad-y-el-fenotipo-de-hipersensibilidad-interpersonal-\[Gunderson-JG-y-Lyons-Ruth-K-2008\]](http://aperturas.org/articulos.php?id=0000713&a=El-trastorno-limite-de-la-personalidad-y-el-fenotipo-de-hipersensibilidad-interpersonal-[Gunderson-JG-y-Lyons-Ruth-K-2008])

Kernberg, O. (1979) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós

Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*.  
México: El Manual Moderno.

- Linehan, M. (2001). *Terapia conductual dialéctica para los trastornos de personalidad borderline*. Revista aperturas psicoanalíticas Recuperado de: [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org).
- Linehan, M. (2003). *Manual para el tratamiento de los trastornos borderline*. Paidós. Barcelona, España.
- Mahler, M. (1971). *Estudios 2. Separación-individuación*. Bs As. Editorial Paidós.
- Masterson, JF y Rinsley, DB. (1975). *The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality*. [El síndrome límite: el papel de la madre en la génesis y la estructura psíquica de la personalidad límite]. Int J Psychoanal.
- Millon, T y Davis, R. (2000). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona, Editorial Masson. 2da edición.
- Montaño Sinisterra, M; Palacios Cruz, J; y Gantiva, C. (2009). *Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición*. *Psychología. Avances de la disciplina*. 3(2), 81-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>
- Moya, L y Peláez, J. (2013). *Terapia familiar en los trastornos de personalidad*. *Acción psicológica*. 10 (1). Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico8.pdf>

- Novella, E. (2015). *Identidades inestables: el síndrome borderline y la condición postmoderna*. Revista latinoamericana de psicopatología fundamental. 18(1), 118-138.  
Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v18n1/1415-4714-rlpf-18-1-0118.pdf>
- Pérez, L. (2011). *Trastorno límite (borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia*. Revista psiquiatría 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)
- Piñeiro, A; Cervantes, JJ; Ramírez M; Ontiveros, M y Ostrosky, F. (2008). Revista colombiana de Psicología. (17), 105-114. Recuperado de:  
[www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803008](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803008)
- Rodríguez, E. (2009). *La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young*. Avances Psicología. 17(1), 59-74. Recuperado de:  
<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/edgarrodriguez.pdf>
- Sánchez, S y de la Vega, I (2013). *Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad*. Acción Psicológica. 10 (1). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-908X2013000100003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-908X2013000100003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Shearer, S.L. (1994). *Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder*. [Fenómenos disociativos en mujeres con trastorno límite de la personalidad]. American Journal of Psychiatry
- Singer, F. (2005). *La bonderización del sujeto*. Rev. Latinam. Psicop. Fund., VIII, 4, 694-705.  
Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v8n4/1415-4714-rlpf-8-4-0694.pdf>

Tirapu-Ustárrroz, J; Cordero-Andrés, P; Luna-Lario, P y Hernandez-Goñi, P. (2017).

*Propuesta de un modelo de funciones ejecutivas basado en análisis factoriales.*

Revista Neurología. 75-84. Recuperado de:

<http://fundacionargibide.org/imagenes/FE%20ANALISIS%20FACTORIAL.pdf>

Villalba, L. (2011). *Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento*

*según la teoría de la mentalización de Peter Fonagy.* Revista de Psiquiatría de

Uruguay. 75(1), 14-19. Recuperado de:

[http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/03\\_LV.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/03_LV.pdf)

Zamalloa, I; Iraurgi, I; Maruottolo, C; Mascaró, A; Landeta, O y Malda, J. (2016).

Impulsividad y función ejecutiva en el trastorno límite de la personalidad. Act Esps de

Psiqu. 44 (3), 113- 118. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/profile/Iker\\_Zamalloa/publication/305352697\\_Impulsividad\\_y\\_funcion\\_ejecutiva\\_en\\_el\\_trastorno\\_limite\\_de\\_personalidad/links/57eacfc308aeafc4e88a54e4/Impulsividad-y-funcion-ejecutiva-en-el-trastorno-limite-de-personalidad.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Iker_Zamalloa/publication/305352697_Impulsividad_y_funcion_ejecutiva_en_el_trastorno_limite_de_personalidad/links/57eacfc308aeafc4e88a54e4/Impulsividad-y-funcion-ejecutiva-en-el-trastorno-limite-de-personalidad.pdf)

Zanarini, y col., (1998). *El dolor de ser límite: estados disfóricos del trastorno límite de*

*personalidad* Revista aperturas. (44). Recuperado de:

[http://aperturas.org/articulos.php?id=0000812&a=El-dolor-de-ser-?limite?-estados-disforicos-del-trastorno-limite-de-personalidad-\[Zanarini-y-col-1998\]](http://aperturas.org/articulos.php?id=0000812&a=El-dolor-de-ser-?limite?-estados-disforicos-del-trastorno-limite-de-personalidad-[Zanarini-y-col-1998])

Zegarra, J y Soto, M. (2014). *Clima familiar y apego en pacientes con trastorno límite de la*

*personalidad.* Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social. 3(2),67-76. Recuperado

de:

[http://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Garcia99/publication/274638321\\_Garca\\_J.](http://www.researchgate.net/profile/Jose_Garcia99/publication/274638321_Garca_J.)

[E. \(2014h\). La relación entre investigación básica y profesión aplicada en la psicología latinoamericana. Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social 3 \(2\) 109-124/links/5524437b0cf2caf11bfcc4d8.pdf#page=67](#)