



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Trabajo Final de Grado  
Monografía

***TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD***  
***DIFICULTADES Y DESAFIOS EN EL TRATAMIENTO***  
***TERAPÉUTICO***

**Estudiante: Lourdes Moreira**

**C.I: 4.123.122-6**

**Tutor: Prof. Agda. Dra. Gabriela Prieto Loureiro**

**Setiembre, 2020**

**Montevideo, Uruguay**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	3
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>PERSONALIDAD</b> .....	6
<b>TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</b> .....	10
LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .....	10
DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ....	11
<b>TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD</b> .....	14
EVOLUCIÓN HISTÓRICA .....	14
ETIOLOGÍA .....	16
DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL TLP .....	19
<b>LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD</b> .....	25
DIFICULTADES Y DESAFÍOS.....	25
PSICOTERAPIAS APLICADAS AL TLP .....	31
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	35
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	37

## RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad, se caracteriza principalmente por la inestabilidad emocional, las dificultades en la relación con uno mismo y con los demás. Los habituales comportamientos impulsivos, entre ellos, las conductas autolíticas y los intentos o amenazas de suicidio, son a su vez, aspectos clínicos distintivos.

Estas características del trastorno, que se interrelacionan y se retroalimentan entre sí, parecen estar asociadas con las alteraciones en el proceso de vinculación y con el patrón de disregulación emocional prevalente durante el tratamiento psicoterapéutico.

La dificultad que comprende establecer una alianza buena y estable con estos pacientes, la resistencia que presentan a la psicoterapia, las recaídas, así como los altos índices de abandono, hacen que los logros sean lentos, y el pronóstico, poco alentador. De ahí, que el tratamiento de estos pacientes, conforme uno de los retos más arduos entre los clínicos.

El rol activo que debe asumir el terapeuta, lo transforma en la principal herramienta de trabajo del tratamiento psicoterapéutico. De aquí la importancia de desempeñar el trabajo con ética y profesionalidad, debiendo reconocer las dificultades, y asumir los desafíos que conlleva el abordaje de tan complejo trastorno.

*Palabras claves: Trastorno límite de personalidad, Tratamiento psicoterapéutico.*

## INTRODUCCIÓN

“Vivir una vida análoga a una telenovela  
es vivir la vida de una personalidad límite”

(Millon, 2006, p.497)

El trastorno límite de la personalidad (en adelante TLP), es uno de los trastornos de personalidad más frecuentes, y habitualmente, uno de los más graves. Actualmente, han ido aumentando su importancia como psicopatología, debido a las características clínicas que presentan estos pacientes, las cuales conllevan a grandes dificultades en su tratamiento. Sumado a ello, las fuertes y elevadas demandas que operan sobre los servicios, les ha conducido a convertirse en un problema de salud significativo (García, 2007).

Considerando la complejidad de esta problemática, el objetivo del presente trabajo consiste en explorar y analizar las dificultades, así como los desafíos, que comprende el tratamiento psicoterapéutico en pacientes con TLP.

Para ello, se realiza una revisión bibliográfica tomando de referencia autores clásicos como Kernberg, Gunderson, Gabbard y Millon, incluyendo autores contemporáneos, que permitirán aportar luz a la temática. Asimismo, a fin de guiar al lector en este recorrido, se presenta esta exposición en cuatro bloques temáticos.

En el primer apartado, se analiza cómo el término personalidad ha ido evolucionando, tanto en su significado como en su aplicación, en el transcurrir del tiempo. De igual modo, se hace mención a las concepciones más prominentes acerca de la personalidad, desde la perspectiva de diversos autores. Además, se establece una clara distinción entre dos términos estrechamente relacionados con la misma, temperamento y carácter.

El segundo apartado, refiere a los trastornos de personalidad (en adelante TP). Allí, en principio, se realiza una aproximación a diferentes visiones acerca de lo normal y lo patológico, en el marco de los mismos. Se aborda la concepción de rasgos de personalidad, a fin de comprender cuándo pueden llegar a conformar un TP. Posteriormente, se conceptualiza qué es un TP y se lo caracteriza clínicamente. Cerrando este bloque, se menciona cómo son clasificados oficialmente en la actualidad, en la Sección II del DSM-5.

Luego, el tercer apartado, se centra específicamente en el TLP. Se comienza realizando un breve recorrido acerca de la evolución histórica del trastorno, denotando el desconcierto que desde sus inicios ha suscitado. Seguidamente, se realiza una revisión de diversas hipótesis

explicativas, en relación a los factores etiológicos de dicho trastorno. Para finalizar, se desarrolla una descripción clínica del TLP, mencionando las características esenciales de esta patología desde dos enfoques que, si bien son diferentes, pueden complementarse: el psicodinámico y el descriptivo.

El cuarto apartado, se desprende del anterior, y se focaliza en la parte esencial del trabajo: las dificultades y desafíos, que comprende el tratamiento psicoterapéutico con estos pacientes. Se presta especial énfasis, al reto que implica en el ámbito profesional, establecer una alianza terapéutica con estos sujetos, imponer límites claros en el encuadre terapéutico, abordar la externalización de los estados del self intolerables, identificar y contemplar la contratransferencia, entre otros.

En última instancia, se expone brevemente acerca de las psicoterapias aplicadas al TLP. Puesto que la elección de la modalidad terapéutica, conforma uno de los problemas en el tratamiento, se explora como estos abordajes terapéuticos, desde su perspectiva, se plantean diferentes objetivos, a fin de tratar los diversos desórdenes que conforman dicho trastorno.

Finalmente, se realizan algunas consideraciones, en base a las reflexiones generadas a partir de las diferentes aproximaciones teóricas realizadas.

## PERSONALIDAD

Para abordar la temática que nos convoca, resulta apropiado realizar previamente una aproximación al concepto de personalidad, a fin de adentrarnos en el TLP, para luego, delinear las dificultades así como los desafíos que implica su tratamiento.

La personalidad constituye, sin lugar a dudas, una de las principales áreas de estudio e investigación en psicología. De hecho, se podría afirmar que los más destacados psicólogos de esta disciplina, han dedicado sus obras al estudio sistemático de este constructo (Arias, 2012).

El término, proviene del vocablo latino persona, que originariamente, refería a la máscara utilizada por los actores en el teatro en la antigua Grecia, para representar diferentes papeles. De este modo, pretendían representar una ilusión de lo externo, al interpretar estilos de vida diferentes a los propios.

Con el transcurrir de los años, la palabra comenzó a referirse al personaje desde una impresión de lo superficial, es decir, desde sus características explícitas (Montaño, Palacios y Gantiva, 2009).

Finalmente, la última connotación, pasó a caracterizar el mundo interno de la persona, sus rasgos oscuros u ocultos (Millon, 2006).

En la actualidad, el estudio de la personalidad ha sido abordado desde una multiplicidad de enfoques teóricos, dando lugar a diversos constructos.

Desde un modelo psicobiológico, Eysenck (citado por Schmidt et al., 2010), la define como una organización relativamente estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de un sujeto que determina su singular adaptación al ambiente. Según el autor, sus variables se encuentran determinadas genéticamente, incluyendo estructuras fisiológicas y hormonales específicas. Desde esta perspectiva, el rasgo psicológico ocupa un lugar central, siendo comprendido como un factor disposicional, que determina la conducta invariable y constante en diversas situaciones. De allí, que se puedan predecir ciertos aspectos de la personalidad (Eysenck, citado en Fusté y Ruiz, 2000).

A su vez, esta teoría puede considerarse un modelo factorialista, dado que propone dimensiones constitutivas de la personalidad. De esta manera, identifica en una primera instancia tres dimensiones básicas de la misma: neuroticismo (o inestabilidad emocional), introversión - extroversión y dureza emocional (psicoticismo), incluyendo más tarde una cuarta dimensión: la inteligencia general o factor g, la cual hace referencia a las habilidades cognitivas (Contini, 2018).

Desde este enfoque factorialista, Eysenck plantea que las diferencias individuales, pueden disponerse cuantitativamente, implicando un determinado número de dimensiones básicas de personalidad. De modo que, dentro de este modelo, se aíslan las unidades fundamentales de la personalidad, sin recurrir a la persona en su totalidad, es decir, sin considerar la individualidad (Pelechano, 2000, citado en Schmidt et al., 2010).

Por otra parte, Cloninger (2003), define la personalidad como “las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona” (p.3). Cabe aclarar que la autora, si bien reconoce el evidente papel de la biología en las principales variables de la personalidad, a diferencia de Eysenck, señala que ésta escenifica su influencia en el ambiente. En este sentido, sostiene que los diversos ambientes, pueden hacer que las personalidades que provienen del mismo potencial biológico, sean diferentes.

Para Izquierdo (2005) la personalidad, está estrechamente relacionada con dos conceptos que interactúan entre sí, temperamento y carácter.

El temperamento, comprende el potencial biológico que subyace a la conducta. El mismo, suele resultar visible claramente en el estado de ánimo o emotividad preponderante de los sujetos, así como en la intensidad y duración de sus reacciones (Millon, 2006).

Esta disposición innata, predispondría a los sujetos a determinadas reacciones ante los estímulos del ambiente. Es decir, “canalizaría”, facilitando o no, la adquisición de ciertas respuestas (Azpiroz y Prieto, 2016).

De este modo, el temperamento, consistiría en una especie de material bruto que concluiría conformando la personalidad (Allport, citado en Izquierdo, 2005).

Estas consideraciones, estarían en consonancia con lo que plantea Suárez (2010), acerca del influjo que ejerce el entorno social sobre el temperamento. Para esta autora, especialmente las prácticas educativas en edades tempranas, en cierta medida lo moldearían, pudiendo verse modificado en sus manifestaciones. Ello, daría cuenta de su relativa estabilidad en el tiempo.

El carácter, refiere a las características adquiridas durante el crecimiento, refleja el resultado de la influencia de la socialización, conllevando un cierto grado de conformidad con las normas sociales, es decir, con lo esperable por la sociedad (Millon, 2006). Es así, que hablar del carácter de una persona, implica “una estructura que entrelaza los instintos y las emociones, los estados de ánimo y los sentimientos de la persona con el contenido de sus percepciones, representaciones, pensamientos, valoraciones y determinaciones” (Izquierdo, 2005, p.190).

Según Linares (2007), la experiencia relacional, constituye el motor de la personalidad. En tal sentido, plantea que si bien la genética, ejerce un rol preponderante en el desarrollo de determinados rasgos de personalidad, es el contexto cultural quien delimita, moldea, concede identidad y determina la personalidad, influyendo así definitivamente en su definición.

Es pertinente, incorporar en este punto, el planteo de Fernández (2012), quien refiere a la identidad como parte inherente a la personalidad. Uno es y se distingue de los demás, por esa consciencia de ser único, por concebirse diferente del resto (identidad). La personalidad, refiere a cómo se comporta. De ahí, la importancia de entender su estrecha relación, dado que puede resultar beneficioso a la hora de comprender un trastorno.

En función de lo antedicho, se podría considerar la postura de Erikson (citado en Cobo, 2003), quien transformó las bases del desarrollo propuestas por Freud en el desarrollo de la personalidad, comenzando a entender ese "quiénes somos" en oposición a "cómo somos con los demás". A diferencia de Freud, quien centra su teoría en los factores biológicos, Erikson enfatiza la influencia que tienen los factores sociales y culturales sobre la formación de la personalidad y el comportamiento de los individuos. A través de su "Teoría de las Etapas Psicosociales" plantea que, durante el ciclo de vida, el ser humano se desarrolla a través de una serie de ocho etapas, sugiriendo que en cada una de ellas, el individuo se enfrenta a una crisis. Es así que, del modo en que el individuo la resuelva, dependerán las actitudes y conductas que adoptará para enfrentar la siguiente etapa. Dicho de otra manera, el modo de resolución, repercutirá en la estructuración de la personalidad.

Siguiendo los aportes de Azpiroz y Prieto (2016), el término "personalidad" refiere a las características estables de un sujeto, tal como se manifiestan en su modo de comportarse a través de diferentes situaciones y que se han integrado a partir de factores biológicos, sociales y culturales, entre otros. Desde este enfoque, se destaca la perspectiva ideográfica, la cual da cuenta de la complejidad de la individualidad, producto de una historia única de interacciones entre múltiples factores.

En la misma línea, Caballo, Guillén y Salazar (2009), aluden a la estabilidad de las características psicosociales distintivas de los sujetos. De acuerdo con los autores, el constructo de personalidad, refiere a una mezcla de factores temperamentales y características psicosociales distintivas, configurándose como el "conjunto de patrones de pensamientos, emociones y acciones que caracterizan a una persona desde épocas tempranas de la vida y que son estables, permanentes en el tiempo y a través de diferentes situaciones" (p.320).

Desde una perspectiva integradora, Millon (2006) la define como: “un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica” (p.2). Dicho patrón, configuraría la constelación completa de la persona comprendiendo la totalidad de las características interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas. Desde este enfoque, los rasgos de personalidad no funcionan como unidades aisladas, sino que interactúan entre sí reforzándose para perpetuarse. Esto explicaría la estabilidad, así como la consistencia de la unidad de la personalidad.

A su vez, nutriéndose de los principios de la teoría de la evolución, Millon (2006) explica tanto la estructura, como el funcionamiento de los estilos de la personalidad, planteando que las habilidades de afrontamiento, así como la flexibilidad adaptativa, serán determinantes para desarrollar una actividad psicológica sana o patológica. De esta manera, considera la concepción de personalidad como “un estilo de afrontamiento análogo al sistema inmunitario” (p.9).

Por otra parte, es apropiado considerar la perspectiva de Izquierdo (2005), quien afirma que para poder comprender con mayor profundidad la personalidad, es necesario abordarla más allá de las diferentes características que llevan a distinguir una persona de otra. Implica delimitar y estudiar los procesos constitutivos de la misma, en otras palabras, comprender su dinámica para entender su funcionamiento. Para ello, plantea considerarla como una configuración de sistemas interdependientes: percepción, cognición, emoción, motivación y acción con sus respectivos subsistemas: atención, memoria, afecto, volición y conducta.

De acuerdo con el citado autor, las personas disponemos de distintos sistemas de elaboración, los cuales son activados para alcanzar las metas. De modo que, la misma, quedaría determinada por la estructura, así como por la interacción distintiva entre los diferentes sistemas psíquicos. Esto explicaría los diferentes tipos de personalidad.

## TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

### LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Como ha quedado plasmado, encontrar una definición consensuada acerca de lo que es la personalidad, resulta muy difícil. Sin embargo, como afirma Baez (2012), aún es más complejo, encontrar una posición concluyente acerca de lo normal y lo patológico en el plano del comportamiento humano.

Según el autor, desde tiempos remotos, se han abordado estos términos desde diversos factores, con la finalidad de distinguir lo ideal, o lo correcto, de lo inverso. No obstante, agrega que en el plano de lo humano, es imposible encontrar una postura definitiva sobre lo normal y lo anormal. Por ejemplo, si se comprende la normalidad desde un juicio de valor, basta para entender que el mismo procede de un sujeto, quien decide quién ha de ser normal y quién ha de asumir lo despectivo de anormal.

En relación a este planteo, Cárdenas (2014) señala que desde la óptica del ojo que juzga qué es lo normal y lo anormal, se debe considerar que el mismo se encuentra fuertemente influido por sus vivencias, sus ideas y creencias. En este sentido, como expone la autora, cabe contemplar otro factor que mediatiza dicha construcción: el sociocultural. La conducta es considerada normal o anormal, dependiendo del contexto desde el cual se observe.

De modo similar, Azpiroz y Prieto (2016) manifiestan que resulta muy difícil encontrar una definición acerca de lo que sería una “personalidad normal”, así como establecer el límite en el cual la misma se torna patológica. Agregan que existe el consenso, en diversos autores, que incluso en estructuras patológicas pueden existir grados de normalidad.

Asimismo, las referidas autoras consideran que el criterio estadístico, por sí solo, no logra delimitar lo normal y lo patológico, puesto que estos juicios cuantitativos resultan muy complejos de aplicar al ser humano. A su vez, advierten sobre el peligro de confundir lo “normal” con lo que se considera habitual, ya que en diferentes épocas y culturas suelen generalizarse ciertas conductas que si bien son frecuentes, no por ello deben ser consideradas “normales”.

De acuerdo con Millon (2006), en el marco de los trastornos de personalidad, no es posible distinguir de forma objetiva entre normalidad y anormalidad. Dada su base social, presume que la mejor acepción de normalidad, sea la adecuación a los comportamientos y costumbres representativas del grupo o cultura de referencia. Por ende, la patología se definiría por lo inverso. Igualmente, afirma que: “La normalidad y la patología se sitúan en un continuo. Una se convierte lentamente en otra” (p.12).

En tal sentido, Cardenal, Sánchez y Ortiz (2007) entienden que, desde el modelo planteado por este autor, estos conceptos serían relativos, dado que entre ellos, no determinan una línea divisoria concluyente. Tanto la personalidad normal, como patológica; serían esencialmente las mismas en relación a los rasgos que las conforman.

Con la finalidad de continuar en la consideración de estos términos (normal y patológico) es pertinente, en este punto, definir qué son los rasgos de personalidad.

Los rasgos, serían simples consistencias de comportamiento en diversas áreas de la personalidad, que muestran una tendencia en el funcionamiento general del individuo. A diferencia de los síntomas, los cuales tienden a aparecer y desaparecer, presentan estabilidad y persistencia. Es decir, una tendencia a la cronicidad (Caballo et al., 2009).

Siguiendo con esta noción, según Esbec y Echeburúa (2011): “Los rasgos de personalidad solo se transforman en trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo” (p.2). De aquí, la diferencia fundamental entre lo normal y lo patológico en el marco de los trastornos de personalidad.

## **DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.**

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (APA, 2014), un TP es considerado como:

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

Según Kernberg (1987), los TP conforman constelaciones de rasgos de carácter anormales o patológicos. Asimismo, estos deben presentar una suficiente intensidad como para producir una alteración significativa, ya sea en el funcionamiento intrapsíquico y/o interpersonal.

Millón (2006), afirma que hay tres características patológicas que distinguen los TP: la carencia de capacidad de adaptación o la frágil estabilidad en condiciones de estrés, la inflexibilidad y la permanencia en el tiempo.

Para Cloninger (2003), la adaptación (como la personalidad), comprende la forma en que un sujeto se enfrenta al mundo, ajustándose a las demandas así como a las oportunidades del entorno.

No obstante, el término adaptación no refiere únicamente a la adaptación en relación al medio ambiente, incluye, además, la adaptación intrapersonal, la cual comprende una relación armónica y equilibrada en el plano de la identidad propia (Azpiroz y Prieto, 2016).

La segunda característica, relacionada estrechamente con la anterior, refiere a la inflexibilidad desde el punto de vista adaptativo. A diferencia de las personalidades normales, carecen de la capacidad de modificar el entorno o adaptarse a lo que el mismo dispone. En otras palabras, disponen de limitadas habilidades y conductas alternativas, o contrariamente, las imponen rígidamente sobre ciertas situaciones para las que no encajan. Resulta claramente visible, cuando una coalición ya asentada, no cede ante otra que, en esa situación determinada, sería más provechosa para la persona (Izquierdo, 2005).

Sin embargo, Esbec y Echeburúa (2011) sostienen que algunos TP no son tan inflexibles, ni tienen tan mal pronóstico como se pensaba. De hecho, hay algunos de ellos, que cambian con el transcurso del tiempo. Particularmente, los trastornos del grupo B, por ejemplo, el trastorno antisocial y límite tienden a ser menos evidentes y a disminuir con la edad.

La tercera se desprende de la segunda. Dado que estos sujetos no son capaces de cambiar, los repertorios patológicos generalizados en su vida se perpetúan, tendiendo a crear círculos viciosos. En consecuencia, el malestar de la persona persiste, se intensifica, perturbando su vida en todos los aspectos, volviéndola así menos placentera (Millon, 2006).

Cabe señalar, que para el citado autor, existen dos formas en que un TP aumenta su nivel en virtud de los rasgos desadaptativos o disfuncionales presentes. “En primer lugar, cada rasgo puede intensificar su expresión: la asertividad puede dar lugar a la agresividad, o la diferencia convertirse en masoquismo. En segundo lugar, puede incrementarse el número de rasgos desadaptativos” (Millon, 2006, p.12).

Asimismo, Durand y Barlow (2007), aluden al carácter egosintónico que se observa en los pacientes con TP. El mismo, refiere a la incapacidad de percibir y aceptar sus dificultades interpersonales como propias, atribuyendo al entorno la responsabilidad. Agregan que, en ciertos casos, será otro quien deba decidir si el trastorno está causando un fuerte deterioro funcional, dado que en ocasiones, el afectado no está en condiciones de emitir ese juicio.

En relación a lo antedicho, Azpiroz y Prieto (2016) sostienen que, si bien estas personas no son conscientes de su estado ni de su trastorno, no por ello dejan de sufrir las consecuencias del mismo. De hecho, el malestar significativo que pueden llegar a experimentar en diversas áreas, conforma uno de los criterios diagnóstico del DSM-V.

Por otra parte, en lo que refiere a los inicios de los patrones patológicos, por lo general, los TP tienen sus primeras manifestaciones en la infancia y son totalmente evidentes en la adolescencia. Aún así, en algunos casos los TP se desarrollan más tarde en la vida, en cuyo caso se puede utilizar el calificador de “inicio tardío” (Esbec y Echeburúa, 2015, p.184).

Actualmente, desde un enfoque categorial, los TP son descritos y clasificados oficialmente en la Sección II del DSM-5. Se mantienen los mismos 10 TP de antes distribuidos en tres clusters: el A, compuesto por los TP paranoide, esquizoide y esquizotípico, caracterizados como raros y excéntricos, el B que incluye el TP antisocial, límite, histriónica y narcisista, quienes se manifiestan como personas exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas; y el C, el cual abarca los TP evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo. Los individuos con estos trastornos, suelen ser ansiosos o temerosos.

Con una valoración politética, la inclusión en una categoría para poder llevar a cabo un diagnóstico, requiere cumplir los criterios mínimos, es decir, la mitad más uno, independientemente de cuáles sean. El juicio categorial, consiste en “tener o no tener” el trastorno, en otras palabras, no admite un punto intermedio.

A su vez, en la sección III del DSM -5, se introduce un nuevo modelo híbrido categórico-dimensional de la personalidad, a modo de valoración alternativa para trastornos propuestos para futuros estudios. Desde este enfoque, se señalan algunas categorías diagnósticas, incluyendo a su vez, la evaluación de las alteraciones del funcionamiento de la personalidad. Debido a que puede haber diferentes grados de perturbación, cada paciente debe ser evaluado desde un nivel de funcionamiento, personal (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad), facilitando así la evaluación de la gravedad. Ello se fundamenta en la idea de que, a nivel clínico, esta valoración comprende un mejor vaticinio de los resultados terapéuticos, que el tipo de patología de la personalidad en particular (Esbec y Echeburúa 2015).

De acuerdo con Gutiérrez y Villar (2014), este modelo alternativo, sugiere que los criterios diagnósticos presentes en la sección II, no son lo suficiente específicos de TP. Asimismo, entienden que esta versión presenta claras ventajas sobre el modelo categorial. Por ejemplo, permite valorar mejor la naturaleza continua de los rasgos y sus interrelaciones. Esto supone, por un lado, decidir si los mismos constituyen una versión extrema, y por ende, un trastorno. Por otro, en función de las características combinadas de rasgos, facilitar al terapeuta áreas específicas de intervención. A su vez, esta versión evita solapamientos y diagnósticos múltiples, lo cual significa que la comorbilidad dejaría de ser un problema.

# TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Gunderson (2002), plantea que el constructo límite ha sufrido varios cambios significativos, desde sus inicios hasta la actualidad. Comienza siendo una organización de la personalidad, posteriormente un síndrome, hasta llegar a la actualidad donde es considerado un trastorno. Desde el paradigma psicoanalítico a la medicalización, arribando a la actual búsqueda de respuestas en torno a su etiología, así como tratamientos específicos que respondan frente a tan complejo trastorno.

Si bien el TLP es incorporado oficialmente en 1980 con la aparición del DSM III, Millon (2006), afirma que los orígenes del mismo podrían remontarse a los tiempos de Homero, Hipócrates y Areteo, quienes en fieles relatos describieron la ira impulsiva, la manía, la irritabilidad y la depresión característica en estas personalidades. Señalando, además, la naturaleza oscilante de estos “hechizos” a los cuales las personas permanecían sujetas.

Sin embargo, existe consenso de diversos autores, en situar el comienzo de las descripciones clínicas de pacientes, que ahora se consideran “límitrofes” o “borderline”, en Prichard y su locura moral. Es en 1835, cuando describe en su trabajo a una serie de personas a las que cataloga como “raras” o excéntricas, quienes presentan una “perversión mórbida” de sus emociones, afectos y capacidades, sin dejar vestigio alguno de alucinaciones o delirio (Matusevich, Ruiz y Vairo, 2010).

Según los citados autores, es Hughes en 1884, quien avanza y profundiza estas ideas, introduciendo por primera vez el término estados límite (borderline) de la locura, refiriéndose a estos pacientes como personas que pasaron toda su vida a uno u otro lado de la línea. De ahí, que las describa como personas, no tan sanas como para ser capaces de controlarse a sí mismos, pero, a su vez, no tan locas como para necesitar internación.

Asimismo, agregan que es Stern, en 1938, quien describe ampliamente estos estados limítrofes entre la psicosis y la neurosis. Definiendo un patrón clínico diferente para su diagnóstico, enumera una serie de características que presentan estos pacientes: narcisismo, sangrado psíquico, hipersensibilidad, rigidez psíquica, reacciones terapéuticas negativas, sentimientos de inferioridad, masoquismo, utilización de mecanismos de proyección y ansiedad.

Otro aporte que contribuyó de forma significativa a la evolución del diagnóstico, fue el de Knight (1953), quien frente a las vacilaciones diagnósticas acerca del síndrome, plantea centrarse en los episodios de esquizofrenia y otras psicosis que presentaban estos pacientes. Es así, que atribuye especial importancia a la debilidad del yo, considerándola un elemento fundamental en la estructura de la personalidad límite. Según el autor, el yo del paciente fronterizo, opera disfuncionalmente como producto de tendencias constitucionales y sucesos traumáticos, perturbando consecuentemente las relaciones interpersonales (Arias y Farinon, 2016).

En 1968, Grinker y col. realizan un análisis estadístico de sesenta pacientes borderline, pudiendo identificar cuatro subgrupos. Estos, serían parte de un continuo, desde el borde psicótico al neurótico. Pese a ello, advierten características en común: enfado, alteración de la identidad, distorsión en las relaciones personales y depresión. La conclusión final, es que el término borderline implica un síndrome específico, con una identidad propia como para diferenciarlo de la esquizofrenia (Gabbard, 2002).

Kernberg (1975), desde una perspectiva psicoanalítica, al considerar que los enfoques descriptivos realizados hasta el momento eran engañosos e insuficientes, postula la existencia de una "Estructura Borderline de la Personalidad". De esta manera, considera que la misma no sería una transición hacia otras patologías, sino que constituye una estructura estable. Asimismo, entre sus características distintivas identifica: vuelta hacia el proceso primario en el pensamiento, operaciones defensivas primitivas, manifestaciones de debilidad yoica e imágenes contradictorias de sí mismo (Conti y Stagnaro, 2004).

Desde Francia, Bergeret (1974), a diferencia de Kernberg que alude a una estructura interna de personalidad que funciona en forma estable y permanente en el tiempo, refiere a una organización límite de la personalidad de tipo provisional, que no alcanza el nivel de una verdadera estructura. Agrega que, lo característico del estado límite, consiste en presentarse como un estado intermedio entre la neurosis, estructura que lamentablemente no ha sido alcanzada, y la psicosis, estructura que felizmente ha sido superada.

Por otra parte, Gunderson realizó investigaciones centrando la atención en características descriptivas del síndrome, identificando así los rasgos y los síntomas del paciente limítrofe fácilmente visibles en la clínica (Gómez, 2000).

En 1980, luego de un prolongado e intenso trabajo mediado entre debates e investigaciones, es en el DSM- III (APA, 1980) donde queda definitivamente incluido el diagnóstico del TLP, como una categoría específica y diferenciada de otros trastornos (Gunderson, 2002).

Actualmente, a pesar de numerosas caracterizaciones y controversias, la validez del TLP se encuentra generalmente aceptada. Se concibe como una entidad diagnóstica definitiva, si

bien “se encuentra, como el resto de los trastornos, dentro de un continuo, desde un nivel muy bajo de funcionamiento hasta un nivel alto de mejor pronóstico” (Azpiroz y Prieto, 2016, p.45).

## ETIOLOGÍA

Los primeros intentos de realizar explicaciones acerca del desarrollo del TLP, tienen sus orígenes en la comunidad psicoanalítica. Actualmente, si bien con ciertos matices esas hipótesis iniciales se mantienen, existen diversas teorías etiológicas en relación a este cuadro patológico (Caballo y Camacho, 2000).

En relación a los factores planteados para comprender el origen del TLP, son varios los autores que convergen en la falta de apego, o la existencia de un apego inadecuado como factor desencadenante.

Desde un modelo psicodinámico, Kernberg (1975, citado en Cosentino, Arias y Pérez, 2017), vincula la etiología y la patogenia del TLP con el esquema del desarrollo de Margaret Mahler. Según el autor, estos pacientes se caracterizan por haber pasado con éxito la fase simbiótica descrita por Mahler, de tal modo que el self y los objetos pueden distinguirse claramente. Sin embargo, han quedado fijados durante la fase de separación– individuación. Señala así, la subfase de acercamiento (la cual acontece aproximadamente entre los dieciséis y los veinticuatro meses), como el período cronológico de esta crisis del desarrollo, donde el niño siente temor a que su madre pueda desaparecer, sintiendo una gran angustia.

Para el mencionado autor, las razones de esta fijación, respondería a una alteración de la disposición emocional de la madre durante este período crítico. Esto, puede darse debido al exceso de agresión oral constitucional en el niño, a dificultades en la función materna, o una combinación de ambas, siendo un factor fundamental la ausencia de constancia objetal típica de estos pacientes.

Por su parte, desde el mismo modelo, Adler (citado en Martínez y Martín, 2015), a diferencia de la teoría de Kernberg derivada del modelo de conflicto, se focaliza en un modelo de déficit o insuficiencia. Enfatiza que un maternaje inconsistente y no confiable, originaría el fracaso de estos pacientes en lograr desarrollar un objeto interno que resulte sostenedor y tranquilizador. Tomando como referencia el marco del desarrollo de Fraiberg, quien plantea que a los 18 meses el niño normal puede ser capaz de disponer de una imagen interna de la figura materna, aún en su ausencia, Adler afirma que este logro cognitivo, al que denomina “memoria evocativa”, se encuentra constituido levemente en estos pacientes. Es de este

modo, como la ausencia de introyectos positivos en la crianza, darían lugar al surgimiento del sentimiento de vacío característico en estos pacientes.

Continuando con los aportes desde el modelo psicodinámico, resulta pertinente considerar la teoría desarrollada por Fonagy (2000), quien basado en la importancia del apego como factor sustancial en el desarrollo de este trastorno, conceptualizó acerca del proceso de mentalización. Función simbólica relevante que incide en dicha condición.

De acuerdo con el citado autor, esta función reflexiva comprende la capacidad de interpretar las conductas de uno mismo y de los otros en términos de pensamientos, deseos o expectativas. Está muy unida al apego en la primera infancia, y se desarrolla normalmente a través de las experiencias que tienen los niños sobre sus estados mentales, cuando éstos son reconocidos. En otras palabras, requiere la presencia de un ambiente seguro y contenedor. Es por ello, que la ruptura de este proceso puede comprometer en el niño la capacidad de mentalizar, impidiendo la comprensión y representación de su experiencia interna. Un déficit significativo en pacientes con TLP.

Asimismo, Gunderson (2002) le confiere especial importancia al fallo de las figuras de apego temprano en la etiología del TLP. Presume que la intolerancia a la soledad, núcleo central en el TLP, responde a la imposibilidad de estos pacientes a invocar una “introyección tranquilizante”, consecuencia del fracaso de un apego seguro en la infancia.

Aun así, en relación a los planteos de Kernberg y Adler, Gunderson (citado en Gabbard, 2002), señala que son de alguna manera reduccionistas, dado que la crianza inadecuada se puede localizar en el transcurso de todas las fases de la infancia, y no circunscrita a una subfase del desarrollo en particular. Sumado a ello, ambos padres, y no sólo la madre, pueden ser considerados abandonónicos en sus responsabilidades de crianza.

Introduciendo otra línea de pensamiento, Linehan (2003), desde un modelo biosocial, plantea que la desregulación emocional (disfunción primaria del TLP), sería resultado de la interacción entre una cierta predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante.

Según la citada autora, esta vulnerabilidad emocional, estaría caracterizada por respuestas muy intensas a los estímulos emocionales y un lento retorno a la calma, dando cuenta de la incapacidad de estos sujetos a modular las fuertes emociones resultantes, así como las acciones asociadas a ella. No obstante, el ambiente invalidante, refiere al medio con un patrón de crianza caracterizado por la tendencia a responder en forma insensible, errática e inapropiada ante la experiencia privada del niño. Por ejemplo, castigando, minimizando o simplemente ignorando la expresión de sus emociones. De ahí, que se le quite la

oportunidad de aprender a etiquetar las experiencias, a regular efectivamente las emociones, o a confiar en sus propias respuestas como válidas.

De manera semejante, Serrano (2015) sostiene que el fracaso en la creación de vínculos seguros en la infancia, especialmente con los individuos percibidos como protectores en momentos de vulnerabilidad, estaría relacionado con la inestabilidad emocional e interpersonal característica en estos sujetos.

Según el autor, un apego ambivalente y desorganizado, explicaría la falta de integración presente en los sujetos con este diagnóstico. En este sentido, la alternancia entre una respuesta y otra, o la contradicción, pueden generar una alteración de la identidad, inestabilidad afectiva, así como un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables.

De igual modo, si bien la familia constituye el ambiente más inmediato en el que interactúan el temperamento y las fuerzas de socialización, las influencias socioculturales, indirectamente, también pueden ejercer un rol significativo en el desarrollo de todos los patrones límite. Cuando los sujetos crecen en el contexto de una sociedad desintegrada, donde los valores son inestables y discordantes, suele verse reflejado, con claridad, en los dilemas interpersonales y la inestabilidad afectiva presentes en esta personalidad (Millon, 2006).

Por otra parte, Caballo y Camacho (2000), aluden a las experiencias traumáticas infantiles como factores de riesgo asociados al desarrollo del TLP. Señalan que entre un 37% y un 64% de estos pacientes, afirman haber vivido separaciones o pérdidas significativas en la infancia, conformando un aspecto común entre estos sujetos. De igual modo, afirman que, tanto el abuso físico como sexual en la infancia, son relativamente comunes en pacientes diagnosticados con este trastorno.

Respecto a los aspectos de naturaleza más constitucional, actualmente, existen diversos estudios que evidencian significativamente la transmisión familiar de los rasgos que forman parte de dicho trastorno. Los mismos, suelen observarse con mayor frecuencia, entre los parientes de primer grado de estos pacientes (Nieto, 2006).

Sin embargo, dado que las familias no sólo comparten genes, sino también influjos ambientales, Martín (2015) considera necesario llevar a cabo más estudios de gemelos y de adopción. De esta manera, se podría afirmar en forma definitiva la influencia genética, puesto que los resultados anteriormente mencionados, podrían estar relacionados con factores ambientales.

Otro planteo de un sustrato biológico subyacente, que sugiere la influencia de un temperamento caracterizado por una elevada evitación del daño y búsqueda de novedad,

(aspectos asociados a la impulsividad, irritabilidad, así como la ansiedad características en este tipo de trastorno), es el desarrollado por Cloninger y col. (citados en Gabbard, 2002). Esta predisposición biológica, actuaría sobre determinados factores ambientales, estableciendo una combinación entre una baja autoconducción y capacidad de cooperación, factores cruciales de este diagnóstico.

De modo similar, Siever y Davis (1991, citados en Navarro, 2011) establecen una relación entre el factor impulsividad- agresión (propio de las personas con TLP) y disfunciones bioquímicas. Según los autores, estos correlatos neurobiológicos estarían basados, quizás, en la combinación de una disminución en la función serotoninérgica con un incremento de la respuesta adrenérgica. Estas alteraciones, provocarían una activación sin inhibición en la conducta, aumentando el riesgo de comportamientos impulsivos. Ello explicaría, por ejemplo, las conductas autodestructivas de estos pacientes.

A su vez, algunos estudios sugieren que una respuesta aumentada en los sistemas colinérgicos puede jugar un rol importante, dando lugar a la inestabilidad afectiva presente en este trastorno (Luna, 2007).

En relación a lo expuesto, Nieto (2006), si bien no desestima estos planteos, considera que al tratarse de determinantes biológicos referidos a síntomas específicos, existe una significativa probabilidad que se encuentren presentes no sólo en el TLP, sino en la mayoría de síndromes clínicos que manifiesten los mismos tipo de síntoma.

Los planteos desarrollados, dan cuenta de la etiología multifactorial del TLP, producto de un conjunto complejo de factores de riesgo. De ahí, que existan diversos subgrupos de pacientes, resultado de las múltiples combinaciones y/o interacciones entre los mismos.

## **DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL TLP**

El TLP es quizás, el trastorno más complejo y controvertido, dado a la heterogeneidad y amplitud de sus características clínicas (Caballo y Camacho, 2000). No obstante, a la hora de ofrecer criterios diagnósticos relativamente consensuados, en la sección II del DSM-V (2014), la última versión de este manual, se considera que: “la característica esencial del trastorno de la personalidad límite es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos” (p.663). A su vez, se enumeran ocho criterios diagnósticos que destacan los aspectos fenomenológicos de dicho trastorno.

Del mismo modo, la CIE-10 (OMS, 1992) considera un trastorno similar, definiéndolo como un Trastorno de Inestabilidad Emocional de la personalidad. En este caso, coincide en describirlo como un trastorno de la personalidad, caracterizado por su inestabilidad en distintos ámbitos. No obstante, si bien algunos criterios diagnósticos difieren, en esencia, definen el mismo trastorno (Nieto, 2006).

Cabe recordar que Kernberg (1993), desde un enfoque psicodinámico, considera al TLP como un nivel de funcionamiento con características propias y estables, independiente de otras organizaciones de personalidad (neurosis y psicosis). Para el autor, este nivel de organización, no refiere a un tipo específico de esta personalidad (como en el DSM), es un diagnóstico global que da cabida a diversos tipos de patología caracterológica, con un funcionamiento fronterizo subyacente. De ahí, que señale con énfasis la importancia de diagnosticar con precisión las constelaciones caracterológicas predominantes, dado que éstas, son factores que afectan el pronóstico, como al tratamiento.

Para Kernberg (1987), los elementos descriptivos (síntomas y rasgos patológicos del paciente), son sólo signos diagnósticos presuntivos de dicha personalidad. De este modo, si bien reconoce su importancia, señala que un diagnóstico definitivo, implica realizar un análisis estructural riguroso, basado en las características estructurales claves.

Según el autor, una de estas características, comprende las manifestaciones “inespecíficas” de labilidad yoica. Entre ellas, refiere a la falta de tolerancia a la ansiedad, reflejada en la incapacidad del Yo para postergar la descarga de los impulsos. Especialmente, a la manera de reaccionar, ante una carga adicional de ansiedad a la experimentada habitualmente. Agrega que esta fragilidad en la estructura yoica, incluye, a su vez, la falta de control de impulsos relacionada con el carácter impulsivo, así como la ausencia de canales de sublimación.

Asimismo, refiere a las operaciones defensivas primitivas que presentan estos pacientes, como otra característica estructural clave en la organización limítrofe de la personalidad. Para el autor, la escisión consistiría en la operación defensiva esencial de esta estructura, la cual comprende el proceso de separar introyecciones e identificaciones contradictorias. Básicamente, en “totalmente buenas” y “totalmente malas”, fluctuando de forma radical y repentina en polarizaciones

De igual modo, el citado autor, hace mención a otros mecanismos asociados a esta operación defensiva. Estos incluyen: la idealización primitiva, la negación, la omnipotencia y devaluación e identificación proyectiva. La idealización, comprendería la tendencia a sobrevalorar la cualidad de bondad de los objetos externos. Suele evidenciarse, por

ejemplo, cuando los pacientes crean imágenes omnipotentes e ideales acerca de su terapeuta, u otras personas, con el fin de sentirse protegidos

Agrega que, la negación, consiste en la incapacidad de vincular dos áreas de conciencia emocionalmente contradictorias. Si bien el sujeto es capaz de darse cuenta que sus percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí mismo, u otras personas, son totalmente opuestas a las que pudo haber tenido en otra oportunidad, su recuerdo carece de trascendencia emocional. De ahí, que no pueda influir en la actual forma que sentir. La omnipotencia, se refleja en la representación de un sí mismo majestuoso. Contrariamente, la devaluación, alude a un objeto externo que es emocionalmente degradado, puesto que deja de proporcionar la protección y el cuidado esperado. Ambas, pueden quedar reveladas, en las descripciones que hacen los pacientes acerca de los intercambios con otros significantes.

En cuanto a la identificación proyectiva, la misma se caracteriza por el temor hacia la otra persona, o la necesidad de controlarla, bajo la influencia del impulso proyectado. A modo ilustrativo, un paciente puede acusar a su terapeuta de sádico, cuando en realidad, es él quien lo trata en forma peyorativa y suspicaz (Kernberg, 1987).

En relación a este último punto, Fernández (2008) plantea que para estos sujetos, la mejor defensa puede ser un buen ataque. De modo que, proyectar las características y sentimientos negativos en un objeto externo, es una manera de mantener la atención dirigida fuera de sí mismo.

Situados desde una perspectiva cognitiva, Beck y Linehan (citados en Fernández, 2008), aluden a la escisión como pensamiento dicotómico o pensamiento del “todo o nada”, considerándola una de las distorsiones cognitivas más habituales del TLP. Agregan que la misma, puede ser reconocida cuando en la entrevista diagnóstica, el paciente oscila entre aspectos contradictorios, por ejemplo acerca de su autoimagen.

Según Pérez (2011), este mecanismo de defensa primitivo, originado en la infancia, protegería una parte buena del mundo interno del sujeto de otra agresiva del mismo. Sin embargo, ello tendría su costo, puesto que daría lugar a una mala integración de las representaciones psíquicas. Por ende, incidiría en la percepción del mundo exterior, el cual es vivenciado en términos absolutos: bueno o malo.

A su vez, la autora mencionada, refiere a los elementos que comprende la prueba de realidad. Una de las áreas a evaluar en la entrevista diagnóstica, a la cual Kernberg le atribuye una significativa importancia, dado que permite distinguir la estructura límite de la psicótica. Entre ellos, destaca la capacidad de diferenciar el self del no self, lo intrapsíquico

de los orígenes externos de la percepción y estímulos, así como la capacidad de evaluar el contenido de nuestro afecto, conducta, pensamientos y empatía.

A nivel clínico, se distingue por la ausencia de alucinaciones y delirios, viéndose también reflejada en la capacidad de empatizar del paciente con las percepciones del entrevistador. Cabe destacar que, si bien estos pacientes tienden a regresar hacia el pensamiento de tipo psicótico (en ausencia de una estructura o bajo la presión de afectos intensos) ello ocurre en el contexto de una prueba de realidad, por lo general, conservada. Dado a que estos cambios, suelen ser episódicos (Cosentino et al.2017).

Por otra parte, Esbec y Echeburúa (2015), plantean que a nivel personal, la identidad, supone la percepción de uno mismo como ser único e irrepetible, un autoconcepto estable que comprende el mantenimiento de roles apropiados. En otras palabras, permite tener un sentido de quiénes somos, qué queremos y hacia dónde vamos. Sin embargo, en la estructura límite esto no sucede, ya que hay una carencia de una identidad integrada.

Hipotéticamente, esta deficiencia en la integración del yo, se debe a una fuerte agresión temprana presente en estos pacientes, dando lugar a la difusión de la identidad. Clínicamente, se caracteriza por la pobre integración de las representaciones del self y de los otros significantes, reflejándose en autopercepciones y conductas contradictorias (Azpiroz y Prieto, 2016).

Asimismo, es importante hacer mención a la patología de las relaciones objetales internalizadas. Característica estructural central de este trastorno, a la cual también Kernberg, hace referencia. Este aspecto, relacionado con la incapacidad de integrar introyecciones e identificaciones buenas y malas, puede reflejarse en las percepciones que tienen estos sujetos acerca de los otros, las cuales suelen oscilar entre la idealización y la desvaloración. Esto, puede resultar muy perturbador para las personas que se relacionen con ellos. Como resultado de la escisión, los sujetos con TLP, han inhibido la capacidad de apreciar realmente las experiencias internas de los demás. De ahí, que no puedan establecer una relación de verdadera empatía (Fossa, 2010).

Con la finalidad de continuar caracterizando clínicamente al TLP, resulta apropiado aproximarnos, a su vez, desde un enfoque descriptivo. En efecto, desde esta perspectiva, el primer criterio diagnóstico del DSM V (2014), refiere a los esfuerzos frenéticos que realizan esos pacientes por evitar un abandono, ya sea real o imaginario.

Según Mosquera (2011), es frecuente que los pacientes con TLP, manifiesten que lo pasan muy mal cuando están solos, incluso por períodos muy breves de tiempo. De ahí, que el temor e inestabilidad desde el punto de vista emocional, los haga dependientes y

vulnerables al abandono, propiciando la activación de señales de alerta, ante estímulos relacionales o ante situaciones percibidas como amenazantes.

En este sentido, para esta autora, este criterio se encontraría vinculado a los problemas de apego, especialmente los apegos inseguros. Por consiguiente, relacionado, además, con el patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que caracterizan a estos sujetos.

Asimismo, refiere a la sensación de un vacío desolador, como parte de las características que describen a las personas con TLP. Según la citada autora, algunos pacientes describen esta impresión como un sentimiento profundo; que los invade en su totalidad. Otros, manifiestan no encontrar nada que los logre colmar, refiriendo a una angustia y un dolor indescriptible.

Para Gunderson (2002), esta intolerancia a la soledad, es vivenciada por estos sujetos como una aterradora pérdida del sí mismo, conduciéndolos a defenderse mediante la acción o bien distorsionando la realidad. Por ejemplo, mediante el uso de objetos transicionales, el consumo de alcohol y/o sustancias, o buscando a otra persona; que pueda brindarle la seguridad y tranquilidad de que asumirá su cuidado.

Es también en este entorno de sentimientos de abandono, donde ocurren en general las autolesiones, la ideación suicida y los intentos de suicidio, dado a que están vinculados a momentos de profundo sufrimiento y disforia (Pérez, 2011).

Sin embargo, Millon (2006) afirma que no todos los límites desean fusionarse con una figura que los proteja. Si bien esa unión les confiere un sentimiento de protección, paradójicamente, al mismo tiempo, puede provocarles temor a ser absorbidos o verse expuestos. De ahí, que en estos sujetos se susciten deseos de separación, llegando a sabotear la estabilidad de la relación.

Por otra parte, el citado autor, hace referencia al comportamiento impulsivo que caracteriza a los pacientes con TLP. Afirma que el mismo, sería producto de la imagen que estos sujetos tienen de sí mismo, conformando, a su vez, un medio de conmocionar o manipular a los demás.

Es importante considerar en este punto, la postura de Fonagy (2000), quien sostiene que la impulsividad característica de estos pacientes, puede deberse a la falta de conciencia de sus estados emocionales, en conjunción con la ausencia de una representación simbólica de los mismos. De igual modo, le atribuye importancia al predominio de estrategias primitivas de no mentalización centrados en la acción, especialmente en la relaciones amenazantes.

Desde esta perspectiva, como ejemplifica este autor, la mentalización actuaría a modo de amortiguador, permitiendo al sujeto entenderse a sí mismo, como a los otros. Por ende, habilitaría a generar conductas alternativas a las impulsivas.

Caballo y Camacho (2000), entienden que las conductas impulsivas como la tendencia a derrochar dinero, el abuso de sustancias, o atracones de comida, entre otras, tendría la finalidad de regular las emociones en las personas diagnosticadas con este trastorno.

De modo similar, Linehan (2003) afirma que la conducta impulsiva en estos pacientes, si bien puede ser comprendida como desadaptativa, puede resultar eficiente como estrategia de regulación de las emociones. Sin embargo, como señala la autora, estas dificultades a la hora de controlar las conductas impulsivas, así como las emociones que estos estados generan, suelen causar devastación en su vida social, especialmente en la estabilidad de las relaciones.

# LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

## DIFICULTADES Y DESAFÍOS

La terapia de pacientes con TLP constituye uno de los desafíos más importantes entre los profesionales de Salud Mental. La compleja problemática que presentan estos sujetos, el elevado nivel de deserción en los tratamientos que se les proponen, las recaídas y el elevado consumo de servicios que generan, lo ha llevado a convertirse en un problema de salud pública significativo (Lossa, 2015).

Según Benjamin (citado en Millon, 2006), el paciente límite se orienta habitualmente a sabotear la terapia, independientemente del resultado de la misma. Si bien la terapia suele tener un comienzo satisfactorio, en el transcurso, cuando el paciente comienza a percibir que el terapeuta no comprende una fuente inagotable de cuidados y protección, comienza a recurrir a comportamientos extremos.

De hecho, como sostiene Mantilla (2009), los recurrentes actos de automutilación, amenazas e intentos suicidas, constituyen una de las problemáticas que perturban el vínculo con estos pacientes, convirtiendo la relación terapéutica en una situación apremiante.

Del mismo modo, Millon (2006) plantea que los límites son pacientes especialmente difíciles. El solo hecho de establecer una alianza terapéutica, resulta extremadamente complejo, dado que las patologías interpersonales se vuelven a recuperar en la propia relación terapéutica. Para este TP esto supone, por un lado, unas elevadas expectativas de cuidados por parte del terapeuta y, por otro, el surgimiento de percepciones distorsionadas de la relación terapéutica, con períodos de ira intensa y manipulación.

Una buena alianza terapéutica, constituye uno de los elementos que mejor vaticinan el resultado, así como el proceso del tratamiento de varios trastornos mentales. Por ende, se encuentra estrechamente relacionada con la adherencia al tratamiento. No obstante, la sensibilidad interpersonal global y los problemas interpersonales presentes en los individuos con TLP, parecen estar vinculadas con las alteraciones en el proceso de vinculación y con el patrón de disregulación emocional prevalente durante el tratamiento. Es decir que, desde esta perspectiva, ello afectaría la construcción de una alianza buena y estable con estos pacientes (Piero, Cairo y Ferrero, 2012).

Asimismo, Kernberg (1993), desde un enfoque psicodinámico, refiere a las dificultades terapéuticas en relación al análisis de estos pacientes. En primer lugar, señala la necesidad de recordar que los tempranos conflictos primitivos, reflejo de la labilidad yoica que los caracteriza, no se encuentran reprimidos. Sin embargo, el reconocimiento consciente de este material primitivo no habilita la comprensión, sino la preeminencia de mecanismos disociativos. Debido a que las comunicaciones verbales, y no verbales, suelen ser contradictorias y confusas, la tarea de escuchar con la “atención suspendida”, constituye una dificultad significativa en el encuadre terapéutico, dado lo difícil que resulta integrar dichos materiales.

De igual modo, según el autor, la retención consciente de información, el hábito de mentir, así como a la desvalorización que suelen realizar estos pacientes de la ayuda terapéutica, conforman problemas concurrentes del tratamiento, especialmente, en el inicio. Manifiesta que la desvalorización, suele ser visible, por ejemplo, cuando los pacientes se muestran pasivos al inicio de las sesiones, a través de silencios prolongados, o realizando esfuerzos para que el terapeuta hable y asuma la responsabilidad del buen uso de la sesión.

Agrega que la acotada tolerancia a la ansiedad que presentan estos pacientes, dificultaría, a su vez, el mayor reconocimiento de los conflictos en el transcurso del tratamiento, suscitando tendencias desmedidas a la exoactuación.

Por otra parte, el autor afirma que la incapacidad de estos pacientes de ver al analista como objeto integrado, así como el patológico incremento de la proyección alternada de imágenes de sí mismo y de los objetos, debilitan los límites yoicos, dando lugar a la psicosis transferencial. Sumado a ello, la relación terapéutica, suele reemplazar habitualmente la vida cotidiana del paciente. De ahí, que las posibilidades de gratificación y protección que ofrecen, puedan intensificar las exoactuaciones y la tendencia a satisfacer primitivas necesidades patológicas en la transferencia.

De acuerdo con kernberg (2003), en las entrevistas iniciales, la mayoría de estos pacientes suelen mostrar un control sobre sus afectos. Sin embargo, en el transcurso del tratamiento, las tormentas afectivas constituyen una dificultad frecuente en el abordaje terapéutico. De ahí que el autor, estimando la naturaleza caótica de estos sujetos, considere la importancia de establecer ciertas condiciones del tratamiento que habiliten gestionar estos episodios y, por consiguiente, puedan proporcionar estabilidad.

Agrega que estas condiciones, fijadas en un contrato terapéutico, tendrían además la finalidad de establecer acuerdos, así como fijar claramente los límites del marco terapéutico. Entre ellas se incluyen, por ejemplo, la prohibición de acciones que puedan

amenazar su integridad psíquica o física, o la de otros, el tiempo y lugar estable para la relación terapéutica o la disponibilidad limitada del terapeuta.

Asimismo, el referido autor afirma que, una vez establecidos los límites, es necesario interpretar, tempranamente, los estados contradictorios del self movilizados en las sesiones. De aquí, que considere poner de manifiesto la activación alternada de representaciones del self y del objeto dentro de una determinada relación objetal dominante, así como su correspondiente operación defensiva. Particularmente, la identificación proyectiva. No obstante, entiende que las interpretaciones deben ser formuladas de tal modo, que permita examinar, paralelamente, las distorsiones (conscientes e inconscientes) que hace el paciente de dicha intervención y, en especial, clarificar sus percepciones durante la sesión.

En la misma línea de pensamiento, Pérez (2011) sostiene que tanto la clarificación, como la confrontación, pueden habilitar la interpretación, incluso pueden facilitar que el paciente realice su propia labor interpretativa. Especialmente, la confrontación, procura poner en evidencia los aspectos escindidos a través de las incoherencias o contradicciones que se despliegan en la terapia. Es decir que, desde esta perspectiva, más que una confrontación hostil, se trataría de mostrar un interés genuino por conocer lo que el paciente piensa acerca de estas manifestaciones discrepantes.

Sin embargo, si bien el terapeuta realiza las interpretaciones considerando su utilidad, las mismas suelen ser percibidas como un ataque, dado que se intenta establecer una alianza de un Yo observante que, en realidad, no existe. De esta manera, el conflicto central en sus experiencias emotivas (intolerancia tanto a la distancia como a la cercanía), caracterizado por un constante entrar y salir de las relaciones, se vuelve a actualizar en la relación terapéutica. Ello, podría generar una intensa transferencia (Williams, 1994, citada en Cosentino et al., 2017).

De modo similar, Gunderson (2000) en relación a la labor interpretativa, expresa que la misma debe desarrollarse siempre y cuando se haya podido establecer, previamente, una mínima alianza de trabajo con el paciente. No obstante, advierte que cuando estas interpretaciones son recibidas con hostilidad, los sentimientos del paciente deben ser respetados. Es así que, teniendo en cuenta estos habituales patrones de respuesta, plantea presentar estas observaciones a los pacientes de un modo psicoeducativo, puesto que de este modo, la interpretación queda neutralizada.

Asimismo, en relación a la idea de establecer un contrato terapéutico, si bien considera que puede en cierta medida ser útil, el autor estima que presenta algunos inconvenientes, dado que algunas condiciones, pueden resultar inviables para estos pacientes. Puntualiza la

importancia de recordar que estos sujetos, no son lo suficientemente confiables, ni predecibles, como para cumplir con estos acuerdos.

A pesar que concuerda con Kernberg, en que anticipar los problemas puede prevenir algunos inconvenientes, por ejemplo los abandonos, difiere en el modo de abordar la situación. Agrega que prefiere restringir el contrato, a un acuerdo sobre aspectos prácticos, con explicaciones simples acerca de cuál será su rol. En este sentido, el autor sugiere que resulta oportuno, que los pacientes puedan saber que el terapeuta tiene la intención de ayudarlos, que espera un cambio, y, por consiguiente, pueden contar con él. Esta posición, favorecería un inicio con una actitud más flexible al proceso terapéutico, haciendo que el paciente se sienta comprendido y sostenido.

A su vez, Adler (1985, citado en Millon, 2006) sostiene que estos pacientes, debido a la ausencia de un introyecto sostenedor y a las distorsiones a las que se encuentran sujetos, poseen una gran dificultad para apreciar al terapeuta como una persona real, comprometido en función de su bienestar y a favor de los mismos propósitos. En tal sentido, entiende que es a medida que van internalizando la relación, que estos pacientes se vuelven capaces de aliarse con el terapeuta, confiar en sus intenciones, experimentando la psicoterapia como un trabajo en colaboración.

De modo similar, Brox (2014) plantea que estos pacientes suelen percibir al terapeuta, regularmente, como un peligroso agresor. Es dentro de este contexto de vulnerabilidad, que pueden surgir en estos sujetos angustias persecutorias, claustrofóbicas, entre otras. De ahí, que señale con énfasis la importancia de intentar no herir su self, puesto que ello puede dar lugar a bloqueos, a acting-out, o al abandono del tratamiento.

Agrega que en los casos especialmente más complejos, el primer objetivo se debe focalizar en forjar la relación, acompañar y contener la angustia. Se trata de un encuadre terapéutico al cual le atañe tolerar afectos, actos, reducir tensiones extremas (funciones básicas de los objetos primarios), mediante el marco emocional y el funcionamiento mental que proporciona el analista. En otras palabras, una estructura flexible que habilite la posibilidad de canalizar, ordenar y elaborar las habituales variaciones que en estos pacientes se suscitan.

De igual modo, Llanes (2015) frente a las problemáticas en la estructuración psíquica de estos pacientes, plantea una intervención clínica en las que se pueda enfatizar el mantenimiento de un encuadre riguroso, pero no rígido, que propicie un ambiente facilitador. Ello, supone que el terapeuta debe actuar “como un “analista bueno”, es decir, debe colocarse respecto al paciente ni tan cerca que no le deje ser o andar por sí solo y ni tan

lejos para no sostenerlo cuando llegue a caerse” (p.9). Desde esta perspectiva, el espacio terapéutico, debe habilitar un ambiente donde el sujeto pueda construir o reconstruir conexiones, que le permitan ir simbolizando lo in-simbolizable para él, en esos vacíos en su historia subjetiva que repercuten en su aquí y ahora.

Es importante, a efectos de continuar en el análisis de las dificultades y desafíos que implica el tratamiento de estos paciente, conocer el planteo de Fonagy (2000), quien desde una perspectiva psicodinámica, considera que señalar la transferencia de patrones de relaciones precoces en las relaciones actuales, si bien se encuentra siempre presente, difícilmente resulta provechoso. Sin mentalización, la transferencia no debe ser considerada un desplazamiento, dado que es experimentada como real. A partir de esta reflexión, entiende que resulta más productivo, el reconocimiento de los afectos presentes del paciente. Transmitiendo con palabras, el tono y la postura, que el terapeuta es capaz de afrontar sus estados emocionales.

Asimismo, agrega que el reto más considerable que surge en el tratamiento de pacientes con TLP, está relacionado con la externalización de los estados del self intolerables. Frente a esto, el autor plantea abordar, más que la interpretación de las actuaciones, sus antecedentes y consecuencias. Es decir, poder comprender el estado emocional que precipitó la actuación, buscando establecer una conexión entre los sentimientos y las acciones. Ello, comprendería un modo de fomentar, gradualmente; la mentalización.

Desde este enfoque, Fonagy (2000) entiende que el terapeuta debe aceptar convertirse en vehículo de su “alien self” (parte “ajena” dentro de su self), de modo que el paciente permanezca en una proximidad mental. Esto significa, que se debe intentar conseguir un estado de equilibrio. Si bien se debe hacer lo que requiere el paciente, aún así, no hay que dejar de retener en la mente una imagen del estado de su mente, tan nítida y coherente como sea posible. Subraya la importancia de evitar esta transformación, fundamentado en la convicción de que ello puede provocar la exacerbación por parte del paciente, quien tendría la necesidad de profundizar en su provocación.

De igual modo, Gabbard (2002) alude al reto en la psicoterapia de tolerar y contener el enfado, la agresión y el odio intenso de estos pacientes. Por consiguiente, considera apropiado recordar que “estos pacientes han internalizado un introyecto odiado y posiblemente abusivo que están intentando desesperadamente externalizar a través de la identificación proyectiva en las dimensiones transferencia- contratransferencia de la díada” (p.480). En este sentido, expone que el tratamiento, debe plantearse entre sus objetivos permitir la transformación del terapeuta por parte del paciente en objeto malo. De este

modo, podrá funcionar como receptor de las proyecciones, comprenderlas y sostenerlas, hasta que el paciente se encuentre apto nuevamente para poseerlas.

Por otra parte, como afirma el citado autor, la experiencia de ser incompleto o fragmentado conforma un fenómeno central del TLP. De ahí, que otro desafío presente en la tarea del terapeuta, reside en ayudar al paciente a reapropiarse de los aspectos del self que son renegados y/o proyectados, en el terapeuta u otros individuos. Esto significa, establecer una conexión entre los aspectos fragmentados del self del paciente e interpretar las ansiedades subyacentes, así como integrar las representaciones de sí mismo dispares en una totalidad coherente. Por ejemplo, ayudando a comprender que el odio es una emoción presente, que debe ser integrada con la finalidad de que pueda ser canalizada en direcciones más constructivas.

Según Leiderman et al. (2004), estos pacientes en la relación transferencial, dado a los mecanismos de defensa primitivos desplegados, suelen experimentar cierta difusión de los límites entre él y el terapeuta. Es en este contexto, que realizan demandas inadecuadas, fundadas en elementos que se encuentran distorsionados. Ello, dejaría de manifiesto su déficit en el nivel del sentido de realidad, transgrediendo los límites de la relación terapéutica e incitando al terapeuta a emitir respuestas contraproducentes, semejantes a su propia desregulación emocional.

En función de lo antedicho, queda en evidencia que las intensas emociones que estos pacientes llegan a generar en las personas con las cuales se relaciona, los terapeutas no conforman la excepción. De esta manera, la contratransferencia con estos pacientes es también intensa y perturbadora, llegando a oscilar desde una profunda compasión hasta una actitud punitiva. De aquí la importancia de contemplar este aspecto en el transcurso de la terapia, dado que puede generar una intensa frustración en el terapeuta (Williams, 1994, citada en Cosentino et al., 2017).

Tal como señalan Vargas y Castillo (2019), las situaciones contratransferenciales, no son imparciales. En función de esta reflexión, entienden que eludirlas, o bloquearlas, puede obstruir la comprensión del intercambio comunicativo entre ambas partes.

En tal sentido, las autoras plantean identificar y considerar la contratransferencia, más que un obstáculo, como una herramienta terapéutica comprensiva más en función del proceso del paciente. Dicho de otro modo, se trataría de focalizar sobre la herramienta principal de trabajo terapéutico, es decir, el profesional mismo.

Por otra parte, de acuerdo con Tapasco (2018), otro aspecto que dificulta el tratamiento terapéutico con estos pacientes, es el alto nivel de comorbilidad que presenta con otros

trastornos mentales. Es por ello, que subraya la necesidad de realizar un diagnóstico preciso en relación a la psicopatología. No obstante, en los casos donde se presentan otras patologías asociadas, que pueden influir en el curso, y por ende, obstaculizar el tratamiento, considera pertinente llevar a cabo la intervención de equipos multidisciplinarios. Este abordaje, favorecería el resultado terapéutico.

En concordancia con este planteo, Mosquera (2011) alude a la importancia de realizar un diagnóstico riguroso, sin desestimar la importancia de los trastornos concomitantes. Puesto que con frecuencia, otros cuadros clínicos pueden tener formas de presentación similar (entre ellos el Trastorno Bipolar), entiende que es esencial, más allá de contemplar los síntomas externos, poder comprender, claramente, cuál es el proceso subyacente.

Finalmente, más allá de las dificultades y los desbordes originados a partir de la situación clínica de los pacientes, y en algunas oportunidades de las instituciones donde se lleva a cabo, tanto la elección de la modalidad de psicoterapia, o las estrategias terapéuticas a desarrollar, constituyen factores que pueden obstaculizar el tratamiento. Un tratamiento en vías a generar estabilidad, precisamente allí, donde la inestabilidad es la regla (García, 2007).

## **PSICOTERAPIAS APLICADAS AL TLP**

Habiendo deslindado las múltiples dificultades y desafíos que comprende el tratamiento psicoterapéutico en pacientes con TLP, ha quedado de manifiesto que la elección de la modalidad terapéutica, no conforma un problema menor. En tal sentido, resulta pertinente desarrollar, brevemente, las distintas terapias que se pueden aplicar con la finalidad de tratar dicho trastorno.

En cuanto a las terapias psicoanalíticas, uno de los enfoques que puede resultar valioso en estos pacientes, es la Psicoterapia de Apoyo. Se trata de una terapia con una frecuencia semanal, planteada a largo plazo. En algunos casos, indefinido. El encuadre, incluye la situación cara a cara entre paciente y terapeuta. Focalizado en la facilitación de las relaciones interpersonales del paciente, se plantea como objetivo mejorar el funcionamiento adaptativo del mismo (Nieto, 2006).

Según Azpiroz y Prieto (2016), esta terapia resulta recomendable en períodos de descompensación en pacientes con TLP. De ahí que el tratamiento, tomando en consideración la necesidad de estimular su autonomía, se trate de intervenciones de apoyo orientadas a adquirir autoconfianza.

A su vez, la Terapia Focalizada en la Transferencia (PFT) desarrollada por Kernberg, constituye otra modalidad terapéutica. La misma, poniendo el acento en el mantenimiento de la neutralidad técnica del terapeuta, se plantea objetivos a largo plazo. Los mismos, orientados a disminuir los síntomas, procuran facilitar un cambio a nivel del sentido de sí mismo y de los demás, así como integrar representaciones escindidas del self y del objeto que se dan en la relación transferencial. La finalidad, es obtener un cambio a nivel de la personalidad (Pérez, 2011).

De acuerdo con Bernardi (2011), Kernberg considera que el self se encuentra amenazado por la agresión interna, y que la identificación proyectiva, constituye una forma de protegerse frente a la misma. Sin embargo, paradójicamente, este mecanismo contribuye a la fragmentación del self y a la difusión de la identidad. En este sentido, propone identificar, entre las múltiples proyecciones que se suscitan en la sesión terapéutica, los problemas subyacentes a la distorsión de los vínculos, así como los mecanismos defensivos que conllevan a la difusión de la identidad.

Asimismo, continuando en la consideración de modelos de tratamiento de origen psicodinámico, cabe mencionar la psicoterapia basada en la mentalización (PBM) propuesta por Bateman y Fonagy. Basada en la comprobación de que estos sujetos presentan un déficit significativo en esta área, lo cual explica gran parte de su psicopatología, este modelo se propone como meta favorecer la capacidad de mentalización, en orden a fomentar el desarrollo de representaciones internas estables (Villalba, 2011).

De acuerdo con Fonagy (2000), la mentalización sólo puede adquirirse en el contexto de una relación de apego seguro. Es así, que considera que estos pacientes necesitan que el terapeuta sea predecible, ya que los modelos que se tengan de ellos, pueden llegar a constituir el núcleo de sus auto - representaciones. En este sentido, expresa que el terapeuta debe ayudar al paciente a incrementar su capacidad de mentalización, a clarificar y poner nombre a sus estados emocionales.

Por otra parte, tal como afirma Torres (2007), entre los tratamientos psicoterapéuticos de orientación cognitivo conductual, la terapia cognitiva de Beck y Freeman (1995), conforma uno de los modelos de intervención de elección para tratar este trastorno. Como señala la autora, el mismo parte de la hipótesis de que las “distorsiones cognitivas”, presentes en estos pacientes, son determinantes, incidiendo sustancialmente sobre el resto de los síntomas

Desde este enfoque, según Caballo (2001) los sujetos con TLP albergan tres supuestos básicos que desempeñan un rol esencial en este trastorno, y deben ser abordados en el transcurso del proceso terapéutico. Ellos son: el mundo es peligroso y malévolo, soy

incompetente y vulnerable, me siento rechazado. Del mismo modo, el pensamiento dicotómico desempeñaría un rol esencial, al perpetuar las crisis, así como los conflictos presentes en estos pacientes.

De aquí que la terapia, como expresa el autor, utilice técnicas de reestructuración cognitiva, a fin de modificar estos esquemas mentales disfuncionales. En este sentido, este plan de tratamiento, se plantea entre sus objetivos: disminuir los pensamientos dicotómicos, ayudar a expresar los sentimientos negativos de forma mesurada, dominar los impulsos de carácter autodestructivos y fortalecer un claro sentido de identidad.

Siguiendo en esta línea, cabe mencionar la Terapia centrada en esquemas, creada y desarrollada por Young. Desde esta teoría, tal como expresa Keegan (2004), se busca actuar sobre los esquemas disfuncionales tempranos presentes en estos pacientes. Entre ellos: temor al abandono y a la pérdida, dependencia, sometimiento, falta de identificación, desconfianza, imposibilidad de ser amado e incompetencia.

Asimismo, como explica el autor, desde este enfoque se le confiere especial importancia a los sucesos de la primera infancia, como determinantes de la conducta adulta. De ahí, que el terapeuta deba afrontar el desafío de identificar las experiencias infantiles circundantes a la génesis de los esquemas disfuncionales en el paciente. Dado que sólo así, podrá realizar una apropiada conceptualización del caso.

Es importante aclarar que desde este modelo, tal como señala el autor, el objetivo central de la terapia, no está dirigido a reestructurar estos esquemas desadaptativos, sino a modificarlos. Puesto que la finalidad, es que el paciente pueda manejar las intensas emociones generadas a partir de la activación de estos esquemas, el propósito es que se vuelvan menos extremos e inflexibles.

Finalizando con las modalidades de orientación cognitivo conductual, es importante mencionar la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), dado que conforma un tratamiento específicamente diseñado para abordar el TLP. Integrando al modelo técnicas provenientes del Zen y mindfulness, Linehan (2003) se focaliza en las siguientes áreas: la aceptación y validación de la conducta (en el aquí y ahora); el tratamiento de las conductas que pueden obstruir el desarrollo de la terapia; la relación terapéutica como parte sustancial del tratamiento; y los procesos dialécticos.

El tratamiento, como expone la autora, incluye sesiones individuales y grupales. No obstante, en función de la desregulación conductual, emocional y cognitiva que caracteriza a estos pacientes, propone cuatro módulos centrados en el entrenamiento de habilidades específicas. De regulación emocional, habilidades interpersonales efectivas, de tolerancia al

malestar y de conciencia. Se trataría de habilidades que le permitan al paciente encontrar un equilibrio, entre el cambio y la aceptación.

Por otro lado, según Gabbard (2002), la psicoterapia individual pueda llegar a debilitarse a causa de los esfuerzos contraterapéuticos realizados por los miembros de la familia, al sentirse intimidados, por los cambios en el paciente. De ahí, que afirme que las intervenciones familiares, pueden llegar a conformar un adyuvante esencial al proceso terapéutico individual.

En este sentido, el autor plantea que la primera instancia en la intervención familiar, debe consistir en registrar el rol que las interacciones del sistema familiar desempeñan en la patogenia, así como en el mantenimiento de la sintomatología de estos pacientes.

Para Gunderson (2002), estas intervenciones están indicadas, particularmente, cuando el paciente tiene una intensa implicación con su familia. Con frecuencia, suelen iniciarse una vez realizado el diagnóstico o durante las crisis, requiriendo un trabajo psicoeducacional y establecimiento de directrices con la familia. Ello, tendría la finalidad de ayudarlos a apreciar las complejidades de este trastorno.

Igualmente, como plantea Díaz (2001), es conveniente señalar que en muchas ocasiones, dada la gravedad de los síntomas, resulta apropiado pensar en un tratamiento psicofarmacológico, e incluso en hospitalizaciones.

Es importante, plantearse en este punto, cuál sería la modalidad de tratamiento terapéutico más eficaz para tratar el TLP. Considerando los distintos tipos de presentación de estos pacientes, resulta evidente adecuar las características de los tratamientos terapéuticos, a las indicaciones generales de las mismas. Sin embargo, una gran proporción de pacientes con TLP, pueden presentar mejoría con cualquier tipo de terapia, siempre y cuando sea llevada a cabo por un terapeuta experimentado (Díaz, 2001).

De modo similar, Cuevas y López (2012) sostienen que la modalidad terapéutica, no conforma el factor más relevante en el tratamiento. En efecto, la eficacia en la intervención del TLP radicaría, de acuerdo con los autores, en el establecimiento de una alianza terapéutica buena y estable con el paciente.

Asimismo, independientemente del modelo de elección, agregan que el abordaje terapéutico del TLP, dada las múltiples combinaciones de síntomas y problemáticas, propias de estos pacientes, requiere el diseño de una intervención individualizada. Se trata de apostar, como afirman los autores “desde una visión dimensional y funcional del síntoma, y en un contexto más centrado en la persona” (p.110).

## CONSIDERACIONES FINALES

Tras la revisión bibliográfica, realizada durante el desarrollo de la presente monografía, se logró aproximar al TLP a través de la integración de la perspectiva de diversos autores abocados a la temática, quedando evidenciado desde los inicios de su investigación, la complejidad que supone el abordaje de dicho trastorno.

En relación al concepto de personalidad, la estabilidad es señalada como la característica más destacable. No obstante, si bien los factores genéticos ejercen una influencia significativa en la estabilidad, el entorno social de las personas parece también desempeñar un rol preponderante, quedando de manifiesto así su relatividad. Por consiguiente, como plantea Linares (2007), la personalidad está constituida por componentes que son susceptibles a ser influidos y modificados, por lo que cabría considerar, que algunas variables de personalidad de los pacientes, podrían cambiar como resultado del tratamiento psicoterapéutico.

Sin duda, la capacidad de adaptación a las diversas alternativas que ofrece el entorno, tiene mucho que ver con las posibilidades de cambio. De hecho, como plantea Millon (2006), la flexibilidad adaptativa podrá resultar determinante para desarrollar una actividad psicológica sana o patológica. En este sentido, se ha constatado que precisamente en los TP, la rigidez de los rasgos constituye la característica esencial de los mismos, exhibiendo muestras de inadaptación que repercuten, consecuentemente, en todas las facetas de la vida de la persona.

Ha resultado evidente que el TLP, si bien constituye el TP más estudiado en los últimos tiempos, es uno de los retos más arduos y frecuentes con los que puede llegar a enfrentarse un profesional en la clínica. Se trata de un trastorno, que comprende distintas áreas del funcionamiento de la persona. Con diferentes matices, en relación a la presentación clínica así como de su comportamiento, que puede variar entre individuos, como también en los distintos momentos evolutivos de un mismo paciente. Un trastorno heterogéneo, que deja abierta la controversia en relación a su delimitación, ya que como ha sido mencionado, con frecuencia suele solaparse con otros trastornos.

Se comprende así, la importancia de las competencias que debe reunir un terapeuta para efectuar un diagnóstico adecuado, ya que como sostienen Gunderson y Gabbard (2000), del mismo va a depender la especificidad del tratamiento.

No obstante, más allá de la precisión del diagnóstico e independientemente del modelo terapéutico a desarrollar, el terapeuta se verá enfrentado a diversas dificultades durante el

tratamiento. El alto índice de abandono en los tratamientos, la transgresión de los límites en el encuadre terapéutico, el desarrollo de una intensa transferencia negativa en las sesiones, así como el escollo que implica el establecimiento de una alianza terapéutica con estos pacientes, conforman parte de dicho cuadro. Asimismo, como ha quedado de manifiesto, las recurrentes amenazas suicidas pueden llegar a condicionar y distorsionar el tratamiento, constituyendo una de las características más perturbadoras del mismo, al generar un elevado nivel de estrés en los terapeutas.

En virtud de ello, ha quedado explícito el desafío de instaurar la estabilidad desde el inicio del proceso terapéutico, así como la importancia de desarrollar relaciones de apego, que habiliten la construcción de una buena alianza terapéutica con estos pacientes. Dado que sólo así, se podrá contar con el compromiso y evitar la deserción del tratamiento. Esto requiere una actitud empática y dinámica por parte del terapeuta, que contemple tolerar y sostener los estados del self intolerables del paciente, así como integrar los aspectos escindidos del sí mismo, en una totalidad, más coherente (Gabbard, 2002).

Otro punto a estimar tras esta revisión, es el reto que comprende el monitoreo de la situación contratransferencial, dado que más que un obstáculo que obtura el tratamiento, comprende una herramienta terapéutica más al servicio del paciente (Brox, 2014).

Finalmente, ha quedado plasmado que, si bien existen diversos modelos terapéuticos que pueden aplicarse al TLP, su abordaje requiere de un tratamiento individualizado, que contemple la naturaleza multifactorial de dicho trastorno.

A modo de reflexión, se concluye que el terapeuta, constituye la principal herramienta de trabajo, ante las múltiples dificultades, que implica el tratamiento psicoterapéutico con pacientes límites. De ahí, que considere relevante que los terapeutas, más allá de su formación teórica y práctica, puedan desempeñar su trabajo con ética y profesionalidad. Reconocer las dificultades, y asumir los desafíos que conlleva el abordaje de tan complejo trastorno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association.(2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Barcelona: Médica Panamericana.
- Arias, J. y Farinon, E. (2016). Revisión y alcances del trastorno límite de la personalidad. En *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación, XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-044/178.pdf>
- Arias, W. (2012). Hans Jürgen Eysenck (1916-1997): el infatigable investigador de la personalidad. *Revista de Psicología de Trujillo*, 14(1), 118-126. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev\\_psicologia\\_cv/v14\\_2012\\_1/pdf/a10v14n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v14_2012_1/pdf/a10v14n1.pdf)
- Azpiroz, M. y Prieto, G.(2016). *Trastornos de la personalidad*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.
- Báez, J. (2012). Normalidad, anormalidad y crisis. Tesis Psicológica, 7(2),134-145. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139026418011.pdf>
- Bergeret, J. (1974). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa.
- Bernardi, R. (2011). Trastornos fronterizos: comparación de la psicoterapia basada en la transferencia de Kernberg y la terapia basada en la mentalización de Fonagy. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(1), 35-38. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/06\\_RB.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/06_RB.pdf)
- Brox, V. (2014). Clínica psicoanalítica de las organizaciones Borderline. *Clínica contemporánea*, 5(2), 149-159. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n2a3.pdf>
- Caballo,V. (2001). Tratamientos cognitivos-conductuales para los trastornos de la personalidad en el siglo XXI. *Psicología Conductual*, 9, 579-605. Recuperado de [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Caballo-3\\_9-30a.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Caballo-3_9-30a.pdf)

- Caballo, V. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, 5, 30-55. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21300503.pdf>
- Caballo, E., Guillén, J. 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://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querry=Dismax.DOCUMENTAL\\_TODO=estilos%2C+rasgos+y+trastornos+de+la+personalidad%3A+interrelaciones+y+diferencias+asociadas+al+sexo](https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querry=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=estilos%2C+rasgos+y+trastornos+de+la+personalidad%3A+interrelaciones+y+diferencias+asociadas+al+sexo).
- Cardenal, V., Sánchez, M. y Ortiz, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324. 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)
- Cárdenas, Y. (2014). Factores que intervienen en la concepción de “normal” y “anormal” como conceptos. *Revista electrónica Psyconex: psicología, psicoanálisis y conexiones*, 6(9), 1-13. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/22446/18580>
- Cloninger, S. (2003). Teorías de la personalidad. México: Pearson Educación.
- Cobo, C. (2003). El comportamiento humano. *Cuadernos de administración*, 19(29), 116-129. Recuperado de [http://fayol.univalle.edu.co/Publicaciones/pagina%20web/Articulos/29-Cuadernos de Administracion \(Junio-2003\)/29-\(05\) El comportamiento humano \(Carlos Eduardo Cobo\).pdf](http://fayol.univalle.edu.co/Publicaciones/pagina%20web/Articulos/29-Cuadernos%20de%20Administracion%20(Junio-2003)/29-(05)_El_comportamiento_humano_(Carlos_Eduardo_Cobo).pdf)
- Conti, N. y Stagnaro, J. (2004). Personalidad normal y patológica y trastorno borderline de la personalidad: un enfoque histórico-nosográfico. *Vertex: Revista argentina de Psiquiatría*, 15(58), 267-273. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf>
- Contini, N. (2018). Algunos enlaces conceptuales entre psicopatología del desarrollo, personalidad y evaluación psicológica infantojuvenil. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 147-157. <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i1.1604>
- Cosentino, S., Arias, E. y Pérez, C. (2017). El trastorno límite de personalidad en psicoanálisis: la evolución teórica de los orígenes a la mentalización. *Temas de psicoanálisis*, 14, 1-33. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp->

[content/uploads/2017/09/Salvatore-Cosentino.-El-trastorno-libre-de-personalidad-en-psicoanalisis\\_21.pdf](content/uploads/2017/09/Salvatore-Cosentino.-El-trastorno-libre-de-personalidad-en-psicoanalisis_21.pdf)

Cuevas, C., y López, Á. (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 <https://www.redalyc.org/pdf/560/56023335007.pdf>

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

Durand, V. y Barlow, D. (2007). *Psicopatología, un enfoque integral de la psicología anormal* (4ª. ed.). México: Thomson Learning.

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

Esbec, E. y Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43 (5), 177-186. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-177-86-790955.pdf>

Fernández, E. (2012). Identidad y personalidad: o como sabemos que somos diferentes de los demás. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(4), 1-16. Recuperado de [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Identidad\\_y\\_personalidad.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Identidad_y_personalidad.pdf)

Fernández, M. (2008). Mecanismos de defensa en el trastorno límite de la personalidad. *Revista ALAI-TLP*, 4. Recuperado de <https://www.trastornolimitado.com/tlp/mecanismos-de-defensa-en-el-trastorno-limite-de-la-personalidad>

Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas psicoanalíticas: revista internacional de Psicoanálisis*, 4. Recuperado de [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/Fonagy/Fonagy\\_2000\\_Apegos%20patologicos%20y%20accion%20terap%DAutica\\_AP4.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/Fonagy/Fonagy_2000_Apegos%20patologicos%20y%20accion%20terap%DAutica_AP4.pdf)

- Fossa, P. (2010). Organización limítrofe de personalidad. *Revista de psicología GEPU*, 1(1),32-52. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987453>
- Fusté, A. y Ruiz, J. (2000). Estructura factorial de la versión reducida del "EysenckPersonalityProfiler". *Psicothema*, 12, 406-411. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/44590/1/546213.pdf>
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- García, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). *Clínica y Salud*, 18(3), 347-361. 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)
- Gómez, C. (2000). ¿Quién es el paciente limítrofe?. *Salud Mental*, 23(1), 30-38. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2000/sam001e.pdf>
- Gunderson, J. G. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: guía clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Gutiérrez, F. y Vilar, A. (2014). Trastornos de la personalidad en el DSM- 5. Cuadernos de Medicina Osicosomática y Psiquiatría, 110,49-52. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803000>
- Izquierdo, A. (2005). Personalidad: aproximación teórico-práctica a algunos de sus conceptos y sistemas psicológicos constituyentes. *Revista de Psicología y Educación*, 1 (1), 181-202. Recuperado de <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/12.pdf>
- Keegan, E. (2004). Abordaje cognitivo del Trastorno Límite de la Personalidad. *Vertex: revista argentina de Psiquiatría*, 15(58), 287-294. Recuperado de <http://polemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf#page=48>
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México: El manual moderno.
- Kernberg, O. (1993). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* (Trad. S. Abreu). Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (2003). La gestión de las tormentas afectivas en la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline. *Aperturas Psicoanalíticas*, 15. Recuperado de <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000263>

Leiderman, E. A., Buchovsky, S., Jiménez, M., Giordano, S., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F. y Lipovetzky, G. (2004). Diagnóstico y tratamiento del trastorno borderline de la personalidad: una encuesta a profesionales. *Vertex*, revista argentina de Psiquiatría, 15(58), 280-286. Recuperado de <http://polemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf#page=41>

Linares, L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y salud*, 18 (3), 381-399. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180613877008.pdf>

Linehan, M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós.

Lossa, L. (2015). Terapia dialéctica conductual grupal en el Trastorno Límite de la Personalidad: apego, alianza terapéutica y mejora sintomática (Tesis doctoral, Universitat Ramón Llull, Barcelona). Recuperado de [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/358922/Tesi\\_Lydia%20Lossa.pdf;sequence=1](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/358922/Tesi_Lydia%20Lossa.pdf;sequence=1)

Luna, I. (2007). El trastorno limítrofe de la personalidad y su comorbilidad con el trastorno bipolar. *La revista de trastornos del ánimo*, 3(2), 85-99. Recuperado de <http://cpuuchile.cl/web/wp-content/uploads/2019/06/RTA-2007-2.pdf>

Llanes, J. (2015). Apuntes para una clínica de lo fronterizo. *Revista letra en Psicoanálisis*, 1(1), 1-10. Recuperado de <http://cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/7>

Mantilla, M. (2009). Cuerpo y relaciones terapéuticas: una reflexión antropológica sobre la noción del "trastorno límite de la personalidad". *Revista brasileira de Sociologia da Emocao*, 8(23), 292-342. Recuperado de <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/MantillaArt.pdf>

Martin, A. (2015). Estudio de la interacción gen-ambiente en el trastorno límite de la personalidad (Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona). Recuperado de [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl\\_10803\\_377754/amb1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_377754/amb1de1.pdf)

Martínez, J. y Martín, B. (2015). Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad: Parte I. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125),19-35. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n125/original02.pdf>

---

Matusevich, D., Ruiz, M, y Vairo, M. (2010).La evolución del diagnóstico borderline: pasado, presente y futuro.*Vertex: revista argentina de Psiquiatría*, 21(91),274-285. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex91.pdf#page=35>

Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Montaño, M., Palacios, J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad: un análisis histórico del concepto y su medición.*Psychologia: avances de la disciplina*, 3(2), 81-107. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>

Mosquera, D. (2011).Trastorno límite de la personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Revista digital de Medicina psicosomática y psicoterapia*,1(1), 1-27. Recuperado de [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/trastorno\\_limite\\_de\\_la\\_personalidad.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/trastorno_limite_de_la_personalidad.pdf)

Navarro, V. (2011). Eficacia de la Terapia Dialéctica Comportamental en el tratamiento de pacientes con comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria (Tesis Doctoral,Universitat Jaume I,Barcelona). Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/52898/mvnavarro.pdf?sequence=1>

Nieto, T. (2006).Trastorno límite de la personalidad: estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1 (1), 4-20. Recuperado de <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/TLP-estudio-y-tratamiento-por-tania-escribano-nieto.pdf>

---

Pérez, L. (2011).Trastorno límite (Borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*,75(1),20-25.Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04\\_LP.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04_LP.pdf)

Piero, A., Cairo, E. y Ferrero, A. (2012). Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(1), 17-25. doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.04.005

- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M. E., Casella, L., Cuenya, L.,...Pedrón, V. (2010). Modelo psicobiológico de personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2), 1-21. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/63/60>
- Serra, J. (2006). *Carácter y temperamento: similitudes y diferencia entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores. (El TCI-R Versus el Neo-FFI-R y EL ZKPQ-50-CC)* (Tesis doctoral, Universitat de Lleida, Lérida). Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8295/Tjds1de1.pdf>
- Serrano, N. (2015). *Trastorno límite de la personalidad en adolescencia: formulación de caso y propuesta preventiva*(Trabajo final de grado, Universitat Jaume I, Barcelona). Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/129465>
- 
- Tapasco, L. (2018). Terapia dialéctico-conductual y psicoterapia focalizada en la transferencia, dos modelos de intervención del trastorno límite de la personalidad. *Revista electrónicaPsyconex: Psicología, Psicoanálisis, y conexiones*,10(16), 1-13. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/334756/20790559>
- Torres, T. (2007). Trastorno límite de personalidad: tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual. *Cuadernos de Neuropsicología/ PanamericanJournal of Neuropsychology*,1(3),311-320. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642480015.pdf>
- Vargas, V. y Castillo, V. (2019). Cambiando el foco: implicancias de la contratransferencia para el trabajo con pacientes con trastornos de personalidad en un Instituto Psiquiátrico. *Psiquiatría y salud mental*, 1(2),65-73.Recuperado de <http://www.schilesaludmental.cl/wp-content/uploads/2020/01/10.-Cambio-foco-contratrasferencia-trabajo-pacientes-T.P.-Instituto-V.-Vargas-V.-Castillo.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 del 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)
-