



# **Universidad de la República Facultad de Psicología**

## **Trabajo Final de Grado**

**Modalidad: Monografía**

**Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia  
para trastornos límites de la personalidad.**

**Estudiante: Lourdes Noelia Machado C.I: 4.497.678-6**

**Tutor: Dr. Hugo Selma**

**Montevideo, Uruguay.  
Octubre, 2016**

## **Índice**

1.Resumen .....	2
2.Introducción.....	2
3.Definición de personalidad.....	3
4.Personalidad sana y patológica.....	4
5.Trastornos de personalidad .....	6
6.Ejes diagnósticos según DSM-IV.....	7
7.Generalidades del grupo B.....	7
8.Trastorno Límite de la Personalidad .....	9
8.1.Historia del concepto.....	9
9.Características del TLP según DSM-IV y CIE-10.....	12
10. Epidemiología.....	15
11Curso de la enfermedad .....	15
12.Etiología .....	16
13.Emotividad en el TLP.....	17
14.Psicología basada en la evidencia.....	20
15.Intervenciones psicológicas de menor a mayor evidencia científica.....	21
16.Terapia .....	Dialéctico
Conductual.....	27
17.Conclusiones .....	37
Referencias bibliográfica.....	38

## 1. Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por la inestabilidad emocional y las dificultades en la relación con uno mismo y con los demás, siendo habituales los intentos de suicidio, entre otras conductas de riesgo como: autolesiones, conductas impulsivas de riesgo, abusos de sustancias, etc.

El objetivo del presente trabajo es ofrecer una revisión actualizada sobre las intervenciones psicológicas con evidencia científica en el tratamiento del TLP. Se consideraron los trabajos procedentes de revisiones sistemáticas y de ensayos clínicos aleatorizados recientes.

La evidencia científica sugiere la terapia dialéctico-conductual (TDC) como la opción terapéutica con mayor apoyo empírico, especialmente por su eficacia sobre la reducción de los intentos de autolisis y el consumo de sustancias. Existe también apoyo empírico, aunque con menor grado de evidencia, para la terapia basada en la mentalización, terapia cognitiva centrada en esquemas y la terapia cognitivo-conductual.

Otros tratamientos como Terapia icónica, Terapia centrada en el cliente, terapia cognitivo analítica, STEPPS, y Psicoterapia focalizada en la transferencia no han demostrado aún su efectividad.

**Palabras claves:** trastorno límite de personalidad, terapia dialéctico-conductual, tratamientos basados en la evidencia.

## 2. Introducción

En la presente monografía se abordará el concepto Personalidad, luego de su definición y contextualización se realizará una mención de las categorías de normalidad y patología para luego desarrollar el significado de los Trastornos de la Personalidad.

Se propone ofrecer una revisión actualizada sobre las Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia en trastornos límites de la personalidad.

Para ello comenzaremos introduciendo las principales características del TLP, trabajaremos el concepto del trastorno atendiendo las clasificaciones como las del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM-IV; APA, 1994) y la Clasificación estadística internacional de las enfermedades y trastornos relacionados con la salud (CIE-10).

Nos centramos específicamente en la emotividad dado que es un trastorno que, según el DSM-IV, se caracteriza primariamente por su inestabilidad emocional, haciendo referencia a distintas explicaciones del fenómeno. Se desarrollan brevemente las posibles alteraciones funcionales que están presentes en la desregulación emocional y en la respuesta desadaptativa

Luego se expondrá qué entendemos por psicoterapia, haciendo énfasis en el concepto de psicoterapia basada en la evidencia. Profundizaremos en los tratamientos empleados en las últimas décadas para el tratamiento del TLP, dándole énfasis a Terapia Dialéctico Conductual.

Para el desarrollo del nivel de evidencia de las intervenciones psicológicas se tomarán como referencia la guía de práctica clínica National Health and Medical Research Council (2012) y la Guía Práctica Clínica sobre el Trastorno Límite de la personalidad (GPC, 2011), un documento donde se plantean preguntas específicas y se organizan las mejores evidencias científicas que se encuentran disponibles, donde también se encuentran recomendaciones flexibles para que, sean utilizadas en la toma de decisiones clínicas.

La Terapia Dialéctico Conductual se plantea como el programa terapéutico para el Trastorno Límite de Personalidad con mayor evidencia científica sobre su efectividad. La TDC fue creada por Marsha Linehan, en donde incorpora nuevas estrategias terapéuticas basadas en la dialéctica, que refiere a un diálogo entre distintos puntos de vista, basándose en la aceptación de posiciones distintas, tratando acercarse a una realidad integrada. Está conformada por cinco modalidades de tratamiento: terapia individual, entrenamiento en habilidades, coaching telefónico, terapia de familia y reuniones de equipo. Tiene una duración variable, con una etapa de pretratamiento y cuatro de tratamiento, cada una con sus respectivos objetivos (GPC, 2011).

### **3. Definición de personalidad**

Al abordar la temática sobre trastorno límite de la personalidad, resulta conveniente realizar una definición aproximada de lo que se entiende por personalidad, para luego conceptualizar sobre sus trastornos.

El término “personalidad” refiere a las características estables de un sujeto, que determinan su forma de ser o actuar y que se han integrado sobre la base de factores biológicos, sociales, culturales, etc (Azpiroz y Prieto, 2011).

Theodore Millon uno de los “teóricos de la personalidad” más influyentes de los últimos tiempos, plantea que el desarrollo de la personalidad se da en función una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales, donde el impacto que cada grupo de factores tendrá sobre el desarrollo de la personalidad de un individuo dependerá de la potencia y cronicidad de cada factor (Millon, 1994).

Según Millon (2006)

“La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona.” (Millon, 2006, pág. 2)

Linares (2007) proporciona una definición de personalidad poniendo énfasis en el punto de vista relacional, considerando la misma como: “la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un sustrato biológico y por un contexto cultural” (pág.383).

En los manuales de psiquiatría (DSM-IV, CIE-10) se maneja el término “trastorno de personalidad” haciendo referencia a características de las conductas, estilos de pensamiento y patrones afectivos que determinan la competencia adaptativa del sujeto al medio ambiente y para relacionarse con las demás personas.

Consideramos entonces que la personalidad otorga identidad y es también lo que va a condicionar y regular las relaciones interpersonales, así como la autoimagen y la capacidad de planificación.

#### **4. Personalidad sana y patológica**

Previo a desarrollar los trastornos de la personalidad, se realizará una breve consideración a la dicotomía normalidad y patología .

¿Cuál sería la diferencia entre una personalidad normal y una personalidad patológica?

Uno de los criterios más usados para definir la normalidad es el de la **adaptación**. Una personalidad normal es la que se puede adaptar, variar su conducta y actitud en cierto grado, según la situación que se encuentre (Azpiroz y Prieto, 2011).

Para los sujetos que no poseen ningún trastorno de la personalidad, los rasgos de personalidad son patrones de pensamiento, reacción y comportamiento que se mantienen relativamente constantes a lo largo del tiempo. Una personalidad anormal son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad de análisis y reacción, perturbando sus relaciones sociales, su vida personal y profesional (Azpiroz y Prieto, 2011).

Presentan una relación distorsionada consigo mismo y con los demás, basada en un patrón de rigidez y de pobreza de mecanismos de afrontamiento (Azpiroz y Prieto, 2011).

Lo normal y lo patológico, han sido pensados en términos dicotómicos. Sin embargo, como plantean Azpiroz y Prieto (2011), progresivamente fue adquiriendo importancia la idea de que la salud y la enfermedad no pueden ser considerados en términos absolutos sino dentro de un continuo con diferentes niveles de funcionamiento. Ambas categorías, (lo normal y patológico) son creadas por el ser humano para definir qué es lo esperable en una sociedad, y que resulta diferente o peligroso para la misma. Lo cierto es que las polaridades no existen como tales, y que por ende, normalidad y patología son los extremos de un continuum en el que coexisten muchos matices (Azpiroz y Prieto, 2011).

En síntesis es difícil establecer un concepto de personalidad normal, pero considerando los conceptos anteriores, podemos señalar que se trataría de personas que están integradas en la sociedad en la que viven, que pertenecen a ella no sólo porque son habitantes de una región, sino porque sus comportamientos se muestran adecuados a las pautas aceptadas por la mayoría sin que ello implique malestar, y también porque la organización de sus psiquismos supone cierta coherencia interna (Azpiroz y Prieto, 2011).

## 5.Trastornos de personalidad

Según el DSM-IV (APA,1994) cuando un grupo de rasgos constituye una variante que se aleja considerablemente de las expectativas culturales donde se encuentra inmerso el sujeto, volviéndose inflexibles, desadaptativos y causan daño funcional significativo o malestar subjetivo, se puede decir que estamos frente a un trastorno de personalidad.

En la Clasificación estadística internacional de las enfermedades y trastornos relacionados con la salud (**CIE-10**,1993) el diagnóstico de un trastorno implica la alteración de larga duración de varias áreas de funcionamiento, una generalizada conducta desadaptativa, un malestar general considerable, y puede incluir problemas en el trabajo y conducta social.

Es importante señalar en las personas con un trastorno de personalidad la imposibilidad de poder adaptarse frente a ciertas situaciones que se les presentan, sus formas de afrontamiento son pobres, lo que conlleva a que la disfunción sea global y no solamente ante una circunstancia en particular (Azpiroz y Prieto,2011).

En este punto se selecciona el criterio del **DSM-IV** (APA, 1994) para exponer el diagnóstico de los TP.

El **DSM-IV** (APA, 1994) reconoce que el diagnóstico de trastorno de la personalidad no es objetivo sino que se considera una construcción social. La normalidad como aquello que se adapta a costumbres y comportamientos típicos de la cultura y la patología como comportamientos atípicos o distintos, se mantiene para los trastornos de la personalidad e influyen en su diagnóstico.

La edad establecida por el DSM-IV (APA, 1994) en la que comienzan a manifestarse los trastornos de personalidad es la adolescencia o inicio de la edad adulta, aunque pueden observarse algunos rasgos desadaptativos en la infancia.

Los trastornos de la personalidad son crónicos, no obstante la persona puede lograr adquirir estrategias y herramientas para desenvolverse en la vida cotidiana y mantenerse lo más adaptado posible a la sociedad.

## **6.Cinco ejes diagnósticos según el DSM-IV (APA, 1994):**

**I)Trastornos del “estar”** (Todos menos Trastornos de Personalidad y Retraso Mental)

**II)Trastornos del “ser”**

1) Trastornos de Personalidad:

Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípico)

Grupo B (Narcisista, Histriónico, Borderline, Antisocial)

Grupo C (Evitativo, Obsesivo Compulsivo, Dependiente)

2)Retraso Mental

**III)Enfermedades “médicas”**

**IV)Problemas psicosociales** : 1.Grupo primario de apoyo

2.Vivienda 3.Etc.

**V)Evaluación global** (0 a 100)

Este manual de una forma categórica, ubica los Trastornos de Personalidad en la sección II de Criterios diagnósticos y códigos, unidos en tres grupos: A, B y C.

En el **A** se ubican los raros o excéntricos que incluyen el esquizoide, el paranoide, y el esquizotípico

En el **B** los dramáticos, emocionales, erráticos, e incluye los trastornos de personalidad histriónico, narcisista, antisocial y límite.

En el **C** los ansiosos y temerosos, y los trastornos son ansiosos, evitativo, el dependiente y el obsesivo-compulsivo.

## **7.Generalidades del Grupo B**

Según el DSM-IV (APA, 1994) el grupo B comprende personas con una clara inclinación al dramatismo, muy emotivas y con conductas erráticas, comportamiento auto-abusivo y arranques de ira. Se caracterizan por un patrón de conductas que pueden llevar a violación de las normas sociales, por ej. comportamiento criminal, comportamiento impulsivo, y grandiosidad. Presenta con frecuencia exteriorización de sus rasgos, A estas personas les cuesta mucho controlar sus impulsos. Son muy inestables emocionalmente, lo que les ocasiona ciertos problemas para adaptarse a su entorno (APA, 1994).

Otra particularidad de los pacientes con trastorno de la personalidad es la **egosintonía**: los sujetos no tienen conciencia de su estado ni de su trastorno, es decir no perciben que algo “malo” sucede consigo mismos sino que es el entorno y las personas que lo rodean quienes deberían comenzar a actuar de otra manera. Ven sus problemas interpersonales como un conflicto generado más por los otros más que por sí mismos (Azpiroz y Prieto, 2011).

En este punto es importante destacar que sólo podemos diagnosticar un trastorno de la personalidad luego de obtener antecedentes completos del paciente, recabar información mediante terceros (ya sean familiares u otros profesionales) y de ésta forma obtener datos del funcionamiento del mismo, ésto es fundamental, ya que al tratarse de trastornos egosintónicos, es elemental la información obtenida de tercero a fin de determinar el grado en que la persona tiene problemas interpersonales (Azpiroz y Prieto, 2011).

**Según el DSM-4 ( APA, 1994) los Trastornos que corresponden al Grupo B son:**

- Trastorno histriónico de la personalidad: Conducta teatral, reactiva y manifestada intensamente, con relaciones interpersonales afectadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.

- Trastorno narcisista de la personalidad: Sentimientos grandiosidad, soberbios fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración.
- Trastorno antisocial de la personalidad: Conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.
- Trastorno límite de la personalidad: Inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.

El Trastorno más prevalente y uno de los más disruptivos en el campo de la psiquiatría es el Trastorno límite de personalidad (Grant et al., 2008; Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007)

## 8.Trastorno Límite de la Personalidad

### 8.1.Historia del concepto

El término trastorno “límite” ha ido evolucionando y se ha ido transformando desde que apareció por primera vez hasta llegar al constructo actual.

En un comienzo se consideró como **Organización Borderline de la Personalidad**, continuando la línea propuesta por Kernberg de corte psicoanalítico; en un segundo momento en los círculos académicos se pasó del paradigma psicoanalítico a la medicalización, siendo descrito como un **síndrome descriptivo**, tras la aparición del DSM III, esto fue muy favorable ya que generó varias investigaciones sobre los síntomas, sobre su etiología y posibles tratamientos, dando paso al constructo actual donde se lo considera como un **Trastorno** (GPC,2011).

El término “límite” surge en el marco del psicoanálisis, el primer autor en utilizar este término fue Adolf Stern en 1938, haciendo referencia a pacientes cuyos síntomas no se ajustaban a la categorías de “neurosis” o “psicosis. Stern estudió a un grupo de pacientes que eran demasiado frágiles para considerar un proceso de tratamiento analítico tradicional, pero que no estaban tan perturbados como para que se les diagnostique una psicosis

esquizofrénica, aunque cuando estaban bajo estrés, su pensamiento se desorganizaba y presentaban síntomas psicóticos (GPC, 2011).

Se han ido realizando diversas conceptualizaciones del término, para referirse a estos pacientes, algunas de las más relevantes son:

1) “**Esquizofrenia pseudoneurótica**” en 1949 Hoch y Polatin llaman a estos pacientes pseudo neurosis esquizofrénicas (Ameglio, 2012).

2) “**Carácter psicótico**” John Frosch, en los estudios que realizó desde 1959 a 1970, incluye como mecanismos típicos de los que describió como carácter psicótico a: La desdiferenciación, La fragmentación, El splitting, La identificación proyectiva (Frosch, 1964).

3) “**Organización borderline de la personalidad**” En la década del 60 es que se da el auge de estudios con respecto a los pacientes límite. Se destaca aquí a Kernberg con su postulado de organización límite de personalidad. Desde una perspectiva psicoanalítica en su planteo integra las relaciones objetales con los instintos y la psicología del yo, y desarrolló la siguiente caracterización: debilidad yoica, relaciones de objeto problemáticas y defensas primitivas. En esta etapa es considerada una organización intrapsíquica (Kernberg, 1993). Un punto a destacar es que las características de este trastorno que Kernberg (1993) desarrolla no son únicamente definitorias del trastorno borderline, sino que comprenden también, por ejemplo, al antisocial, narcisista, esquizoide, paranoide, ya que este autor hace énfasis en un tipo de organización de la personalidad y no a un trastorno específico, los pacientes con una organización límite de la personalidad, no poseen un concepto integrado de sí mismos que perdure en el tiempo, pueden variar de gustos, de valores, de manera constante. Presentan poca tolerancia al estrés y la tensión debido a esa debilidad del yo y al uso de mecanismos de defensas primitivos. Su diferencia con el psicótico es que éste último presenta una fragmentación casi completa del yo y se pierde todo lo que podemos entender como personalidad, además de que se pierde el juicio de la realidad. Kernberg (1994) distingue tres características básicas para definir a la organización límite: la debilidad yoica, las manifestaciones emocionales primitivas de gran intensidad y los problemas de control de impulsos.

4) “**Síndrome borderline**” al margen de los síndromes esquizofrénicos y de los estados neuróticos, desarrollado en la obra de Gunderson et al (1984), se centraron en realizar un análisis descriptivo, identificaron varios rasgos de lo que denominaron “síndrome borderline” como: pensamiento casi psicótico, automutilación, esfuerzos manipulativos suicida, preocupaciones acerca del abandono, demandante/pretencioso, regresiones terapéuticas, dificultades en la contratransferencia (Zanarini y Frankenburg ,1994).

5) Dentro **de los trastornos afectivos** durante los años ochenta luego de muchas de las investigaciones empíricas, se resaltó la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límite, y llevó a pensar que se trataba de un trastorno afectivo (Akiskal, 1981).

6) como un **trastorno de los impulsos** Zanarini (1993) en la década del noventa considera el trastorno límite dentro de los trastornos de los impulsos , semejante a los trastornos que se relacionan con el abuso de sustancias, con el trastorno antisocial de la personalidad y, también con los trastornos de la alimentación. Desde esta posición, el TLP se trata de una forma específica de trastorno de personalidad pero que aparece junto con otros trastornos del control de impulsos (Zanarini y Frankenburg, 1997).

7) Herman y Van der Kolk (1987) lo consideran como una **variación crónica del trastorno postraumático**, relacionado con problemas disociativos, incluyendo el trastorno disociativo de identidad, por su elevada reiteración de antecedentes traumáticos.

La denominación trastorno límite de la personalidad se incorpora ya como entidad definida en el DSM-III, en 1980 **Gunderson y Singer** establecieron cuatro criterios diagnósticos operativos que luego fueron el núcleo de lo que se estableció en 1980 en el DSM-III, a pesar de las críticas y propuestas alternativas, este uso se ha mantenido en las revisiones 4 y 5 del DSM.

En la revisión del DSM-5 (2013) se propone un modelo alternativo para los trastornos de la personalidad en el cual se define a la identidad como la capacidad de uno mismo de sentirse único, reconociendo los límites entre el Yo y los demás, y a la autodirección que se entiende como el planteamiento y voluntad de alcanzar objetivos coherentes. Estas dos características, y la capacidad de empatizar y establecer relaciones íntimas con otros, serían claves para valorar el funcionamiento de la

personalidad de un individuo. Estos aspectos se encontrarán afectados en estos sujetos, así como también en todos los trastornos de la personalidad.

Cuevas y López (2012) plantean la perspectiva del DSM-5 (2013) en la que se propone una evaluación alternativa de forma dimensional, en la cual el diagnóstico se realiza según el grado de intensidad de sufrimiento y del nivel de dificultad para relacionarse ; a diferencia del DSM IV cuya descripción del trastorno es categorial.

En 1992 fue incorporado por la OMS en el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión) como trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con dos subtipos: límite e impulsivo, (Gunderson, 2002).

## **9. Características del Trastorno Límite de la Personalidad según DSM-IV y CIE-10**

La GPC (2011) define al Trastorno Límite de la Personalidad como:

“El TLP constituye un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. Consiste en un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento que varían entre individuos y entre los distintos momentos de evolución de un mismo paciente. La variabilidad de las presentaciones clínicas del TLP conlleva que sea un trastorno infradiagnosticado y que presenta demora en su diagnóstico”(GPC,2011, pág. 32).

A continuación se exponen aquellos elementos considerables para el diagnóstico del TLP, según CIE-10 y DSM-IV.

En la actualidad se utilizan para el diagnóstico de los trastornos mentales tanto la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud, adaptación española del International statistical classification of diseases and related health problems en su versión CIE-10 (1993), como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, adaptación española del Diagnostic and statistical manual of mental disorders en su versión DSM-IV (1994) .

A Continuación se incluyen las tablas con los criterios pertenecientes a ambas clasificaciones (ver Tabla 1).

Según el **DSM-IV** el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por la inestabilidad, comienza a principios de la edad adulta y se presenta en diversos contextos, tal como lo indica la presencia de cinco o más de las siguientes características:

- 1.Esfuerzos desesperados para evitar el abandono, tanto real como imaginario;
- 2.Relaciones inestables e intensas alternados entre los extremos de idealización y devaluación;
- 3.Identidad inestable; autoimagen o sentido de sí mismo inestable
- 4.Impulsividad en, por lo menos, dos áreas potencialmente peligrosas (abuso de sustancias, gastar deliberadamente, conducta sexual/conducción arriesgada, etc);
- 5.Conducta suicida recurrente, ademanes y amenazas suicidas o conducta automutilante;
- 6.inestabilidad afectiva, debida a una marcada reactividad anímica;
- 7.Sentimientos crónicos de vacío interior;
- 8.Ira intensa no apropiada al estímulo o dificultad para controlarla,
- 9.Ideación paranoide pasajera y relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (APA 1994)

En relación a la **CIE-10**, incluye un trastorno similar al límite pero denominado “trastorno emocionalmente inestable de la personalidad”.

En este caso, la categoría es dividida en dos subtipos que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la inestabilidad afectiva, incapacidad para planificar las cosas, episodios de ira intensa y comportamientos explosivos.

Los dos subtipos se denominan: a)*tipo impulsivo* y b)*tipo límite*.

a) *tipo impulsivo*, en el que además de los criterios generales para el diagnóstico de un trastorno de personalidad, deben cumplirse al menos dos criterios de entre los siguientes criterios: predisposición a actuar de manera impulsiva sin tener en cuenta las consecuencias de los actos, frecuentes conflictos con los demás, principalmente cuando van contra sus deseos personales, empujes de ira y violencia y dificultad para el autocontrol, dificultades para comprometerse en actividades duraderas sin obtener recompensas inmediatas y estado de ánimo inestable y caprichoso,.

b) *tipo límite*, para el que se requieren al menos tres de las siguientes características: alteraciones o dudas acerca de los objetivos o de la imagen de uno mismo, involucrado en relaciones tormentosas e inestables, intensos esfuerzos para evitar ser abandonado, amenazas o actos de agresión hacia uno mismo y por último sensaciones crónicas de vacío (OMS, 1992).

En síntesis los criterios que considera el DSM-IV (APA,1994) como más relevantes para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad son : un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad, y una notable impulsividad.

El manual CIE-10 describe un trastorno similar pero denominado trastorno inestable emocional de la personalidad, tipo límite. En este caso, coinciden en la descripción de trastorno de la personalidad caracterizado por su inestabilidad en distintos ámbitos. Como se observa en la tabla 1, los criterios diagnósticos descritos por la CIE-10 (OMS, 1999) y el DSM-IV (APA,1994) son diferentes, pero coinciden en la descripción en líneas generales el mismo trastorno.

***Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM IV, Criterios diagnósticos para el Trastorno por Inestabilidad Emocional de la Personalidad según el CIE-10. (adaptado de GPC, 2001, Pág.47)***

CIE-10	DSM-IV-TR
<p><b>F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</b></p> <p><b>F60.30 Tipo impulsivo</b></p> <p>A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).</p> <p>B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.</li> <li>2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.</li> <li>3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.</li> <li>4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.</li> <li>5) Humor inestable y caprichoso.</li> </ol> <p><b>F60.31 Tipo limitrofe (borderline)</b></p> <p>Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).</p> <p>Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).</li> <li>2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales.</li> <li>3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.</li> <li>4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.</li> <li>5) Sentimientos crónicos de vacío.</li> </ol>	<p><b>Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)</b></p> <p>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.</li> <li>2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.</li> <li>3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.</li> <li>4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.</li> <li>5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.</li> <li>6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).</li> <li>7) Sentimientos crónicos de vacío.</li> <li>8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).</li> <li>9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.</li> </ol>

La OMS designa por una descripción categorial. Sin embargo, la edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) del año 2013, supone un cambio respecto a otras descripciones previas (APA, 2010). Propone una evaluación alternativa de tipo dimensional, en el que el diagnóstico es un tema de grado, dependiendo de la intensidad del sufrimiento y del nivel de inconvenientes que tiene la persona para relacionarse consigo mismo y con los otros.

## 10.Epidemiología

El estudio epidemiológico de los trastornos de la personalidad es especialmente complejo, lo que se debe, entre otros factores, a la diversidad de instrumentos de evaluación para identificar el trastorno, y una elevada comorbilidad (GPC, 2011).

Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que es el trastorno de mayor prevalencia en el campo de la psiquiatría, con una tasa del 2% (Cuevas, López,

2012, pág. 98) al 1% (National Health and Medical Research Council,2012) de la población general .

Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una prevalencia del 70 % en mujeres (Gunderson & Links, 2008).

La mayoría de los pacientes tienen un comienzo temprano en la aparición de los síntomas principalmente en la adolescencia (Miller, Muehlenkamp & Jacobson, 2008).

## 11. Curso de la enfermedad

En relación al pronóstico o curso de la enfermedad los pacientes con TLP tienen una evolución variable.

Estos pacientes tienden a la mejoría a lo largo del tiempo, logrando una cierta estabilidad a partir de la cuarta o quinta década de vida (Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2003).

Zanarini et al (2003) llevaron a cabo un estudio que comprendía el seguimiento durante 6 años de 362 pacientes ingresados con TLP, de los cuales 362 pacientes evaluados, 290 cumplieron criterios diagnósticos de TLP. En dicho estudio se revelan tasas favorables de remisión tras dos años de tratamiento, a los 4 años un 49,4%, a los 6 años un 68,6% y a lo largo de todo el seguimiento un 73%. Un mínimo del 5,9% mostraron recaídas.

No todos los síntomas evolucionan de igual manera, siendo los síntomas impulsivos los de evolución más favorable, especialmente autolesiones, abuso de tóxicos y conductas sexuales promiscuas. Le siguen los síntomas cognitivos y las relaciones interpersonales, siendo los síntomas afectivos los que menos se remiten, ya que la mayoría de los pacientes continúan presentando un afecto disfórico (Zanarini et al., 2006).

## 12. Etiología

Los factores que dan origen al TLP son complejos e indefinidos, en la actualidad no se dispone ningún modelo etiopatogénico que haya logrado integrar toda la evidencia disponible.

La GPC (2011) especifica distintos factores que podrían estar comprometidos en su etiología, los cuales son: **vulnerabilidad genética**; alteración de los **neurotransmisores** y **disfunción neurobiológica de la regulación emocional** y el **estrés**; **factores**

**psicosociales; desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, separación o pérdida parental (abandono), implicación parental alterada (proceso del apego) y abusos en la infancia.**

Vulnerabilidad genética : Estudios en gemelos sugieren la influencia genética en el TLP es de un 69% (Torgersen, Lygren, Oien, Skre, Onstad & Edvardsen, 2000).

Alteración de los neurotransmisores: Los neurotransmisores están comprometidos en la regulación de los impulsos, la agresión y el afecto. Siendo la serotonina el más estudiado, se ha demostrado que hay una relación inversamente proporcional entre los niveles de serotonina y agresión (GPC, 2011).

Disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés: En el TLP se evidencia un déficit estructural y funcional en áreas cerebrales como la amígdala, hipocampo y las regiones orbitofrontales, claves para la regulación del afecto, atención, autocontrol y la función ejecutiva.

Factores psicosociales: Estudios de familias han demostrado varios factores que pueden incidir en la aparición del TLP, por ejemplo antecedentes de trastornos del estado de ánimo en familiares. Estos estudios sugieren que la falta de implicación emocional y la negligencia por parte de los responsables cuidadores en la infancia de los sujetos con TLP tienen repercusiones y pueden tener incidencia en las dificultades de sociabilización del niño (Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown, & Brook, 2002).

Desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, separación o pérdida parental y abusos en la infancia tienen una importante incidencia en personas con TLP. Según Zanarini et al.(2000) el 84% de los pacientes con TLP manifiestan haber sufrido malos tratos y negligencia por parte de los responsables de su cuidado en la infancia. De igual modo, esto no sería condición necesaria ni suficiente para que una persona sufra TLP (Crowell et al., 2009).

Implicación parental alterada (proceso del apego) este factor sigue la línea del planteo de Linehan (1993) quien sitúa éste factor en la génesis del TLP, quien incluye las experiencias emocionales negativas, la negligencia, el apego inseguro, el abuso físico, sexual y emocional.

### **13. Emotividad en el Trastorno Límite de la Personalidad.**

El aspecto que vamos a profundizar de éste Trastorno es la emotividad dado que es un trastorno que se define en función a la dificultad para controlar sus emociones.

Entendemos las emociones como un proceso que comprende a una secuencia de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), la existencia de experiencias subjetivas (interpretación subjetiva), distintos grados de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), modelos expresivos y de comunicación (expresión emocional), el cual nos moviliza para la acción y conlleva una finalidad: la adaptación a un entorno en cambio constante (Fernández Abascal y otros, 2010).

Según Fernández (2009) su función principal es la adaptación, ya que prepara al organismo para la acción, además tiene una función social al comunicar los estados de ánimo y facilitan llevar a cabo conductas motivadas. Esto hace que las emociones sean determinantes para la vida de las personas.

“La emoción es el resultado de un proceso de evaluación cognitiva sobre el contexto, sobre los recursos de afrontamiento y sobre los posibles resultados de dichos procesos (Greco, Morelato e Ison, 2007, p. 85)”.

En relación a las emociones Daniel Goleman (1995) plantea:

En esencia, todas las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado.  
La raíz de la palabra emoción es *motere*, el verbo latino “mover”, además del prefijo “e”, que implica “alejarse, lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar (Goleman, 1995, pág. 24)

Conocer las emociones en el trastorno límite de la personalidad...

El conocimiento de las emociones no es algo que sea necesario únicamente dentro del trastorno límite de la personalidad, aunque, como se desarrollará más adelante, en este trastorno tiene una influencia importante en la posible mejoría de la persona (Greenberg, 2000).

El manejo de las emociones es una habilidad y como tal es entrenable y muchas personas necesitan entrenarse ya sea por su propia necesidad, o profesión, aunque es recomendable que todo el mundo independientemente de su profesión o empleo, sepa manejar sus emociones (Greenberg, 2000).

En este trabajo vamos a darle relevancia a la cuestión de cómo viven los sujetos con TLP su emotividad e impulsos.

El manejo o conocimientos de las emociones es uno de los grandes retos dentro del tratamiento del trastorno límite de la personalidad, ya que van a ser el centro de su día a día y la principal causa de sus dificultades de estabilidad e interacción social (Linehan, 1993).

Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan respuestas emocionales al medio en forma más rápida e intensa y con un ciclo de retorno a la línea base más lento que los individuos normales, lo que interfiere la regulación de la experiencia emotiva (Linehan, 1993).

Linehan destaca la tendencia de éstos pacientes a invalidar sus propias emociones, pensamientos, creencias y conductas; dando lugar a veces a expectativas demasiado elevadas y poco realistas para consigo mismos. Esto puede generar un intenso sentimiento de vergüenza, odio y la tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas, específicamente las asociadas con el dolor y las pérdidas, incluyendo tristeza, ira, culpabilidad, vergüenza, ansiedad (Linehan, 2003).

Siguiendo la línea de lo que caracteriza a los sujetos con Trastorno Límite de la personalidad Linehan (2012) plantea:

Las características conductuales de los individuos con trastorno de personalidad límite pueden ser conceptualizadas como los efectos de la desregulación de las emociones y de estrategias no adaptativas de regulación de las emociones. La conducta impulsiva y especialmente la para suicida puede ser entendida como poco adaptativa pero muy eficiente como estrategia de regulación de las emociones... Aunque no está claro cuál es el mecanismo por el cual la automutilación ejerce propiedades reguladoras del afecto, es muy común que los individuos con trastorno de personalidad límite hablen de un alivio sustancial de la ansiedad y otros estados negativos tras estos actos (Linehan, 2013, pág. 13).

Estos pacientes presentan un nivel de desajuste emocional tan elevado que en algunos casos llegan a intentos de suicidio y buscan maneras no aptas para tratar de calmar sus emociones y por ello suelen ser tan impulsivos.

#### Disregulación emocional

Esta disregulación emocional, característica de los pacientes con trastorno límite estaría dada por una predisposición biológica; la interacción con el contexto ambiental

invalidante (Linehan, 2003) y la activación de esquemas disfuncionales, y estaría relacionado con el aumento de las tendencias agresivas.

La modulación de la emoción es una habilidad que implica: entre otras la de impedir las conductas inapropiadas que se relacionan con emociones negativas, como es el caso de la expresión de ira (Oatley, 1993).

La posibilidad de mantener un estado de bienestar, regulando los distintos estresores que provocan alteraciones de los estados de humor, depende de: la capacidad de valorar un evento como positivo o negativo; de la racionalización del evento y del control de impulsos (lo cual es realizado en forma consciente)(Oatley, 1993).

Para responder a situaciones amenazantes, las emociones consideradas más básicas proveerían respuestas adaptativas rápidas. Sobre estas emociones básicas, se conformarán emociones derivadas (o secundarias) que representan patrones complejos o pautas de respuesta automatizadas, producto de interacciones tempranas y aprendizaje mediado por la cultura (Oatley, 1993).

Según Linehan (2003) investigaciones indican que hasta el 76% de las mujeres que cumplen los criterios de TLP fueron víctimas de abuso sexual durante su niñez. También existe evidencia que estos individuos han sufrido abuso físico y trato negligente durante su infancia (Linehan, 2003).

Así la exposición a estrés crónico resultaría en una desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, relacionado a los desórdenes del humor.

En el circuito de regulación: el hipotálamo, libera Adrenocorticotrofina (ACTH) que actúa sobre las glándulas suprarrenales liberando hormonas esteroides, en particular la corticotropina, la cual actúa sobre: a) la amígdala, la que ejerce regulación positiva sobre el hipotálamo (manteniendo la liberación de ACTH, en consecuencia mayor concentración de hormonas esteroides); b) sobre el hipocampo el cual es responsable del feedback negativo al hipotálamo, que cerraría el circuito (esto permitiría mantener un nivel adecuado de hormonas esteroides)(Jacobs & Nadel, 1985).

En situación de estrés esto no ocurre así, el hipocampo se ve afectado parcial o totalmente, ya que la producción de hormonas esteroides supera el nivel basal y no puede darse el circuito regulatorio; en consecuencia, la amígdala comanda las acciones, la

valoración de un evento (positivo o negativo) activará en forma inconsciente esta memoria semántica (Jacobs & Nadel, 1985).

Esta ausencia de regulación por parte del hipocampo permitiría explicar: la amnesia de recuerdos emocionales explícitos en la niñez, según Jacobs y Nadel (1985) porque el hipocampo es una formación de desarrollo más lento y el aprendizaje y la memoria dependiente del núcleo amigdalino, y la distorsión de recuerdos acorde con LeDoux (1999).

El trastorno límite de la personalidad es según Linehan (2003) el resultado de una vulnerabilidad emocional con una posible base biológica en interacción con las deficiencias de un medio ambiente invalidante, que dan lugar a la escasez de habilidades interpersonales, la falta de autocontrol y el deterioro de la identidad (Keegan,2004).

Linehan (1993) postula que estas habilidades podrían ser re aprendidas en una psicoterapia y propone un modelo de tratamiento (que desarrollaremos más adelante) que incluye la enseñanza de habilidades psicosociales, en el marco de una relación terapéutica caracterizada por la comprensión, la validación de las emociones, las conductas y las cogniciones del paciente.

#### **14.Psicología basada en la evidencia**

El término evidencia hace referencia a la certeza que se tiene sobre algún asunto (Frías Navarro & Pascual Llobell, 2003).

Cuando se habla de evidencia, se coincide en que la investigación sistemática provee pruebas, que son las de “mejor calidad” que puede ofrecer el actual estado de desarrollo del área de ciencia, sobre un asunto específico.

El propósito de la Psicología Basada en la evidencia según la American Psychological Association (APA, 2005) es desarrollar una práctica efectiva a nivel profesional; incorporando criterios sustentados empíricamente a todo nivel de acción: evaluación, intervención y también en referencia a la relación terapéutica.

#### **15.Intervenciones psicológicas de menor a mayor evidencia científica**

A fin de introducir al lector en la variedad de las posibles psicoterapias para los TLP, se presentan a continuación algunas de sus aproximaciones clínicas, si bien en este trabajo sólo veremos en mayor profundidad el abordaje terapéutico de la Terapia Dialéctico Conductual.

Presentaremos a continuación tomando como referencia la GPC (2011) los tratamientos de menor a mayor evidencia científica y sus grados de recomendación para el TLP.

Las intervenciones con mayor apoyo empírico tomando como referencia la GPC (2011) y la guía de práctica clínica National Health and Medical Research Council (2012) son la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), la Terapia basada en la mentalización (TBM) y la Terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE).

Luego tomando como referencia la guía de práctica clínica National Health and Medical Research Council (2012) presentaremos una tabla en la cual se ilustra la efectividad para los distintos tipos de síntomas del TLP según distintas intervenciones psicológicas.

Grado de recomendación de la GPC (2011):

**A, B, C o D**, según sea muy buena, buena, regular o baja la calidad de la evidencia.

√ **Buena práctica clínica:** recomendación por consenso del grupo de trabajo. En la ausencia de evidencia no se formula recomendación y el recuadro de grado de recomendación aparece sin sombrear

**Tabla 2. Intervenciones psicológicas en el tratamiento del TLP (adaptado de GPC, 2011, pág.20)**

<b>Terapia cognitivo conductual TCC</b>	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de TCC en pacientes con TLP
<b>Systems training for emotional predictability and problem solving(STEPPS)</b>	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia STEPPS en pacientes con TLP
<b>Terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE)</b>	
<b>C</b>	Se recomienda la TCE para mejorar la sintomatología del TLP así como la recuperación clínica y la calidad de vida
<b>Terapia cognitiva analítica (TCA)</b>	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia TCA en pacientes con TLP
<b>Terapia centrada en el cliente</b>	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia Terapia centrada en el cliente en pacientes con TLP
<b>Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)</b>	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la PFT en pacientes con TLP
<b>Terapia dialéctico-conductual (TDC)</b>	
<b>B</b>	Se recomienda la TDC en pacientes con TLP [ara reducir la frecuencia de intentos de suicidios, ideas suicidas y nivel de depresión, y disminuir la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico]
<b>Terapia basada en la mentalización (TBM)</b>	
<b>C</b>	Se recomienda la TBM ambulatoria en hospital de día para conseguir mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejora de la función social, laboral e interpersonal
<b>Terapia icónica</b>	
	No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la terapia icónica en pacientes con TLP

Según la GPC(2011) las intervenciones en las cuales no existe suficiente evidencia para recomendar su uso o demostrar su efectividad son:

**La Terapia icónica:** terapia propuesta por S. Santiago, surge en 1999 consolidándose en el 2002 (García, Martín y Otín, 2010): Integra distintas técnicas y formas de intervención: usa el razonamiento socrático por medio de preguntas estructuradas para la cognición; para el entrenamiento incluye técnicas conductuales; y para las emociones la relación terapéutica (GPS, 2011).

**Terapia centrada en el cliente:** enfoque desarrollado por Carl Rogers, argumenta que toda persona posee una tendencia o orientación hacia el crecimiento personal, la salud y el ajuste psicosocial, y un valor único y personal que está bloqueado por condicionantes de aceptación externa. La terapia intenta desbloquear éste proceso mediante la aplicación de tres condiciones necesarias y suficientes para lograr el éxito de la misma. Las tres condiciones son Empatía, Aceptación positiva incondicional y Autenticidad o Congruencia (GPC, 2011).

**Terapia cognitivo-analítica (TCA)** desarrollada inicialmente en el Reino Unido en los años 80 por Anthony Ryle, la GPC (2011) explica la terapia cognitivo-analítica como una

estrategia integradora y relacional que utiliza métodos de la TCC con la atención al trastorno antisocial de la personalidad. En ésta terapia el vehículo de cambio es la relación terapéutica averigua cómo se han aprendido y se siguen recreando patrones de relaciones problemáticos, tanto con los demás como en la relación de la persona consigo misma.

Caracterizada por las reformulaciones narrativas y diagramáticas, que son “herramientas” psicológicas construidas conjuntamente y que describen patrones históricos recurrentes de relaciones con los demás y de autogestión. Diseñada para ayudar a la persona a comprender y reflexionar sobre su experiencia de “alternancia” entre distintos estados mentales en respuesta a sentimientos difíciles de controlar o necesidades insatisfechas.

El modelo de la TCA considera que el TLP es una forma de daño más grave y generalizado para el yo, que debe su origen a experiencias prolongadas de privación y un trauma del desarrollo complejo en personas vulnerables. Esto genera una tendencia a una disociación en distintos “estados personales”, con un deterioro de la capacidad de autorreflexión y el sentido de la identidad, un deterioro de la función ejecutiva y una alteración de las relaciones interpersonales.

La terapia ofrece una experiencia relacional reparadora y propicia la motivación, las habilidades y las oportunidades para aprender nuevos patrones de relaciones con uno mismo y con los demás (GPC, 2011).

**Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)** Uno de los abordajes terapéuticos más aplicados en Europa a los pacientes con trastorno límite de personalidad. Sigue un lineamiento cognitivo conductual, el cual establece fundamental el desarrollo de habilidades de comunicación, manejo de emociones y conductas (García, Martín y Otín, 2010).

**Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT):** enfoque terapéutico psicodinámico focalizado en la transferencia fundamentado por los aportes de Kernberg (Perez, 2011)

Se trata de una psicoterapia psicoanalítica modificada. Pese a que reconoce que la transferencia primitiva, la debilidad yoica y acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo impiden un psicoanálisis clásico, considera la transferencia como punto central de intervención. Conserva la interpretación como herramienta técnica fundamental, además de la clarificación la confrontación.

En el psicoanálisis clásico los terapeutas han mantenido la neutralidad, sin embargo éstos métodos se han adaptado para los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, de modo tal que el terapeuta aporta más estructura y es más activo.

Se interpretan tanto los aspectos transferenciales positivos como los negativos, ésta terapia psicodinámica trata de activar los patrones disfuncionales de la relación interpersonal dentro de la relación terapéutica (transferencia) para que éstos puedan entenderse a través de su interpretación.

Considera que los conflictos que se dan en las relaciones se repiten en la relación terapéutica en forma de transferencia y contratransferencia, que interpreta el terapeuta (GPC, 2011).

El análisis de las defensas del paciente permite mejorar el funcionamiento del yo e integrar la transferencia primitiva en relaciones transferenciales más elaboradas (Gomberoff, 2003).

**Terapia cognitivo-conductual** La terapia cognitiva centrada en el cambio de las creencias nucleares, aplica la terapia desarrollada por Beck adaptándola a las necesidades de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad.

Parte del supuesto que los pacientes con TLP tienen serias dificultades para identificar creencias y esquemas cognitivos erróneos y disfuncionales, tanto para sí mismos como para con los demás.

Proporciona guías sobre la formulación, identificación y cambio de las creencias nucleares y el tratamiento de los problemas de conducta. Por tanto, esta terapia pretende entrenar a los pacientes para que aprendan a identificar estas creencias para posteriormente modificarlas de una manera más ajustada a la realidad (GPC, 2011).

Las opciones terapéuticas, según la GPC (2011) con apoyo empírico y mayor grado de evidencia (de menor a mayor) son:

**Terapia basacional en la mente (TBM):** propuesta por Bateman y Fonagy, se basa en la idea de que TLP se debe a una alteración en el desarrollo del apego, que causa un déficit en la mentalización (capacidad de entender los estados mentales propios y ajenos). Hace foco en aumentar la capacidad de autoreflexión del paciente (Villalba, 2011).

**Terapia cognitiva centrada en esquemas:** modelo psicoterapéutico desarrollado por el Dr. Jeffrey E. Young

Distingue la importancia de los esquemas cognitivos disfuncionales que se aprenden en la juventud (esquemas inadaptados precoces) y los procesos que causan inflexibilidad y que impiden un nuevo aprendizaje: mantenimiento, evitación y compensación de los esquemas. Se le propone al paciente que analice hasta qué punto estas creencias nucleares le han ayudado a adaptarse a circunstancias adversas anteriores, y que se cuestione si son apropiadas para permitirle adaptarse a su situación actual. El tratamiento trata de facilitar la conexión afectiva y el reaprendizaje (GPC, 2011).

Siguiendo el orden de menor a mayor evidencia científica por último tenemos la **Terapia Dialéctica Conductual** la opción terapéutica con mayor grado de evidencia y apoyo empírico, principalmente por su eficacia sobre la reducción de los intentos de autolisis y el consumo de sustancias (GPC,2011).

Si bien en general las intervenciones referidas tienen un amplio apoyo empírico, algunas han demostrado mayor efectividad en determinados grupos de síntomas del TLP, tomando como referencia la guía de práctica clínica National Health and Medical Research Council (2012) presentaremos una tabla en la cual se ilustra la efectividad para los distintos tipos de síntomas del TLP según distintas intervenciones psicológicas.

Resumen del metanálisis de los ensayos de tratamiento psicológico en TLP según la guía de practica clinica National Health and Medical Research Council (2012)

✓ Estadísticamente significativo favoreciendo el tratamiento con más de un ensayo incluido en el análisis

✓ 1 Estadísticamente significativo favoreciendo el tratamiento basado en un solo ensayo

**NS** No significativo con más de un ensayo incluido en el análisis

**NS1** No significativo basado en un solo ensayo

- Resultado no informado en los ensayos / no incluido en el metanálisis

**Tabla 3. Resumen del metanálisis de los ensayos de tratamiento psicológico en TLP (adaptado de National Health and Medical Research Council, 2012, pág. 55)**

	En general	TCC	TDC	DDP	MACT	TBM	TCE	STEPPS	PFT
Síntomas de TLP	✓	-	NS1	NS1	-	-	✓1	✓	✓1
Psicopatología general	✓	NS1	✓	-	-	✓	✓1	✓	NS1
Enfado	✓	-	✓	-	-	-	-	-	-
Depresión	✓	NS1	✓	NS1	-	NS	-	NS1	NS1
Ansiedad	✓	NS1	✓	-	-	✓1	-	-	NS1
Ideación suicida	✓	-	NS	-	✓1	-	-	-	-
Auto-daño y suicidio	✓	✓1	✓	NS1	✓1	✓1	-	-	NS1
Funcionamiento general	✓	NS1	✓	NS1	-	-	✓1	✓	NS1
Interpersonal y social marcha	✓	NS1	NS	NS1	-	NS	✓1	NS	-
Hospitalización	✓	NS1	NS	-	-	✓1	-	-	NS1

Meta-análisis basado en ensayos clínicos publicados entre 1990 y 2011 (National Health and Medical Research Council, 2012).

TCC: terapia cognitivo-conductual; TDC: terapia dialéctico conductual; DDP: psicoterapia dinámica deconstructiva; MACT: terapia cognitiva asistida manualmente; TBM: terapia basada en la mentalización; TCE: terapia centrada en esquemas; STEPPS: Formación de sistemas para la predicción emocional y la resolución de problemas; PFT: psicoterapia focalizada en la transferencia.

## 16.Terapia Dialéctico Conductual

En la psicoterapia de la conducta según Hayes (2004) se habla de tres grandes generaciones u olas:

- 1-Primera Generación: conductismo (Skinner, Watson, etc)
- 2-Segunda Generación: cognitivo-conductual (Beck, Ellis, etc.)
- 3-Tercera Generación: Mindfulness, Kayes, etc.

La **terapia dialéctica conductual** en adelante **TDC** (DBT por sus siglas en inglés derivadas de *dialectical behavior therapy*) es un modelo terapéutico perteneciente a la “tercera generación” o “tercera ola” en psicoterapias de la “conducta”, ya que se basa en las ciencias del comportamiento e incluye elementos de Mindfulness y de la filosofía dialéctica(Linehan,1993).

La TDC es una modalidad de tratamiento psicológico descrita por primera vez como tratamiento estructurado diseñado específicamente para el TLP por la psicóloga Marsha Linehan una investigadora de psicología de la Universidad de Washington en 1993 (Linehan, 1993).

Se trata de una modalidad de tratamiento que incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento de diversas habilidades.

En la actualidad la TDC, como mencionamos antes es el tratamiento con mayor evidencia empírica para el TLP, demostrando ser efectiva en la disminución de varios problemas asociados a este trastorno, como ser: autolesiones, intentos de autoeliminación, desesperanza, depresión, ideación suicida y comportamientos asociados a la bulimia.

Combina diversas técnicas cognitivo-conductuales, dirigidas a la regulación emocional y pruebas de realidad, con los conceptos de tolerancia a la angustia, aceptación y la plenitud de conciencia, en gran parte derivados de la práctica de meditación budista.

La orientación teórica de la TDC tiene como base la combinación de éstas tres posiciones:

- a) La orientación conductual, basándose en procesos de aprendizaje básicos como motor del cambio de la conducta del paciente.
- b) La filosofía dialéctica, que enfatiza el cambio como parte de la realidad.
- c) La meditación Zen.

Linehan (2003) sostiene una etiología biosocial del trastorno, y plantea la disregulación emocional como la disfunción primaria en el TLP, ésta disregulación emocional tendría su origen en principios biológicos que conllevan a la vulnerabilidad inicial del sujeto en conjunto con un entorno invalidante. Una familia invalidante niega o responde de modo inapropiado a las vivencias del individuo. No se consideran sus reacciones emocionales como válidas ante los hechos que las provocan, sino que se les da poca importancia, se las desprecia, se las desatiende o, incluso, se las castiga. Estas familias tienen inclinación a valorar en exceso el control de la expresión emocional, transmiten que la solución de los problemas es más simple de lo que realmente corresponde, y no toleran la manifestación de afectos negativos (Linehan, 2003)

Linehan (1993) diseñó un estudio en el intenta demostrar la eficacia de su terapia dialéctica conductual.

La autora parte de que, si bien algunos estudios demuestran cómo la intervención psicosocial mitiga diversas conductas suicidas, ninguno de éstos estudios se ha centrado en trabajar con una muestra específica de pacientes con intentos suicidas, que incluyan, a su vez, los criterios diagnósticos del TLP.

Linehan (1993) y su grupo de investigación desarrollaron la TDC aplicada a un grupo de mujeres con intentos recurrentes de suicidio y diagnosticadas de un TLP.

Los objetivos del tratamiento eran:

- 1) reducción de las conductas suicidas o de alto riesgo para la supervivencia,
- 2) Disminuir aquellos comportamientos que obstaculizan el proceso terapéutico,
- 3) reducción de las conductas que deterioran la calidad de vida del sujeto.

Esto supone una disminución en la frecuencia y la duración hospitalaria a medida que transcurre la intervención, lo cual servirá como medida del éxito de la intervención.

Después de un año de tratamiento, en el que se combinaron la terapia individual, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia grupal con formato psicoeducativo, los resultados fueron los siguientes: en primer lugar, una disminución significativa en la frecuencia y en el riesgo médico del comportamiento suicida en aquellas mujeres a las que se les había aplicado la terapia dialéctica comparadas con las que no habían recibido esta intervención (1,5 frente a 9 intentos suicidas por año); en segundo lugar, se demostró una importante adherencia al tratamiento (sólo 4 de las 24 pacientes abandonaron a lo largo del

año); en tercer lugar, el tiempo de hospitalización psiquiátrica fueron menores para las mujeres a las que se la aplicó éste tratamiento (8,46 días frente a 38,86 días por año) (Linehan, 1993)

Estos efectos debidos al tratamiento ocurrieron a pesar de que la Terapia Dialéctica Conductual no presentaba una eficacia diferencial en cuanto a la mejora de las pacientes en depresión, desesperanza, ideas suicidas o razones para vivir. Por lo tanto, no se conocen bien cuáles serían los factores de éxito, aunque se postula el modo en que se lleva a cabo la terapia, combinando sesiones individuales y de grupo muy estructuradas, con una importante priorización de objetivos y apoyo terapéutico (Linehan et al., 1991; Linehan 1993)

### **Estructura del tratamiento**

En la TDC el tratamiento se estructura en base a cuatro instancias: la psicoterapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades, la consultoría telefónica y reuniones de consultoría del equipo terapéutico.

Cada una de estas instancias terapéuticas tienen objetivos claros y diferenciados que deben ser respetados por terapeutas y pacientes (Linehan, 1993).

#### Terapia individual

El terapeuta individual es quien guía el proceso terapéutico, es el responsable de articular el resto de modalidades, planificar el tratamiento y de ayudar al paciente a integrar y aplicar aquello que aprende en las otras instancias, busca que el paciente sea capaz de usar las habilidades en las diversas situaciones de la vida diaria y en todos los contextos que sean necesarios. y es quien ayuda al paciente durante las crisis.

Es semanal y se realiza a la par del entrenamiento en habilidades ( terapia grupal)

#### Grupo de habilidades

Se da semanalmente y es dirigido por dos terapeutas, los que, de preferencia, no deben ser los mismos que los terapeutas individuales de cada participante del grupo (Linehan,1993).

Consta de cuatro módulos: Habilidad de tolerancia a la angustia, regulación emocional, efectividad interpersonal y conciencia plena (mindfulness). Cada módulo dura en

promedio dos meses y son circulares, permitiendo que el grupo sea abierto, aunque podría ser cerrado de acuerdo a las necesidades y objetivos (Linehan, 1993).

Para la TDC, habilidad es sinónimo de capacidad y lo que se busca en el entrenamiento de habilidades es enseñar habilidades que servirán para disminuir algunos comportamientos disfuncionales (como ser las autolesiones) y sustituir estos comportamientos por otros cuyas consecuencias sean menos dañinos. Se parte del supuesto que los pacientes con TLP carecen de conductas efectivas en su repertorio, por lo que deberán adquirirlas (en el entrenamiento), fortalecerlas (en el entrenamiento y en la terapia individual) y generalizarlas (en la terapia individual).

La conciencia plena es uno de los conceptos básicos detrás de todos los elementos de la TDC y consiste en la capacidad de prestar atención, sin juzgar, el momento presente. Tiene que ver con vivir el momento, experimentando emociones y sentidos plenamente.

La idea básica de la conciencia plena consiste en prestar atención de manera intencional al momento presente (Kabat –Zinn, 1990). El objetivo es que el paciente aprenda a focalizar la atención en sus propios pensamientos y emociones, intentando describir lo que ocurre sin emitir juicios.

Se considera base para las otras habilidades enseñadas en TDC, ya que ayuda a las personas a aceptar y tolerar las poderosas emociones que pueden sentir en el momento de exponerse a situaciones molestas. El concepto de atención y los ejercicios de meditación que se enseñan derivan de la práctica budista tradicional, pero la versión que imparte TDC no implica conceptos religiosos o metafísicos (Linehan, 1993).

Las habilidades de regulación emocional, estos pacientes recibirán una ayuda para aprender a regular sus emociones, de esta forma disminuir los comportamientos impulsivos que ocurren en contextos de alta activación emocional. Con este fin se les enseña a identificar y describir las emociones, a no evitar las emociones negativas, y a aumentar las emociones positivas (Dimeff & Koerner, 2007).

La tolerancia a la angustia se enseña por medio de técnicas para el control de impulsos. El objetivo es ayudar al paciente a que sea capaz de reconocer con calma las situaciones negativas y su impacto, en lugar de ser abrumado o esconderse de ellos. Ayudan al paciente a sobrellevar las crisis sin caer en abusos de sustancias, intentos de autoeliminación u otros comportamientos nocivos.

En el módulo de habilidades de efectividad interpersonal las habilidades que se enseñan la intención es maximizar las posibilidades, para que los objetivos del paciente, en

una situación específica se cumplan, procurando no dañar la relación interpersonal o a la persona consigo misma. Se enseña asertividad y a lograr los objetivos manteniendo el respeto por uno mismo y los demás (Linehan, 1993).

### Consultoría telefónica

El paciente se puede comunicar telefónicamente con el terapeuta, siguiendo un protocolo previamente establecidas, para regular las razones del contacto y los horarios. La consulta telefónica los siguientes objetivos: brindarle al paciente la oportunidad de reducir las conductas suicidas, para suicidas y desadaptativas, atendiendolos cuando están en crisis.

El contacto telefónico debe ser breve, aproximadamente unos 10 minutos, de tipo directivo y enfocado en el uso de habilidades.

### Reuniones de consultoría del equipo de terapeutas

Esta instancia , de frecuencia semanal, está diseñada para solicitar supervisión en caso de que se tenga dificultad con algún paciente, para entrenamiento grupal de habilidades con respecto a las dificultades que puedan surgir. éstas reuniones cumplen además con otras funciones importantes las cuales incluyen: mantener la motivación y adhesión al modelo de tratamiento por parte de terapeutas, mejorar la empatía con los pacientes y prevenir o reducir el “Síndrome de burnout” (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007).

### **Etapas del tratamiento**

El tratamiento se divide en una etapa de pretratamiento y cuatro etapas de tratamiento, cada cual con sus metas específicas. Se establecen como prioridad en el tratamiento a las conductas del paciente que intervengan de forma más negativa en su calidad de vida (Linehan, 1993).

- **Pre-tratamiento** en ésta etapa los objetivos serán los siguientes: evaluación de los pacientes; orientar al paciente sobre la naturaleza del tratamiento y obtener el compromiso; por último, establecer objetivos de acuerdo a las áreas de desregulación y conductas disfuncionales y llegar a acuerdos sobre qué es lo que se

brinda y se ofrece, es una buena oportunidad para que el terapeuta clarifique cualquier creencia o expectativa que luego podrá interferir negativamente con la terapia (Linehan, 1993):

- **Etapa I:** el foco se ubica en torno a los comportamientos más severos del TLP. Los objetivos son los siguientes:
  - Reducir las conductas que atenten contra la vida (en el caso de que haya ideación suicida, o autolesiones).
  - Reducir las conductas que interfieren con la terapia (por ejemplo: llegadas tarde o inasistencias).
  - Reducir las conductas que interfieren con la calidad de vida (ej.: problemas de relacionamiento, problemas con los estudios o trabajo).
    - Aumentar las habilidades conductuales que se enseñan específicamente en los grupos de habilidades. (ej.: centrarse en el presente, mantener relaciones interpersonales adecuadas, entender las emociones y ser tolerantes a la angustia)
- **Etapa II:** el objetivo en ésta etapa es el trabajar en relación a la sintomatología de estrés postraumático
- **Etapa III:** En la tercera etapa los objetivos son: incrementar el autorrespeto e incrementar la calidad de vida del paciente y orientarlo a alcanzar
- **Etapa IV:** En la cuarta etapa el objetivo es ayudar a tolerar mejor el del sentido de incompletud y encontrar libertad y alegría.

Aunque las etapas son presentadas de forma lineal, es habitual que en el tratamiento se superpongan y el paciente oscila entre una y otra (Dimeff & Koerner, 2007).

### **Estrategias en la TDC**

Las estrategias de tratamiento en TDC según Linehan (1993) pueden agruparse en cuatro categorías:

- 1. estrategias dialécticas.**
- 2. estrategias centrales.**
- 3. estrategias estilísticas.**

#### **4. estrategias de gestión de casos.**

**1. Estrategias dialécticas.** La raíz de las Estrategias dialécticas viene de la filosofía dialéctica, que plantea la realidad como un estado de cambio y proceso permanente, siendo muy útiles cuando ocurren polarizaciones (Linehan, 1993).

El pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas que caracterizan a los sujetos con Trastorno Límite de la personalidad son fracasos dialécticos desde la TDC.

El sujeto estaría atrapado en polaridades y es incapaz de lograr la síntesis (Linehan, 1993).

Las tres polaridades problemáticas que caracterizan a los TLP se pueden sintetizar de la siguiente forma:

- necesidad de aceptación de sí mismo y la necesidad de cambio.
- logro de aquello que se necesita y abandonar la ayuda una vez que logre ser más competente.
- entre mantener la integridad personal y la confirmación de su punto de vista acerca de las dificultades que tiene frente al aprendizaje de nuevas habilidades que lo ayudarán superar el sufrimiento (Linehan, 1993).

El énfasis está puesto en la integración de opuestos, el objetivo es centrar la atención del sujeto en estas polaridades y sugerir formas para superarlas (Linehan, 1993).

Linehan (1993) describe ocho estrategias dialécticas: (1) formular y utilizar la paradoja; (2) Representar el “abogado del diablo”; (3) usar metáforas; (4) extremar el significado de las expresiones; (5) activar la mente sabia; (6) permitir el cambio natural; (7) hacer limonada de los limones; (8) evaluación dialéctica.

1) formular y utilizar la paradoja, esto consiste en mostrarle al paciente qué situaciones, emociones o pensamientos que aparentan ser contradictorios pueden no serlo. Ej. se sostiene el derecho de la persona a suicidarse y al mismo tiempo se sostiene el derecho del terapeuta a hacer todo lo posible para evitar que esto pase, incluyendo una hospitalización involuntaria. También se logra mediante la sustitución de la palabra “pero” por la palabra “y”.

2) “el abogado del diablo” la técnica consiste en que el terapeuta defienda una forma extrema del pensamiento del paciente (ej. estoy tan gorda que mejor sería estar muerta),

mientras que el paciente lo refuta, cualquier argumento del paciente es contradecido exagerando aún más el pensamiento disfuncional hasta que sea obvia la cualidad negativa de éste. Técnica semejante a la usada en la terapia racional-emotiva (Ellis, 1973) en la que el terapeuta defiende la creencia irracional.

3) Metáforas: el uso de metáforas, parábolas, mitos o cuentos son formas alternativas de exponer o hacer visibles comportamientos dialécticos, y pueden ser más fáciles de recordar para el paciente.

4) extremar el significado de las expresiones, consiste en que el terapeuta magnifique los dichos del paciente (Linehan, 1993)

5) activar la mente sabia, se busca que el paciente adquiera habilidades para poder actuar desde la “mente sabia” (Linehan, 1993). En la TDC se plantean tres estados mentales primarios : la mente racional, la mente emocional, y la mente sabia.

La mente racional atiende a los hechos empíricos, se activa cuando se piensa de forma intelectual y lógica (Linehan, 1993).

La mente emocional se activa cuando las emociones guían los pensamientos y comportamientos (Linehan, 1993).

La mente sabia integra la observación, el razonamiento lógico, la experiencia sensorial, la intuición y el aprendizaje (Linehan, 1993). Consiste entonces en la integración de la mente racional y la mente emocional.

6) permitir el cambio natural, hace referencia a la filosofía dialéctica que explica la realidad como un proceso de desarrollo y cambio (Linehan, 1993).

7) hacer limonada de los limones, las situaciones de crisis son pensadas como oportunidades para superarse y practicar las habilidades (Linehan, 1993).

8) evaluación dialéctica se trata de establecer una mirada holística acerca de las dificultades del paciente, permitiendo identificar los motivos que en la actualidad hacen que se mantenga la dificultad (Linehan, 1993).

## **2. Estrategias centrales**

Además de las Estrategias dialécticas, la **validación** y la **solución de problemas** son centrales en la TDC según Linehan (1993).

**Validación** hace referencia a la aceptación, y la solución de problemas se orienta al cambio, se le comunica al paciente en forma clara que sus respuestas o comportamientos tienen sentido en cierto contexto, no se invalidan sus comportamientos (Linehan, 1993). Es una técnica que implica buscar elementos en la historia y en la actualidad del paciente, que hacen que la respuesta efectuada por el sea comprensible y válida, aunque es desadaptativa y se requiera modificar (Linehan, 1993)

Linehan (1993) plantea tres niveles de validación:

1)Observación activa: consiste en recabar información del paciente desde una postura en la que no se juzga al paciente

2)Reflejar: el segundo nivel consiste en reflejar aquello que se observó, es primordial para esto procurar una postura empática.

3)Validación directa: en éste nivel el terapeuta procurando ser claro y promoviendo una actitud empática comunica al paciente que sus emociones, pensamientos y conductas son entendidos por él en el contexto que han ocurrido, evitando comentarios disfuncionales.

Lo importante de la validación es que el terapeuta le comunique al paciente que sus respuestas tienen sentido y se entienden si se tiene en cuenta el contexto y la situación actual (Linehan, 1993). Es importante aclarar que validar no es estar de acuerdo ni darle la razón al otro; significa aceptar y reconocer las emociones como expresiones auténticas de su propia visión del mundo y de sus sentimientos. Es decir, lo que se valida son las emociones, no las conductas (Apfelbaum y cols, 2002 ).

Resolución de problemas: Implica un análisis conductual y análisis de soluciones. Según Linehan (1993) se procura facilitar una posición activa en el paciente hacia la solución de sus problemas, este proceso consta de dos etapas: 1) Entender y aceptar determinado problema; 2)Generar soluciones alternativas.

La definición de conductas problemáticas se realiza mediante un exhaustivo análisis conductual, de la cadena de acontecimientos que generaron la respuesta disfuncional, se busca definir cuáles fueron los factores intervinientes, antes, durante y después de que la conducta ocurriera. De esta forma se busca recabar información suficiente sobre los elementos conductuales y ambientales asociados a la conducta problemática (Dimeff & Koerner, 2007).

Luego de definir la situación problema lo siguiente es construir hipótesis y su comprobación, sobre los acontecimientos que se están manteniendo y cuáles generan las conductas problema (Linehan, 1993).

Posteriormente la estrategia consiste en un intento activo de encontrar soluciones. Dependiendo del caso la solución puede ser el entrenamiento en habilidades, procedimientos de contingencias, técnicas de exposición y modificación cognoscitivas, técnicas provenientes de la terapia cognitivo-conductual (Linehan, 1993).

### **3. Estrategias estilísticas**

Las estrategias estilísticas hacen referencia al estilo de comunicación, en el proceso de tratamiento la TDC utiliza dos niveles de comunicación distintos: la comunicación recíproca y la comunicación irreverente (Linehan, 1993)

- a) Comunicación recíproca, hace referencia a un estilo de comunicación cercano, empático, afectuoso, cálido, que implica un compromiso con la realidad. Tiene como objetivo disminuir la diferencia de poder que se percibe entre el terapeuta y el paciente
- b) Comunicación irreverente, el de comunicación es de confrontación, irónico pero respetuoso y no agresivo. Se lleva los argumentos del paciente al absurdo por ejemplo cuando el terapeuta se coloca en papel del “abogado del diablo”

### **4. Estrategias de gestión de casos.**

a) Estrategia de asesor al paciente; b) Estrategia de intervención en el entorno; c) Estrategia de supervisión y asesoría.

Estas estrategias tienen que ver con la importancia de asesorar al paciente y reestructurar su entorno, comprende además a que el terapeuta recibe supervisión y asesoría.

## 17. Conclusiones

El TLP es una enfermedad psiquiátrica severa, a pesar de sus altos niveles de prevalencia y de sus elevadas tasas de suicidio, es un trastorno relativamente nuevo en el campo de la psicopatología, dónde aún hoy es un tema de controversia en lo relacionado a si se trata de un constructo unitario o si está formado por varios subtipos.

Su diagnóstico y tratamiento son complejos debido a la heterogeneidad en su sintomatología y la elevada comorbilidad con otra enfermedades mentales (GPC, 2011).

En este trastorno, según el DSM-IV (APA, 1994) se pueden encontrar entonces tres aspectos característicos, son la inestabilidad emocional, inestabilidad en el comportamiento a la inestabilidad en lo interpersonal.

Para el desarrollo de los niveles de evidencia en las intervenciones psicológicas usamos como referencia la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno Fronterizo de la Personalidad: National Health and Medical Research Council (2012) y la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Límite de la personalidad (GPC, 2011) documentos donde se organizan las mejores evidencias científicas que se encuentran disponibles hasta los años 2011 y 2012, donde también se encuentran recomendaciones flexibles para que sean utilizadas en la toma de decisiones clínicas.

En conclusión La terapia dialéctico-conductual parece ser la primera opción terapéutica para la atención de las personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (National Health and Medical Research Council, 2012) , especialmente si se trata de mujeres con tendencias suicidas y autolesivas, con trastornos crónicos del Eje 1, con trastornos comórbidos por abuso de sustancias (lo que constituye un factor de riesgo asociado a suicidio consumado) y con conductas de ira, impulsividad y agresiones (Linehan,1993).

En cuanto al resto de terapias, aunque con menor grado de evidencia, parece ser que la terapia basada en la mentalización, la terapia cognitivo centrada en esquemas y la terapia

cognitivo-conductual contribuyen de manera significativa a la reducción de conductas que suponen un riesgo para la vida de estos pacientes, en cuanto a las demás terapias todavía existen datos contradictorios (GPC, 2011).

### **Referencias bibliográficas:**

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

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª edición ) (DSM-IV). Washington, DC: APA.

American Psychological Association (2005). Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology. Washington, DC: APA

Apfelbaum S, Gagliesi P, Lencioni G, Pechon C, Herman L, Kriwet M, Boggiano J y Vuelta B. (2002, 2003, 2004). Manual Psicoeducacional para Pacientes, Familiares y Allegados sobre el Desorden Límite de la Personalidad. "Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad", Facultad de Psicología UBA. En prensa

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

Crowell, S., Beauchaine, T. & Linehan, M. (2009) A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. Psychological bulletin, 135 (3), 495-510.

Cuevas Yust, C., López Pérez-Díaz, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12, 1, 97-114.

Dimeff, L.A. & Koerner, K. (2007). Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings. New York: Guildford Press.

Ellis, A. (1973). Rational-emotive psychotherapy. En R. Corsini (dir), Current psychotherapies. Itaca, II: Peacock.

Fernández Abascal, E. y otros. (2010). Psicología de la emoción. Centro de estudios Ramón Areces S.A. : España

Frías Navarro, M. y Pascual Llobell, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento. Papeles del Psicólogo, 85, 11-18.

García, M., Martín, M., y Otín, R. (2010) Tratamiento integral del Trastorno Límite de la Personalidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 30(106), 263-278. Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/trastorno\\_de\\_inestabilidad\\_de\\_la\\_personalidadborderline/tratamiento-integral-del-trastorno-limite-de-personalidad/](http://www.psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/trastorno_de_inestabilidad_de_la_personalidadborderline/tratamiento-integral-del-trastorno-limite-de-personalidad/)

Gomberoff, M. (2003). Tratamiento psicoanalítico de los pacientes limítrofes. En Riquelme Vejar, R. y Oksenberg Schorr, A. (Eds.) Trastornos de Personalidad: Hacia una mirada Integral (pp.433-445). Chile: Imprenta Salesianos.

GPC (2011). Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Forum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Barcelona:Agència d'Informació, avaluació i Qualitat en Salut.

Grant, B., Chou, S., Goldstein, R., Huang, B., Stinson, F., & Saha, T. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Clinical Psychiatry, 69, 533-545.

Greenberg, L. S. (2000). Emociones: una guía interna (cuáles sigo y cuáles no). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Greco, C. Morelato, G. & Ison, M. (2007). Emociones positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. Psicodebate 7. Psicología, cultura y sociedad

Gunderson, J. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: guía clínica*. Barcelona: Ars XXI.

Gunderson, J.G., Links, P.S. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide* (2 ed.). Washington (DC): American Psychiatric Publishing.

Hayes, S.C. (2004). *Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies*.

En

S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the*

*cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.

Herman, J. L. y Van Der Kolk, B. A. (1987). *Traumatic antecedents of borderline personality disorder*. En: B. A. van der Kolk (dir.), *Psychological trauma* (p. 111-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Jacobs, W.J.; Nadel, L. (1985). *Stress-Induced Recovery of Fears and Phobias*. *Psychological Review*. Vol. 9;. No. 4. 512-531

Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. (2002). *Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood*. *Arch Gen Psychiatry*.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta. Edición en Castellano: *Vivir con plenitud las crisis*. 2003. Ed. Kairós.

Keegan, E. (2004). *Abordaje cognitivo del trastorno límite de la Personalidad*. *Vertex Rev. Arg. De Psiquiatría*

Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós.

Kernberg, O. (1984). Trastornos Graves de la Personalidad. Estrategias psicoterapéuticas. México: El Manual Moderno

Kernberg, O. (1993). Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. México: Paidós.

Kernberg, O. (1994). La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad. Bs. As.: Paidós.

LeDoux, J. (1999). El cerebro Emocional. Capítulos 2, 3, 5, 6 y 7. Barcelona: Ariel-Planeta

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

Linehan M. Skills (1993) Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. Press. TG, editor. New York

Linehan, M.M. (1993a). Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. Nueva York : Guilford.

Linehan, M. M. (2003). Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite. Madrid: Paidós.

Linehan, M. M. (2012). Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite. Publications, Inc. Nueva York.

Lynch T., Trost W., Salsman N., & Linehan M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. Annual Review of Clinical Psychology. 3, 181–205

Miller, A. L. , Muehlenkamp, J. J. & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. Clinical Psychology Review, 28(6), 969-981.

Millon, T. y Davis, R. D. (1998). Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, S.A.

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

Molina R, Rubio V, Pérez A, Carrasco JL. Trastorno límite de la personalidad. En: Roca M, editor. Trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2004.

National Collaborating Centre for Mental Health. NICE (2009). Borderline Personality Disorder: treatment and management. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence

National Health and Medical Research Council (2012). Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council.

Oatley, K. (1993). Social Construction in Emotion. En M. Lewis, Michael and J. Haviland (Ed). Handbook of Emotions (pp. 341-352) NY: The Guilford Press.

Organización Mundial de la Salud. (1993). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS, Ginebra.

Pérez, L. (2011) Trastorno límite (borderline) de 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)

Swartz M, Blazer D, George L.(1990) Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. Journal of Personality Disorders. 72-257.

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),15-19. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/03\\_LV.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/03_LV.pdf)

Widiger TA, Weissman MM(1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry*.21- 1015

Zanarini, M. C. (1993). BPD as an impulsive spectrum disorder. En: J. Paris (dir.), *Borderline personality disorder: etiology and treatment* (pp. 67-85). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Zanarini, M.C. y Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypocondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 25-36.

Zanarini, M.C. y Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.

Zanarini, M. C. , Frankenburg, F. R. , Reich D.B, Marino M.F, Lewis R.E. Williams A A, et al.(2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Pers Disord*. 73-264.

Zanarini, M. C. , Frankenburg, F. R. ,Hennen J, Silk, K. R.(2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6 year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder.*American Journal of Psychiatry*, 83-274.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10 - year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163 (5), 827-832

Zanarini,M.C.,Frankenburg,F.R.,Reich,D.B.,Silk,K.R.,Hudson,J.I.& Mc Sweeney, L. B. (2007).The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10 - year follow- up study. *American Journal of Psychiatry*,164,929-935