



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Psicoterapias efectivas en el Trastorno Límite de la Personalidad

Trabajo Final de Grado, Monografía

Estudiante: Cecilia Agustina Misol Cárdenas

Tutor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma Sánchez

Revisor: Prof. Adj. Mg. Luis Gonçalvez Boggio

Montevideo, Uruguay

Septiembre, 2025

Índice

Resumen	2
Abstract	2
Introducción	4
Trastorno Límite de la Personalidad	4
Historización	4
Definición y Características	6
Etiología	10
Epidemiología	12
Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad	14
Pronóstico	16
Tratamiento	16
Psicoterapias	16
Psicoterapia Focalizada en la Transferencia	18
Terapia Basada en la Mentalización	21
Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas	25
Terapia Dialéctico Conductual	32
Psicofármacos	41
Conclusiones	42
Referencias Bibliográficas	43

Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por ser un patrón dominante de inestabilidad e impulsividad en diversas áreas del sujeto, tales como en sus relaciones interpersonales, en la imagen de sí mismo y en los afectos (APA, 2022). El desarrollo de este trastorno no puede atribuirse a una causa única y específica, sino que responde a una etiología compleja, donde interactúan de forma dinámica factores biológicos y sociales. Además, el TLP presenta una considerable heterogeneidad clínica, lo que impone la necesidad de desarrollar tratamientos adecuados a cada subjetividad que cuenten con evidencia científica. De acuerdo con lo expuesto por Leichsenring et al. (2024), la psicoterapia constituye el tratamiento de primera elección para el TLP. Las terapias que cuentan con el respaldo de organismos internacionales como la American Psychological Association (APA) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) para el tratamiento del TLP son: la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT), la Terapia Basada en la Mentalización, la Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas (TCE) y la Terapia Dialéctico Conductual (TDC). Este trabajo busca recopilar información sobre el TLP y sus correspondientes psicoterapias efectivas con el propósito de promover su visibilización, haciendo énfasis en la necesidad de contar con respaldo científico en el ejercicio de la práctica profesional.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad, Psicoterapias Efectivas, Evidencia

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is characterized by a pervasive pattern of instability and impulsivity affecting various areas of the individual's functioning, including interpersonal relationships, self-image, and emotional regulation (APA, 2022). The development of this disorder cannot be attributed to a single specific cause, but rather results from a complex etiology involving the dynamic interaction of biological and social factors. Additionally, BPD

presents with considerable clinical heterogeneity, which underscores the need to implement treatments tailored to individual subjectivity and supported by scientific evidence. According to Leichsenring et al. (2024), psychotherapy is the first line treatment for BPD. The therapies that are recognized by international bodies such as the American Psychological Association (APA) and the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) for the treatment of BPD include: Transference Focused Psychotherapy (TFP), Mentalization Based Therapy (MBT), Schema Focused Cognitive Therapy (SFT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT). This work intends to gather information on BPD and its evidence based effective treatments, with the purpose of promoting greater awareness of the disorder and emphasizing the importance of scientific evidence in professional clinical practice.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Effective Psychotherapies, Evidence

Introducción

El presente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología tiene como objetivo profundizar en el estudio del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y las psicoterapias efectivas para su tratamiento basadas en evidencia. Para comprender dicho trastorno, se presenta un breve recorrido histórico desde sus primeras conceptualizaciones hasta su definición actual en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 TR (APA, 2022), como un patrón dominante de inestabilidad e impulsividad en diversas áreas del sujeto, tales como en sus relaciones interpersonales, en la imagen de sí mismo y en los afectos.

Se expondrán las cuatro psicoterapias que han demostrado mayor efectividad y consenso en la comunidad científica para el tratamiento del TLP, contando con el respaldo de organismos internacionales como la American Psychological Association (APA) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE): la Psicoterapia Basada en la Transferencia (TFP), la Terapia Basada en la Mentalización (TBM), la Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas (TCE) y la Terapia Dialéctico Conductual (TDC).

El estudio y la actualización constante sobre el TLP y sus tratamientos efectivos son fundamentales para impulsar la concientización y divulgación, promoviendo prácticas basadas en la evidencia y minimizando el riesgo de iatrogenia en el ejercicio profesional. Asimismo, es esencial para quien busca mejorar su calidad de vida o la de un conocido, comprendiendo la sintomatología, su gravedad y tratamiento correspondiente.

Trastorno Límite de la Personalidad

Historización

Previo a adentrarnos específicamente en el diagnóstico de TLP, es pertinente remitirnos a conceptos que lo rodean (y componen) para comprender mejor su complejidad. Siguiendo lo planteado por Millon (2006), la personalidad y sus trastornos han sido objeto de estudio

preponderante en las últimas décadas. En primer lugar, en cuanto a la personalidad, Millon 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” (Millon, 2006, p.2). Por lo tanto, entendemos a la personalidad como la suma de atributos y características psicológicas, las cuales son responsables de caracterizar al individuo con un modo de ser propio, que lo identifican a lo largo del tiempo, a través de los distintos contextos y según el rol que desempeña (Belloch Fuster & Fernández-Álvarez, 2010).

Con respecto al concepto de trastorno de la personalidad, según APA (2022) éste es un patrón persistente de experiencia interna y comportamiento que se desvía de manera significativa de las normas y expectativas de la cultura del individuo. Este patrón es generalizado e inflexible, tiene su inicio en la adolescencia o al comienzo de la adultez, se mantiene estable a lo largo del tiempo y genera malestar o deterioro en el funcionamiento. Siguiendo lo planteado por Belloch Fuster y Fernández-Álvarez (2010), el trastorno de la personalidad se pone de manifiesto en la mayor parte de situaciones y contextos en los que habita la persona, no es producto de una situación o de algún acontecimiento transversal, sino que abarca de forma longitudinal gran parte de su vida. Perjudica el desarrollo del individuo ya que lo vuelve rígido, inflexible ante la adquisición de nuevas habilidades o ante los cambios, tornándolo frágil y vulnerable (Belloch Fuster & Fernández-Álvarez, 2010).

Asimismo, Millon (1998) refiere que los trastornos de personalidad no pueden concebirse como enfermedades, sino como sistemas estructurales y dinámicos, sin una “división estricta entre normalidad y patología” (p13). De este modo, propone que su abordaje terapéutico requiere modalidades de intervención combinadas y estratégicamente planificadas, que integren la historia y el estilo de vida del individuo, posibilitando así una comprensión más profunda y personalizada de la psicopatología de cada persona.

Con relación al trastorno límite de la personalidad existe una gran complejidad en la presentación clínica del cuadro: su heterogeneidad. Ésta se debe a que en intentos de conceptualizar y teorizar acerca del concepto de personalidad se ha derivado en una vasta cantidad de términos y desacuerdos entre autores respecto a atributos esenciales para su debida caracterización (GPC, 2011).

Siguiendo lo planteado en la GPC (2011), el término “límite” tiene su origen dentro del marco teórico del psicoanálisis; el primero en emplearlo fue Adolf Stern en 1938, al referirse a un grupo de pacientes cuyos síntomas no se ajustaban a las categorías diagnósticas tradicionales de neurosis o psicosis. Stern observó que estos individuos presentaban una estructura psíquica demasiado frágil como para beneficiarse de un tratamiento analítico clásico, pero tampoco manifestaban una desorganización lo suficientemente severa como para ser diagnosticados con psicosis (GPC, 2011). Asimismo, se destaca a Kernberg (1975) con su postulado de organización límite de personalidad; su propuesta permitió una delimitación más precisa del cuadro clínico y sentó las bases para modelos psicoterapéuticos posteriores (NICE, 2009).

En adición, Millon (1998) señala que la inclusión del TLP en la nosología psicopatológica contemporánea transformó la perspectiva clínica y las modalidades de intervención. No fue sino hasta 1980 que el TLP obtuvo reconocimiento formal como entidad diagnóstica independiente, con su incorporación en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la American Psychiatric Association (APA) (GPC, 2011).

En dicha edición se estableció un sistema multiaxial que requiere que los síntomas no se consideren como una entidad aislada, sino en el contexto integral del paciente: su estilo de relacionarse, comportarse, pensar, sentir y afrontar las dificultades, es decir, su personalidad (Cardenal et al., 2007). Esta concepción resalta la

importancia de contextualizar los síntomas, otorgándoles sentido a partir de una comprensión global de la persona que los experimenta.

Definición y Características

El TLP se caracteriza por ser un patrón persistente de gran inestabilidad en lo que refiere a las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen, con un precario control de la impulsividad (GPC, 2011).

En cuanto a lo establecido en el DSM 5 TR (APA, 2022), el TLP se caracteriza por ser un patrón dominante de inestabilidad e impulsividad en diversas áreas del sujeto, tales como en sus relaciones interpersonales, en la imagen de sí mismo y en los afectos. Este trastorno forma parte del denominado Grupo B de los trastornos de la personalidad, categoría que también incluye a los trastornos narcisista, antisocial e histriónico. Las personas que presentan trastornos de este grupo suelen caracterizarse por patrones conductuales marcadamente dramáticos, emocionales y/o erráticos (APA, 2022).

Siguiendo lo planteado en el DSM-5-TR, el TLP ha sido conceptualizado como un trastorno de inicio en la adultez. Sin embargo, se ha documentado que adolescentes desde los 12 o 13 años pueden cumplir con los criterios diagnósticos completos para este trastorno (APA, 2022). A pesar de ello, aún se desconoce qué proporción de los adultos que acceden por primera vez a tratamiento presenta un inicio tan temprano del cuadro clínico (APA, 2022). La detección temprana de este trastorno o de sus manifestaciones subclínicas permite una intervención oportuna en pacientes jóvenes, lo que contribuye a reducir tanto el sufrimiento individual como los costos sociales asociados (Wu et al., 2022).

Para establecer un diagnóstico de TLP, según los criterios del DSM-5-TR (APA, 2022) y apoyándonos en Kreisman y Straus (2022), la persona debe cumplir con cinco o más de los siguientes criterios:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5) El individuo con TLP cuando siente que las personas importantes lo abandonan (independientemente si es cierto o no) puede tener reacciones desmedidas debido al miedo o angustia inmensas que le genera, lo que puede derivar en la expresión de emociones extremas, como ansiedad, tristeza profunda o enojo, acompañadas de conductas impulsivas o irracionales.

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación. Esto se traduce en interacciones con el otro manipuladoras y cambiantes. Existe gran dificultad para integrar aspectos positivos y negativos de los demás en una visión coherente y estable.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo. El individuo carece de un sentido central constante de su propia identidad, lo que puede derivar en una sensación de vacío crónico, o de estar fingiendo constantemente para encajar, llevándolo a un extremo en su búsqueda de aprobación externa fluctuando entre trabajos, valores, formas de vestir, entre otras.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (por ejemplo en gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5).

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas. La tendencia suicida habitualmente es la razón por la que estas personas acuden a recibir ayuda. Las conductas autolesivas pueden actuar como distracción de otras formas de sufrimiento, generando alivio, porque lo conecta con su existencia, reafirma su capacidad de sentir o incluso para castigarse.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (por ejemplo: episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días). Los cambios súbitos de humor suelen aparecer en

respuesta ante la situación inmediata, y pueden ser de magnitud totalmente desproporcionada a las circunstancias.

7. Sensación crónica de vacío. Ésta se expresa como una falta de propósito o un vacío emocional constante, el cual persiste independientemente de las circunstancias externas. Este vacío es experimentado por las personas con TLP como una sensación de desconexión, desesperanza o insatisfacción con la vida. La búsqueda de formas para llenar este vacío se lleva a cabo mediante comportamientos impulsivos como los mencionados anteriormente.

8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (por ejemplo: exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (por ejemplo: despersonalización). Estos episodios ocurren con mayor frecuencia como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser transitorios y duran minutos u horas.

El enfoque diagnóstico adoptado en este manual se basa en una perspectiva categorial, que concibe los trastornos de la personalidad como síndromes clínicos cualitativamente distintos entre sí. No obstante, desde el DSM-5 en su sección III se propone un modelo alternativo de carácter dimensional (APA, 2014).

Los criterios diagnósticos propuestos desde este enfoque dimensional para el TLP son (APA, 2022):

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. **Identidad:** autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada a un exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.

2. **Autodirección:** inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro.

3. **Empatía:** capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables.

4. **Intimidad:** relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación, que conlleva a la alternancia correspondiente entre sobreimplicación y distanciamiento.

B. Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) impulsividad, (6) la toma de riesgos, u (7) hostilidad:

1. **Labilidad emocional** (un aspecto de la afectividad negativa): experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa y/o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.

2. **Ansiedad** (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.

3. **Inseguridad de separación** (un aspecto de la afectividad negativa): temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía.

4. **Depresión** (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida.

5. **Impulsividad** (un aspecto de la desinhibición): actuar en el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, dificultad para trazar o seguir los planes; sentido de urgencia y comportamiento autolesivo en virtud de la angustia emocional.

6. **Asunción de riesgos** (un aspecto de la desinhibición): implicarse en prácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, innecesariamente y sin atender a las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad del peligro personal.

7. **Hostilidad** (un aspecto del antagonismo): sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.

Etiología

El desarrollo del TLP no puede atribuirse a una causa única y específica, sino que responde a una etiología compleja y multifactorial donde diversos factores, tanto biológicos como psicosociales, interactúan de manera dinámica (GPC, 2011). Debido a esta complejidad, actualmente no se dispone de un modelo explicativo que integre de forma completa toda la evidencia empírica disponible, ya que las combinaciones posibles entre las vulnerabilidades individuales y las experiencias ambientales adversas son amplias y variables (GPC, 2011).

La Guía Práctica Clínica del NICE (2009) describe distintos factores que pueden contribuir al desarrollo del TLP:

- Vulnerabilidades genéticas y constitucionales

Estudios con gemelos han estimado que la heredabilidad del TLP se aproxima al 69 % (Torgersen et al., 2000). Sin embargo, se considera que lo que se transmite genéticamente no es el trastorno en sí, sino ciertos rasgos predisponentes, como la impulsividad agresiva y la desregulación emocional (NICE, 2009).

- Disfunciones neurofisiológicas y neurobiológicas de la regulación emocional y del estrés

Siguiendo lo planteado por el NICE (2009), en el TLP se observan alteraciones en la regulación de impulsos, agresividad y afecto, vinculadas tanto a disfunciones neuroquímicas como estructurales. A nivel neuroquímico, se ha estudiado especialmente la serotonina, cuya disminución se asocia con una menor capacidad para controlar impulsos agresivos. A nivel cerebral, se han identificado alteraciones en regiones claves para la regulación emocional y el autocontrol, como la amígdala, el hipocampo y la corteza orbitofrontal (NICE, 2009).

- Antecedentes psicosociales de maltrato y abuso infantil

Diversos estudios familiares han identificado factores relevantes en el desarrollo del TLP, como antecedentes de trastornos del estado de ánimo, consumo de sustancias y experiencias tempranas de negligencia o escasa implicación emocional por parte de los cuidadores (GPC, 2011). También se ha documentado una alta prevalencia de abuso físico, sexual y emocional en estos pacientes (NICE, 2009). Zanarini et al. (2000), reportaron que el 84% refiere retrospectivamente maltrato emocional y negligencia biparental antes de los 18 años, siendo la invalidación de sus vivencias un predictor significativo. Sin embargo, el abuso no es por sí solo causa suficiente ni necesaria del TLP, sino que factores predisponentes y aspectos del vínculo entre el cuidador y el hijo actúan como mediadores clave (NICE, 2009). La respuesta del entorno al abuso puede influir más en el largo plazo que el abuso en sí; un contexto familiar inestable y emocionalmente no contenedor constituye un facilitador central de la disfunción de la personalidad (NICE, 2009).

- Desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo

Conforme a lo señalado por el NICE (2009), diversas investigaciones han señalado una fuerte asociación entre el TLP y estilos de apego inseguros. Si bien no se relaciona con una categoría específica, solo entre el 6 % y el 8 % de los pacientes con TLP presentan un apego seguro, lo que sugiere que las experiencias tempranas de vinculación insegura o desorganizada constituyen un factor de vulnerabilidad en su desarrollo (GPC, 2011).

Esta perspectiva coincide con el modelo biosocial de Linehan (1993a), que identifica al entorno familiar invalidante como un factor central en el desarrollo del TLP. Las personas con TLP suelen reportar malestar familiar y dificultades para reconocer y diferenciar sus emociones y las de los demás (GPC, 2011). En este sentido, la invalidación crónica de la experiencia subjetiva obstaculiza el desarrollo de una identidad coherente y una adecuada capacidad de mentalización (NICE, 2009). Cuando el entorno familiar distorsiona o desestima las percepciones internas del niño, se limita su comprensión de sí mismo y de los demás, favoreciendo patrones relacionales y emocionales disfuncionales propios del TLP (NICE, 2009).

Epidemiología

El estudio epidemiológico de los trastornos de la personalidad implica importantes desafíos debido a la heterogeneidad de los instrumentos de evaluación y a la elevada comorbilidad que presentan dichos trastornos. Asimismo, las diferencias metodológicas, contextuales e históricas dificultan la comparación de resultados entre países y períodos de tiempo (GPC, 2011).

Distintos estudios epidemiológicos estiman que la prevalencia del TLP en la población adulta general oscila entre el 0,7 % y el 2,7 %. No obstante, esta tasa se incrementa significativamente según el nivel de atención dentro del sistema de salud. Se ha reportado una prevalencia aproximada del 6 % entre usuarios generales de servicios sanitarios, del 10 % entre pacientes ambulatorios de salud mental, y hasta del 20 % en personas hospitalizadas en unidades psiquiátricas (APA, 2022). Aunque no se encuentran cifras exactas sobre la tasa de uso de servicios de salud por parte de pacientes con TLP, su uso es mucho mayor que el de personas con otros diagnósticos psiquiátricos y que la población en general (Soares et al., 2023). Según lo indicado por el NICE (2009), la prevalencia del TLP en la población general es inferior al 1 %, siendo más frecuente en adultos jóvenes.

Las investigaciones han mostrado resultados inconsistentes en cuanto a su prevalencia según el sexo. Si bien en contextos clínicos se observa una proporción considerablemente mayor de mujeres diagnosticadas frente a hombres, esta diferencia no se replica en estudios epidemiológicos recientes (Bozzatello et al., 2024). Las mujeres acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud mental en comparación con los varones, lo cual podría explicarse por diversos factores, entre ellos la falta de información y los estigmas sociales asociados al diagnóstico (Bozzatello et al., 2024). Por otra parte, sí se han identificado diferencias en los cuadros comórbidos: en los hombres son más frecuentes el consumo de sustancias y el trastorno antisocial de la personalidad, mientras que en las mujeres predominan los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria y el trastorno por estrés postraumático (Soares et al., 2023).

Las tasas de mortalidad por suicidio en personas con TLP son considerablemente más altas que en otros trastornos de la personalidad, alcanzando un 5,9 % frente al 1,4 %. Estos datos coinciden con los hallazgos de un metaanálisis reciente, que estimó que entre el 2 % y el 5 % de las personas con TLP mueren por suicidio en períodos de seguimiento de entre 5 y 14 años (Álvarez-Tomás et al., 2019). Además, se ha documentado que más del 75 % de quienes padecen TLP han realizado al menos un intento suicida a lo largo de su vida (Leichsenring et al., 2024).

Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad

El TLP presenta una considerable heterogeneidad clínica, dado el amplio rango de combinaciones sintomáticas que pueden dar lugar a su diagnóstico (GPC, 2011). El DSM-5-TR contempla nueve criterios para el diagnóstico de este trastorno, exigiendo la presencia de al menos cinco de ellos, lo cual permite, en términos teóricos, hasta 256 configuraciones sintomáticas diferentes (Leichsenring et al., 2024). Esta heterogeneidad impone la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial preciso, que permita orientar adecuadamente el abordaje

terapéutico. Se debe diferenciar el TLP de: trastornos depresivos y bipolares, ansiedad de separación, otros trastornos de la personalidad, cambios en la personalidad debido a condiciones médicas, trastorno por consumo de sustancias y problemas de identidad (APA, 2022).

El diagnóstico de TLP debería establecerse a través del tiempo y en ausencia de crisis, a fin de evitar el sobrediagnóstico y la inclusión de personas que, en contextos de alto estrés, manifiestan respuestas desadaptativas como la irritabilidad o la ira, que de otra forma no cumplirían los criterios diagnósticos (Wu et al., 2022).

El TLP presenta una alta tasa de comorbilidad con diversos cuadros clínicos debido a la amplia variedad de síntomas (APA, 2022; GPC, 2011). Entre ellos se incluyen, según la APA (2022): los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos por uso de sustancias, los trastornos de ansiedad (principalmente el trastorno por pánico y de ansiedad social), los trastornos alimentarios (siendo más frecuentes la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón), trastorno por estrés postraumático y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En adición, el TLP suele coexistir con otros trastornos de la personalidad, lo que añade complejidad a su diagnóstico y abordaje terapéutico (APA, 2022).

En cuanto a la comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, los trastornos afectivos son especialmente frecuentes (GPC, 2011). Se estima que entre el 40 % y el 87 % de las personas con TLP cumplen criterios para algún trastorno depresivo, siendo el trastorno depresivo mayor el diagnóstico del Eje I más predominante (GPC, 2011).

Existen también diferencias según el sexo (GPC, 2011); en hombres es más común la presencia de comorbilidades con trastornos por consumo de sustancias, especialmente alcohol. Mientras que en mujeres se observan con mayor frecuencia comorbilidades con trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo la bulimia (GPC, 2011).

Por otra parte, con respecto la comorbilidad con otros trastornos de la personalidad, se han reportado tasas elevadas de asociación con el trastorno de personalidad por dependencia

(50 %), evitativo (40 %), paranoide (30 %), antisocial (20–25 %, principalmente en varones) e histriónico (entre el 25 % y el 63 %) (GPC, 2011).

La comorbilidad entre el TLP y los trastornos por consumo de sustancias es frecuente, siendo el alcohol la sustancia más comúnmente implicada (GPC, 2011). Un rasgo distintivo en esta población es la tendencia a la politoxicomanía (Leichsenring et al., 2024). Además, el consumo suele presentarse de manera impulsiva, lo que se asocia con la aparición de otras conductas autodestructivas, como autolesiones, conductas sexuales de riesgo y agresividad (GPC, 2011).

Por último, de acuerdo con lo planteado por la GPC (2011), al igual que en otros trastornos mentales crónicos, las personas con TLP pueden desarrollar diversos problemas de salud como consecuencia de estilos de vida poco saludables y un seguimiento médico insuficiente. Por este motivo, resulta fundamental considerar, según cada caso, la posible presencia de complicaciones médicas asociadas, tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares o infecciones (GPC, 2011).

Pronóstico

El curso del TLP es variable y parece mostrar una menor estabilidad en el tiempo de la que se había asumido en enfoques previos (Leichsenring et al., 2024). Existe evidencia de que hay un considerable aplanamiento de la intensidad de la sintomatología llegando a la cuarta o quinta década de vida, logrando una parcial estabilidad en las relaciones interpersonales y en el ámbito laboral (APA, 2022). En primer lugar, tienden a remitir los síntomas impulsivos y luego lo relacionado a lo cognitivo e interpersonal. No obstante, los síntomas afectivos son los que menos remiten debido a que se suele seguir presentando un afecto disfórico (APA, 2022). Siguiendo lo planteado por Leichsenring et al. (2024), en pacientes mayores predominan manifestaciones depresivas, sentimientos de vacío y quejas somáticas. Además, dichos autores indican que las conductas autolesivas pueden adoptar nuevas formas, como el incumplimiento

de indicaciones médicas o el uso inapropiado de la medicación. Cabe destacar que esta remisión de la sintomatología puede verse afectada por condiciones de salud física desfavorables o por la dependencia a beneficios por discapacidad (APA, 2022).

Se recomienda la identificación temprana del TLP, así como la intervención clínica precoz, con el fin de disminuir el sufrimiento de los pacientes, favorecer el establecimiento de vínculos interpersonales más saludables, promover el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas y reducir tanto el riesgo suicida como la aparición de conductas de alto riesgo (Wu et al., 2022).

Tratamiento

Psicoterapias

En un estudio publicado en 1952, Hans Eysenck investigó acerca de si la psicoterapia funcionaba, y concluyó que no había evidencia disponible que respaldara dicha efectividad. No obstante, el autor reconoció las debilidades metodológicas de su estudio y subrayó la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios rigurosamente diseñados que permitieran evaluar la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas (Eysenck, 1952).

Siguiendo lo planteado por Labrador y Crespo (2012), los tratamientos psicológicos que han demostrado empíricamente ser eficaces y efectivos se denominan tratamientos empíricamente apoyados (TEA). Según estos autores, trabajar en esta dirección permite elaborar listados o guías de referencia que orientan sobre qué tipo de intervención resulta más adecuada según el problema que presente cada persona.

En consecuencia, la formación de profesionales capaces de abordar el sufrimiento psíquico y emocional desde distintos modelos teóricos y experiencias clínicas, de manera funcional y ética, se vuelve fundamental para promover prácticas clínicas consistentes y

basadas en evidencia. Estos TEA cuentan con el respaldo de organismos internacionales, como la American Psychological Association (APA) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), que los recomiendan por su solidez empírica y su aplicabilidad clínica (Moriani & Martínez, 2011). Sin embargo, a pesar de que diversos enfoques especializados han sido desarrollados y cuentan con respaldo empírico, su implementación en la práctica clínica habitual continúa siendo limitada e inconsistente (Leichsenring et al., 2024).

De acuerdo con lo expuesto por Leichsenring et al. (2024), la psicoterapia constituye el tratamiento de primera elección para el TLP. Estos autores señalan que las guías clínicas desaconsejan el uso de intervenciones psicoterapéuticas breves (menores a tres meses) en este grupo de pacientes. Por el contrario, se enfatiza la necesidad de ofrecer tratamientos prolongados que garanticen continuidad y estabilidad, en un entorno terapéutico contenedor que favorezca la integración del self y promueva el fortalecimiento de la confianza tanto del paciente como en la relación terapéutica (Wu et al., 2024).

A continuación, se presentan las cuatro psicoterapias que han demostrado eficacia en el tratamiento del TLP de acuerdo con la American Psychological Association. Dichos enfoques han sido evaluados bajo los criterios de validación empírica propuestos por Chambless y Hollon (1998) y/o los criterios más recientes de Tolin (2015).

Psicoterapia Focalizada en la Transferencia

Como se mencionó anteriormente, Kernberg (1975) propuso el término Organización Fronteriza de la Personalidad para describir una estructura patológica específica y estable, diferenciándola de concepciones previas que consideraban a estos pacientes como individuos que transitan de forma fluctuante entre estados neuróticos y psicóticos. Según esta perspectiva, no se trata de un estado transitorio, sino de una forma organizada de funcionamiento psíquico con características estructurales definidas. El autor describe que para la mayoría de los

pacientes con esta organización de personalidad puede ser recomendable una forma modificada de psicoterapia psicoanalítica, distinta tanto del psicoanálisis clásico como de las modalidades tradicionales de psicoterapia expresiva o de apoyo de orientación psicoanalítica.

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) es un enfoque psicodinámico estructurado, desarrollado por Otto Kernberg y colaboradores, orientado al tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad, en particular el TLP (Pérez, 2011). A diferencia del psicoanálisis clásico, la PFT introduce adaptaciones técnicas dirigidas a las necesidades específicas de los pacientes con una organización límite de la personalidad (Kernberg, 1975). Entre sus características distintivas se destacan la estructuración clara del encuadre terapéutico, la focalización en la relación paciente terapeuta en el aquí y ahora y el trabajo del terapeuta para identificar los patrones de relacionamiento que viven en el mundo interno del paciente y se despliegan en la transferencia (Pérez, 2011).

Teoría de las relaciones de objeto

Siguiendo lo planteado por Pérez (2011), la PFT se basa en la teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto. De acuerdo con la autora, tal corriente sostiene que la estructura de la personalidad se configura a partir de experiencias tempranas de relación con los cuidadores significativos, que son internalizadas como representaciones mentales complejas.

Desde este enfoque, la unidad estructural básica del aparato psíquico está compuesta por tres elementos: una representación del self, una representación del objeto (el otro significativo) y el afecto que las vincula (Kernberg, 1975; Pérez, 2011). Estas configuraciones se conocen como díadas relacionales y reflejan experiencias tempranas vividas con figuras significativas. En las etapas iniciales del desarrollo, estas representaciones suelen ser parciales y escindidas, lo que implica que el niño puede percibir a una misma figura como dos objetos separados: uno idealizado y gratificante, y otro persecutorio y frustrante (Pérez, 2011).

Kernberg (1975) plantea que las personas con organización límite de la personalidad presentan una marcada dificultad para integrar estas representaciones contradictorias del self y del objeto. Como resultado, tienden a experimentar relaciones interpersonales y percepciones de sí mismos y de los demás de forma polarizada, oscilando entre extremos de idealización y devaluación. Esta fragmentación se mantiene a través de mecanismos de defensa primitivos, como la escisión, la proyección y la identificación proyectiva (Kernberg, 1975). Estas díadas relacionales escindidas permanecen activas en el mundo interno del paciente y pueden reactivarse en contextos interpersonales, especialmente en el vínculo terapéutico. En el marco de la TFP, la transferencia se concibe como la reactivación de estas díadas internalizadas en la relación terapéutica, lo cual ofrece una oportunidad única para su observación, análisis e integración (Caligor et al., 2018).

Tratamiento y estrategias

Con respecto a lo descrito por Levy et al., (2019), la TFP es una psicoterapia individual, presencial, ambulatoria, con una frecuencia de dos sesiones semanales. Los autores refieren que está conceptualizado como un tratamiento a largo plazo, con una duración mínima de entre 12 y 18 meses. Para comenzar con el tratamiento, se requiere del establecimiento del encuadre terapéutico, el cual define los roles y las condiciones del tratamiento, permitiendo construir una alianza colaborativa y una postura neutral para explorar la transferencia (Caligor et al., 2018). Luego, se busca identificar el foco terapéutico; el terapeuta organiza el material clínico para detectar relaciones objetales dominantes, orientando la intervención hacia conflictos centrales y manteniendo el encuadre y las prioridades clínicas (Caligor et al., 2018). Por último, se trabaja sobre los conflictos nucleares ligados a dichas relaciones objetales, promoviendo la observación y comprensión emocional en el paciente (Caligor et al., 2018).

La PFT tiene como objetivos principales la reducción de la sintomatología, la modificación de las representaciones del self y de los otros, y, en última instancia, la integración de las representaciones escindidas del self y del objeto, promoviendo una identidad más cohesionada y un funcionamiento psíquico más adaptativo (Pérez, 2011). Las estrategias para la adquisición de dichos objetivos consisten en (Levy et al., 2019; Caligor et al., 2018):

1- Definir las relaciones objetales dominantes: siguiendo lo planteado por Caligor et al., (2018), esta tarea implica que el terapeuta identifique las relaciones objetales que se manifiestan en las sesiones, las cuales son expresiones de los conflictos internos del paciente. Dichas relaciones objetales suelen expresarse a través de comunicaciones verbales y no verbales, marcadas por una fuerte carga afectiva y confusión emocional tanto para el paciente como para el terapeuta (Caligor et al., 2018). El profesional debe ser capaz de experimentar, tolerar y contener estas proyecciones y estados afectivos intensos sin reaccionar impulsivamente a ellos, facilitando que el paciente pueda reconocer, articular y reflexionar sobre su experiencia interna en relación con el otro (Caligor et al., 2018).

2- Señalar la repetitividad, rigidez y contradicción en la experiencia del paciente: el terapeuta identifica una relación objetal dominante que estructura la vivencia interna y las comunicaciones del paciente, tanto en sesión como fuera del encuadre terapéutico (Caligor et al., 2018). A partir de allí, se centra en las inversiones de rol dentro de esa díada, evidenciando cómo el paciente asume alternativamente ambas posiciones del vínculo. Luego, se lo invita a reflexionar sobre el carácter disociado de estas experiencias, las cuales suelen manifestarse en la forma de relaciones idealizadas o persecutorias que tienden a repetirse a lo largo del tiempo (Caligor et al., 2018).

3- Explorar las ansiedades y conflictos que motivan la escisión y organizan las relaciones objetales dominantes: se busca que el paciente pueda reconocer y sostener las ansiedades que originan la disociación entre representaciones idealizadas y persecutorias de

los vínculos, promoviendo así una mayor flexibilidad en sus mecanismos defensivos. Al mismo tiempo, contribuye a que el paciente comprenda cómo sus conflictos internos influyen en su vivencia y conducta (Caligor et al., 2018).

4- Trabajar a través de los conflictos identificados: este proceso promueve la integración de representaciones internas escindidas, facilita la contención de ansiedades asociadas a la agresión y favorece la consolidación identitaria, con impacto positivo en el funcionamiento interpersonal (Caligor et al., 2018).

Terapia Basada en la Mentalización

La Terapia Basada en la Mentalización (TBM) es una terapia de corte psicodinámico, basada en la teoría del apego (Bowlby, 2011, como se citó en Sánchez-Quintero & De la Vega, 2013). La TBM fue desarrollada por Anthony Bateman y Peter Fonagy en la década de 1990, quienes pusieron foco en la capacidad de mentalización como una variable fundamental para entender y abordar el TLP (Sánchez-Quintero & De la Vega, 2013).

Concepto de Mentalización

La mentalización, basándonos en lo argumentado por Bateman y Fonagy (2013), es el proceso mediante el cual las personas interpretan su propia conducta y la de los demás en términos de estados mentales subjetivos. Los autores explican que se trata de un fenómeno social, ya que los seres humanos tienden, de manera automática y generalizada, a formular suposiciones acerca de los estados mentales de aquellos con quienes interactúan. A su vez, nuestros estados mentales influyen en nuestra conducta.

Con respecto a lo que plantean Bateman y Fonagy (2013), la mayoría de los trastornos mentales involucran dificultades con la mentalización, por ejemplo: estrés post traumático, depresión, trastornos alimenticios. Sin embargo, dichos autores refieren que el método específico de tratamiento está organizado para el TLP, para el cual posee evidencia empírica, a diferencia de otros.

Una adecuada capacidad de mentalización es fundamental para la regulación emocional; en las personas con TLP esta capacidad se ve debilitada, por lo que presentan más vulnerabilidad ante los cambios y demandas del entorno (Bateman & Fonagy, 2013);.

El TLP desde la TBM

Las autoras Sánchez-Quintero y De la Vega (2013), entienden como factores de vulnerabilidad para el posterior desarrollo del TLP cualquier circunstancia que impida la emergencia de una representación del self coherente e integrada. Para ello, resulta indispensable contar con una sólida capacidad de mentalización. El desarrollo de una representación coherente del self requiere, idealmente, de un entorno de apego seguro, donde se produzcan experiencias lúdicas con el cuidador (Sánchez-Quintero & De la Vega, 2013).

Para que se produzca la sólida capacidad de mentalización, es fundamental que el cuidador proporcione un reflejo congruente y marcado ante las expresiones emocionales del niño (Sánchez-Quintero & De la Vega, 2013). Si este reflejo no está marcado, el niño no podrá atribuir significado a sus experiencias internas, lo que dificulta la regulación emocional y puede intensificar el afecto negativo. La repetición de este patrón a lo largo del tiempo favorece la aparición de la identificación proyectiva, mecanismo de defensa central en el TLP (Kernberg, 1999, como se citó en Sánchez, Quintero & De La Vega, 2013) y al funcionamiento basado en la equivalencia psíquica, donde las vivencias internas son percibidas como realidades absolutas (Sánchez-Quintero & De la Vega, 2013).

Por otra parte, según lo expuesto por Sánchez-Quintero y De la Vega (2013), cuando el reflejo por parte del cuidador no es congruente con el afecto expresado por el niño, éste no logra establecer una conexión entre sus estados mentales y la realidad externa. En consecuencia, las autoras mencionan que las representaciones afectivas que desarrolla el niño carecen de significado emocional, y las etiquetas que posteriormente adquiera para nombrar sus emociones no se corresponden con estados mentales genuinos. Este patrón da lugar a un modo aparentado de funcionamiento psíquico, caracterizado por la pseudo mentalización,

donde el paciente parece hablar sobre emociones, pero sin una verdadera conexión con sus estados internos (Sánchez-Quintero & De la Vega, 2013).

Por último, en el modo teleológico, las personas con TLP solo toman como relevante la conducta que producen los estados mentales, y no los estados mentales en sí (Bateman et al., 2023). Esto puede manifestarse en una necesidad de, por ejemplo, el contacto físico o sexual con otros para mitigar el sentimiento de no sentirse querido o suficiente (Bateman et al., 2023).

Desde el TBM, como plantean Sánchez-Quintero y De la Vega (2013), los síntomas del TLP se interpretan como el resultado de una supresión parcial y específica de la mentalización. Las personas con TLP no carecen totalmente de la capacidad de mentalizar sus estados mentales, sino que ante situaciones de alta carga emocional tienden a perder dicha capacidad temporalmente, especialmente en vínculos de apego intensos. Esta dificultad se marca aún más cuando existe un historial de experiencias traumáticas (Bateman & Fonagy, 2010).

Tratamiento para el TLP

La TBM es un tratamiento estructurado de una duración aproximada de 18 meses, que se administra semanalmente en formato individual y/o grupal. Tiene como objetivo estabilizar el sentido del self, sostener la capacidad de mentalización en el contexto interpersonal de la terapia y ayudar al paciente a mantener un nivel adecuado de activación emocional durante las interacciones con los demás (Bateman & Fonagy, 2010).

Conforme a lo desarrollado por Bateman y Fonagy (2010), la primera tarea en la TBM consiste en estabilizar la expresión emocional del paciente. Sin un control adecuado del afecto, no es posible abordar de manera efectiva las representaciones internas. Solo una vez que el afecto y la impulsividad se encuentran bajo control, y no corra riesgo la continuidad de la terapia ni el propio paciente, es posible dirigir el tratamiento hacia la elaboración de representaciones internas y al fortalecimiento del sentido del self. Para ello, es fundamental que el tratamiento cuente con una estructura clara y un marco organizativo definido.

El tratamiento se estructura en tres fases, cada una con objetivos y procesos específicos (Bateman & Fonagy, 2010) :

- Fase inicial: se busca que el paciente se involucre con el tratamiento. Se evalúa la capacidad de mentalización del paciente mediante el análisis conjunto de sus relaciones interpersonales y explorando su narrativa (Sánchez-Quintero & De la Vega, 2013)
- Fase de tratamiento: constituye un trabajo exigente para el paciente ya que incluye la terapia individual y/o grupal para fortalecer la mentalización, a través de estrategias generales y específicas (Bateman et al., 2023). El terapeuta debe trabajar para mantener la alianza terapéutica y contener al paciente (Sánchez-Quintero & De la Vega, 2013).
 - Las estrategias generales son, según Bateman et al. (2023):
 - Estabilización de comportamientos de riesgo
 - Validación empática que facilite la mentalización
 - Clarificación y elaboración para crear una base para la mentalización básica que involucre la identificación y contextualización de los afectos
 - Enfoque interpersonal que promueva la exploración de perspectivas alternativas
 - Reparar rupturas de la alianza terapéutica.
 - Por otra parte, las estrategias específicas son, según Bateman et al. (2023):
 - El uso de la mentalización para manejar la impulsividad
 - La construcción de procesos de mentalización estables en relaciones de apego mediante la activación de constructos relaciones (tanto en la terapia grupal como individual); vinculación de la experiencia terapéutica adquirida con la vida social y personal cotidiana, con un enfoque en la exclusión social y la sensibilidad al rechazo; incremento de la capacidad

reflexiva sobre uno mismo y sobre los demás durante situaciones de estrés.

- Restablecimiento de la mentalización cuando se activa una mentalización no efectiva.
- Trabajo personal narrativo enfocado en el trauma.
- Fase final: Se realiza una revisión del proceso terapéutico, abordando la experiencia emocional que supone el cierre tanto para el paciente como para el terapeuta. Asimismo, se trabajan temas propios del TLP que suelen activarse ante este cierre, como el miedo al abandono. Además, se trabaja en la generalización de la capacidad de mentalización y del aprendizaje relacional adquirido a lo largo del tratamiento, con el objetivo de que el paciente pueda sostener un funcionamiento más estable y adaptativo en su cotidianidad (Bateman et al., 2023).

Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas

La Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas (TCE) es un modelo de terapia desarrollado por Young y colaboradores (1990, 1999) donde se combinan elementos de las escuelas cognitivo-conductual, del apego, Gestalt, relaciones objetales, constructivista y psicoanalítica para obtener un modelo conceptual y de tratamiento unificador (Young et al., 2013). Dichos autores refieren que la TCE concede importancia a los orígenes infantiles y adolescentes de los problemas psicológicos, introduciendo técnicas emotivas tanto para contemplar la relación entre el terapeuta y paciente, como los estilos de afrontamiento disfuncionales. El terapeuta a través de la reparentalización limitada se alía con el paciente en su lucha contra los esquemas precoces desadaptativos (Young et al., 2013).

Siguiendo lo planteado por Young et al. (2013), los esquemas precoces desadaptativos son patrones emocionales y cognitivos que se inician en las primeras etapas de nuestro

desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida, volviéndose contraproducentes. Los autores refieren que la conducta de un individuo no es parte del esquema mismo, sino que estas conductas disfuncionales se desarrollan como respuestas a determinados esquemas.

El modelo describe 18 esquemas precoces desadaptativos, que se agrupan en 5 dominios (cada uno correspondiente a una necesidad básica del desarrollo, insatisfecha en la infancia o adolescencia), tal como se muestra en la siguiente tabla adaptada de Young et al. (2013):

Dominio	Esquemas Precoces Desadaptativos
Desconexión y rechazo social	1. Abandono/inestabilidad 2. Desconfianza/abuso 3. Privación emocional 4. Imperfección/vergüenza 5. Aislamiento social/alienación
Deterioro en autonomía y ejecución	6. Dependencia/incompetencia 7. Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad 8. Apego confuso y/o inmaduro 9. Fracaso
Límites deficitarios	10. Grandiosidad/Autorización 11. Insuficiente autocontrol/autodisciplina
Dirigido por las necesidades de los demás	12. Subyugación 13. Autosacrificio 14. Búsqueda de aprobación

Sobrevigilancia e inhibición	15. Negatividad/pesimismo 16. Inhibición emocional 17. Metas inalcanzables/hipercriticismo 18. Castigo
------------------------------	---

El dominio de desconexión y rechazo es el que tiene mayor impacto en las personas con TLP (Young et al., 2013), éste genera sentimientos de abandono e inestabilidad, predominando una constante sensación de inseguridad. Para avanzar en el tratamiento, es fundamental que la persona pueda reconocer sus esquemas precoces desadaptativos, ya que este reconocimiento constituye el primer paso para abordarlos y trabajar en su modificación (Young et al., 2013). Si bien este proceso es progresivo y requiere tiempo, una vez logrado, resulta altamente beneficioso para la siguiente etapa del tratamiento: identificar y diferenciar los modos de respuesta problemáticos del individuo (Young et al., 2013).

Continuando con lo planteado por Young et al. (2013), una vez que los pacientes logran identificar y comprender tanto sus esquemas como los estilos de afrontamiento que han desarrollado en torno a ellos, es posible comenzar un proceso de autorregulación de sus respuestas. El objetivo del tratamiento es aumentar el control consciente sobre los esquemas, mediante intervenciones que apunten a debilitar los recuerdos, emociones, sensaciones corporales, pensamientos y comportamientos que los sostienen (Young et al., 2013).

Existen dos operaciones fundamentales de los esquemas que son la perpetuación y el cambio de los mismos (Young et al., 2013):

La **perpetuación de esquemas** refiere, según los autores, a todo lo que hace el paciente que mantenga el esquema, fortaleciéndolo a través de profecías autocumplidas, pensamientos, sentimientos y conductas. Los autores indican que los esquemas se perpetúan a

través de tres mecanismos primarios: distorsiones cognitivas, patrones vitales contraproducentes y estilos de afrontamiento propios del esquema.

El **cambio de esquemas** es el objetivo último de la TCE según los autores. Como un esquema es una serie de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones, el cambio conlleva la devaluación de los elementos desadaptativos: la intensidad de los recuerdos vinculados al esquema, la carga emocional del esquema, la intensidad de las sensaciones corporales y las cogniciones maladaptativas (Young et al., 2013). El cambio de esquemas conlleva también el cambio conductual, a medida que los pacientes sustituyen los estilos de afrontamiento disfuncionales por patrones de conducta más adaptativos (Young et al., 2013).

No obstante, Young et al. (2013) explican que este proceso suele ser extenso y complejo, ya que los esquemas representan creencias profundamente arraigadas sobre el self y el mundo, adquiridas en etapas tempranas del desarrollo. Aunque pueden ser destructivos, los esquemas proporcionan sentimientos de seguridad y previsibilidad. Por consiguiente, la resistencia a la terapia es un modo de autopreservación, un intento por mantener la sensación de control y coherencia interna (Young et al., 2013). Modificar un esquema implica cuestionar aspectos centrales de la propia identidad y de la interpretación del entorno. Los esquemas no desaparecen por completo, sino que, una vez modificados, tienden a activarse con menor frecuencia e intensidad, permitiendo al paciente responder de manera más funcional, saludable y adaptativa ante las situaciones que los activan (Young et al., 2013).

Desde etapas muy tempranas del desarrollo, los pacientes tienden a generar estilos y respuestas de afrontamiento disfuncionales como forma de adaptación a sus esquemas desadaptativos, con el objetivo de evitar la vivencia de emociones intensas y abrumadoras que éstos suelen provocar (Young et al., 2013). No obstante, es fundamental tener en cuenta que aunque los estilos de afrontamiento, algunas veces, ayudan al paciente a evitar un esquema, no lo cambian. Por el contrario, continúan desempeñando un papel activo en su mantenimiento, formando parte del ciclo de perpetuación del esquema a lo largo del tiempo (Young et al., 2013).

En términos evolutivos, Young et al. (2013), refieren que todos los organismos cuentan con tres respuestas fundamentales frente a situaciones de amenaza: lucha, huida e inmovilidad. Los autores explican que, de manera general, la lucha se asocia con la sobrecompensación, la huida con la evitación, y la inmovilidad con la rendición al esquema. Cada una de estas respuestas representa una estrategia disfuncional mediante la cual el individuo intenta manejar el malestar que surge cuando se activan sus esquemas (Young et al., 2013).

Rendición al esquema: Cuando los pacientes se rinden ante un esquema lo mantienen; no se esfuerzan por evitarlo ni por luchar contra él, lo aceptan como auténtico (Young et al., 2013). Actúan de manera que se confirma el esquema; sin reconocer lo que hacen, repiten los patrones promovidos por el esquema de modo que de adultos siguen reviviendo las experiencias infantiles que crearon el esquema (Young et al., 2013). Cuando se encuentran con estímulos que activan el esquema, sus respuestas emocionales son desproporcionadas y experimentan sus emociones plena y conscientemente (Young et al., 2013).

Evitación del esquema: Cuando los pacientes recurren a la evitación como estilo de afrontamiento, tratan de organizar sus vidas de manera que el esquema no se active nunca (Young et al., 2013). Evitan sentir el esquema, y cuando los sentimientos brotan a la superficie vuelven a ocultarlos.

Sobrecompensación del esquema: Cuando los pacientes sobre compensan, luchan contra el esquema pensando, sintiendo, comportándose y relacionándose como si lo contrario al esquema fuera lo auténtico; procuran ser tan diferentes como les sea posible de los niños que fueron cuando adquirieron el esquema (Young et al., 2013). Aunque esta estrategia puede parecer un esfuerzo adaptativo por contrarrestar el esquema, suele adoptar una forma extrema y disfuncional, lo que paradójicamente contribuye a su perpetuación (Young et al., 2013). Si bien es posible oponerse de forma saludable a un esquema, esto requiere que la respuesta sea ajustada a la situación, considerada con respecto a los otros y orientada hacia objetivos realistas (Young et al., 2013). Sin embargo, en muchos casos, quienes recurren a la

sobrecompensación terminan atrapados en conductas reactivas, exageradas y poco efectivas, caracterizadas por una baja sensibilidad interpersonal (Young et al., 2013).

Los autores describen que cuando intentaban aplicar el modelo de esquemas a estos pacientes, se encontraban con dos problemas sistemáticamente. En primer lugar, las personas con TLP casi siempre presentan los 18 esquemas, lo que hacía dificultoso el abordaje. En segundo lugar, se veían estancados por la tendencia de cambiar rápidamente de un estado afectivo a otro opuesto. Los esquemas no explicaban estas rápidas oscilaciones así que elaboraron el concepto de modos para integrar el cambio de estados afectivos.

Se identifican **cinco modos principales** en la persona con TLP (Young et al., 2013):

1. Niño vulnerable.
2. Niño enfadado e impulsivo
3. Padre/madre castigador
4. Protector aislado
5. Adulto Sano

El principal objetivo del tratamiento es ayudar a desarrollar el modo de adulto sano modelado por el terapeuta a través de la reparentalización limitada y confrontando empáticamente con el fin de (Young et al., 2013):

1. Empatizar y proteger al niño vulnerable
2. Ayudar a ese niño a dar y recibir amor
3. Combatir y vencer al padre/madre castigador
4. Establecer límites sobre la conducta del niño enfadado e impulsivo y así ayudar a expresar emociones y necesidades de forma adecuada y efectiva
5. Tranquilizar y gradualmente reemplazar al protector aislado con el adulto sano

Conforme a lo planteado en la Guía Práctica de la Terapia de Esquemas de Young et al. (2013), el tratamiento en TCE para personas con TLP cuenta con tres fases principales:

1- Vinculación y manejo de emociones

En esta etapa inicial, el terapeuta establece un vínculo sólido con el paciente, superando la barrera del Protector Aislado y convirtiéndose en una figura estable y cuidadora, fundamental para el proceso terapéutico. Se fomenta la expresión de emociones y necesidades en un entorno seguro, validando y comprendiendo los sentimientos del paciente. Paralelamente, el terapeuta lleva a cabo un proceso de reparentalización, permitiendo que los modos disfuncionales del paciente se diluyan progresivamente (Young et al., 2013).

Para abordar el miedo al abandono y reducir la angustia asociada, el terapeuta introduce técnicas de afrontamiento, pero solo cuando se ha consolidado una alianza terapéutica estable y se ha afianzado el vínculo de reparentalización (Young et al., 2013).

Asimismo, los autores refieren que el establecimiento de límites es un pilar fundamental en esta fase, ya que garantiza la seguridad del paciente y de su entorno. El terapeuta encuentra un equilibrio entre las necesidades del paciente y sus propios derechos personales, al tiempo que maneja crisis y regula conductas autodestructivas (Young et al., 2013). A medida que avanza la terapia y el paciente alcanza cierta estabilidad, el terapeuta da inicio al trabajo experiencial en relación a la infancia; las técnicas fundamentales son la imaginación y los diálogos. El terapeuta instruye al paciente para que genere imágenes de cada uno de los modos, que los nombre y que éstos dialoguen. El terapeuta, modelando al adulto sano, ayuda a los modos a comunicar los sentimientos y necesidades con efectividad y negociar entre sí (Young et al., 2013).

2- Cambio de los modos de esquema

En esta etapa, Young et al. (2013), describen que el terapeuta continúa modelando el modo de adulto sano, fortaleciendo su internalización en el paciente. Este modo cumple funciones esenciales como: calmar y proteger al niño abandonado, establecer límites para el niño enfadado, sustituir al protector aislado y eliminar al padre/madre castigador.

Los autores refieren que a través de este proceso, el paciente aprende gradualmente a confiar en su propio modo adulto sano, reduciendo la influencia de sus respuestas disfuncionales y desarrollando una regulación emocional más efectiva.

3- Desarrollo de la autonomía

En la última etapa del tratamiento, Young et al. (2013), indican que el objetivo principal es que el paciente pueda generalizar los cambios logrados en las sesiones terapéuticas a su vida cotidiana y relaciones interpersonales. Se le ayuda a desarrollar habilidades para expresar afecto de manera más adecuada, a pedir lo que necesita de forma asertiva y establecer relaciones más saludables. Además, continuando con lo planteado por los autores, el terapeuta apoya al paciente en la identificación de metas personales y fuentes de satisfacción en diferentes áreas de su vida, como el ámbito laboral, el bienestar físico y las actividades recreativas.

Por último, considerando las particularidades de cada caso, se trabaja en la culminación del proceso terapéutico. El terapeuta otorga al paciente la mayor independencia posible, permaneciendo como base segura a la que se pueda recurrir en caso de necesidad (Young et al., 2013).

Terapia Dialéctico Conductual

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC), basada en principios cognitivo-conductuales, fue desarrollada a finales de la década de 1980 por la psicóloga Marsha M. Linehan, investigadora en la Universidad de Washington. Fue el primer tratamiento psicoterapéutico que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados. Con el propósito de tratar a personas con conductas suicidas crónicas, su eficacia fue validada inicialmente en mujeres con tendencias suicidas que cumplían con los criterios diagnósticos del TLP (Linehan, 1993a).

El programa de tratamiento que desarrolló Linehan en 1993 consiste, en gran medida, en la aplicación de un amplio repertorio de estrategias derivadas de la terapia cognitivo conductual, centradas en la regulación emocional y en el contraste con la realidad (Ruiz et al., 2012). Asimismo, incorpora conceptos como la tolerancia al malestar, la aceptación y la conciencia plena (mindfulness), articulando elementos provenientes de tradiciones espirituales y filosóficas orientales (especialmente del budismo) dentro de un modelo de tratamiento sistematizado en el contexto clínico occidental (Ruiz et al., 2012).

Su estructura terapéutica busca un equilibrio entre la aceptación y el cambio, con el objetivo general de ayudar a las personas no solo a sobrevivir, sino también a construir una vida que valga la pena ser vivida, según cada subjetividad. Esto lleva a que este objetivo tenga un significado particular para cada uno, sin embargo, hay un objetivo común: mantener bajo control sus conductas, sobre todo las que ponen en riesgo su vida (Suárez, 2008).

Teoría dialéctica

Siguiendo lo planteado por Linehan (2003), la dialéctica como visión del mundo o posición filosófica se constituye como la base de la TDC. La “dialéctica”, como terapia conductual, tiene dos significados: define una naturaleza fundamental de la realidad y hace referencia a un diálogo y relación persuasivas.

La perspectiva dialéctica de la naturaleza de la realidad y de la conducta humana tiene tres características principales, claves para comprender el TLP (Linehan, 2003):

- La interrelación que se da en la realidad (la realidad entendida como un todo). El terapeuta debe tener en cuenta la interrelación de los déficit de habilidades; es difícil aprender un nuevo grupo de habilidades si no se aprenden simultáneamente otras habilidades relacionadas, y sobre todo si el ambiente inmediato o la cultura del paciente no apoyan tal aprendizaje.
- La realidad no es algo estático, sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí, de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes. El pensamiento,

la conducta y las emociones dicotómicas y extremas características del TLP, son vistas como “fracasos dialécticos” (p.20). La persona con TLP está atrapada entre polaridades, incapaz de lograr esa síntesis; el terapeuta debe prestar atención a dichas polaridades para ayudarla a llevar a cabo una síntesis viable, adaptativa.

- La naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o el proceso, más que el contenido o la estructura. Tanto la persona como el ambiente llevan adelante una transición continua, por lo tanto, la terapia busca ayudar al paciente a estar cómodo con el cambio.

Teoría biosocial

Linehan (1993a) plantea que la alteración central en el TLP es una disfunción generalizada en la regulación emocional. Esta desregulación se ve influida por factores biológicos como diferencias en el sistema nervioso central, derivadas de predisposición genética, experiencias prenatales o traumas en etapas tempranas del desarrollo. Estudios emergentes respaldan que las personas con TLP presentan estados emocionales aversivos más frecuentes, intensos y duraderos, y que la vulnerabilidad biológica podría tener un rol importante en sus dificultades para regular las emociones (Juengling et al., 2003; Ebner-Priemer et al., 2005, como se citó en Linehan, 1993a).

En este sentido, los problemas surgen cuando una persona biológicamente vulnerable se encuentra en un entorno caracterizado por una invalidación persistente (Linehan, 1993a). Este tipo de ambiente no reconoce ni responde adecuadamente a las experiencias internas del individuo, lo que interfiere en el desarrollo de habilidades emocionales adaptativas. El ambiente invalidante tiende a responder de forma errónea e inapropiada ante la experiencia privada y, en particular, a las que no son compartidas por el grupo (Linehan, 2003).

En familias “óptimas” se produce generalmente la validación pública de la experiencia privada, por ejemplo, cuando un niño llora, los padres lo ayudan o intentan saber qué le pasa.

Por el contrario, en un ambiente invalidante la familia podría decir, por ejemplo: “deja de hacerte el llorón” (Linehan, 2003). Es a través de estas respuestas disonantes (entre otras) que se conduce a una intensificación de la ruptura entre la experiencia privada del niño emocionalmente vulnerable y la respuesta de su entorno social, proporcionando el ambiente de aprendizaje necesario para muchos de los problemas que se encuentran relacionados al TLP (Linehan, 2003).

Siguiendo la misma línea, podemos decir que los ambientes invalidantes contribuyen a la desregulación de las emociones ya que fallan al momento de enseñarle al niño a nombrar y a modular la activación, a tolerar el malestar y a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de lo que sucede en el entorno (Linehan, 2003). La autora refiere que en contextos invalidantes, la expresión emocional suele ser desalentada o castigada, especialmente cuando se trata de experiencias negativas. Cuando los entornos solo reaccionan ante manifestaciones emocionales intensas o exacerbadas, y no frente a expresiones más moderadas, el individuo aprende que únicamente podrá obtener atención o respuesta si intensifica sus emociones. Este patrón conduce a una oscilación entre la inhibición emocional y la comunicación emocional extrema (Linehan, 1993a).

El abuso sexual infantil es un ejemplo típico de un entorno invalidante en el desarrollo del TLP, dado el vínculo observado entre este tipo de abuso, la conducta suicida y la presencia de TLP (Linehan, 1993a). No obstante, el hecho de que no todas las personas con diagnóstico de TLP reporten antecedentes de abuso sexual, y que no todas las víctimas de abuso sexual desarrollen TLP, plantea interrogantes acerca de los factores individuales que explican estas diferencias en la respuesta psicopatológica (Linehan, 1993a).

Estructura del tratamiento

En la TDC el tratamiento se estructura en torno a cuatro instancias (Linehan 1993a):

- Psicoterapia individual

Esta modalidad tiene una frecuencia semanal y se lleva a cabo de manera paralela al entrenamiento en habilidades, que se realiza habitualmente en formato grupal. Como señala Linehan (1993a), es en la terapia individual donde se trabaja directamente con el compromiso del paciente, se abordan los obstáculos para el cambio, y se fomenta la aplicación práctica de las habilidades en el entorno real.

Siguiendo lo planteado por Linehan (1993a), el terapeuta individual es el encargado de guiar el proceso terapéutico, articulando las distintas modalidades del tratamiento, planificando su desarrollo y colaborando con el paciente en la integración y aplicación de las habilidades aprendidas en los demás contextos terapéuticos. Su función principal es ayudar al paciente a generalizar el uso de dichas habilidades a las diversas situaciones de la vida cotidiana, promoviendo su aplicación en todos los ámbitos que sea necesario. Además, el terapeuta individual desempeña un rol clave durante los momentos de crisis (Linehan, 1993a).

Siguiendo lo planteado por Lynch et al. (2007), el trabajo en las sesiones individuales se organiza siguiendo una jerarquía de objetivos clínicos. En primer lugar, se prioriza la eliminación de conductas que amenacen la vida, como los intentos de suicidio y las autolesiones. En segundo lugar, se abordan las conductas que interfieren con el tratamiento, tales como la inasistencia a las sesiones o la falta de cumplimiento de las tareas terapéuticas. Por último, se trabaja sobre aquellos factores que disminuyen la calidad de vida del paciente, como la falta de vivienda, el consumo problemático de sustancias o la presencia de otros trastornos graves del Eje I.

- Entrenamiento grupal en habilidades

El entrenamiento grupal en habilidades se desarrolla en un formato psicoeducativo, con sesiones semanales de dos horas y en modalidad de grupo abierto. Está a cargo de dos terapeutas, quienes, idealmente, no deberían ser los mismos que ejercen como terapeutas individuales de los participantes, a fin de mantener una adecuada diferenciación de roles terapéuticos (Linehan, 1993a). Dicho entrenamiento se organiza en cuatro módulos que se

completan en unos seis meses, aunque pueden repetirse. Se recomienda que los pacientes participen en el grupo durante al menos un año. Como parte del proceso, se asignan tareas para realizar entre sesiones y se trabaja con tarjetas de autorregistro, las cuales son revisadas junto al terapeuta individual (Leichsenring et al., 2024).

Este entrenamiento en habilidades consta de cuatro módulos (Linehan, 1993a):

- Habilidades básicas de conciencia (mindfulness): la autora las describe como centrales para la TDC. Basadas en prácticas meditativas orientales, buscan fomentar la conciencia plena y reducir respuestas impulsivas. Estas habilidades favorecen la autorregulación emocional y la eficacia interpersonal, aspectos centrales en el tratamiento.
- Habilidades de tolerancia al malestar: dado que el sufrimiento es inherente a la vida, la aceptación del malestar es fundamental tanto para reducir el sufrimiento como para posibilitar el cambio personal. Estas habilidades promueven una actitud no enjuiciadora hacia uno mismo y la realidad, diferenciando la aceptación de la aprobación (Linehan, 1993a).
- Habilidades de efectividad interpersonal: Linehan (1993a) refiere que la TDC enseña habilidades interpersonales para pedir lo que se necesita, decir no y manejar conflictos, buscando mantener relaciones, alcanzar objetivos y preservar el autorrespeto. Expresa que las personas con TLP suelen tener habilidades sociales, pero su aplicación se ve afectada por emociones intensas y creencias disfuncionales, lo que puede llevar a rupturas impulsivas. El enfoque terapéutico promueve respuestas eficaces basadas en el contexto, no en el estado emocional.
- Habilidades de regulación emocional: la dificultad para regular emociones intensas y dolorosas es central en el TLP. Las conductas disfuncionales, como el suicidio o el abuso de sustancias, suelen surgir como intentos de controlar

estados emocionales insoportables. Debido a estos motivos, se enseña a los pacientes a identificar y nombrar emociones, reconocer obstáculos al cambio emocional, reducir la vulnerabilidad emocional (mediante autocuidado físico y desarrollo de habilidades), aumentar eventos emocionales positivos, practicar mindfulness hacia las emociones presentes, la técnica de acción opuesta y el uso de estrategias de tolerancia al malestar. Estas habilidades requieren un contexto de validación emocional y buscan disminuir el impacto de las emociones secundarias, promoviendo una mayor estabilidad afectiva (Linehan, 1993a).

- Consultoría telefónica

La consulta telefónica tiene como principal objetivo brindar apoyo en momentos de crisis, facilitando que el paciente logre reducir conductas suicidas, parasuicidas o desadaptativas. De esta manera, se busca intervenir en el momento crítico para reforzar el uso de habilidades aprendidas y evitar la recurrencia de patrones disfuncionales (Linehan, 1993a).

- Reuniones de consultoría del equipo terapéutico

De acuerdo con lo planteado por Linehan (1993a), el tratamiento de personas con TLP puede generar un alto nivel de estrés en los terapeutas, quienes pueden incurrir en respuestas disfuncionales, como cambios impulsivos en el tratamiento o rigidez excesiva. La TDC reconoce estas dificultades y propone reuniones semanales de consulta clínica como espacio de apoyo y supervisión obligatoria para los profesionales involucrados, con el fin de mantener la adherencia al modelo y prevenir el desgaste profesional (burn out).

Etapas del tratamiento

Las etapas del tratamiento en la TDC según Linehan (1993a) están estructuradas en cuatro etapas secuenciales, aunque pueden desarrollarse de forma no lineal y adaptarse según las necesidades del paciente:

- Pretratamiento: Orientación y compromiso: la autora describe que tiene como objetivos principales establecer un compromiso terapéutico informado y modificar expectativas

disfuncionales sobre la terapia. Durante las primeras sesiones, se evalúa la disposición del paciente a trabajar en su cambio personal y se abordan creencias que puedan favorecer el abandono prematuro (Linehan, 1993a).

- Etapa 1: Adquisición de capacidades básicas: se centra en abordar conductas suicidas, comportamientos que interfieren con la terapia, problemas graves que afectan la calidad de vida y déficits en habilidades conductuales (Linehan, 1993a). Esta etapa puede extenderse durante el primer año de tratamiento, especialmente con pacientes altamente disfuncionales (Linehan, 1993a).
- Etapa 2: Reducir estrés post traumático: una vez estabilizadas las conductas suicidas y disfuncionales, esta fase requiere que el paciente cuente con recursos emocionales y contextuales adecuados para afrontar la reexperimentación del trauma (Linehan, 1993a). El abordaje implica una exposición gradual a estímulos traumáticos, en un marco de validación y regulación emocional (Linehan, 1993a).
- Etapa 3: Desarrollo del autorrespeto y logro de objetivos personales. En la fase final de la TDC (que se solapa con las dos anteriores) se busca que el paciente desarrolle confianza en sí mismo, valide sus propios pensamientos y emociones y mantenga el autorrespeto sin depender del terapeuta (Linehan, 1993a). Además, se trabajan sus metas personales y se insiste en que las habilidades aprendidas se apliquen de forma autónoma en la vida cotidiana (Linehan, 1993a).
- Etapa 4: Trascendencia y plenitud. Su objetivo es alcanzar un estado de bienestar sostenido, autorrealización y sentido vital, promoviendo una vida plena y coherente con los valores del paciente (Linehan, 1993a).

Estrategias de tratamiento

Las estrategias de tratamiento en la TDC, según Linehan (1993a), son actividades, tácticas y procedimientos coordinados que el terapeuta utiliza con el fin de alcanzar los objetivos del tratamiento. Se agrupan en las siguientes cuatro categorías:

- Estrategias dialécticas: buscan aprovechar las tensiones entre emociones, pensamientos, valores y conductas opuestas, tanto en el individuo como en su entorno, para promover el cambio en un marco de aceptación (Linehan, 1993a). La dialéctica central en terapia es la tensión entre aceptación y cambio. El terapeuta actúa estratégicamente para resaltar y equilibrar ambos polos, favoreciendo procesos de síntesis que conduzcan a soluciones cada vez más adaptativas (Linehan, 1993a).
- Estrategias centrales: además de las estrategias dialécticas, la validación y la resolución de problemas son centrales en la TDC (Linehan, 1993). La validación hace referencia a la aceptación; implica reconocer que las respuestas emocionales del paciente tienen sentido en su contexto, se validan las emociones, no las conductas (Linehan, 1993). Por otra parte, la resolución de problemas se orienta al cambio; basándose en un análisis conductual para identificar antecedentes, desencadenantes y consecuencias de las conductas problemáticas (Elices & Cordero, 2011). Luego se generan alternativas terapéuticas como entrenamiento en habilidades, exposición o reestructuración cognitiva (Linehan, 1993).
- Estrategias estilísticas: se refieren al modo de comunicación empleado por el terapeuta durante el proceso terapéutico. Linehan (1993) distingue dos estilos principales: recíproca (cálido, cercano) e irreverente (confrontativo).
- Estrategias de gestión de casos: este componente es fundamental para mantener la adherencia al modelo, prevenir el desgaste profesional y favorecer intervenciones más eficaces (Linehan, 1993).

Psicofármacos

En la actualidad, siguiendo lo planteado por la GPC (2011), no existe ningún medicamento aprobado específicamente para el TLP por parte de organismos reguladores como la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) o la Food and Drug Administration (FDA). A

pesar de ello, y aunque el tratamiento farmacológico suele considerarse un recurso complementario a la psicoterapia, su uso en la práctica clínica es generalizado (GPC, 2011).

Aunque en la práctica clínica es frecuente prescribir psicofármacos dirigidos a síntomas específicos (por ejemplo, sedantes para el insomnio), es importante destacar que estas intervenciones no abordan el trastorno de base, no constituyen tratamientos basados en la evidencia para el TLP en sí, y pueden conducir a una situación de polifarmacia (Wu et al., 2022). Casi una quinta parte de los pacientes refiere tomar cuatro o más psicofármacos de manera simultánea (Wu et al., 2022). No obstante, las guías clínicas actuales desaconsejan el uso de fármacos como tratamiento de primera línea, limitándolo a situaciones específicas, como comorbilidades graves (por ejemplo, depresión mayor, ansiedad severa o síntomas psicóticos transitorios), y siempre por períodos breves y con un enfoque de manejo de crisis (NICE, 2009; Wu et al. 2022). Cuando existen trastornos comórbidos, su tratamiento debe seguir las guías clínicas correspondientes. Es importante no confundir manifestaciones propias del TLP tales como inestabilidad emocional, ansiedad o síntomas depresivos reactivos, con trastornos comórbidos independientes.

De acuerdo a lo planteado por Leichsenring et al. (2024), dado el alto riesgo de abuso de sustancias en esta población, se aconseja evitar fármacos con potencial adictivo. En contextos agudos, puede optarse por el uso de antihistamínicos sedantes (como la prometazina) o antipsicóticos de baja potencia (como la quetiapina); finalizada la crisis, la medicación debe retirarse progresivamente (Leichsenring et al., 2024).

Conclusiones

El TLP se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad que afecta múltiples áreas del funcionamiento psíquico: las emociones, la autoimagen, los vínculos interpersonales y el control de impulsos (GPC, 2011). Esta inestabilidad se manifiesta a través de estados afectivos intensos y cambiantes, conductas autolesivas o suicidas, sentimientos crónicos de

vacío, miedo al abandono y severas dificultades para mantener relaciones duraderas y estables en el tiempo (GPC, 2011). La etiología del TLP es compleja y multifactorial, esto quiere decir que, si bien existen factores neurobiológicos y temperamentales implicados, la literatura científica destaca el peso de las experiencias tempranas de invalidación emocional, trauma o negligencia (GPC, 2011). En este sentido, las dificultades que presentan las personas con TLP no se originan exclusivamente en la desregulación emocional, sino también en la presencia de vínculos tempranos marcados por experiencias de apego dañado, lo que afecta de manera profunda en la configuración del self y en la capacidad de mentalizar y comprender las experiencias emocionales (Bateman & Fonagy, 2010).

Frente a la complejidad clínica y relacional que caracteriza al TLP, el abordaje psicoterapéutico exige intervenciones que vayan más allá de la reducción sintomática o del control de conductas. Se requieren tratamientos que favorezcan procesos de transformación profunda, orientados a modificar los patrones estructurales de la personalidad, siempre en función de la subjetividad de cada persona y de aquello que pueda y/o quiera tolerar.

El sufrimiento emocional, a su vez, demanda con frecuencia un abordaje interdisciplinario, que pueda articular la psicoterapia individual con otros dispositivos, como la terapia de pareja, familiar u otras modalidades complementarias. Para ello, la formación de profesionales capaces de integrar distintos modelos teóricos y experiencias clínicas, y de intervenir de manera funcional y deontológica, se convierte en una tarea fundamental.

En este sentido, resulta imprescindible promover la visibilización y difusión de las prácticas clínicas con mayor respaldo empírico para el tratamiento del TLP, garantizando que el ejercicio profesional se sustente en evidencia científica sólida y actualizada. Este compromiso no solo responde a una exigencia académica, sino también a una responsabilidad ética y deontológica: garantizar que cada intervención psicológica se oriente al mayor beneficio para quienes consultan. De este modo, se contribuye a una práctica clínica rigurosa, respetuosa y responsable, capaz de ofrecer un acompañamiento terapéutico efectivo y humanizado.

En esta línea, los tratamientos que han demostrado evidencia empírica son (Morian & Martínez, 2011): la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT), la Terapia Basada en la Mentalización (TBM), la Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas (TCE) y la Terapia Dialéctico Conductual (TDC). Estos modelos están respaldados por la American Psychological Association (APA) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

A pesar de sus diferencias teóricas, estos modelos coinciden en la comprensión del TLP como un trastorno sobre todo relacional y afectivo, que debe ser abordado desde un encuadre claro, sostenido por una alianza terapéutica firme y confiable. En ese vínculo, que funciona como base reguladora, es donde se habilita la posibilidad de resignificar experiencias pasadas, trabajar en la regulación emocional y reconstruir una narrativa más coherente. En este proceso, el rol del terapeuta es central; debe implicarse en el tratamiento con una mirada empática, con sensibilidad y con disposición a la escucha y a la reflexión conjunta y colaborativa.

Considero que la producción y divulgación del conocimiento científico sobre el TLP es necesaria para tender un puente entre el saber académico y la práctica profesional comprometida. No podemos obviar que vivimos en un contexto atravesado por desigualdades, estigmas y barreras de acceso a la salud mental. Dado que el TLP es un trastorno frecuente y asociado a una alta tasa de intentos de suicidio, la promoción del conocimiento y la psicoeducación se constituyen como herramientas valiosas y necesarias. Estas acciones permiten que una persona que atraviesa una situación difícil (o alguien de su entorno) acceda a información precisa y confiable, facilitando la orientación hacia la búsqueda de ayuda profesional y un tratamiento adecuado.

La frase de Marsha Linehan, “construir una vida que merezca la pena vivir” (1993), nos invita a reflexionar sobre la necesidad de promover procesos de transformación subjetiva meticulosamente diseñados para cada paciente en su singularidad, que favorezcan la construcción de una existencia con sentido, sostenida en vínculos significativos y en una mayor

capacidad para tolerar y regular el malestar psíquico. Todos y todas merecen, más allá de cualquier diagnóstico, la oportunidad de vivir una vida digna, habitable, plena.

Promover prácticas terapéuticas basadas en la evidencia, accesibles y humanizadas es una forma de luchar contra el estigma, defender el derecho a la salud mental y de acompañar, desde el conocimiento y la empatía, a quienes buscan construir una vida con sentido, que valga la pena vivir.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G., & Bados, A. (2019). Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *European Psychiatry*, 56(1), 75–83. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.010>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5®* (5.ª ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013) *Mentalization-Based Treatment*, *Psychoanalytic Inquiry*, 33:6, 595-613, DOI: 10.1080/07351690.2013.835170
- Bateman, A., Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., & Debbané, M. (2023). *Cambridge Guide to Mentalization-Based Treatment (MBT)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Belloch Fuster, A., & Fernández-Álvarez, H. (2010). *Tratado de trastornos de la personalidad*. Editorial Síntesis.
- Bozzatello, P., Blua, C., Brandellero, D., Baldassarri, L., Brasso, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2024). Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1320546. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1320546>

Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F. y Yeomans, F. E. (2018). Psychodynamic therapy for personality pathology. Treating self and interpersonal functioning. American Psychiatric Pub.

Cardenal, V., Sánchez, M.^a P., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: Una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305–324.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300004&lng=es&tlng=es

Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 132–152.
Universidad de la República.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (GPC). (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS).

Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., & Medicus, J. (2024). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 181(11), 1024–1028. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2024.18111024>

Kernberg, O. F. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. Jason Aronson.

Koerner, K., & Dimeff, L. (2007). Overview of DBT. En L. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice* (pp. 1–18). Guilford Press.

Kreisman, J., & Straus, H. (2022). Te odio - no me abandones: Comprender el trastorno límite de personalidad. Editorial Sirio.

Labrador, F. J., & Crespo, M. (Coords.). (2012). Psicología clínica basada en la evidencia. Madrid: Ediciones Pirámide.

Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>

Levy, K., Draijer, N., Kivity, Y., Yeomans, F., & Rosenstein, L. (2019). Transference-focused psychotherapy (TFP). *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6, Article 10.1007/s40501-019-00193-9. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00193-9>

Linehan, M. (1993a). *Cognitive - behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press

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

Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:181-205. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229. PMID: 17716053.

Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Elsevier.

Millon, T., & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad : más allá del DSM-IV*. Masson, S.A.

Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2).

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Pérez, L. (2011) Trastorno límite (borderline) de personalidad. *Psicoterapia focalizada en la transferencia*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 75(1), 20-25

Ruz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual*.

Sánchez-Quintero, S. y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad [Introduction to the mentalization-based treatment for borderline personality disorder]. *Acción psicológica*, 10(1), 21-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16–20.

Soares, L., Silva, A., Balliari, E., Perrote, G., Caracuel, F., Ventriglio, A., Torales, J., Castaldelli-Maia, J. (2023). Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría Volumen 22, número 3*, 7-16.

Society of Clinical Psychology. (s.f.). *Treatments*. <https://div12.org/treatments/>

- Suárez, J. S. (2008). Terapia conductual dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(Suppl. 1), 149–163.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500012
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Kringlen, E. et al. (2000). A Twin Study of Personality Disorders. *Comprehensive psychiatry*, 41, 416-425.
<https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>
- Wu, T., Hu, J., Davydow, D., Huang, H., Spottswood, M., & Huang, H. (2022). Demystifying borderline personality disorder in primary care. *Frontiers in medicine*, 9, 1024022.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1024022>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Desclée De Brouwer.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A., & Khera, G. S. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 264–273.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.3.264>