



Trabajo Final de Grado

Hacia una elucidación del Trastorno Límite de la Personalidad.

Su diagnóstico y tratamiento

Estudiante: Melania Presa Larrosa C.I: 4.086.253-7

Tutora: Lic. Psic. Laura de Souza

Montevideo, Uruguay.

Octubre, 2015

Indice:

Resumen.....	3
1. Introducción.....	4
2. La personalidad.....	6
2.1. Lo normal y patológico en la personalidad.....	8
2.2 Criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad.....	10
3. El trastorno límite de la personalidad (TLP).....	13
3.1. Criterios diagnósticos del TLP.....	16
3.2. Abordajes terapéuticos.....	20
3.3. Aspectos psicodinámicos.....	23
4. La psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT).....	28
5. Resultados de investigación.....	37
6. Caso clínico.....	39
7. Conclusiones.....	42
8. Referencias Bibliográficas.....	44

Resumen:

En la presente monografía se aborda el trastorno límite de la personalidad, su psicopatología, y sus principales características.

Con este fin, se examinan los conceptos de personalidad a lo largo del tiempo, realizando una diferenciación de temperamento y carácter; así como los posibles trastornos que puede sufrir, y su diagnóstico. Para esto utilizamos los criterios expuestos por el manual DSM V y Otto Kernberg.

Así pues, desde la perspectiva psicoanalítica, se profundiza en las fallas del desarrollo temprano del sujeto, dado que siguiendo dicha teoría, es allí donde se originan las distintas patologías psicológicas, junto con las vicisitudes derivadas del orden de lo bio-psico-social.

Se realiza una aproximación a uno de sus posibles tratamientos. La línea terapéutica seleccionada es la psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT), desarrollada por Otto Kernberg desde la teoría de las relaciones objetales.

Finalmente se expone el resultado de una investigación realizada por los estudiosos de la PFT, a fin de evaluar su eficacia, y para lo que se presenta a modo de ejemplo un caso clínico.

1. Introducción.

Es oportuno mencionar que el interés en trabajar el trastorno límite de la personalidad, se debe a que en la actualidad se presenta como uno de los más complejos, y con frecuencia uno de los más graves, significando un desafío a la hora de su abordaje.

Tanto es así que a lo largo de los años, si bien se le ha intentado categorizar, no se ha logrado incluir en dicha categorización el espectro completo de aspectos que lo componen. El motivo radica en el gran abanico de síntomas que presenta el paciente, razón por la que ciertos autores lo llaman "cajón de sastre" (Gunderson, 2002).

Se opta por la línea psicoanalítica para pensar y llegar a una aproximación esclarecedora de la mencionada patología, así como de su abordaje clínico.

Comenzaremos con la revisión de las conceptualizaciones del concepto de personalidad, el cual, como veremos, ha ido variando a lo largo del tiempo.

Seguidamente se le problematiza en lo normal y patológico; y como esta diada de salud-enfermedad se irá adecuando a los avances científicos, a los cambios tanto sociales como culturales que sufre cada época.

Damos una definición del trastorno límite de la personalidad, utilizando para su diagnóstico el manual DSM V, para el cual sus principales características son la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, la afectividad, y una gran impulsividad.

Desde el punto dinámico, se parte de las conceptualizaciones de Otto Kernberg, quien caracteriza a este trastorno principalmente por la difusión de identidad, los mecanismos de defensas primitivos y una prueba de realidad conservada (Pérez, 2011).

Si bien hay varias alternativas en cuanto a abordajes terapéuticos, se elige trabajar desde la psicoterapia focalizada en la transferencia, la cual ha demostrado ser eficaz frente a esta patología. Para justificar esto, se expone el resultado de una investigación realizada por el citado autor junto a otros expertos en el "The Personality Studies Institute", en Nueva York, lugar donde

se realizan investigaciones, estudios y enseñanza, partiendo del enfoque de relaciones de objeto para el tratamiento del paciente borderline, entre otras patologías de la personalidad.

En último lugar, se presenta un caso clínico para divisar de manera operativa el dispositivo terapéutico aquí trabajado.

Es pertinente aclarar que si bien se intenta tener una mirada amplia de la patología y su abordaje clínico, la vasta bibliografía y los jugosos puntos de encuentro y desencuentro de los distintos autores, conjuntamente con las múltiples teorías, impone cierta limitación en el marco de este trabajo, en especial lo que refiere a extensión del mismo.

2. La personalidad

“La personalidad es lo que nos hace como somos,
y también lo que nos diferencia de los demás”

(Millon, 2006. p.1)

Para discernir el tema, es pertinente comprender el concepto de personalidad, a fin de adentrarnos en sus trastornos.

Antiguamente este término surge del vocablo latino persona, para hacer referencia a la máscara utilizada por los actores en el teatro, cuya función era introducirlo en el personaje de la obra, adquiriendo de este modo rasgos distintos a los suyos.

Con el paso del tiempo esta expresión dejó de entenderse como algo alusivo, y pasó a representar a la persona con sus características reales y concretas.

Por último, profundiza en su mundo interno para dejarlo al descubierto, junto a sus aspectos psicológicos.

En conclusión, el término evolucionó pasando de ser una ilusión de lo externo, a referirse a rasgos internos oscuros u ocultos. Siendo este último significado el más cercano al uso actual (Millon, 2006).

Se entiende por personalidad al conjunto de estas características psicológicas arraigadas que se manifiestan de manera automática en casi la totalidad de la vida anímica del sujeto: “...la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona” (Millon, 2006, p. 2).

Ey (1980) entiende la personalidad como el resultado de la construcción de la identidad del Yo, producto de la relación dinámica entre el entorno y la maduración psico-biológica del sujeto.

Propone que “es la organización dinámica del Yo la que hace decir a cada uno de nosotros “Yo”, designándose a sí mismo como la “primera persona” que es, para él, su propia individualidad distinta de la de los otros” (p. 32). Aquí es importante agregar la cuota de

conciencia de sí mismo que es necesaria para el autor, sin la cual el Yo no podría constituirse como tal, por ende, no llegaría a existir una personalidad definida.

Filloux (1975) da una definición similar a la anterior, postulando que “la personalidad es la configuración única que toma, en el transcurso de la historia de un individuo, el conjunto de los sistemas responsables de su conducta” (p. 15).

De este modo el autor plantea que, todos, hasta los más simples, tienen una personalidad.

Expone conceptos que considera útiles para su comprensión, planteando que la personalidad es única en cada sujeto, aunque en este se reflejen rasgos comunes con otros.

Agrega que no es una sumatoria de funciones, sino una integración de ellas.

Una definición de las más aceptadas en la actualidad es aquella descrita por Allport, (1963, citado en Riquelme Vejar y Jadue 2003, p.43), quien la define como “la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos”.

De esto se desprende entonces que la personalidad es la unificación de las características psicológicas, articuladas por el contexto social pero condicionadas por la biología, conformando la manera de ser de la persona (Riquelme Vejar y Jadue, 2003).

Considerando lo expuesto, es preciso diferenciar la personalidad del temperamento y el carácter, ya que en el lenguaje coloquial se los acostumbra utilizar casi como sinónimos.

El temperamento viene determinado de una manera innata, es una predisposición básica hacia determinados comportamientos (Millon, 2006).

En el temperamento no existe un proceso de socialización que medie lo biológico y ambiental del sujeto, quedando reflejada su naturaleza instintiva a través de sus acciones (Azpiroz y Prieto, 2011).

Por su parte, el carácter sí es el resultado de la socialización del sujeto, cumpliendo un rol mediador entre lo biológico y ambiental, logrando una adaptación a las normas sociales (Millon, 2006).

Se considera que en el carácter están los rasgos observables que manifiestan la personalidad, siendo una porción de esta, "...una parte que dan cuenta del todo, son elementos que constituyen al carácter y lo definen" (Areválo et al 2011, .p. 146).

El carácter es entonces la expresión mas continua que tiene la personalidad.

2.1. Lo normal y patológico en la personalidad.

A rasgos generales, y no sin escapar al constructo social de cada época, se considera que una personalidad es "normal" cuando no implica ninguna perturbación al sujeto, sus patrones de pensamiento y comportamiento tienen cierta constancia en el tiempo.

Sin embargo, cuando existe una patología en la personalidad, estos patrones se muestran mas rígidos e inadaptados, alterando los distintos terrenos de la vida del sujeto (Aspiroz y Prieto, 2011).

Los conceptos de normalidad y patología se irán adecuando a los avances científicos, a los cambios sociales y culturales de cada época. Un ejemplo bien ilustrativo sobre la concepción de lo patológico, es el dado por Arévalo et al (2011), plantean que en la antigüedad, con el incumplimiento de un tabú, se podía enfermar de gravedad, hasta incluso encontrar la muerte. Teniendo como posibilidad de cura la confesión de los pecados (visión religiosa imperante). Esto es insostenible desde el campo científico, por lo que se erradicó de su vocabulario la palabra "pecado", y lo redescubre bajo el nombre de "sentimiento de culpa".

Con el fin de evaluar los casos clínicos, los estudiosos del tema deben encontrar una definición clara sobre "normalidad" y "anormalidad", así como elaborar criterios para poder distinguirlas, pero esto no ha sido una tarea sencilla (Coleman, 1977).

En las siguientes líneas se hará un breve recorrido acerca de algunos autores y las significaciones que han asignado a estas cuestiones tan complejas.

Así es que Kraepelin retoma la descripción de Hipócrates cuando califica las personalidades patológicas, tales como las depresivas, hipocondríacas e irritables (Kraepelin 1907, citado en Azpiroz y Prieto, 2011).

Y Bleuler es el primero en introducir el concepto de psicopatía, dirá que estos pacientes tenían un defecto moral innato o adquirido o trastornos mentales, que iban desde el retraso mental a los sujetos antisociales (Bleuler 1924, citado en Azpiroz y Prieto, 2011).

Por otra parte es Freud quien a partir de alteraciones en el desarrollo libidinal, va a plantear las bases para lo que serían ciertos trastornos de la personalidad, como por ejemplo el obsesivo compulsivo (Aspiroz y Prieto, 2011).

Es luego de la publicación del DSM-III (1980) que los trastornos de la personalidad adquieren un estatus importante (Azpiroz y Prieto, 2011).

En referencia a Millon (2006) plantea que diferenciar normalidad de anormalidad no es posible de una manera objetiva, ya que cada distinción está sesgada por construcciones sociales y dispositivos culturales; pese a que, se puede realizar un agrupamiento de los diagnósticos en función de criterios claros para definir tal o cual patología, contribuyendo al respeto del conocimiento científico, el agrupar y clasificar a las personas en grupos de diagnosis son puramente sociales.

Las delimitaciones de patología, dolencia, mal, malestar, enfermedad o trastorno están colmadas de valores y son circulares (Feinstein, 1977, citado en Millon, 2006).

Establecida la base social, es posible que la mejor definición de normalidad esté dada por la aprobación de los comportamientos y costumbres del propio grupo o cultura. Y en su contraparte, la patología será definida a partir de los comportamientos distintos de los del grupo de referencia (Millon, 2006).

Por su parte, Arévalo et al (2011) dirán que

Lo normal y lo patológico como un continuo y no como compartimentos estancos del funcionamiento psíquico (...) Las personas que padecen un trastorno de la personalidad también tienen aspectos y recursos sanos a los que apelar para funcionar en distintos contextos sociales. (p. 148.)

En tanto Kernberg (1984) realiza el siguiente cuestionamiento: “¿Cuán intensa debe ser la perturbación para que requiera llamarse un trastorno?” (p. 68), el cual resuelve con la formulación de que en la personalidad, los rasgos considerados patológicos deben presentar una

intensidad en la perturbación, la cual llega a ser significativa en el funcionamiento intrapsíquico y/o interpersonal.

Por mucho tiempo lo normal y patológico han sido pensados de una manera dual. A pesar de esto, fue ganando importancia la idea de que lo sano y lo enfermo no pueden ser concebidos de forma absoluta, sino dentro de un continuum en distintos niveles de funcionamiento.

En esto se destaca que al evaluar lo normal o patológico en la personalidad, los criterios socioculturales de las distintas épocas y culturas tienen sus propias valoraciones (Azpiroz y Prieto, 2011).

2.2. Criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad:

Estos trastornos son concebidos como el grupo “caracterizado por conductas arraigadas de un modo profundo, desadaptativas socialmente y que comprenden la personalidad antisocial o psicopatológica, las desviaciones sexuales y la dependencia del alcohol o de drogas...” (Coleman, 1977, p. 35).

A esto el autor agrega, que la persona por lo general muestra una conducta que es socialmente indeseada, la cual se prolonga durante la vida, y que tiene sus inicios en la adolescencia.

En concreto Los TP tienen tres aspectos patológicos que le son característicos. El primero es el pensamiento de que la personalidad es la analogía psicológica del sistema inmune, en este sentido los TP tienden a ser inestables, y bajo situaciones estresantes muestran una carencia de adaptación al entorno, mientras que las personas sanas poseen un abanico de variadas y flexibles estrategias de afrontamiento, utilizando unas u otras en tanto le sea necesario un cambio, respecto a la pertinencia de funcionamiento de las mismas., mientras que los afectados por un TP utilizan un mismo funcionamiento, pudiendo sostener variaciones mínimas.

Esto genera como consecuencia, aumento de estrés y su vulnerabilidad, induce situaciones críticas, provocando percepciones de la realidad cada vez mas distorsionadas.

Un segundo aspecto viene solapado con el primero, los TP son inflexibles desde la perspectiva adaptativa. La personalidad normal tiende a ser flexible, a responder de manera

positiva a las demandas de su contexto. Sin embargo, las personas con TP cuentan con pocas estrategias y conductas alternativas, de esta manera se imponen de manera rígida sobre circunstancias para las que no encajan, por lo tanto, el entorno es el que debe cambiar para coincidir.

Pero cuando esto no sucede aparece la crisis y las oportunidades de hacerse de estrategias mas adaptativas desaparecen.

De este segundo aspecto se desprende el tercero, ya que estas personas no tienen la capacidad de cambiar, la serie de acciones patológicas que dominan su vida se repiten sin cesar, cual círculo vicioso. Estas personalidades patológicas a su vez son patogénicas (Millon 1969, citado en Millon 2006)

En este punto se selecciona el criterio del DSM-V-TR, (2014) para exponer el diagnóstico de los TP.

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

En el A se encuentran los raros o excéntricos: paranoide, esquizoide y esquizotípico.

En el B los dramáticos, emocionales, erráticos: limítrofe, narcisista, histriónico y antisocial.

En el C los ansiosos y temerosos: Trastorno por evitación, dependiente y el obsesivo-compulsivo.

Los define como un patrón perdurable de la experiencia interna y comportamiento que se desvía con notoriedad de lo esperado culturalmente.

Este patrón se debe presentar en un mínimo de dos de los ámbitos siguientes:

1. En la cognición, en la manera que se percibe e interpreta a uno mismo, a otras personas y los acontecimientos.
2. En la afectividad, en la amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional.
3. En el funcionamiento interpersonal. (Dificultad para formarse una representación del otro razonable, heterogénea y real)

4. Bajo o escaso control de impulsos.

Este patrón perdurable es:

- Inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
- Causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.
- No se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- No se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un traumatismo craneal).

3. El trastorno límite de la personalidad (TLP)

With your feet on the air and your head on the ground
Try this trick and spin it, yeah.
Your head will collapse
But there's nothing in it.
And you'll ask yourself
Where is my mind?

Pixies. (1988). Where is my mind?.
En Surfer Rosa.(CD) 4AD Records

El intento por lograr una definición de los pacientes en los que cohabitaban la ira impulsiva, la manía y la melancolía de manera fluctuante, data de autores como Homero, Hipócrates y Areteo.

Bonet en el año 1684 uniendo la impulsividad junto a los estados inestables denominó la "folie maníaco-melancolique" (Caballo, 2004)

En el siglo XIX, Baillager y Falret notaron en ciertos pacientes una depresión que se interrumpía por la irritabilidad, cólera y euforia, seguida de una aparente normalidad, igualándose al trastorno límite de la personalidad (Caballo, 2004).

Se considera que Kraepelin (1921) utilizando el término de "personalidad excitable", fue quien mas se acercó a la sintomatología que hoy se conoce como trastorno límite de personalidad (Caballo, 2004).

En la misma línea, Schneider 1923 denomina como de "personalidad lábil" a los sujetos que mostraban cambios súbitos del estado de ánimo, con cierta tendencia a reaccionar con irritabilidad (Caballo, 2004).

Kretschmer 1925 agregó al concepto actual un temperamento mixto cicloide-esquizoide, lo que sería una "...melancolía agitada, actitud hostil e hipocondríaca, nerviosismo, respuesta afectiva insuficiente" (Caballo, 2004. p 139.)

Mientras que Reich 1925 clasificó a estos sujetos como los pacientes que poseen una predominancia de agresión infantil, un narcisismo primitivo y con graves alteraciones del superyó (Caballo, 2004).

En lo que respecta a la escuela psicoanalítica, Stern 1938 designó a estos sujetos como el grupo límite de las neurosis (Caballo, 2004).

Se puede identificar el uso del término borderline por primera vez en una publicación realizada por Stern (1938) con este, se refería a los pacientes que no entraban en la clasificación de neurosis o psicosis, bautizándola como grupo límite de la neurosis (Stern, 1938, en la GPC, 2011).

Por su parte Ey (1971) habla de formas menores de esquizofrenia, junto a la esquizofrenia simple, la esquizofrenia incipiens, planteando desde entonces la dificultades que conlleva el diagnosticar estos cuadros (Ey, 1971, en Ameglio 2012).

Kernberg (1975), los describe como “organización fronteriza de la personalidad, mas que “estados fronterizos” o cualquier otra denominación, es el que mejor describe a los pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable y no un estado transitorio que fluctúa entre la neurosis y la psicosis” (p. 19).

La organización límite de la personalidad (OLP), entonces, se caracteriza por una identidad débil o fallida, defensas primitivas (escisión e identificación proyectiva), y el juicio de realidad que se pierde en situaciones estresantes.

Las investigaciones planteadas por Kernberg en 1967 aportaron un importante avance conceptual ya que integró las relaciones objetales con la psicología del yo y los instintos. A esto se le suma que proporcionó una explicación y organización a un sistema que era clasificatorio y básico.

El citado autor propuso entonces entender a los pacientes mas que al concepto mismo (Kernberg 1967, en Gunderson, 2002).

Utilizó el término organización borderline de la personalidad para incluir aquellos pacientes en lo que se observaba una debilidad del yo, defensas primarias y relaciones de objeto problemáticas.

Esta denominación difiere de las concepciones actuales, las cuales intentan categorizar y tipificar la personalidad, Kernberg considera desde un modelo dimensional, que los pacientes con trastornos de personalidad, por ej., narcisista, antisocial, esquizoide, paranoide, infantil y ciclotímico se caracterizan por una organización borderline de la personalidad subyacente. (Gabbard, 2002).

Luego de Kernberg aparecen los aportes de Grinker y cols. (1968), comenzando el primer estudio empírico con pacientes límite, tras el cual se logró obtener los primeros criterios con base empírica. Estos fueron los siguientes: a) estos pacientes padecían de un fracaso en la construcción de la propia identidad, b) relaciones anaclíticas, c) depresión basada en la soledad, d) predominio de manifestaciones de ira (Gunderson, 2002).

En este contexto se encuentran las investigaciones realizadas por Gunderson en los años 1969-1981, quien desarrolla una entrevista estructurada con el fin de que el diagnóstico borderline sea más fiable (Gunderson, 2002).

La denominación trastorno límite de la personalidad se incorpora por vez primera en 1980, ya como entidad definida en el DSM -III, y a pesar de las críticas y propuestas alternativas, este uso se ha mantenido en las posteriores revisiones: DSM-IV y DSM-V.

En la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión) se incorporó doce años más tarde como trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, con dos subtipos: límite e impulsivo (Gunderson, 2002).

La mayoría de estos criterios se interrelacionan. Los sujetos diagnosticados borderline tienden a relaciones de exclusividad, del uno-a-uno, donde no existe el peligro de abandono. Se sienten con derecho a exigir al otro, por lo que este culmina por alejarse.

Si logran un nivel íntimo en la relación, se despierta un conjunto de ansiedades gemelas, preocupándose de que serán absorbidos por el otro, perdiendo así su identidad en esta fantasía de fusión. Como contraparte a esto, pueden lindar en el pánico por el miedo que les causa un inminente rechazo o abandono (Gabbard, 2002).

Para evitar estar solos, estos pacientes suelen recurrir a gestos suicidas, con el fin de ser rescatados por la persona a la que están apegados.

En este contexto de relaciones interpersonales, también pueden experimentar una distorsión a nivel cognitivo, evaluado en la prueba de realidad (Gabbard, 2002).

Si bien existe una amplia bibliografía sobre síntomas que sin estar catalogados dentro de la designación “límite”, presentan características clínicas similares a esta. Hay también, un enorme abanico de términos y desacuerdos en cuanto a los atributos fundamentales de esta manifestación (Perry y Klerman, 1978, en Caballo 2004).

Por lo dicho en las líneas anteriores, es que es importante tener en cuenta desde donde se sitúe al momento de evaluar, ya que variará según el enfoque que se adopte: desde los teóricos psicoanalistas, situando el trastorno a medio camino entre la neurosis y psicosis; las perspectivas biológicas, contenido en los trastornos afectivos; las perspectivas cognitivas, culturales, etc. (Caballo, 2004).

En resumen, la construcción límite fue sufriendo varias modificaciones de importancia a partir de 1960, comenzando por una organización de la personalidad, pasando luego a ser considerado un síndrome, hasta la actualidad que es entendido como trastorno.

3.1. Criterios diagnósticos del TLP

Es presumible que este trastorno esté dentro de las alteraciones mentales más complejas respecto a su evaluación. Su diagnóstico requiere la detección de una miscelánea de rasgos, síntomas y conductas, considerablemente más heterogénea que para cualquier otro trastorno (GPC, 2011).

A continuación se exponen aquellos elementos considerables para el diagnóstico fronterizo según DSM-V-TR, desde lo más descriptivo, a Kernberg con aportes orientados hacia lo más dinámico.

Para el DSM V (2014) el TLP se ubica en la sección II del manual, denominado Criterios y códigos diagnósticos, en el apartado Trastornos de la personalidad. Recordamos que estos se dividen en los grupos A, B, C.

El TLP se ubica en el grupo B, el grupo de los dramáticos, emocionales y erráticos.

Este manual lo define como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5).

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5).

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7. Sensación crónica de vacío.

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

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.(p. 364).

Por su parte, Kernberg (1975) considera que un análisis estructural puede ayudar en gran manera a esclarecer la patología.

En este análisis se describe la relación entre las derivaciones estructurales de las relaciones objetales interiorizadas y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental (yo,

ello, superyo). También se refiere al análisis de la organización permanente del contenido de conflictos inconscientes.

Se considera que las características estructurales de la organización límite presentan importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas, ya que la condición de las relaciones objetales y el grado de integración del superyo son criterios de pronóstico importantes para la psicoterapia de estos pacientes.

Las estructuras son configuraciones relativamente estables de los procesos mentales, el superyo, yo e inconscientes son estructuras que de manera dinámica integran subestructuras, como las configuraciones cognoscitivas y defensivas del yo.

Los aspectos estructurales a considerar son:

1- Manifestación inespecífica de labilidad yoica: donde se observa falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos y pobre desarrollo de los canales de sublimación.

2- Desviación hacia el pensamiento de proceso primario.

3- Operaciones de defensas primarias: escisión, idealización primitiva, formas tempranas de proyección, en particular la identificación proyectiva.

4- Patología de las relaciones de objeto: se refleja en la incapacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas.

Kernberg (1984) también advirtió que para un diagnóstico definitivo, además del análisis estructural, debían considerarse los síntomas descriptivos, donde tres o más de los siguientes darán el diagnóstico, siempre que vengan acompañados por la patología yoica característica:

1. Ansiedad. Estos pacientes denotan una ansiedad crónica, difusa libre y flotante.
2. Síntomas neuróticos: gran cantidad de pacientes suelen presentar varios de estos síntomas, pero solo se tienen en cuenta cuando se presentan dos o más de los siguientes:
 - a. Múltiples fobias, con especial importancia aquellas que restringen la vida cotidiana del paciente.

b. Síntomas obsesivo-compulsivo que están en sintonía con el yo y tiende a racionalizarlos.

c. Múltiples síntomas de conversión, sobretodo si son crónicos, aquellos elaborados o raros.

d. Reacciones disociativas, “estados de ensoñación” histéricos, trastorno de conciencia y amnesia.

e. Hipocondriasis: exagerada preocupación por la salud y un temor crónico a la enfermedad, tano que se ven retirados de la vida social para concentrarse en el propio estado de salud.

f. Rasgos de hipocondría que no secundan a una reacción de ansiedad, junto a tendencias paranoides bien definidas y fortalecidas.

3. Tendencias sexuales perverso-polimorfa: pacientes que presentan una desviación sexual manifiesta que coexiste con varias tendencias perversas. Las fantasías y los actos perversos son caóticos y múltiples, así como relaciones objetales inestables.

4. Estructuras de personalidad prepsicóticas que incluyen:

a. Una personalidad paranoide intensa.

b. Personalidad esquizoide.

c. Personalidad hipomaníaca y ciclotímica.

5. Neurosis impulsiva y adicciones, son formas patológicas graves en donde el impulso está destinado a gratificar necesidades instintivas, a modo de escape temporario, agradables mientras ocurre pero que es distónico del yo una vez que el episodio remite. Como ejemplo, el consumir altas cantidades de alcohol, drogas. Cleptomanía.

6. Desórdenes del carácter de “nivel inferior”, que se ven representados por lo caótico e impulsivo del carácter.

3.2 Abordajes terapéuticos

A fin de introducir al lector en el vasto abanico de posibilidades terapéuticas para los TP, se presentan a continuación algunas de sus posibles aproximaciones clínicas, si bien en este trabajo sólo veremos en mayor profundidad el abordaje terapéutico de la psicoterapia focalizada en la transferencia.

Las distintas terapias están pensadas para mejorar las conductas y el control de síntomas, y en el mejor de los casos, lograr una remisión de ellos.

Procuran mejorar la capacidad de adaptación del paciente ante situaciones estresantes, facilitando los procesos de recuperación, incidiendo en áreas como el manejo de crisis y la prevención de recaídas, así como la adquisición de habilidades para afrontar el trastorno, y el funcionamiento social y laboral.

Los métodos psicoterapéuticos coinciden en el hecho de que parten de técnicas psicológicas, reconocidas en la comunidad científica y profesional (GPC, 2011).

Terapia familiar: Si bien es importante la terapia individual para la modificación rehabilitadora del mundo de los objetos internos del paciente, el trabajo con la familia contribuye al plan terapéutico global (Gabbard, 2002).

Un primer paso en esta intervención es identificar el rol que las interacciones familiares tienen en la patogenia y el sostenimiento de la patología borderline (Gabbard, 2002).

El terapeuta debe evitar ubicarse del lado del paciente borderline cuando calumnia a sus padres, como si estuviera de acuerdo. Los padres por lo general están de acuerdo con el otro pero no con su hijo. Esta problemática se debe tomar con seriedad, teniendo en cuenta que el relato del paciente suele estar influido por su propia patología, y el relato parental debe ser

tomada con precaución, muchos padres suelen estar a la defensiva ya que se sienten acusados por la patología de su hijo/a. Es cierto que la verdad subyace en alguno de esos puntos de vista (Gabbard, 2002).

Estas familias se benefician de una aportación activa en el tratamiento. Aun en las familias que presentan funcionamientos negativos, abusivos y disfuncionales, el terapeuta puede visualizar ver la fuerza de los vínculos no siempre sanos.

El empleo de herramientas psicoeducacionales y de reaceramiento familiar va en aumento. La evidencia preliminar habla de respuestas muy positivas de los participantes, mejor comunicación y menos alienación (Isla Pérez, 2003)

Terapia de grupo: Esta herramienta es muy beneficiosa para muchos de los pacientes con desorden de personalidad. Si bien se observan dificultades para acceder y sostenerse en una experiencia de este tipo, su permanencia parece estar asociada al apoyo que realiza el terapeuta individual de manera simultánea.

Los pares en esta terapia adjudican beneficios que son difíciles de alcanzar en la terapia individual. En los grupos se logra visualizar con mas eficacia las necesidades de dependencia y de conductas manipulativas, transformándolas, de experiencias distónicas a sintónicas respectivamente, es decir, lograr conciencia de enfermedad (Isla Pérez, 2003).

La psicoterapia de grupo le brinda al paciente borderline la posibilidad de comprender las defensas con las que opera, a medida estas se van desplegando en el entorno grupal. Los mecanismos defensivos que mas se tienden a emplear son la escisión y la identificación proyectiva (Gabbard, 2002).

La terapia grupal, si se da en paralelo con un tratamiento individual, se asocia con una evolución positiva (Isla Pérez, 2003).

Terapia conductual dialéctica: Desarrollada por Marsha Linehan específicamente para pacientes con trastornos de personalidad, posee un marcado sostén empírico y claridad en su aplicación, con la integración de la terapia conductual y otras perspectivas que incluyen, notablemente, los principios y práctica del Zen y una filosofía dialéctica que orientan el tratamiento.

Este enfoque es hasta el momento altamente sugerente, aunque requiere mayor información en cuanto a evoluciones futuras (Isla Pérez, 2003).

Terapias cognitivas o cognitivo conductual: es una psicoterapia esquemáticamente centrada en un modelo de información-proceso de la psicopatología, ofreciendo facilitar la conceptualización del trastorno de personalidad, lo que permite hacerlo más comprensible y operativo.

Su objetivo es que el paciente adquiera la facultad de identificar sus patrones disfuncionales de pensamiento, que reconozca sus distorsiones (Gómez Chamorro, Ibáñez Hantke 2003).

Terapia basada en la mentalización (PBM), propuesta por Bateman y Fonagy, se basa en la idea de que los pacientes con TLP, tienen un déficit en la mentalización que explica parte de su psicopatología. Hace foco en el estado mental del paciente, tomando en cuenta los contenidos preconsciente-consciente de éste busca integrar estas representaciones y no ir a la búsqueda de insights disruptivos. Trabaja con pequeñas interpretaciones y no reflexiones complejas que apunten a contenidos inconscientes (Villalba, 2011).

La psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT): Se trata de una psicoterapia psicoanalítica modificada. Si bien reconoce que la transferencia primitiva, la debilidad yoica y la tendencia al acting out impiden un psicoanálisis clásico, considera la transferencia como punto central de intervención.

Conserva la interpretación como herramienta técnica fundamental, pero se le allana el camino a esta mediante la clarificación y la confrontación. Se interpretan tanto los aspectos transferenciales positivos como los negativos, optando por interpretaciones en el “aquí y el ahora” en lugar del “allá y el entonces”. Se interpretan las relaciones con los demás y con el terapeuta y no en relación a conflictos infantiles.

Kernberg, además, amplía el contrato a elementos que puedan ordenar mejor la vida del paciente y a elementos que apunten a limitar el acting out. Estos elementos determinan una estructura social externa que intenta no alterar la neutralidad del terapeuta.

La limitación de las interpretaciones al presente es debido a que el paciente limítrofe no puede captar su ligazón con el pasado.

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

3.3. Aspectos psicodinámicos:

Partiendo de las posturas psicodinámicas como línea teórica para entender la derivación de la problemática borderline, haremos anclaje en los planteamientos de Kernberg (1975), quien coincide con el desarrollo emocional del ser humano expuesto por Margaret Mahler (1971). Ambos autores consideran que esta patología emerge como un resultado en fallas de las relaciones de objeto.

Se considera trabajar desde el enfoque psicoanalítico, si bien entendemos que a esto se le suma la contemplación de factores ambientales y biológicos. Lo que lleva a pensar en causas multifactoriales, que van desde el nacimiento, o antes, y a lo largo de toda la vida del sujeto (Ameglio, 2012).

Para aclarar la denominación de relación objetal traemos la definición dada por Laplanche y Pontalis (1996)

el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes. (p. 359)

La teoría de las relaciones de objeto deriva de la teoría freudiana, la cual hace hincapié en las pulsiones libidinales y agresivas, que son experimentadas a nivel psíquico en relación con un otro, un objeto. Las unidades básicas de la estructura psíquica están formadas por tres elementos, siendo estos la representación del self, el afecto vinculado a esta representación (pulsión), y una representación del otro (objeto de pulsión) (Pérez, 2011).

Las unidades constituidas por la representación del self, el objeto y el afecto que los relaciona se conocen como díadas. Estas tienen correspondencia parcial con la representación del self y del otro como fueron vivenciadas en una etapa del desarrollo temprano del sujeto. En esta etapa temprana el sujeto vive a la madre como dos otros distintos, uno satisface y el otro rechaza, priva. Uno es todo bueno y el otro todo malo (Pérez, 2011).

Tal como fue expuesto antes, Kernberg ha realizado diferentes investigaciones sobre el TLP desde los años sesenta a la actualidad, adscribiendo a la teoría de las relaciones objetales,

según la cual, las representaciones del sí mismo y de los objetos se constituyen dentro del aparato psíquico.

Este autor, (Kernberg 1975, en Gabbard, 2002), relaciona la etiología y patogenia del TLP al esquema que desarrolla Margaret Mahler (Mahler y col., 1975 en Gabbard, 2002).

Mahler entiende que el psiquismo se consolida luego de un proceso continuo y progresivo, resultando en la relación objetal intrapsíquica que el niño logra afianzar aproximadamente a los 3 años. Es necesario el vínculo con la madre como la única posibilidad para la supervivencia (Bleichmar, s/f).

El esquema de Mahler que se presenta a continuación, describe en fases y subfases el desarrollo de la estructura del self entre el nacimiento y los 3 años de vida (Mahler 1968, en Bleichmar, s/f).

1- Fase autista. Comprende el primer mes a partir del nacimiento. Las respuestas del bebé en esta etapa son instintivas y reflejas.

2- Fase simbiótica, abarca del primer al cuarto o quinto mes de vida. El bebé forma una unidad dual con la madre.

3- Fase separación-individuación, abarca desde el quinto mes a los 36 meses, se divide a su vez en 4 subfases:

3.1. Subfase de Diferenciación, comprendida entre el quinto y al séptimo u octavo mes.

3.2. Subfase de ejercicio locomotriz, entre los ocho y quince meses.

Primer etapa: ejercitación locomotriz temprana: hasta el inicio de la marcha libre.

Segunda etapa: ejercitación propiamente dicha: desde el inicio e a marcha y hasta el mes quince.

3.3. Subfase de acercamiento, abarca desde el mes quince a los dos años.

Primer etapa: comienzo del acercamiento, comprende los meses 15 a 18.

Segunda etapa: crisis del acercamiento, entre los 18 y 20 meses.

Tercera etapa: moldeamiento de la distancia óptima, entre los 20 y 24 meses.

3.4. Subfase de logro de la constancia objetal emocional y consolidación de la individuación, de los 24 a los 36 meses (Bleichmar, s/f).

Esta autora considera que hay una falla en la subfase de acercamiento de la etapa separación – individuación.

Si el desarrollo en esta etapa se presentara de manera normal el niño iría gradualmente diferenciándose de la madre mediante una introyección de la imagen mental de ella. Hasta ese momento, la mente del niño funciona de manera tal que las personas y objetos existen solo cuando él los percibe, cuando éstos desaparecen de su campo visual, dejan de existir, lo que le produce sensaciones alternantes de protección, y abandono por parte de la madre (Mahler, 1971).

Cuando el niño logra la capacidad de tener representaciones mentales en ausencia de la madre o de los objetos, alcanza lo que se conoce como constancia objetal.

El niño entonces, a través de la introyección de esta representación mental puede tener la impresión de sentirse amado y protegido aún en ausencia del objeto amado, que en la mayoría de los casos sería la madre (Mahler, 1971).

En la fase de separación-individuación el niño desarrolla sentimientos ambivalentes hacia la madre, alternando entre la cercanía y el distanciamiento negativista. Buscando retener el cuidado materno al mismo tiempo que desea aumentar su independencia, aquí se produce un cisma, un proceso de escisión que protege la imagen que tiene el niño de la madre buena “simbiótica”, de la imagen opuesta, “la madre después de la separación amada de manera ambivalente y sentida como peligrosa a causa de su capacidad potencial de volver a absorbernos” (Mahler, 1971, p. 136).

Al buscar la separación de estas dos imágenes incompatibles, el niño no consigue la “constancia de objeto” así como tampoco se desarrolla una coherencia paralela en su propia identidad.

Según la citada autora, esta profunda escisión crea el defecto estructural fundamental de la personalidad límite (Mahler, 1971).

Concretamente, para Kernberg, los sujetos borderline, culminaron sin problemas la fase simbiótica que describe Mahler, los objetos y él se distinguen con claridad, pero quedaron fijados en la fase de separación e individuación. Kernberg distingue la subfase de acercamiento como el punto cronológico de esta crisis del desarrollo (Kernberg 1975, en Gabbard, 2002).

El temor que experimenta el niño a que su madre desaparezca le provoca, en ocasiones, un angustia intensa. Si tomamos en cuenta este punto del desarrollo, podemos considerar que los pacientes reviven una crisis infantil temprana, donde existía el temor a que la separación materna causaría su desaparición, quedando ellos en el abandono (Kernberg 1975, en Gabbard, 2002).

Los motivos para la fijación en la subfase de acercamiento estarían vinculados a una perturbación emocional de la madre, debido a un exceso de agresión en el niño, o a problemas en el rol materno, o una conjunción de ambas. (Kernberg 1975, en Gabbard, 2002).

Cuando en el periodo de separación e individuación, no se logra la integración de los aspectos buenos y malos de sí mismos, ni los de su madre, estas representaciones opuestas son guardadas por separado mediante el mecanismo de escisión. Es así, que tanto la madre como el self, son advertidos entre componentes malos y componentes buenos, no logrando la constancia objetal, una visión del sí mismo o de la madre como objetos totales (Kernberg 1975, en Gabbard, 2002).

Kernberg (1975), encuentra en la etapa pre edípica que la agresión pregenital, en especial la oral, tiende a ser proyectada provocando una distorsión paranoide de las primeras imágenes parentales que tiene el niño. Donde, en una primera instancia estaría dirigida a la madre a través de la proyección de impulsos en mayor medida sádico-orales, pero también sádico-anales, la madre es considerada como potencialmente peligrosa.

El odio hacia ella se extiende luego al padre, el niño experimenta como un “grupo unido”.

Esta indiscriminación entre ambas figuras es provocada por la escisión, la cual impide una diferenciación real entre los diversos objetos, en donde la imagen combinada madre-padre es peligrosa, dejando como consecuencia que todas las relaciones sexuales sean vistas después como poderosas y empapadas de agresión.

A su vez, se produce un precoz desarrollo de las tendencias genitales, mediante el cual se intenta evitar la rabia y los temores orales.

Con frecuencia este intento fracasa debido a que la intensidad de la agresión pregenital es fuerte, contaminando también las tendencias genitales (Kernberg, 1975).

Uno de los resultados de estos fenómenos es la solución mediante una transacción patológica que da lugar a las tendencias sexuales perverso-polimorfas.

En el paciente borderline, es observable una tendencia a la fusión. No cuenta con un yo que tenga límites claros, y esto conlleva a que no logre una total distinción del otro. De esta manera lo siente como una extensión de su yo, donde el otro es depositario de las partes escindidas del yo proyectadas.

Se puede agregar que en esta fusión, el sujeto intenta reintroyectar sus partes buenas escindidas y proyectadas en el objeto (Kernberg, 1975).

Basándonos en lo que dice el autor, podemos pensar la organización límite de la personalidad como un cúmulo patológico, en el cual está presente una lucha de instintos genitales y pregenitales, con una predominancia de la agresión pregenital. Esto explica la condensación inapropiada de impulsos sexuales, cargados de dependencia y agresividad (Kernberg, 1984).

Continúa diciendo, que en la práctica clínica, existe una divergencia entre el desarrollo histórico real del sujeto y lo que este experimenta de manera interna de las relaciones objetales significativas para él. Por lo tanto, se debe indagar en su historia y no tomarla como se presenta, que a menudo es vacía, caótica o engañosa. Luego de años de tratamientos es posible la reconstrucción intrapsíquica y relacionarla de alguna manera a las experiencias reales del paciente. En este sentido Kernberg (1984) dice: "...mientras más grave la patología del carácter, menos confiable la historia inicial" (p. 18).

4. Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)

Se presenta un acercamiento a la terapia desarrollada por Otto Kernberg para el tratamiento del TLP, la cual es desarrollada desde una perspectiva psicoanalítica contemporánea, para hacer frente a las necesidades terapéuticas de los pacientes con TLP y otros trastornos graves.

Todas las modalidades terapéuticas, tales como las terapias psicodinámicas, psicoterapia de apoyo, tratamientos conductuales y cognitivos, terapia interpersonal, tratamientos familiares y grupales, resaltan la importancia de cuidar la relación con el paciente y la dificultad en manejar la contratransferencia, el rol activo del terapeuta y la necesidad de marcar unos límites claros. La efectividad de los distintos tratamientos está relacionada con la mayor capacidad para controlar los impulsos, la disminución de las conductas suicidas y auto agresión y el descenso de las hospitalizaciones (Díaz Curiel, 2011).

El pensador líder en el campo de la PFT, Otto Kernberg diseñó este método clínico de tratamiento psicodinámico basándose en la teoría de las relaciones objetales.

Adoptando instrumentos de la clínica psicoanalítica tales como la transferencia, la interpretación, los aspectos inconcientes del paciente. Lo bautizó como psicoterapia focalizada en la transferencia (Pérez, 2011).

Enfatiza en un encuadre y contrato de trabajo claros que son anteriores a cualquier interpretación hecha. Se focaliza en la relación del paciente y terapeuta en el aquí y ahora, adoptando un papel más activo que en la clínica psicoanalítica tradicional. Como parte del trabajo el terapeuta debe expresar lo que siente a nivel contratransferencial, siendo esta acción una de las bases de este abordaje.

Estos pacientes manifiestan altos niveles de afectos en el espacio clínico, razón por la que se debe estar preparado para experimentar y manejar sus “explosiones” (Pérez, 2011).

La relación con el terapeuta se estructura bajo condiciones controladas para evitar estos efectos explosivos, y que ellos destruyan totalmente la comunicación. Por lo se crea un marco de tratamiento que le da seguridad al reactivar esas relaciones patógenas internas, contribuyendo a la contención afectiva o encuadre. El terapeuta no es cálido y simpático, aunque trata al paciente con cortesía en lugar de la neutralidad fría que es la caricatura de un terapeuta psicoanalítico (Clarkin, Kernberg y Yeomans, 2006).

Este enfoque terapéutico entiende la transferencia como la reactivación de las relaciones de objetos internos en relación con el terapeuta. A la formulación cognitiva del terapeuta de esta experiencia la llama interpretación.

Si bien se enfatiza en la interpretación de la transferencia como técnica clave que vehiculiza el cambio terapéutico, sólo es una entre tantas herramientas. Se espera que el cambio tenga lugar a través de las intervenciones en el proceso que comienzan al establecer un contrato, creando un marco de acción estructurado, en el cual paciente y terapeuta tengan acceso al abordaje y reflexión sobre cómo contener el repertorio de afectos intensos y tormentosos (Diamond et al, 2013).

La atención debe dirigirse a los patrones de relacionamiento existentes en el mundo interno del paciente mientras se van desplegando en la transferencia, basándose en el lenguaje para-verbal más que en el verbal (Pérez, 2011).

Aunque esto dependerá siempre de las posibilidades y recursos psicológicos del paciente.

El trabajo de la PFT es facilitar la reactivación, bajo circunstancias controladas, de las relaciones de objeto internalizadas disociadas en la relación de transferencia para observar la naturaleza de las representaciones internas polarizadas escindidas del paciente y, luego, mediante un proceso interpretativo de múltiples pasos, trabajar para integrarlas en una identidad más plena, más rica y con más matices (Caligor y col., 2009, citado en Diamond et al 2013, ¶ 6).

Al realizar una terapia con este tipo de pacientes debe existir además de lo intelectual, un compromiso emocional (Yeomans, 2015, agosto).

Las estrategias de la PFT

Las estrategias utilizadas en la PFT están vinculadas a los objetivos a largo plazo, basadas en que se dará lugar a un cambio en la personalidad, debido a la integración de las representaciones del self y de los objetos.

Contienen las líneas a seguir por el terapeuta, las cuales le permiten enfocarse en el trabajo sobre el mundo interno del paciente (Pérez, 2011).

Como primer estrategia, se debe observar la formas en que se relaciona el paciente con el terapeuta, y definir gradualmente las relaciones de objeto dominantes que se exhiben y presentan en el aquí y ahora de la interacción. Si bien no son visibles a simple vista, se pueden inferir observando los patrones recurrentes del sujeto con los demás, en especial con el terapeuta.

Una forma útil de darle sentido a las conductas manifiestas del paciente es considerar los intercambios como escenas de un drama, con diferentes actores que interpretan diferentes roles. Al imaginar el papel que juega el paciente en el momento y el papel en el que el terapeuta se ha fundido, éste puede tener un sentido claro del mundo representacional interno del paciente (Clarkin et al, 2006).

Una denominación incorrecta de los roles puede conducir a un visible desacuerdo y a la negación por parte del paciente, pero asimismo, a un acuerdo reconocido que surge de un esfuerzo de complacer al terapeuta. Por otro lado, el paciente puede reaccionar con consternación, dándose cuenta de que el terapeuta no siempre logra entender, no es omnisciente. Por lo tanto, no se está en condiciones inmediatas de evaluar la precisión de la intervención. En tales situaciones, el terapeuta debe continuar escuchando con paciencia lo que emerge como material adicional, para confirmar o refutar su hipótesis. En ocasiones tendrá que tolerar tal incertidumbre durante mucho tiempo (Clarkin et al, 2006).

La segunda estrategia consiste en observar e interpretar la inversión de roles de la díada que predomina en la sesión. Como se señaló anteriormente, los ejemplos de los roles jugados por el paciente en la interacción con el terapeuta son múltiples pero reconocibles. Debido a que son repetitivos y característicos propios en ese paciente. El terapeuta debe formular un elenco de personajes para cada individuo, debe designar adjetivos para caracterizar a los actores (Clarkin et al, 2006).

Una primera característica interesante de las representaciones que componen una díada, es que en el transcurso de la sesión (como en la vida real), a menudo se alternan o cambian de lugar, de modo que lo primero que caracteriza al self cambia al objeto, y viceversa. Es importante que el terapeuta sea consciente de esta alternancia, porque el cambio en los roles no está en la conciencia del paciente. Por lo tanto, un primer paso en la ampliación de la conciencia de su

mundo interno es a menudo para señalar que el paciente está promulgando un papel que experimenta generalmente como pertenecientes al otro (Clarkin et al, 2006).

Por ejemplo en una sesión, donde la interacción del paciente con el terapeuta parece ser la activación de una representación del paciente como una víctima indefensa que es controlado por un otro omnipotente (el terapeuta).

A los pocos minutos, el paciente comienza a atacar al terapeuta, lo reprende y se niega a permitir que él complete una frase. El paciente puede no ser consciente del cambio. Como se dijo anteriormente, el paciente a menudo no es consciente del papel que está experimentando; más bien, por lo general cree que simplemente "es razonable". Esto se debe a que la conducta del paciente le puede parecer razonable en relación con su mundo interno. El terapeuta llega a sentir que es controlado por el paciente. Se produce un retroceso. La misma díada self- objeto se activa, por medio de los mecanismos proyectivos e introyectivos, las funciones desempeñadas por paciente y terapeuta se intercambian.

Esta alternancia de papeles a menudo es lo que ocurre cuando el terapeuta experimenta una repentina sensación de haber perdido la pista. Al sentirse perplejo, debe considerar la posibilidad de que ha ocurrido un cambio de roles (Clarkin et al, 2006).

La tercer estrategia consiste en observar e interpretar los vínculos entre las relaciones de objeto (díadas) opuestas y escindidas.

La organización del mundo interno de un individuo incluye un nivel de complejidad más allá de lo descrito hasta el momento, con la participación del conjunto individual de díadas de relaciones de objeto. Se ha hecho hincapié en el carácter discreto y discontinuo de las representaciones internas del self. Este sistema no es estático; existen patrones de interrelación entre la parte del self y las parte de representaciones del objeto. Un primer patrón dentro de este sistema se describe en la estrategia 2: cualquier díada puede oscilar de modo que las características atribuidas al self, con rapidez se desplazan hacia el objeto, y los atribuidos al objeto al self. Esta oscilación abrupta explica parte de la confusión en la experiencia subjetiva. Afectan a las relaciones interpersonales, sobre todo porque el individuo a menudo no es consciente del cambio (Clarkin et al, 2006).

Por último, la cuarta estrategia radica en el trabajo a través de la capacidad del paciente de experimentar una relación diferente en la PFT y revisar otras relaciones significativas a la luz de este cambio.

La exploración del paciente en la relación con el terapeuta y el aumento de la conciencia de las distorsiones, permite que el paciente experimente en forma gradual, esta relación en su vida, más saludable, realista y de forma equilibrada .

Como esta evolución se produce en la relación con el terapeuta, este y el paciente pueden revisar cómo esta nueva capacidad de experimentar las relaciones de una manera compleja y con matices ha comenzado a extenderse a otras relaciones importantes (por ejemplo, la relación del paciente con su cónyuge y padres, etc.) (Clarkin et al, 2006).

Tácticas del tratamiento:

La táctica de la PFT son los medios que utiliza el terapeuta para establecer el marco y para guiar el uso adecuado de técnicas (desarrolladas a continuación). Por ejemplo, las tácticas informan al terapeuta cuándo aplicar una interpretación, a qué profundidad y con qué prioridad. Estas maniobras están al servicio de la estrategia. Las tácticas implican actividades del terapeuta que van desde crear el marco para la terapia (contrato y ajuste de límites), para la orientación y elección del material a tratar (jerarquía de prioridades), para mantener actitudes apropiadas con respecto al paciente y el material.

Antes de embarcarse en la PTF, el terapeuta y el paciente deben establecer un contrato y encuadre de tratamiento, esto ayuda al terapeuta en su tarea de exploración: una vez que las condiciones de están en su lugar y comprendidas por ambas partes, cualquier conducta que se desvía del contrato puede y debe entenderse como información sobre el mundo interno del paciente o, si es el terapeuta que se desvía de la estructura establecida, contratransferencia de éste.

Además de las condiciones generales de tratamiento, (honorarios, cantidad de sesiones semanales, vacaciones, etc) las formas de actuar también requieren ajuste de límites, estos incluyen ataques sobre sí mismo o los demás, y al entorno (Clarkin et al, 2006).

Mantener el encuadre y el contrato ayuda a controlar el acting-out y el beneficio secundario de la enfermedad (Pérez, 2011).

Se debe elegir un tema prioritario dentro del material presentado por el paciente, con mas carga afectiva, y que evidencia las relaciones de objeto dominantes y las defensas presentes.

Se plantea también mantener un equilibrio adecuado entre la ampliación de los puntos de vista incompatibles de la realidad entre el paciente y el terapeuta, en preparación para la interpretación y el establecimiento de los elementos comunes de la realidad compartida (Pérez, 2011).

Son importantes también los tres canales de comunicación que deben ser tomados en cuenta. Estos son: 1: el contenido verbal del discurso del paciente; 2: la comunicación no verbal del paciente (como el paciente dice lo que dice: tono de voz, el volumen, etc., la comunicación no verbal en forma de lenguaje corporal: postura, gestos, contacto visual, etc., y la actitud general del paciente hacia el terapeuta); y 3: la contratransferencia del terapeuta. Sin embargo, por regla general, cuanto más primitiva la patología, más importante son el segundo y tercer canal.

En general, el paciente ya está al tanto de lo que está diciendo en un momento dado, pero no es consciente de las contradicciones internas o de partes escindidas que pasan a través de su conciencia, pero sólo se expresan a través de la acción o la somatización. Este es un punto muy importante, porque los terapeutas que no han sido entrenados para escuchar atentamente a las asociaciones del paciente, y no están en sintonía con la observación sutil de la interacción del paciente con él y su contratransferencia, puede ir por largos períodos de tiempo sin hacer cualquier avance en la terapia (Clarkin et al, 2006).

Otra táctica es la interpretación de la transferencia, positiva y negativa. Debido a las representaciones escindidas del paciente, puede mantener fuera del canal verbal tanto los aspectos hostiles como libidinales presentes en la relación paciente-terapeuta. Este último, procura un balance entre la comprensión de la transferencia y sus aspectos defensivos (Pérez, 2011).

Kernberg (1979) señala que, en estos casos, se produce una “psicosis de transferencia” en vez de una “neurosis de transferencia”. Estos fenómenos nos alejan de la posibilidad de que se realice una alianza de trabajo con estos pacientes.

Las técnicas de la PFT

Componen los recursos del terapeuta, tales como el proceso de interpretación que supone la clarificación, (permite al paciente explorar y explicar lo que le resulte confuso de lo que diga, permitiendo a su vez dilucidar la comprensión que tiene el paciente sobre él o la confusión que puede experimentar), la confrontación y la interpretación en sí misma.

La confrontación intenta evidenciar aquellos elementos escindidos a través de lo contradictorio del material. No se trata de una confrontación hostil, sino de demostrar un interés real sobre lo que piensa el paciente sobre esas contradicciones.

La clarificación junto a la confrontación derivan en la interpretación, incluso pueden facilitarle al paciente su propio trabajo de elaboración (Pérez, 2011).

La técnica del análisis de la transferencia es encauzada al análisis de las defensas primarias del paciente. Interpretando como estas defensas permiten el desconocimiento de la experiencia interna, además implica la interpretación de las relaciones de objeto presentes, delineando las representaciones del self y el objeto, los cambios de roles entre paciente y terapeuta. Por último, interpretar los aspectos defensivos de la relación de objeto en juego (Pérez, 2011).

La integración de la contratransferencia en el proceso interpretativo connota el monitoreo de las reacciones del terapeuta frente al paciente.

Si bien la contratransferencia es un factor importante de la comunicación no verbal, se da el problema de si las reacciones del terapeuta están provocadas por aspectos que provienen del paciente, o si son originarias del terapeuta mismo. En este sentido, la contratransferencia puede coincidir (mediante identificación con la representación actual del self del paciente que brinda nociones sobre el estado subjetivo del paciente), puede ser un complemento (mediante identificación con las representaciones escindidas y proyectadas del paciente en el terapeuta, aportando a su vez elementos sobre estos aspectos), o puede estar relacionada a la activación de un conflicto en el psiquismo del terapeuta. Es por esto que el análisis personal del profesional junto la supervisión son elementos importantes a la hora de entender y discriminar estos aspectos (Pérez, 2011).

Otra táctica es la interpretación de la transferencia, positiva y negativa. Esto se debe a la escisión de las representaciones del paciente que puede mantener fuera del canal verbal, tanto los aspectos hostiles como libidinales juegan en la relación paciente-terapeuta (Pérez, 2011).

Las técnicas componen los recursos del terapeuta, tales como el proceso de interpretación que suponen la clarificación, (que le permite al paciente explorar y explicar lo que resulte confuso de lo que diga, permitiendo a su vez dilucidar la comprensión que tiene el paciente sobre él o la confusión que puede experimentar), la confrontación y la interpretación en sí misma.

La confrontación intenta evidenciar aquellos elementos escindidos a través de lo contradictorio del material. No se trata de una confrontación hostil, sino de demostrar un interés real sobre lo que piensa el paciente sobre esas contradicciones.

La clarificación junto a la confrontación derivan en la interpretación, incluso pueden facilitarle al paciente su propio trabajo de elaboración (Pérez, 2011).

La neutralidad técnica permite al terapeuta analizar conflictos inconscientes del paciente, en particular la transferencia, desde una posición de objetividad preocupada, sin perder la perspectiva de los conflictos del paciente. Un ejemplo que dan Clarkin et al. (2006), es que el terapeuta en lugar de expresar: "Usted está expresando tanta culpa por engañar a su esposa; No creo que debería hacerlo " (p.76), en lugar de eso, prefiere explorar la culpa y el deseo y sus implicaciones.

El mantenimiento de la neutralidad técnica no significa comunicar de manera plana y suave. Dado a que el yo observador del paciente borderline es débil, corresponde al terapeuta hablar con firmeza a veces, e indicar sus puntos de vista con calidez y preocupación otras (Clarkin et al, 2006).

Duración de la PFT.

Aunque es difícil establecer un marco de tiempo esperado para el tratamiento, se han visto muchos casos en los que el paciente tratan de actuar bajo control dentro de los primeros 6 meses, y en el que, el uso de mecanismos de defensa primitivos es significativamente disminuido en el segundo año de tratamiento.

Esto prepara el escenario para enfocar de manera más directa en la resolución de la difusión de identidad del paciente y para la consolidación de una identidad más integrada y perfeccionar el conocimiento y el progreso con respecto a los problemas del paciente en el amor, el trabajo y el ocio (Clarkin et al, 2006).

Se ha demostrado su importancia como tratamiento ya que mejora la integración del self y de los otros, reduciendo la difusión de identidad y aminorando el carácter impulsivo tan predominante en las personas afectadas por este trastorno (Pérez, 2011).

Como podemos ver, hay un orden y una progresión de la PTF. Donde el marco terapéutico contribuye a la contención, proporcionando un ambiente de seguridad, lo que permite la reactivación de las díadas internalizadas en la transferencia. El paciente, naturalmente tiende resistir la relación en desarrollo dentro del marco, y atenta a actuar (acting-out) buscando resistir a su mundo interno (Clarkin et al, 2006).

La PTF es un proceso repetitivo; nada se resuelve perfectamente la primera vez. Hay ciclos reincidentes en los que la modificación y el cambio se producen en un proceso gradual. Por ejemplo, las tormentas pueden parecer a primera vista incontrolables pero con el tiempo se modulan y desaparecen.

En los pacientes borderline los afectos negativos son una tendencia general a protegerse contra el dolor y el sufrimiento. Hay una finalidad destructiva general que está dirigida contra otras personas, así como contra el mismo paciente.

El odio es vivido en la relación con los objetos percibidos como causa de sufrimiento. La prioridad es primero eliminar, destruir o matar la fuente del dolor, luego de tomar venganza.

El placer y el dolor se combinan con la agresión y son el origen del sadismo. A niveles menos graves de agresión, hay una necesidad de controlar al otro (Clarkin et al, 2006).

La agresión puede ser tan intensa que a través de mecanismos primitivos, distorsiona severamente la relación con otras personas importantes, que se trata de ser redirigido en contra del self a través del intercambio de la personalidad, y por el caos derivado de la identificación proyectiva y la reintroyección.

En las circunstancias más extremas, el deseo de destruirse a sí mismo se convierte en la unidad dominante (Clarkin et al, 2006).

5. Resultados de investigación:

Se presenta a continuación una investigación realizada por Clarkin, J.F., Levy, K., Lenzenwegwer , M. y Kernberg, O., (2007), en el “The Personality Studies Institute”, lugar donde se dedican al estudio, desarrollo y enseñanza desde el enfoque de relaciones de objeto para la psicoterapia con TLP.

Esta investigación se llevó a cabo en el lapso de un año con pacientes diagnosticados con TLP.

Los autores examinaron tres tratamientos: la terapia dialéctica conductual, PFT y un tratamiento de soporte dinámico.

El método consistió en designar de forma aleatoria a noventa pacientes a las terapias mencionadas, recibiendo la medicación pertinente cuando se indicaba.

Los pacientes seleccionados cumplieron con los criterios del DSM-IV para el trastorno límite de la personalidad, las edades fueron de 18 a 50 años entre hombres y mujeres.

Se excluyeron los individuos con trastornos comórbidos como: trastornos psicóticos, bipolar I , trastorno delirante, delirio, demencia y/o amnésico, así como otros trastornos cognitivos. Las personas con dependencia de sustancias activas también fueron excluidos, aunque se incluyeron pacientes con pasado la dependencia de sustancias y abuso de sustancias.

Previo al tratamiento en un período anual y con intervalos de cuatro meses se evaluaron los comportamientos de conducta suicida, agresividad, impulsividad, ansiedad, depresión, y el ajuste social.

La Impulsividad, la afectividad negativa y la desregulación emocional son características centrales del TLP.

Las tres psicoterapias se trabajaron preservando su integridad y validez ecológica. Por lo tanto, la terapia dialéctica conductual consistió en una sesión individual y grupal semanal y consulta telefónica disponible. La PFT consistió en dos sesiones semanales individuales, y el tratamiento de apoyo consistía en una sesión semanal, lo que podría ser complementada con sesiones adicionales si fuera necesario. El enfoque principal de esta psicoterapia está en la carga afectiva de temas dominantes que surgen en la relación entre paciente y terapeuta. Se ha planteado la hipótesis de que el diálogo en la terapia conductual opera a través del aprendizaje de las habilidades de regulación de las emociones en el ambiente clínico.

El tratamiento de soporte proporciona apoyo emocional y consejos sobre los problemas cotidianos que enfrentan los pacientes con TLP.

En este estudio, cada una de las tres psicoterapias fue administrada y supervisada por un profesional con experiencia como condición para el tratamiento.

La terapia de comportamiento dialéctico fue supervisada por Barbara Stanley, la psicoterapia centrada en la transferencia de Frank Yeomans, y el tratamiento de apoyo por Ann Appelbaum, todos los cuales son expertos reconocidos.

Un total de 19 terapeutas fueron seleccionados basados en la demostración previa de la competencia en sus respectivas modalidades. Todos ellos contaban con títulos avanzados en el trabajo social, la psicología, la psiquiatría, o con al menos dos años de experiencia previa en el tratamiento de pacientes con trastorno de la personalidad borderline.

Todas las sesiones fueron monitoreadas y supervisadas semanalmente por los encargados de cada tratamiento, que estaban disponibles para observar las sesiones grabadas en vídeo.

Según esta investigación, la prevalencia del trastorno en la comunidad es de aproximadamente 1,3% a 1,4% . Este síndrome crónico y debilitante se asocia con altas tasas de utilización de servicios médico y psiquiátrico. A la psicofarmacología se le suma la psicoterapia, resultando en las la principales técnica recomendada para el tratamiento del TLP.

La terapia conductual dialéctica ha demostrado superioridad sobre el tratamiento habitual y la terapia psicoanalítica.

Los resultados revelaron que los pacientes en los tres grupos de tratamiento mostraron cambios significativos positivos en la depresión, la ansiedad, el funcionamiento global y la adaptación social luego del año de tratamiento. Tanto en la TFP como en la dialéctica y la terapia

de comportamiento fueron significativamente asociado con la mejora en las tendencias suicidas. Sólo la PFT y el tratamiento de apoyo se asocian con una mejoría en la ira.

Por su parte la PFT y el tratamiento de apoyo se asocian con una mejoría en las facetas de impulsividad.

Sólo en la PFT fue significativo el cambio en la irritabilidad y la coherencia narrativa.

Se concluyó que los pacientes con TLP responden a los tratamientos estructurados. El tratamiento dinámico estructurado junto a la PFT se asocian con el cambio en seis aspectos de la personalidad; las terapia dialéctica conductual y el tratamiento de apoyo se asociaron con un menor número de cambios.

Se necesitan investigaciones futuras para examinar los mecanismos específicos de cambio en estos tratamientos más allá de las estructuras comunes .

6. Caso Clínico:

El siguiente es un ejemplo clínico de una paciente que comenzó la terapia con una transferencia consistentemente negativa.

Una mujer de 30 años de edad, la Sra. G., comenzó la terapia después de una larga serie de hospitalizaciones psiquiátricas precipitadas por la autodestrucción y los intentos de suicidio.

La paciente vivía con su novio, en una relación caótica marcada por episodios de autolesiones y arranques de ira hacia su pareja.

En su historia personal un dato relevante fue que su padre abandonó a la familia cuando ella tenía 4 años de edad. Su madre murió cuando ella tenía 15 años.

Su padre tenía que hacerse cargo de la atención de la paciente y de su hermana, pero nunca lo hizo.

La paciente comenzó la terapia diciendo: "Yo no quiero estar aquí. Yo sólo quiero superar estos síntomas estúpidas para poder vivir lejos de todos. Odio a todo el mundo, pero sigo

haciendo cosas estúpidas. No puedo mantener un trabajo y cuidar de mí misma. Así que tengo que depender de mi novio, pero lo odio también. Lo que quiero es mejorar, así no necesito a nadie en mi vida”.

El terapeuta, el Dr. E, no apoyó el objetivo de un eventual aislamiento de la paciente del resto del mundo. Sin embargo, si compartió el objetivo de detener los comportamientos destructivos y de autodestrucción y supuso que a medida el tratamiento avanzaba iba a entender mejor su deseo de aislamiento total.

Los primeros 3 meses de terapia se caracterizan por la usual ira de la señora G y una negatividad hacia el mundo, incluyendo a su terapeuta.

Sin embargo, durante este periodo el Dr. E percibió a través de algunos elementos de la comunicación no verbal de la paciente y a través de su contratransferencia, que una parte oculta de la Sra. G quería una relación positiva con él. Hizo intervenciones en este sentido, como por ejemplo: "A pesar de que siempre me está diciendo que no quiere estar aquí, llega a las sesiones en hora, y a veces tiene una mirada en los ojos que parece estar allegada a mí, incluso aunque me continúe diciendo abiertamente que lo que desea es salir de aquí. Es como si hubiera una parte de usted que quiere conectarse, pero se esconde detrás de la oposición a todo el mundo”.

La Sra G rechazó terminantemente estas intervenciones.

La primera vez que el Dr. E anunció que iba a estar fuera durante una semana, la Sra G respondió en consonancia con su transferencia negativa: "¡Bien! No voy a tener que perder el tiempo de venir aquí para verlo". Cuando regresó, ella continuó sus diatribas, y rechazo. Seis semanas más tarde, Dr. E le dijo que se iría de nuevo unas semanas. Esta vez, la Sra G reaccionó con un estallido repentino de consternación, exclamando: "No se puede ir lejos!"

El Dr. E se sorprendió por el abrupto cambio en la actitud de la paciente.

El terapeuta entendió la dramática aparición de la parte escindida del mundo interno de la paciente, que generalmente estaba defendida por su postura negativa.

Fue el surgimiento de la díada que había percibido en algunos momentos de su comunicación no verbal, y en su contratransferencia, que reaccionó con gusto a ella a pesar de su rechazo continuo a él. A diferencia de la díada más clara del paciente, de ser dura de corazón y solitaria, que percibía a los demás como herramientas no deseadas, pero necesarias para utilizar la díada subyacente, involucrado un yo débil y necesitado que anhelaba un otro como nutriente.

Ahora que estos dos díadas importantes eran claras, el terapeuta podría comenzar a ayudar al paciente a observarlas y comprender por qué no podía integrarlas en un todo más complejo.

El primer paso en este proceso fue comprometer al paciente en la observación de la díada que acababa de convertirse en activa.

El Dr. E le dijo que él entendió su angustia, pero que quería asegurarse de que ella estaba al tanto de los sentimientos que expresaba y que éstos eran muy diferentes de lo que generalmente comunicaba. Una vez que esto quedó claro, le preguntó a la señora G si comprendía por qué le era tan difícil expresar sus sentimientos de anhelo de una conexión positiva con él.

Ella lo negó. Él sugirió que podría ser difícil debido a la profunda convicción de que si se permitía sentirse cerca de alguien que, inevitablemente, se verían perjudicados por esa persona. En consecuencia, era lógico adoptar una actitud generalmente hostil como una defensa en contra de esta posibilidad (que se sentía era una certeza).

Ms. G no fue convencida por este razonamiento, pero al menos parecía reflexionar sobre esto un poco. Esto que refleja es esencial para el proceso de integración (Clarkin et al, 2006).

7. Conclusiones

A lo largo de la presente monografía, se logró demostrar como se fue gestando la concepción del TLP, sus aspectos descriptivos y su patología.

En este trastorno, se pueden encontrar entonces tres agrupaciones, desde la inestabilidad emocional, inestabilidad en el comportamiento a la inestabilidad en lo interpersonal.

Estos sujetos experimentan sus emociones de una manera mas intensa que lo "normal". Pueden ser en extremo dependientes y apegados y/o rápidamente irritables y rechazadores.

Las relaciones que forman les inyecta vida, necesitan del otro para que los regulen.

El fin de esas relaciones suelen tener dimensiones catastróficas en cuanto a su significado.

La PFT se basa en la teoría psicoanalítica contemporánea, esta tiene mucho que ofrecer en términos de comprensión y el tratamiento de los TP, aunque con algunas modificaciones específicas de la técnica con el fin de hacer frente a las necesidades terapéuticas de los pacientes con trastorno límite de personalidad, entre otros.

El trabajo de la PFT se divide en una fase inicial en la cual se establece una estructura para el tratamiento, que incluye el establecimiento de límites con respecto a los posibles comportamientos destructivos del paciente, seguida de una fase más larga de la exploración de la mente del paciente y el sentido de identidad.

El énfasis en la PFT está en ayudar a los pacientes a entender los cambios en su experiencia subjetiva, y con las otras personas.

El objetivo del tratamiento versa sobre las dificultades del paciente para tolerar e integrar imágenes dispares de uno mismo y de los demás, y de los malentendidos que surgen cuando el paciente ve erróneamente (proyecta) aspectos de sus sentimientos en el otro, resultando difícil de reconocer como propios.

Si bien en este trabajo se delineó que en las relaciones con el otro (de objeto) se estructura el psiquismo, y es en esta interacción que se sedimentan las bases de este trastorno., resultaría interesante el estudio del contexto familiar del cual emerge esta patología.

Por otra parte, existe una ligazón entre la dilación del tratamiento y la evolución del paciente, que en estos trastornos, es pertinente ya que tienden a recaídas.

Mientras mayor es la duración de la terapia, mas sustanciales son los cambios.

8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014) DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- Ameglio, F. (2012). Psicopatología psicoanalítica en la clínica actual. Montevideo: Magro.
- Arévalo, C.; Couso, M.; Deberti, C. (2011). Temas de Psicopatología. Semiología. Tomo 1. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Azpiroz, M., Prieto, G. (2011) Trastornos de la personalidad. 2Da edición. Edit. Psicolibros.
- Bleichmar, N. (s/f). El modelo del desarrollo propuesto por Margaret Mahler. Recuperado de <https://teoriaspsicologicas2.files.wordpress.com/2012/10/bleichmar-norberto-m-mahler-margaret.pdf>
- Caballo, V. (2004). Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesis.
- Clarkin, J., Kernberg, O., Yeomans, F. (2006) Psychotherapy For Borderline Personality: Focusing on Object Relations. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clarkin, J.F., Kernberg, O., Lenzenwegwer, M. Levy, K. (2007) Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. The American Journal of Psychiatry; Jun 2007; 164, 6; ProQuest pg. 922. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2007.164.6.922>

- Coleman, J. (1977). Psicopatología. Los grandes modelos teóricos. Bs. As: Paidós.
- Diamond, D. Yeomans, F. Et al. (2013) Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes con trastornos comórbidos de personalidad narcisista y límite. Publicado en la revista nº 048. Psychoanalytic Inquiry, 33, 527-551.
- Díaz Curiel, J. (2001) Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXI, núm. 78, 2001, pp. 51-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019673004>
- Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, Ch. (1980) Tratado de Psiquiatría. España: Masson.
- Filloux, J.C . (1975). La Personalidad. Bs. As.: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Gabbard, Glen O. (2002). Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. Buenos Aires: Panamericana.
- Gomberoff, M. (2003). Tratamiento psicoanalítico de los pacientes limítrofes. En Riquelme Vejar, R. y Oksenberg Schorr, A. (Eds.) Trastornos de Personalidad: Hacia una mirada Integral (pp.433-445). Chile: Imprenta Salesianos.
- Gómez Chamorro, A., Ibáñez Hantke, C. (2003) Estrategias Terapéuticas Cognitivo-Conductuales Para Los Trastornos de Personalidad. En Riquelme Vejar, R. y Oksenberg Schorr, A. (Eds.) Trastornos de Personalidad: Hacia una mirada Integral (pp.485-493). Chile: Imprenta Salesianos.

- GPC (2011). Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Forum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Barcelona: Agència d'Informació, avaluació i Qualitat en Salut.
- Gunderson, J. (2002). Trastorno límite de la personalidad: Guía Clínica. Barcelona: Ars Médica.
- Isla Pérez, R. (2003). *Evidencia científica y eficacia de la psicoterapia en trastornos de la personalidad*. En Riquelme Vejar, R. y Oksenberg Schorr, A. (Eds.) Trastornos de Personalidad: Hacia una mirada Integral (pp.417-431). Chile: Imprenta Salesianos.
- Kernberg, O. (1975). Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. México: Paidós.
- Kernberg, O. (1984). Trastornos Graves de la Personalidad. Estrategias psicoterapéuticas. México: El Manual Moderno.
- Laplanche, J., Pontalis, J. (1996). Diccionario de psicoanálisis. Bs As: Editorial Paidós.
- Mahler, M. (1971) Estudios 2. Separación-Individuación. Bs As: Editorial Paidós.
- Millon, T. (2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona Editorial Masson. 2Da edición.
- Pérez, L. (2011) Trastorno límite (borderline) de personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 75(1), 20-25. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04_LP.pdf

- Riquelme Vejar, R., Jadue Jamis, T. (2003) *Hacia una Nosología integrada de los trastornos de la Personalidad y el espectro de lo Limítrofe*. En Riquelme Vejar, R. y Oksenberg Schorr, A. (Eds.) *Trastornos de Personalidad: Hacia una mirada Integral* (pp.43-79). Chile: Imprenta Salesianos.
- Stern, B., Yeomans, F. *Transference-Focused Psychotherapy (TFP)*: Recuperado de <http://www.borderlinedisorders.com/transference-focused-psychotherapy.php>
- Villalba, L. (2011). *Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento según la teoría de la mentalización de Peter Fonagy*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 75(1):14-19. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/03_LV.pdf
- Yeomans, F. (2015, Agosto). "Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes con trastorno borderline de la personalidad". Ponencia presentada en el Primer Workshop realizado en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, Uruguay.

