



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado

**TRASTORNO BORDERLINE DE LA
PERSONALIDAD**

Personalidades inestables y difusas

Tutor: Prof. Agda. Mag. Gabriela Prieto Loureiro

Estudiante: Romina Montes de Oca

C.I.: 4.396.055-6

Fecha de entrega: 2 de Mayo del 2016

Montevideo - Uruguay.

RESUMEN

El presente trabajo realiza una caracterización del Trastorno Borderline de la Personalidad incluyendo sus alcances y posibles tratamientos, en base a una revisión bibliográfica que toma como referencia autores clásicos como Millon, Kernberg, Gabbard, Gunderson y por supuesto el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, así como también autores contemporáneos a partir de los cuales se reflexiona y se actualizan los conceptos.

Este trabajo se enmarca en el concepto Personalidad. Luego de definirlo y contextualizarlo se efectúa una mención de las categorías de normalidad y patología para posteriormente desarrollar el significado de los Trastornos de la Personalidad y distinguir sus tres grandes grupos.

El tema central es el Trastorno Borderline de la Personalidad y su desarrollo se estructura primero mencionando la evolución histórica del término y del trastorno, luego se establece su etiología, y por último, se realiza la descripción clínica del mismo. Se abordan tanto los aspectos categoriales como psicodinámicos articulando conceptualizaciones de diferentes autores. También se presentan los diferentes tratamientos sugeridos, tanto psicológicos como farmacológicos, y se plantea la relación existente con los intentos de autoeliminación y el consumo de sustancias, que aparecen frecuentemente en estas personas.

Al finalizar la revisión, se destaca la importancia de que el clínico pueda focalizarse en el sujeto considerando su historia y contexto socio-económico, para luego poder pensar y repensar las estrategias teórico-clínicas para el afrontamiento de la patología. También se sugiere la importancia de la profundización e investigación de las terapias existentes, para obtener un mayor respaldo empírico.

Palabras claves: Trastorno de Personalidad - Borderline - Clínica - Tratamiento

ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	4
La Personalidad.....	7
Trastornos de la personalidad.....	10
Trastorno Borderline de la Personalidad.....	15
- Evolución histórica del término y del trastorno.....	15
- Etiología del Trastorno Borderline.....	16
- Descripción clínica.....	18
Tratamientos psicológicos y farmacológicos para el Trastorno Borderline de la Personalidad.....	25
- Tratamientos Psicológicos.....	25
- Tratamientos Farmacológicos.....	29
- Rol del Terapeuta y Encuadre.....	31
Intentos de autoeliminación y consumo de sustancias.....	34
Consideraciones finales.....	37
Bibliografía.....	40

INTRODUCCIÓN

"La historia de la personalidad *es* la personalidad".

(Millon, 1998, p.5).

Luego de realizarse investigaciones y análisis estadísticos, diversos autores afirman que la incidencia y prevalencia del Trastorno Borderline de la Personalidad ha ido en aumento, presentándose tanto en casos aislados como en diagnósticos diferenciales. Estos resultados invitan a cuestionarse si realmente con el correr de los años se ha vuelto un trastorno típico del momento histórico actual, o si los clínicos ante la incertidumbre del diagnóstico frente a personas que presentan diversos síntomas asociados a esta patología, diagnostican erróneamente lo que genera un falso aumento en el número de casos.

En este trabajo pueden observarse grandes bloques temáticos; en el primer apartado se plantea el concepto de personalidad según diferentes autores, así como también cómo está compuesta y cuáles son sus características generales. El segundo apartado, trata sobre los trastornos de la personalidad, conceptualizando qué es un trastorno y cómo está caracterizado, y a su vez los diferentes tipos que existen y cuáles son sus similitudes y diferencias. En base a lo planteado anteriormente, el tercer apartado abarca el tema central del trabajo que es el Trastorno Borderline de la Personalidad, que se presenta en base a lo planteado por diversos autores desde sus diferentes puntos de vista, haciendo más enriquecedora esta perspectiva. En el cuarto apartado se mencionan algunos de los tratamientos existentes para este trastorno que según los autores, han arrojado resultados positivos en los pacientes aunque a veces por corto tiempo. Entre ellos se destaca el tratamiento farmacológico, ya que se considera sumamente necesario para mejorar la sintomatología que empeora el cuadro en estas personas. Por último, el quinto apartado menciona brevemente los intentos de autólisis y el consumo de sustancias, debido a que aparecen a menudo en la vida de estas personas. Se finaliza el trabajo realizando algunas consideraciones sobre las reflexiones que generó la lectura de la bibliografía, y sugerencias para investigaciones futuras.

El término personalidad a menudo es utilizado en la jerga popular, pero muchas veces sin tener en cuenta sus alcances. La personalidad es aquello que define a las personas, que determina su forma de ser o actuar y que otorga identidad. Es también lo que va a condicionar y regular las relaciones interpersonales, así como la autoimagen y la capacidad de planificación. Según diversos autores está constituida tanto por factores biológicos como ambientales considerándose así que su etiología es multifactorial. Se atribuyen las

características biológicas al temperamento y los factores ambientales al carácter (Millon, 1998).

Ante personalidades muy rígidas o inflexibles pueden establecerse anomalías, que conlleven al planteamiento de la existencia de un trastorno. Previo a abordar los trastornos de la personalidad, se realiza una breve consideración a la dicotomía normalidad/patología. El trastorno aparece cuando la persona se desvía de la norma. Esto está relacionado con las categorías de normal y patológico (o anormal) que se aplican a todas las áreas del funcionamiento humano. Sin embargo, ambas categorías son creadas por el ser humano para definir qué es lo esperable en una sociedad, y qué resulta diferente o peligroso para la misma. Lo cierto es que las polaridades no existen como tales, y que por ende, normalidad y patología son los extremos de un continuum en el que coexisten muchos matices (Azpiroz y Prieto, 2011).

La personalidad es organizadora, es el punto de partida desde el cual el individuo toma contacto con el mundo y consigo mismo. Por esto, podría afirmarse que en ella estaría el origen de los trastornos, en base a su desarrollo y al contexto histórico y social. Un trastorno de la personalidad remite a una alteración tanto en los patrones de conducta como a nivel intrapsíquico, y provoca que se vea afectada la vida social y la experiencia interna, respectivamente (Ramos, 2014). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2002), (de aquí en adelante DSM IV-TR), agrupa a estos trastornos en tres grandes bloques, que a su vez están subdivididos en diferentes categorías que corresponden a los trastornos propiamente dichos. No obstante, al momento de detectar y diagnosticar un trastorno los clínicos no deben olvidar que cada persona es única, y que está determinada por su historia y contexto, y por tal motivo, los manuales sirven como una guía pero siempre focalizándose en el sujeto particular.

Tal como se establece en el DSM IV-TR (2002), el Trastorno Límite de la Personalidad, se caracteriza por una gran inestabilidad afectiva, impulsividad, relaciones interpersonales superficiales o poco duraderas, distorsión en la autoimagen, y surge a principios de la edad adulta. El estado de ánimo en estas personas varía entre episodios depresivos y períodos de gran euforia. Desde una mirada psicoanalítica, Kernberg (1979) afirma que presentan debilidad yoica, mecanismos de defensa primitivos y relaciones objetales conflictivas. Los acompaña casi permanentemente el sentimiento de vacío y miedo al abandono infundado, por lo que suelen tener reiterados intentos de autólisis.

También, como se desarrollará más adelante, este trastorno es referente a la hora de diagnosticar los trastornos tanto del grupo A como del B, sobre todo cuando se hace referencia a borderline como una forma de organización de la personalidad. Sin dudas es un tema muy amplio y sobre el cual han trabajado muchísimos autores, por lo que se estructurará este trabajo de manera tal de presentar diferentes perspectivas sobre los

diversos aspectos del trastorno, como por ejemplo breves aspectos de la evolución histórica, su organización y estructuración, sintomatología y farmacología, y posibles tratamientos que apuntan a una rehabilitación (por lo menos) temporal.

El objetivo de este trabajo es, a partir de la indagación y revisión previa del estado del arte del tema, realizar un análisis e interpretación sobre lo planteado en la literatura articulando diferentes autores, haciéndolos dialogar sobre la temática escogida.

LA PERSONALIDAD

Millon (1998) establece que la personalidad es un esquema complejo de características psicológicas que son permanentes y difíciles de cambiar, de las cuales el individuo no es consciente, que prescriben de forma automática cada área de funcionamiento del mismo. Estas características surgen a partir de determinantes biológicos y ambientales y condicionan la forma de sentir, actuar, pensar y percibir del sujeto. Pese a esto, según lo establecido por Izquierdo (2002), se trata de una organización dinámica. No debe confundirse el hecho de que sea permanente en el tiempo con el dinamismo (o no) de sus rasgos, que van determinando al individuo. Por su parte, Blanco y Moreno (2006), realizan una distinción entre ámbitos funcionales y ámbitos estructurales de la misma; los primeros son aquellos aspectos dinámicos que controlan y coordinan la interacción entre el mundo interno y el mundo externo. Los ámbitos estructurales refieren a los aspectos estables que están relacionados con necesidades, actitudes, recuerdos, temores y/o conflictos que determinan la experiencia.

Millon (2006) afirma que "...la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona" (p.2), esto remite a la personalidad como el conjunto de características psicológicas que determinan todas las áreas de desarrollo del sujeto. Siguiendo esta misma línea, Ramos (2014) sostiene que el término deriva del vocablo "persona"¹, que en la antigüedad hacía referencia a una máscara utilizada en el teatro griego. Ésta reflejaba las características distintivas de un personaje imaginario y por ende, escondía a la verdadera persona que había detrás de ella. Con el tiempo el término fue evolucionando hasta ser concebido como descriptor de la persona real. En el lenguaje popular, cuando se hace referencia a la personalidad generalmente se plantea que es lo que define a una persona, aquello que de alguna manera otorga identidad y por ende, la diferencia de los otros.

Peláez, Reyes-Molón y Teijeira (2013) la definen como un patrón cualitativo de identidad que determina el intercambio con el entorno, y que como indican Westen, Shedler y Bradley (2013) condiciona la subjetividad y comportamientos de la persona, tanto a nivel intrapsíquico, como a nivel interpersonal. A su vez, como plantean Azpiroz y Prieto (2011), la personalidad influye en los estados de ánimo, intereses intelectuales (que puede tener que ver con la elección de una profesión o área de trabajo), en la capacidad para establecer relaciones interpersonales, en la energía e iniciativa, en asuntos que tengan que ver con lo

¹ Comillas del autor.

moral, es decir en todas aquellas características que hacen a las personas únicas y las diferencian de las demás.

Otro aspecto planteado por Millon (1998) en su concepto, es la idea de que la personalidad se forja a partir de determinantes biológicos y sociales, por lo que se podría afirmar que su surgimiento y desarrollo es multifactorial. Existen tantas personalidades como personas en el mundo, porque pese a que pueden establecerse características o estructuras de personalidad generales, no debe olvidarse la historia del individuo y su contexto. También Linares (2007) sostiene algo similar al definir la personalidad, poniendo énfasis en el aspecto relacional. Haciendo referencia a las particularidades de cada individuo, el autor plantea que la persona es producto de su historia, definida y afectada por las relaciones establecidas con su entorno que lo moldea, determinada a su vez por factores biológicos inherentes a todo individuo, y por supuesto, inmersa en un contexto socio-cultural que lo enmarca y le otorga identidad. Esto tiene que ver con la frase escogida para comenzar este trabajo: "La historia de la personalidad es la personalidad" (Millon, 1998, p.5).

Izquierdo (2002) expone una perspectiva muy interesante sobre el concepto de personalidad, considerándola como una configuración de sistemas. Estos son percepción, cognición, emoción, motivación y acción; que a su vez presentan los siguientes subsistemas respectivamente: atención, memoria, afecto, volición y conducta. Por lo tanto, las personas disponemos de estos sistemas de elaboración, y los distintos tipos de personalidad se configurarían por asociaciones particulares entre los mismos. Esas asociaciones pueden ser más o menos duraderas, mientras que algunas nos acompañan desde la infancia, otras pueden ser transitorias para la realización o cumplimiento de una meta. Siguiendo con esta línea de pensamiento, la falta de dinamismo o movilidad entre estas configuraciones sería un indicador de patología, debido a que cuando son rígidas y no dan paso a asociaciones más beneficiosas para el individuo, puede tratarse de un trastorno de la personalidad.

Y en cuanto a esto último, Millon (2006) plantea una analogía muy interesante entre la personalidad y el sistema inmunológico. Indica que en el medio ambiente en el que vivimos, estamos rodeados de virus y bacterias que podrían afectar nuestra salud. Si nuestro sistema inmunológico es fuerte y nuestras defensas efectivas, podrá atacar a los agentes infecciosos, mientras que si es débil seremos propensos a enfermarnos. De la misma manera sucedería con la personalidad, donde las habilidades de afrontamiento y la flexibilidad adaptativa determinarían si la persona responde de manera constructiva o sucumbe frente a su entorno; la personalidad determina el estilo de afrontamiento del sujeto, y desde ella debe estudiarse la psicopatología.

Dos conceptos importantes que complementan lo expuesto hasta el momento, son Temperamento y Carácter. Según lo establecido por Millon (1998), el temperamento tiene que ver con las disposiciones biológicas íntimamente relacionadas con el nivel de energía y

el estado de ánimo, mientras que el carácter refiere al apego, a los valores y costumbres de la sociedad en la que el sujeto está inmerso. Izquierdo (2002) agrega además que el temperamento tiene que ver con la activación de los sistemas motores y sensoriales, o sea con la respuesta de un sujeto ante un estímulo determinado; por ejemplo, cuando una persona es muy temperamental significa que ante un motivo menor se desborda, y se produce una reacción desmedida. Y en cuanto al carácter, este autor sostiene que tiene que ver con la peculiaridad del individuo, con aquello que determina su sentir y actuar, con la capacidad de tomar sus propias decisiones y realizar sus propias valoraciones, a partir del aprendizaje que ha tenido desde su niñez. Por otra parte, Azpiroz y Prieto (2011) afirman que el temperamento refiere a diferentes formas de reaccionar o procesar los estímulos del entorno, pero que tienen que ver directamente con lo instintivo e innato; mientras que el carácter refiere al proceso de aprendizaje, íntimamente relacionado con el intercambio con los otros, que por ende, está en consonancia con lo esperable por la sociedad en que se encuentra inserto el sujeto.

Estos términos contribuyen con la visión que promueve el Sistema Nacional Integrado de Salud (2007), debido a que ayudan a tener una mirada integral, y a pensar al sujeto como un todo condicionado por determinantes biológicos y por factores sociales.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Luego de haber planteado a rasgos generales el término Personalidad, se considera pertinente desarrollar los trastornos de la misma. Previamente resulta relevante establecer la diferencia entre normalidad y patología para comprender por qué se los emplea en este caso. Cuando se afirma que algo es normal es porque es lo esperable dentro de los parámetros con que se está trabajando. Esto significa que va de la mano de la regla, por ejemplo, en una sociedad hay ciertas costumbres y una cultura considerada normal; quizás entonces aquello que se aleja de lo esperable se convierta en anormal o patológico. Schneider (1934) ya establecía algo similar al plantear que las personalidades patológicas eran desviaciones de una media imaginada por la sociedad, pero que no sería exactamente determinable. Jaspers (1946) planteaba que ante la necesidad de definir cuándo y por qué está presente la anormalidad, no había una respuesta posible. Esta categoría no puede ser definida como tal, sino que se trata de una valoración. Según varios autores como Schneider (1934) y Coleman (1977), lo anormal se trata de una desviación o alejamiento de lo que se considera esperable por la sociedad, por ende es algo establecido y creado por las personas. Pero a su vez, lo esperable o “normal” es muy amplio y sus límites son difusos, por eso la dificultad de definir claramente ambas categorías.

Siguiendo esta misma línea, Lemperière (1979) explica que los comportamientos normales son los estadísticamente mayoritarios y, por lo tanto, las desviaciones son consideradas patológicas. De esta manera quienes se encuentran en los parámetros normales son las personas que se adaptan a las instituciones y respetan la norma. Pero frente a esta idea se debe tener mucho cuidado de no caer en la creencia de que sanidad psicológica equivale a conformismo social, o a lo habitual. Por ejemplo, en la clínica sería mucho más enriquecedor si el terapeuta dejara aunque sea mínimamente a un lado los parámetros sociales y se enfocara en el sujeto, en su sufrimiento y malestar, intentando fortalecer sus aspectos sanos y recomponer en la medida de lo posible su funcionamiento psíquico. No se debería olvidar que lo normal y lo patológico son parte de un continuo y que se debe trabajar con los recursos sanos del sujeto para que logre funcionar en los distintos contextos sociales.

Diversos autores han trabajado este tema permitiendo afirmar que no se ha llegado a un consenso por la complejidad que implica. Según Coleman (1977) lo anormal estaría asociado a una desviación en la conducta o funcionamiento del individuo en su contexto social. Se desprenden de diversos enfoques dos opiniones sobre el concepto de anormalidad, una de ellas establece que lo normal y lo anormal solo puede valorarse en función de la cultura, donde lo normal sería lo que concuerda con las expectativas y lo

anormal no. La otra opinión plantea que la conducta es anormal si es desadaptativa, impidiendo que el individuo o sociedad funcionen de la mejor manera posible. Se debe tener presente que no siempre por no ser lo esperable es patológico, tal como plantean Azpiroz y Prieto (2011), muchas veces se asocia lo habitual con lo normal, pero sucede que lo cotidiano a veces puede no ser normal, o lo anormal puede que no sea tan patológico como se lo juzga (por ejemplo, existen culturas en las que se observa que se exacerban ciertas personalidades que no son sanas). No se deben tomar las conductas por sí solas, sino en el contexto en el que se producen, ya que la normalidad es algo relativo y variante de acuerdo al lugar y momento histórico. Es entonces cuando entra en juego un concepto fundamental que es la adaptación, no solo refiere al ambiente sino a las personas y por supuesto también a uno mismo. Se es normal en la medida en que el sujeto se adapta a los estándares sociales de su contexto. Y justamente como plantea la OMS (2001), en los trastornos de la personalidad lo que se ve afectado es la capacidad de adaptación y la imposibilidad de relacionarse de forma armoniosa con los demás.

Retomando el tema de este apartado que son los Trastornos de la personalidad, Millon (1998) consideraba que en la personalidad estaría el origen de los trastornos, dependiendo de cómo fue el desarrollo de la misma y de si hubo algún determinante, como por ejemplo una situación traumática en la infancia, que haya producido un daño en el psiquismo. Esto genera que ante una situación adversa o estresante, el sujeto no pueda superarla debido a que falla la capacidad de la personalidad para resolverla.

Por su parte, Kernberg (1984) plantea que son asociaciones de rasgos del carácter patológicos, que tienen suficiente intensidad para producir una significativa perturbación a nivel intrapsíquico e interpersonal o en ambos. Los rasgos son, según lo que plantea el DSM-IV-TR (2002), esquemas de comportamientos que se mantienen a lo largo del tiempo y se observan en distintas situaciones y que tienen que ver con el hacer, pensar y sentir del sujeto y que, por ende, lo condicionan en su relacionamiento con otros y en sus actividades cotidianas. Una persona puede comportarse de determinada manera ante una situación específica, pero solo cuando esa conducta se repite a lo largo del tiempo y en diferentes circunstancias es cuando se la puede considerar un rasgo. Esbec y Echeburúa (2015) sostienen que es importante diferenciar síntomas y rasgos. Los primeros tienden a aparecer y desaparecer, mientras que los segundos son relativamente estables. Sin embargo, ambos pueden intervenir y modificarse a partir del tratamiento.

El Manual DSM-IV-TR (2002) es tomado muchas veces como referente (aunque de una forma más categorial que teórica), y establece que los trastornos de la personalidad se caracterizan por "...un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto" (p.765). Esta definición brinda la idea de que se trata de algo automatizado aunque

inconsciente, que es posible percibirlo en la medida en que desentona de lo cotidiano o normal. Frente a definiciones de este tipo se debe tener mucho cuidado y observar cada caso específico sin olvidar el contexto en el que se encuentra inmerso el sujeto, ya que es lo que dará la pauta de la discordancia. Se debe tener en presente si el sujeto es extranjero, y tal vez no se ha adaptado al país de residencia; o si ha vivido una situación traumática que de alguna manera explique su comportamiento (Azpiroz y Prieto, 2011). Por su parte, Westen, Shedler y Bradley (2013) sostienen que están asociados a alteraciones en el funcionamiento del Yo y en las relaciones interpersonales, y que la gravedad varía entre los diferentes trastornos y dentro de cada uno de ellos.

Cuando existe un trastorno de la personalidad estos patrones de conducta se ven alterados, y por consiguiente, generan anormalidades en la persona, por ejemplo rigidez e inadaptación, que producen malestar tanto a sí mismo como a quienes le rodean. Esto puede observarse claramente en lo planteado por Azpiroz y Prieto (2011), quienes realizan una analogía que tiene que ver con la imposibilidad de poder acomodar el cuerpo ante ciertas situaciones que se les presentan. Agregan que sus comportamientos y formas de afrontamiento son pobres, lo que conlleva a que la disfunción sea global y no solamente ante una circunstancia en particular. Se resalta el hecho de no poder acomodar el cuerpo que estaría directamente relacionado con la rigidez de sus rasgos de personalidad, que son en definitiva quienes quitan movilidad a ese cuerpo. No obstante, según Peláez, Reyes-Molón y Teijeira (2013) en determinados casos éstos pueden variar, por ejemplo en la severidad, o ser amortiguados por otros rasgos beneficiosos. Tal como plantean Esbec y Echeburúa (2015), estos trastornos son considerados exageraciones de los rasgos normales de la personalidad, que además están condicionados genéticamente, así como también por el entorno. Se constituyen como trastornos cuando son inflexibles, desadaptativos, y que producen gran deterioro funcional.

La edad de inicio establecida por el DSM-IV-TR (2002) es la adolescencia o principios de la edad adulta, aunque pueden observarse algunos rasgos desadaptativos en la infancia; pero el diagnóstico se realizará posteriormente. Los trastornos de la personalidad son crónicos, aunque la persona puede llegar a adquirir estrategias y herramientas para manejarse en la vida cotidiana y permanecer lo más adaptado posible a la sociedad.

Como plantea el DSM-IV-TR (2002) y el posterior DSM V (2013), están divididos en tres grupos de acuerdo a sus características más generales. El grupo A se caracteriza porque los pacientes suelen ser raros o excéntricos, que incluyen el esquizoide, el paranoide, y el esquizotípico. El grupo B es dramático, emotivo o inestable, e incluye el borderline, el antisocial, el histriónico y el narcisista. Y el grupo C está caracterizado por personas ansiosas o temerosas, y los trastornos son ansioso-evitativo, el dependiente y el obsesivo-compulsivo. También se mencionan brevemente otros trastornos de la personalidad

especificados y no especificados, que incluirían a personas que cumplen con criterios de diferentes trastornos, pero no llegan a cumplir con los de uno en específico. Esto corresponde con lo que se llama características mixtas de la personalidad. Recordemos que, como mencionan Esbec y Echeburúa (2015), para estar incluido en una categoría debe contarse con la mitad más uno de los criterios diagnósticos. Por tanto, este modelo categorial está focalizado en tener o no tener. Esto puede resultar beneficioso a la hora de comprender un trastorno o de transmitir la información a otros clínicos. No obstante, se dificulta aplicarlo a la práctica clínica, porque en la generalidad de los casos los pacientes no cumplen con todos los criterios de cada cuadro clínico, e incluso puede ser necesario realizar diagnósticos diferenciales. Además los límites entre los trastornos son difusos y la complejidad es mayor. Por lo tanto, en la clínica será necesario utilizarlo como una herramienta para comprender el funcionamiento del sujeto, pero siempre focalizándose en su individualidad y particularidad.

Un concepto importante trabajado por Azpiroz y Prieto (2011), que se observa en todos los diferentes tipos de trastornos, es la egosintonía que refiere a la incapacidad de darse cuenta de su problemática, y asumir que los problemas surgen a partir de ella. Para estas personas son los demás quienes están errados y generan conflictos y no ellos. Por lo tanto, hay una imposibilidad de reconocer el trastorno y a la hora de comenzar un tratamiento éste es uno de los mayores limitantes debido a que no surge de sí mismos la demanda, ni la iniciativa de cambiar. Esto no significa que no sufran por lo que les sucede, sino que se lo atribuyen directamente al entorno.

La última consideración de este apartado, tiene que ver con lo planteado por Quiroga y Errasti (2001) que sostienen que los trastornos de la personalidad deberían ser tratados desde una lógica dimensional. Esto significa que deberían ser entendidos como diferentes variantes de la personalidad, algunas activas y otras pasivas dependiendo de la iniciativa del individuo, que varían de acuerdo a la gravedad. De esta manera, no todos los trastornos estarían al mismo nivel, sino que, por ejemplo, el borderline, antisocial, paranoide y esquizotípico serían agravamientos de los patrones de personalidad, en comparación con los otros que son más leves. Siguiendo esta misma línea, Gunderson (2002) sostiene que estos trastornos del sí mismo requieren importantes tratamientos de rehabilitación psicosocial; aunque el Trastorno Borderline es por diferencia el más importante, y la forma más grave de trastorno del self, debido a que la persona busca atención autodestruyéndose. De cualquier manera, esto se relaciona con el funcionamiento de estas personas que según Azpiroz y Prieto (2011) puede ser alto, lo que quiere decir que logran integrarse a la sociedad y pese a determinados episodios pueden convivir aunque con relaciones inestables e inmaduras. Sin embargo, otro grupo de sujetos con funcionamiento bajo ven perjudicada incluso su vida laboral y tienen serios problemas sociales. Esta idea sugiere que

no todos los sujetos son iguales, más allá de que cuenten con el mismo diagnóstico, en cada uno está según sus posibilidades, el poder integrarse y obtener mejoras duraderas, o la imposibilidad de aspirar a una mejor calidad de vida en los casos más extremos. Esto último está directamente relacionado con lo que establecen Esbec y Echeburúa (2015), en cuanto a que la calidad de las dimensiones interpersonales refleja la estructura de la personalidad, por ende, es un predictor que el terapeuta debe tener en cuenta para conocer a quien llega al consultorio.

TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

Evolución histórica del término y del trastorno.

El trastorno límite de la personalidad está comprendido dentro del grupo B. A lo largo de la historia este síndrome ha sido estudiado por innumerables autores, algunos refiriéndose específicamente al trastorno límite, otros a partir de estudios sobre diferentes trastornos. Ya desde los tiempos de Hipócrates y Homero se comenzó a teorizar, y cada uno de los posteriores autores a partir de sus ideas han sido precursores de los planteamientos actuales. En los comienzos, se consideró que estas personas estaban en el límite entre lo neurótico y lo psicótico. Poco a poco, el trastorno fue tomando identidad hasta llegar al constructo actual.

Por su parte, Gunderson (2002) sostiene que el término borderline (o límite como él lo llama), ha tenido varios cambios desde que apareció por primera vez hasta la actualidad. En un comienzo fue tomado como Organización Borderline de la Personalidad, siguiendo la línea planteada por Kernberg de corte psicoanalítico; en un segundo momento en los círculos académicos se pasó del paradigma psicoanalista a la medicalización, siendo considerado un síndrome descriptivo, tras la aparición del DSM III, esto fue muy positivo ya que incitó a múltiples investigaciones sobre los síntomas, sobre su etiología y posibles tratamientos, dando paso al constructo actual donde se lo considera como un Trastorno.

Gabbard (2002) plantea una breve historización que se tomará en cuenta para comprender la evolución del trastorno. Entre 1930 y 1940 los clínicos comenzaron a observar que había sujetos que no cumplían con todas las características para rotularlos como esquizofrénicos, pero sin embargo estaban perturbados como para realizar una terapia psicoanalítica. Hacia 1953, Knight estableció algunas de las características de este cuadro aún no definido, tales como imposibilidad de planificar, pensamiento predominantemente en proceso primario, impulsividad, dificultades en el funcionamiento yoico. En 1968, Grinker y col. realizaron un análisis estadístico a 60 pacientes y pudieron observar que aparecían cuatro subgrupos que subdividían a ese grupo de pacientes borderline. Estos grupos se ubicaban en un continuo desde el borde psicótico al borde neurótico. También observaron que pese a esa subdivisión, existían características comunes a todos los grupos: enojo, falta de identidad coherente, falla en las relaciones interpersonales, depresión. Pero más allá de estos importantes hallazgos, definieron que este trastorno no era un comienzo de esquizofrenia, sino que tenía identidad propia. Gunderson y col. (1990) se centraron en realizar un análisis

descriptivo, y destacaron características como el temor al abandono pero a la vez de ser absorbidos, su alta exigencia a los demás, ansiedad desbordante, etc. Por otra parte, Kernberg (1984) quiso estudiar a estas personas desde una perspectiva psicoanalítica, utilizando la psicología del Yo y de las relaciones objetales. Definió su teoría como Organización Borderline de la Personalidad, y desarrolló la siguiente caracterización: debilidad yoica, relaciones de objeto problemáticas y defensas primitivas. Un aspecto importante es que las características de este trastorno que Kernberg desarrolla no son exclusivamente definitorias del trastorno borderline, sino que incluyen también, por ejemplo, al antisocial, narcisista, esquizoide, paranoide, debido a que este autor justamente hace énfasis en un tipo de organización de la personalidad y no a un trastorno específico. Según Gabbard (2002) esto ha generado controversia entre otros autores ya que mientras algunos consideran que debería ser tomado como un trastorno o espectro, otros acompañan y abalan lo planteado por Kernberg.

Historizando, Fossa (2010) afirma que al desarrollar su teoría psicoanalítica Freud establece a la personalidad como instancias o estructuras intrapsíquicas que pueden estar en conflicto entre sí o entre alguna de ellas y el exterior, y que propician un patrón de comportamiento interno y externo que permanece en el tiempo. Luego, a partir de su teorización sobre el Ello- Yo- Superyó describe tres organizaciones de la personalidad, que serán desarrolladas por sus predecesores, que son neurosis, psicosis y perversión. Por otra parte, Kernberg en 1979 propone a la personalidad en dimensiones, con tres organizaciones específicas similares a las planteadas por Freud, donde la organización borderline de la personalidad era la de más difícil diagnóstico y se encontraba ubicada en un continuo entre la neurosis y la psicosis. Hasta hoy en día muchos autores y profesionales lo consideran un trastorno ubicado entre ambos polos, que se habría diagnosticado por descarte muchas veces, cuando no llega a cumplir con todos los criterios para una psicosis, pero se aleja en algunos aspectos de la neurosis.

Etiología del Trastorno Borderline

Se ha investigado sobre los orígenes de este trastorno y puede observarse que las situaciones traumáticas en la infancia y el clima familiar, pueden ser determinantes en el desarrollo del Trastorno Borderline. La importancia del apego es indiscutible y al respecto Kernberg (1979) plantea que en las primeras fases del desarrollo psicosexual, el niño vivencia a la figura materna de dos formas, una contenedora, que lo alimenta y le da cariño, y otra abandonica que lo frustra de forma impredecible. Esto provoca angustia e inseguridad en él a la vez que genera ambivalencia en ese vínculo temprano, que luego será trasladado

a posteriores vínculos, sosteniendo estos mecanismos defensivos primitivos. Estas características pueden observarse en las personas adultas con este trastorno, generando lo que Pérez (2011) llama díadas de signo opuesto, que coexisten en el mundo interno y determinan las conductas del sujeto dependiendo del otro y del contexto. Mosquera, González y Van der Hart (2015) indican que quienes sufrieron trauma temprano tienen mayor predisposición a desarrollar este trastorno, y que el trauma está directamente asociado a las situaciones de amenaza. Sin embargo, en la infancia las amenazas no tienen que ver con el riesgo o peligro físico solamente sino también con las carencias afectivas o la escasa accesibilidad del cuidador. Las autoras afirman que la negligencia de ambos padres sumada a la ausencia de figuras de apego sustitutivas son factores que pueden ser traumatizantes y determinantes en el desarrollo del trastorno. Siguiendo esta misma línea, Zegarra y Soto (2014) afirman que en muchos casos las experiencias amenazantes producen malestar o desregulación emocional. Estas experiencias, pueden ser maltrato, abuso sexual, abandono, padres severos, rigidez o violencia de género.

Por su parte, Gabbard (2002) sostiene que ante el maternaje no confiable, se genera la carencia de un objeto sostenedor-tranquilizador, lo que provoca sentimientos de vacío y tendencias depresivas, y esto también está muy relacionado a la dependencia que estableces estos sujetos hacia otros en determinadas situaciones. Zegarra y Soto (2014) afirman que la figura de apego es un referente en todo sentido para el sujeto que está incursionando en el nuevo mundo. A través del cuidador percibe el mundo y se relaciona con él, es quien brinda las bases de relacionamiento y sociabilización que repercutirán en un futuro en la relación con los demás integrantes del núcleo familiar, así como con el resto de las personas con quienes interactúe. Por tal motivo, esta primera relación tan íntima e importante, condicionará a las futuras y los problemas posteriores de la persona seguramente se verán reflejados en sus comienzos. En cuanto a lo anteriormente planteado, Beck y Freeman (2005) buscando la etiología del trastorno, afirman que la posible causa puede no ser solo el trauma en sí mismo, sino también la forma de procesarlo del niño, que desemboca en estrategias patogénicas de resolución de conflictos.

En cuanto a la predisposición biológica, Mosquera, González y Van der Hart (2015) establecen que un niño puede tener ciertas características temperamentales (por ejemplo inclinarse más a la acción que a la reflexión) pero que sean compatibles con la normalidad, y en presencia de un entorno psicosocial contenedor no llegarían a desarrollar el trastorno. Por lo tanto, las características temperamentales pueden verse amplificadas en un entorno amenazante. Por ejemplo, en base a lo planteado por varios autores, Zegarra y Soto (2014) establecen que la función del apego es desarrollar relaciones que protejan de las situaciones vividas como amenazantes, y si esto no se da el sujeto es más vulnerable a presentar inestabilidad afectiva, temor al abandono, trastornos mentales y a ser agresivo

frente a situaciones que lo hagan sentirse vulnerable. No obstante, no quiere decir que sea una condición per sé para que se desarrolle un trastorno o sea violento. La familia brinda tanto factores protectores como factores de estrés y en la misma medida en que condiciona favorablemente muchas veces es la raíz de los problemas que presentan las personas en la adultez.

Descripción clínica

Zegarra y Soto (2014) afirman que este trastorno es un síndrome heterogéneo, que es difícil de delimitar, no solo porque es muy variado en su etiología y en su presentación, sino también porque es altamente cambiante tanto de persona a persona, como en diferentes momentos de la vida del sujeto. Aun así, se establecen pautas generales que lo describen, como por ejemplo lo planteado por el DSM-IV-TR (2002), que indica que la característica esencial es "...un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos" (p.790). Se considera que las dos palabras claves que definen este trastorno son la inestabilidad y la impulsividad, que luego desencadenan los demás comportamientos. Azpiroz y Prieto (2011) establecen que estas personas son muy inestables en general, pero sobre todo en lo que tiene que ver con el contacto interpersonal y en su autoimagen. No tienen un concepto integrado de sí mismos que sea duradero, y además tienen poca tolerancia a la frustración a causa de la debilidad yoica y a los mecanismos de defensa primitivos. También están determinados por una gran angustia de separación (miedo a ser abandonados por los otros), y no soportan la soledad. Según Gunderson (2002) los caracteriza un profundo sentimiento de vacío, que no necesariamente tiene que ver con la angustia existencial sino con algo visceral, que se traslada al cuerpo y se siente en el abdomen o pecho; tiene que ver con la sensación de que falta algo. A su vez, como mencionan Cuevas y López (2012), tienen una gran dificultad para controlar impulsos, por lo que suelen reaccionar de forma explosiva, aumentando el riesgo de las conductas autolesivas y suicidas, que son muy frecuentes. Su estado de ánimo fluctúa entre largos períodos de abatimiento y depresión, seguidos por breves episodios eufóricos y de hostilidad. De acuerdo a lo planteado por Azpiroz y Prieto (2011), estos pacientes presentan una historia de fracasos y falta de persistencia tanto en sus logros académicos y laborales, como en el relacionamiento con otros. Es debido a todas estas frustraciones que generalmente tienen conductas autolesivas, consumen drogas, así como otras actividades irresponsables.

Millon (2006) describe cuatro variantes de la personalidad límite que se describen a continuación. El límite desanimado se caracteriza por ser sumiso y dependiente, su identidad queda fusionada con la de otra persona por su dependencia, lo que provoca gran ansiedad de separación, temen tomar responsabilidades y por ende, su vida es vacía y monótona. El límite impulsivo tiene características histriónicas y antisociales, en su búsqueda de llamar la atención puede aumentar su irresponsabilidad e impulsividad, no mide las consecuencias de sus actos, es hiperactivo pero muy distraído. Por otra parte, el límite petulante es inquieto, impredecible, pesimista y envidioso, por momentos puede tener arranques maníacos u otras veces mostrarse deprimido por sentirse inferior, luego de ataques de ira puede sentir culpa y pedir perdón aunque siempre vuelve a repetirse el episodio; siente resentimiento hacia las personas de quienes depende. Por último, el límite autodestructivo vuelca toda su agresividad contra sí mismo, por lo que sus conductas autolesivas son muy fuertes llegando a casos extremos, presenta amenazas de suicidio y depresión por lo que necesita mucho apoyo y atención. Esta subdivisión del trastorno podría ayudar al terapeuta al momento de comprender y pensar un tratamiento personalizado para el sujeto que llega al consultorio, pero no debe ser tomada estrictamente sino como una referencia a partir de la cual trabajar. Beck y Freeman (2005) afirman que por lo especificado anteriormente, las personas con este trastorno resultan ser una carga para sus familias o entorno, e incluso pueden ser inductores de patologías en sus hijos.

Kernberg (1979) establece que una de las características estructurales del Trastorno Límite de la Personalidad es la distorsión yoica, que hace referencia a los patrones de carácter que son rígidos y patológicos. Otra característica fundamental es la labilidad yoica (inadecuación o ausencia de algunas funciones yoicas normales), y para explicarla menciona tres características que tienen que ver con la falta de tolerancia a la ansiedad (ante una carga adicional de ansiedad se produce la formación de nuevos síntomas o regresión yoica), con la falta de control de impulsos (tiene que ver con un carácter impulsivo), y con el insuficiente desarrollo en los canales de sublimación. Están directamente relacionados con la labilidad yoica los mecanismos de defensa primitivos y los rasgos patológicos y contradictorios de este tipo de personalidad.

Por otro lado, Linehan (2001) sugiere que las personas con este trastorno sufren una disregulación emocional, lo que sería el núcleo de la patología. Esto provocaría en los sujetos la imposibilidad de quitar la atención de las cosas o situaciones que elevan su ansiedad y estrés, así como también la incapacidad para autorregularse e inhibir su estado de ánimo. La autora plantea que no alcanza solamente con haber vivido una situación traumática en la infancia, sino que esta circunstancia está acompañada de un entorno invalidante que trivializa, desaprueba y desprecia a la persona e incluso a veces la castiga. Así, "El sujeto desconfía de sus propios estados internos, lo que le lleva a una

sobredependencia de los otros, y esto a su vez impide el desarrollo de un sentido del self cohesionado” (Díaz, Linehan, Cochran, Kehner, 2001, s/p). Y en cuanto al entorno invalidante, Gunderson (2002) sostiene puede ocurrir que la persona haya crecido con la sensación de que no ha recibido los cuidados o atención que necesitaba o que ha sido tratada de forma injusta, lo que le produce mucha ira, y cuando es adulto busca a alguien que de alguna manera pueda redimir lo ocurrido en su pasado, estableciendo relaciones intensas. Pero sus expectativas hacia los demás son muy altas y en cuanto se desencanta, abandona y defenestra, volviendo a sentirse como en su infancia. A su vez, genera sentimientos de culpa y de proteccionismo en los demás lo que valida su forma de pensar, repitiendo nuevamente el ciclo.

Otro concepto importante, a la hora de comprender este trastorno, es identidad, y al respecto Novella (2015) plantea que la adquisición de la identidad implica asumir roles, formar parte de la comunidad y ocupar un lugar en ella, tener un sentido de continuidad y coherencia personal a lo largo del tiempo y ser reconocido por los demás integrantes de la colectividad. Esto tiene que ver con la identidad sana, pues implicaría estar capacitado para escoger un camino ocupacional y prepararse para ello, también con poder establecer relaciones íntimas con otros y encontrar un lugar dentro de la sociedad. En cambio, frente a un falla o confusión (difusión de identidad) lo anteriormente planteado se vería afectado, generando cierta incoherencia en la subjetividad, imposibilidad de asumir roles sociales e incluso de participar en actividades colectivas, dificultad para elegir un empleo así como también confusión en las relaciones íntimas, emociones y deseos con los de otra persona.

El síndrome de difusión de la identidad, planteado por Kernberg (1979), es generado por la fragilidad yoica mencionada anteriormente y consiste en la incapacidad de integrar las introyecciones e identificaciones buenas y las malas, se trata de la imposibilidad de internalizarlas de una forma coherente, y lo que ocurre es que se internalizan por separado, las libidinales o placenteras por un lado, y las agresivas o amenazadoras por otro. Esto conlleva a la imposibilidad de percibir algo como una totalidad y está directamente relacionado con el mecanismo de escisión. También genera agresividad tanto hacia sí mismo como hacia un objeto, y trae aparejado problemas en el interrelacionamiento con otros. Fossa (2010) sostiene que esta división se debe a la falta de integración del Yo temprano y constituye al llamado mecanismo de escisión, que rige a toda la organización borderline de la personalidad. Según Novella (2015), esto provoca una visión cambiante y discontinua, que conlleva cambios de rol, como por ejemplo de víctima a victimario, generando un gran vacío interior. Las defensas primitivas funcionarían como sostén para tolerar esta realidad tan dicotómica e inconsistente. Tal es la importancia, que incluso diversos autores han planteado la existencia de un Síndrome de Difusión de Identidad, con características propias y manifestaciones típicas. Siguiendo esta misma línea, Adler (1979)

sostiene que las personalidades borderline presentan una incapacidad de internalizar aspectos de sus cuidadores primarios, por ejemplo imágenes satisfactorias de la madre, lo que conlleva a la imposibilidad de formar una imagen cohesionada propia. Por su parte, Fonagy (1999) establece que estas personas tienen un marcado fracaso en la capacidad de mentalización, y que es coherente que si no pueden verse a sí mismos a través de los ojos de los demás, también tengan dificultades para desarrollar una identidad coherente. La mentalización (que será retomada más adelante en el presente trabajo), según Sánchez y De la Vega (2013) tiene que ver con el supuesto de que los estados mentales influyen en la conducta. De esta manera, mentalizar refiere a la capacidad de relacionar la conducta con los estados mentales intencionales; lo que significa poder reconocer las conductas y pensamientos como propios, y a la vez permite interpretar las conductas de los demás teniendo en cuenta sus estados mentales. Este es el resultado de un proceso evolutivo y social, que en algunos casos puede verse perjudicado provocando una débil capacidad de mentalización que vuelve a los individuos vulnerables a los cambios y presiones del entorno, como sucede en el trastorno borderline.

Frente a esto, Novella (2015) establece que debido a la modernización y a la pluralidad existente hoy en día, los valores ya no son comunes a todos ni tampoco la realidad es única para todos los individuos de la sociedad. Por ende, la realización personal está relacionada con la búsqueda de la emancipación y la identidad propia, y esto de alguna manera individualiza cada vez más a los sujetos y los aleja de una realidad común. A su vez, como plantea Brox (2014), en cuanto a lo económico las leyes del mercado fragmentan cada vez más a las sociedades y establecen la lucha de salvarse quien pueda, el orden y justicia social muchas veces se ven vulnerados generando aún más fragmentación y aislamiento, y en lo que refiere a las tecnologías, cuya función es acercar a las personas a la información y a los demás, se crea una falsa presencia o virtualidad, con muchas carencias. Esto genera inseguridad, confusión y crisis de identidad, donde cada situación puede someterse a múltiples interpretaciones dependiendo desde la postura con la que se la evalúe.

En el DSM-IV-TR (2002), se establece que uno de los criterios que definen al Trastorno borderline es la alteración de la personalidad, que tiene que ver con la autoimagen y el sentido de sí mismo intensamente inestables. En cambio, en el DSM V (2013) se propone un modelo alternativo para los trastornos de la personalidad que se desarrolla en los anexos, y que define a la identidad como la capacidad de uno mismo de sentirse único, reconociendo los límites entre el Yo y los demás, y a la autodirección entendida como el planteamiento y voluntad de alcanzar objetivos coherentes. Estos dos elementos, junto con la capacidad de empatizar y establecer relaciones íntimas con otros, serían claves para valorar el funcionamiento de la personalidad de un individuo. Estos aspectos se encontrarían afectados en estos sujetos, así como también en todos los trastornos de la personalidad.

Siguiendo esta misma línea, Cuevas y López (2012) plantean la perspectiva del DSM V en la que se toma este trastorno de una forma dimensional, a partir de la cual el diagnóstico se realiza según el grado de intensidad de sufrimiento y del nivel de dificultad para relacionarse consigo mismo y con los demás; a diferencia del DSM IV cuya descripción del trastorno es categorial.

En la recopilación y análisis realizado por Spagnuolo (2001), pueden observarse varias puntualizaciones acerca del trastorno que son pertinentes. Una de ellas es que los episodios psicóticos suceden cuando el paciente no es capaz de tolerar la realidad ya que ésta lo decepciona no pudiendo afrontar los cambios. Lo que le resulta intolerable es el cambio de objeto que obliga también al Yo a realizar un cambio. Siendo así, puede ocurrir la pérdida del juicio de realidad descrita por Gunderson (2002), quien marca una diferencia entre las distorsiones de la realidad (despersonalización, alucinaciones) y la capacidad para evaluar la realidad que en la mayoría de los casos se mantiene intacta. Por lo general, a partir del feedback pueden corregirse las distorsiones de la realidad, que suelen ser episódicas. Por lo tanto, como afirma Brox (2014), el juicio de realidad puede perderse ante situaciones que le generan mucho estrés o gran ansiedad, causando confusiones en la diferenciación entre el mundo interno y el mundo externo. La prueba de realidad que se aplica en estos casos según Pérez (2011), está compuesta por tres elementos que son la capacidad de diferenciar Yo - no Yo, la posibilidad de poder diferenciar lo que tiene que ver con el mundo interno de los estímulos externos, y por último la capacidad de comprender y aceptar ciertos criterios de realidad compartidos socialmente.

Los mecanismos de defensa primitivos de la personalidad fronteriza según Kernberg (1979) son:

- Escisión: Las introyecciones e identificaciones se mantienen separadas en calidad de buenas y malas. Tanto para el sí mismo como frente a objetos externos se genera la escisión en totalmente bueno y totalmente malo, oscilando de manera abrupta y radical de un extremo al otro. Puede observarse por ejemplo en el vínculo con el terapeuta, se produce una relación de amor-odio, en la que un día lo admira y al otro lo abandona o defenestra. La integración o síntesis de los opuestos podrían ser un importante factor para la neutralización de la agresión.
- Idealización primitiva: Tendencia a ver a los objetos externos como totalmente buenos para sentirse protegidos por ellos y que nunca serán abandonados.
- Identificación proyectiva: Si bien los límites yoicos están desarrollados y por ende pueden identificar entre el sí mismos y los objetos, en ocasiones sufren una pérdida episódica del sentido de realidad, donde los límites de su Yo se debilitan en el área de la proyección de la agresión. A veces se produce la pérdida del sentido de

realidad. Los sujetos a través de este mecanismo controlan y atacan al objeto para evitar que éste los ataque o destruya.

- Negación: Un claro ejemplo es la negación mutua donde la persona sabe que sus percepciones o pensamientos sobre sí mismo o sobre los demás son opuestos a lo que fueron en otro momento pero este recuerdo carece de repercusión emocional y es incapaz de modificar su manera de sentir; esto favorece la escisión. Por otro lado, la negación puede manifestarse frente a una situación real o negar emociones que ha experimentado; esto conlleva al aislamiento.
- Omnipotencia y desvalorización: Ambos mecanismos están directamente relacionados con la escisión y se suceden uno al otro: ante la identificación con un objeto totalmente bueno se lo idealiza. Cuando este objeto no proporciona protección, seguridad o gratificación se lo desvaloriza y abandona. Esta desvalorización puede darse por dos motivos: frente a la desilusión por parte del sujeto por considerar que el objeto no cumple con sus expectativas, o bien por miedo a ser absorbido y sentirse perseguido o abrumado.

Por lo desarrollado anteriormente, las relaciones objetales son muy difíciles para estos individuos, viven en un conflicto constante en el que les es imposible empatizar con los otros y entablar una relación verdadera y duradera. Sus relaciones son superficiales debido a que ante el compromiso se sienten abrumados por el miedo a ser absorbidos o abandonados. Además, su dicotomía interna les impide ver a los sujetos como un todo bueno y malo (percepción distorsionada), por lo que pasan por períodos transitorios en los que aman y odian a la misma persona o incluso a sí mismos.

Spagnuolo (2001) afirma que las relaciones de estos sujetos con los demás siempre giran en torno a sí mismos, no generan un real compromiso con el otro sino que lo utilizan para fines narcisistas. Esto es fundamental para entender su funcionamiento, cuando se decepciona, o las cosas no son como se propone se aleja y abandona al otro, lo desmerece. Lo anterior va de la mano con la necesidad de ser amados y admirados, debido a que su autoconcepto es muy elevado. No obstante, disfrutan poco de la vida, y suelen sentirse vacíos y desorientados. Según Brox (2014) estos sujetos son narcisísticamente vulnerables, con frecuencia ven al terapeuta como una amenaza, temen depender o necesitar de él, lo que demostraría imaginariamente su inferioridad. Poco a poco, debe buscarse la manera de encontrar o crear sentido a lo que sucede para aprender a tolerarlo. Tal como establece Fossa (2010), a las personas con este trastorno les resulta prácticamente imposible evaluar a los demás de forma realista y empatizar con ellos, por lo que no logran establecer un compromiso emocional y por ende, sus relaciones son superficiales.

Tomando lo planteado por Gergen (1992), Novella (2015) plantea que con todos los estímulos de la actualidad el Yo está abierto a nuevos sistemas de relación y que estas

tecnologías realizan una colonización. Gergen las llama “tecnologías de saturación social”². Siendo así, el Yo es colonizado por los otros, para explicarlo este autor crea el neologismo “multifrenia”³ que significa la división del sujeto en múltiples investiduras de su Yo.

La principal consecuencia de todo este proceso es la anulación drástica de la categoría tradicional del yo y la identidad personal, y su sustitución por la “conciencia de construcción”, esto es, la conciencia de que lo que somos es el resultado de cómo somos contruidos socialmente. En la visión de Gergen, pues, la “vieja” institución del yo ha dado paso en nuestros días a la realidad de la relación, y el yo individual al yo relacional. (Novella, 2015, p.129)

Esto implica volver a lo que se planteaba en un comienzo cuando se mencionaba la importancia del entorno ya que somos contruidos por el mismo. El otro moldea, define y otorga identidad.

En cuanto a las ansiedades básicas, Spagnuolo (2001) afirma que las más predominantes son la de pérdida que tiene que ver con la destrucción o abandono, y la de fusión que refiere al miedo a ser absorbido y/o a la intrusión. Como estas ansiedades invaden el pensamiento imposibilitando la creación de representaciones, es necesario construir una organización que sea continente, un “yo auxiliar” que genere un espacio seguro para estructurar al Yo.

Brox (2014) describe al trastorno borderline puntualizando lo anteriormente planteado y mencionando el gran temor al abandono que sufren estos sujetos, que conlleva muchas veces a períodos de soledad o rechazos, lo que provoca que se sientan amenazados y prevalezcan los aspectos destructivos, accesos de rabia y vivencias de desamparo. Esto provoca que oscile entre el miedo a hundirse o la urgencia de pasar al acto, que tiene que ver con impulsividad, agresiones, adicciones, acting out, disociaciones, depresiones, somatizaciones, evitaciones y vacíos. Todos estos son causantes y efectos del empobrecimiento de la vida psíquica.

Por último, Novella (2015) relaciona directamente la difusión de identidad con la postmodernidad. El autor plantea que un componente pequeño de lo que ocurre a las personas con este trastorno le sucede al resto de la población día a día, y que su realidad no esta tan alejada del resto de la sociedad. En la actualidad se vive en un mundo vertiginoso, en el que las personas están sometidas a factores de estrés constante, donde se reciben multiplicidad de estímulos en cortos períodos de tiempo, se demanda mucho y con urgencia, desborda el consumismo y nada es suficiente sino que se está en constante lucha por obtener más y más. Es lógico que ésta atmósfera cultural genere desequilibrios y confusiones, así como también frustraciones y desengaños influyendo directamente en la identidad personal.

² Comillas del autor.

³ Comillas del autor.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y FARMACOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD.

Tratamientos Psicológicos

Múltiples son los tratamientos propuestos para los Trastornos de la personalidad, pero sin embargo, ninguno ha sido establecido como verdaderamente eficaz. Lo cierto es que se han realizado investigaciones aisladas, que no cumplen con la totalidad de los requisitos para comprobar su validez; a la vez que tampoco se ha llegado a un consenso sobre cuál sería el más apropiado.

Las Psicoterapias de orientación dinámica, parten de la idea de que la persona está afectada por un trastorno evolutivo del Yo que conlleva una deficiencia en la integración del mismo y en las relaciones objetales perjudicando, por ende, las relaciones interpersonales. A continuación se describen brevemente algunas de las posibles terapias.

La psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT) es planteada por Kernberg (1979) y parte de la organización estructural del trastorno borderline. Busca contener y analizar con el sujeto los intentos de separación y alejamiento de los demás por temor a que lo abandonen, y que tienen origen en las experiencias primitivas con la madre. Tal como plantean Cuevas y López (2012), se intenta revisar la imagen de los demás (que percibe como amenazantes) y la autoimagen (debido a que muchas veces se siente despreciable). Se trabaja entonces a partir de las emociones, conflictos y conductas que surgen a partir de las ideas equívocas que tiene de la realidad.

Según Fossa (2010) consta de dos etapas, la primera posibilitar la integración de sí mismo como un todo coherente e integrado, trabajando los mecanismos de defensa primitivos. Luego de haber progresado en esta primera etapa logrando un Yo más maduro con mecanismos defensivos más adecuados se recurre a la visualización de la disociación primitiva para comenzar a integrar el mundo intentando dejar de lado las díadas y los sentimientos ambivalentes. Arias (2012) sugiere que de esta manera lentamente comienza a aparecer el lenguaje en lugar de la conducta como forma de comunicación, a la vez que aumenta progresivamente la autorreflexión.

Si bien el abordaje de esta terapia está enfocado en la transferencia, también es importante trabajar la contratransferencia, ya que puede realizar muy buenos aportes para el crecimiento de los participantes (Fossa, 2010). Para esto, según Pérez (2011) el analista debe focalizarse en los patrones de relacionamiento que el sujeto despliega mediante la

trasferencia y que reflejan su mundo interno, apoyándose en los canales de comunicación no verbales, más que en el canal verbal.

A partir de este enfoque, Guimón y Maruottolo (2011) sugieren la terapia grupal dinámica intensiva y breve, que se aplica desde una comunidad terapéutica. Se emplea en hospitales y centros diurnos, conducida por un equipo multidisciplinario en el que participan psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, talleristas, profesores de educación física y educadores. Este tratamiento es bastante intensivo ya que los pacientes deben asistir 5 días a la semana, 4 horas diarias y la duración es de 50 días aproximadamente (esto último puede variar extendiéndola un poco más de ser necesario); los autores plantean que este ritmo de trabajo ofrece buenos resultados. Se ofrece una línea telefónica que está disponible las 24 horas del día, en caso de emergencia.

Según Gunderson (2002) este tipo de terapias interpersonales, favorecen mucho a la integración y rehabilitación social, así como también ayuda a las personas a enfrentarse al trastorno pero a partir del reflejo en los otros. Es importante igualmente que esta terapia sea un complemento de la terapia individual, al igual que la medicación.

Guimón y Maruottolo (2011) indican que algunas de las actividades que se realizan en el modelo de comunidad terapéutica, tienen que ver con educación para la toma de medicación, grupos expresivos, actividades físicas, terapia ocupacional, grupo multifamiliar, e incluso salidas recreativas aprovechando los recursos culturales de la ciudad. Se intenta con esta forma de trabajo reducir los síntomas, brindar herramientas para la regulación emocional, tolerancia al estrés, resolución de problemas y habilidades para el funcionamiento interpersonal.

Por otra parte, la psicoterapia basada en la mentalización (MBT), consiste tal como plantean Cuevas y López (2012), en la búsqueda y el conocimiento de sí mismo y respecto de los demás, intentando crear un ambiente donde el sujeto se sienta seguro y se puedan manejar las desregulaciones afectivas, los impulsos, y al mismo tiempo, trabajar las relaciones con los demás que se corresponden con las conductas destructivas. Asimismo, según lo planteado por Sánchez y De la Vega (2013), el principal objetivo de esta terapia es favorecer la mentalización, necesaria para lograr un self más seguro e integrado. Se intenta que investigue y descubra más sobre sí mismo, sobre su sentir y pensar, así como también que pueda lograr la comprensión de las conductas de los otros teniendo en cuenta sus estados mentales, algo que a las personas con este trastorno les resulta prácticamente imposible.

En cuanto a la Terapia Cognitiva, en sus comienzos apuntaba a las conductas problemáticas, sin una perspectiva integradora. Pero posteriormente se alargó la duración de la misma y se intentó abarcar una perspectiva global, volviendo a los resultados más prometedores. Gunderson (2002) sostiene que ante todo, es muy importante que los terapeutas puedan reconocer que las conductas que se observan como desadaptativas (ira,

abandonos y/o conductas autodestructivas) tienen en realidad una función adaptativa, ya que producen un reforzamiento positivo. Tal es el caso del acting out, pues el sujeto actúa en lugar de hablar de sus sentimientos, ya que obtiene atención y preocupación de los demás. Por tal motivo, tanto el terapeuta como la familia deben focalizarse en las conductas positivas e ignorar las desadaptativas.

Según Beck y Freeman (2005) existen tres conceptualizaciones cognitivo-conductuales de este trastorno que son la concepción dialéctico-conductual de Linehan, las formulaciones de Beck y el Modelo de Young, que serán desarrolladas a continuación.

La concepción dialéctico-conductual (DBT) de Linehan, según el planteo de Beck y Freeman (2005), establece que la disfunción en la regulación de las emociones produce reacciones explosivas, así como también que su entorno en la niñez ha sido invalidante provocando que luego ellos mismos invaliden sus emociones. El tratamiento apunta a mejorar el escaso control de impulsos y las autolesiones. Se intenta modificar la forma en que el sujeto maneja el estrés, así como también que pueda adquirir habilidades para desarrollar la tolerancia y validar las relaciones interpersonales. Cuevas y López (2012) indican que lo primero a trabajar son las conductas de riesgo, ya sea para sí mismo como para los demás. Se ponen en práctica conductas adaptativas, intentando abolir las conductas tóxicas. Tiempo después, luego de haber creado un clima de confianza y comodidad, se comenzarán a visualizar las experiencias traumáticas y se intentará darles o buscarles un sentido. También se intentará entrenar al individuo en habilidades para la vida cotidiana, para mejorar sus relaciones con otros y lograr cierta tolerancia frente a las frustraciones. El encuadre es flexible, trabajando muchas veces en conjunto con las familias. Gunderson (2002) agrega que esta modalidad consiste en sesiones individuales con frecuencia semanal cuyo terapeuta está en coordinación con otro componente que son las actividades grupales para entrenamiento de diversas habilidades, ambos servicios complementados por consultas telefónicas en caso de ser necesario.

Por otro lado, Beck y Freeman (2005) establecen que la Terapia cognitiva de Beck plantea la hipótesis sobre tres supuestos claves que expresarían el sentir de estas personas, y que tienen que ver con la gran desconfianza interpersonal e hipervigilancia, así como también con los sentimientos de incapacidad y por ende, dependencia. Los supuestos son la maldad y el peligro del mundo, el hecho de sentirse impotente y vulnerable, y sobre ser inaceptable. Esto alterna un comportamiento de pegoteo y rechazo hacia los demás lo que genera mucha inestabilidad emocional. El tratamiento apunta a buscar matices y evitar el pensamiento dicotómico que lleva a conductas extremas. Como sugieren Cuevas y López (2012), pretende entrenar a los pacientes para identificar esos pensamientos y evaluarlos de una forma más realista. Beck y Freeman (2005) sugieren utilizar terapias experienciales para trabajar tanto el aquí y ahora como posibles traumas de la infancia.

Por último, la Terapia cognitiva centrada en esquemas de Young plantea el concepto de modos de esquemas. Un modo sería en palabras de Beck y Freeman (2005), "...una pauta organizada de pensamiento, sentimiento y conducta basada en un conjunto de esquemas, relativamente independiente de los otros modos" (p.232). Tiene que ver con una regresión a estados emocionales de la infancia, donde en teoría el sujeto pasaría de un modo a otro. Young creía que existían cuatro modos: protector distante, niño abandonado, infante enfadado y padre punitivo. Cuevas y López (2012) afirman que esta terapia intenta identificar y modificar los esquemas adaptativos tempranos que forman parte de la base de las alteraciones de este trastorno y que son vergüenza, aislamiento social y soledad, incompetencia y dependencia, e indeseabilidad.

Un dato interesante brindado por Gunderson (2002) es que cuando se deja de reforzar las conductas desadaptativas, es necesario mantenerse firme en esa postura, pues acto seguido se producirá lo que los conductistas denominan *incremento paradójico*,⁴ que consiste en el aumento de intensidad de las conductas que se quieren evitar cuando dejan de ser reforzadas, aunque luego comienzan a disminuir progresivamente. Por otra parte, según Beck y Freeman (2005), en este tipo de terapias cognitivas la actitud del terapeuta debe ser activa, pues tiene que evitar el pasaje al acto y amortiguar entre los sentimientos y las acciones del sujeto. Se pueden hacer clarificaciones y confrontaciones a partir de la transferencia para que la persona se ordene, siempre evitando peleas. Para evitar el acting out se establecen límites, a partir de un encuadre muy definido.

El último tipo de terapia al que se hará referencia no es muy utilizado, pero Gunderson (2002) sugiere que arroja buenos resultados; se trata de la Terapia Familiar. Este autor plantea que suele iniciarse durante las crisis de los pacientes, y que requiere psicoeducación y el establecimiento de objetivos y metas. Es muy importante que los participantes estén realmente involucrados para que se produzcan resultados positivos, tanto los familiares, como la persona con el trastorno. Se busca mejorar la forma en que la familia se comunica y relaciona. Asimismo, las Terapias Multifamiliares suelen ser de mucha ayuda a la hora de aceptar y comprender la enfermedad, así como también como aprendizaje a partir de las historias de otras familias.

⁴ Cursiva del autor.

Tratamiento Farmacológico

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, se considera que siempre es necesario. Todos los tratamientos sea cual fuere la orientación terapéutica, deberían estar acompañados de los psicofármacos, y por ende, el correspondiente seguimiento de un Psiquiatra para realizar los ajustes necesarios en la medicación y trabajar en conjunto con el terapeuta para enriquecerse mutuamente y atender a las necesidades reales de la persona. Tal como establece Gunderson (2002), la medicación tiene un papel auxiliar, cuyos objetivos son reducir el malestar subjetivo (esto refiere a los síntomas no deseables para el sujeto) y contener los problemas de comportamiento (que son indeseables para los demás), debido a que ayuda con objetivos posteriores y a largo plazo.

Peláez, Reyes-Molón y Teijeira (2013) se cuestionan acerca de la efectividad del abordaje categorial o dimensional de los trastornos de la personalidad. Tomando lo planteado por otros autores, sostienen que utilizando el modelo dimensional las diferentes dimensiones de la personalidad tienen correlación con una base psicobiológica. Las dimensiones son cognitivo/perceptiva, impulsividad/agresión, regulación afectiva y modulación de la ansiedad, y los neurotransmisores relacionados serían dopamina, serotonina, noradrenalina y adrenalina, respectivamente. Esto es importante para comprender el sustrato biológico que subyace a los comportamientos observables de las personas, y cómo apuntando a modificar las reacciones químicas a nivel micro se intentan lograr cambios visibles, en un nivel macro.

Según Grinberg (s/f) es prioritario controlar la impulsividad. Este autor sugiere conveniente comenzar con antipsicóticos y anticonvulsivantes en dosis bajas, para conseguir adherencia al tratamiento. Entre los psicofármacos más utilizados pueden encontrarse: los antipsicóticos que actúan sobre los síntomas psicóticos y también sobre las manifestaciones esquizotípicas, las cognitivas, sobre la ansiedad, impulsividad y hostilidad, y se usan en dosis bajas o medias; los antipsicóticos o estabilizadores del ánimo, en especial los anticonvulsivantes, que son inhibidores de la impulsividad y de la ira, y además apuntan a reducir las oscilaciones muy marcadas del humor y la energía; los antidepresivos, que tienen una significativa acción en el tratamiento de la depresión y trastornos de ansiedad, así como también sobre alteraciones en el control de impulsos, y las benzodiazepinas (como el clonazepam), utilizadas en pacientes con elevados niveles de ansiedad porque posee una marcada acción ansiolítica y anticonvulsivante. Peláez et al. (2013) profundizan un poco más en esta temática y establecen los siguientes tratamientos frente a determinados síntomas: antipsicóticos de primera generación como el haloperidol para la reducción de la ira inapropiada, impulsividad/agresión, y/o problemas interpersonales, o el decanoato de flucopentixol para la reducción de conductas autolíticas; antipsicóticos de segunda generación como el aripiprazol para la reducción de la ira inapropiada, síntomas psicóticos,

impulsividad, problemas interpersonales y/o impulsividad/agresión, o la risperidona para combatir la impulsividad/agresión, problemas interpersonales y/o síntomas psicóticos, o la olanzapina para la reducción de la inestabilidad afectiva, ira inapropiada, síntomas psicóticos, ansiedad, impulsividad/agresión y/o problemas interpersonales. Por otra parte, los estabilizadores del ánimo tales como el ácido valproico para la reducción de problemas interpersonales, síntomas depresivos y/o ira inapropiada, la lamotrigina para la reducción de la impulsividad, ira inapropiada y/o problemas interpersonales y el topiramato para reducir la impulsividad y/o problemas interpersonales. Por último, los antidepresivos mencionados son la amitriptilina (antidepresivos tricíclicos-ADT) para la reducción de síntomas depresivos, ira inapropiada y/o disregulación afectiva, los ISRSs (inhibidores de la recaptación de serotonina) que apuntan a reducir los síntomas depresivos, la ira inapropiada y/o disregulación afectiva, y la fenelcina (inhibidor de la mono-amino-oxidasa - IMAO) para la reducción de síntomas depresivos, ansiedad, patología psiquiátrica y para la mejoría del estado de salud mental.

Según Arias (2012) es muy difícil que estas personas logren generar adherencia al tratamiento farmacológico (en realidad a cualquier tipo de tratamiento), debido a las características de su personalidad. A veces toman el tratamiento de forma intermitente, mientras que otras veces en períodos agudos lo hacen de forma abusiva. El objetivo del tratamiento obviamente no es curar, ya que es imposible modificar el temperamento que acompañará al sujeto toda su vida. Siguiendo la misma línea, Peláez et al. (2013) plantean que antes de establecer el tratamiento farmacológico es muy importante realizar un diagnóstico certero a partir de un estudio de los rasgos de la personalidad, que esté integrado a un plan terapéutico en el que se tenga en cuenta también el abordaje familiar, elaborando objetivos a corto y largo plazo.

Los trastornos de la personalidad no desaparecen, por ende, los tratamientos apuntan a mejorar la calidad de vida del paciente. El tratamiento farmacológico busca disminuir los síntomas y paliar el comportamiento suicida y autodestructivo de estos pacientes. Según Arias (2012) no hay ningún tratamiento aprobado hoy en día, solamente estudios que confirman la efectividad de ciertas drogas en la disminución de algunos síntomas. Esto supone cierta cronicidad y dependencia a la medicalización, y sobre esto Peláez et al. (2013) sugieren que se debe ser muy cuidadoso para no caer en la polifarmacia y en los tratamientos por tiempo indeterminado sino todo lo contrario, se debería apuntar a una determinada duración o a posibles cambios, siempre brindando la mayor información posible al sujeto y su familia. Por su parte, Gunderson (2002) afirma que si bien la presencia de los fármacos refuerza la idea de enfermedad, también puede producir un mayor involucramiento y responsabilidad por parte de la familia. También resultan motivadores, ya que al reducir los síntomas rápidamente muestran mejoras visibles (aunque superficiales) en la persona.

Rol del terapeuta y encuadre

Según lo establecido por Pieró, Cairo y Ferrero (2013), lograr una buena alianza terapéutica puede ser un factor predictor del proceso o del resultado del tratamiento, por lo que es de suma importancia su valoración y apreciación, y debe ser siempre tenido en cuenta. La alianza terapéutica está en estrecha relación con la adherencia al tratamiento, mientras que la existencia de la alianza entre el sujeto y el terapeuta podría ser un factor motivante en el proceso, una mala o inexistente alianza sin dudas conduciría al abandono temprano del mismo. En este sentido, Pieró et al. (2013) sostienen que la alianza terapéutica se compone de tres aspectos relacionados entre sí, que son el acuerdo entre el terapeuta y la persona sobre los objetivos terapéuticos, el acuerdo entre ambas partes con respecto a la forma de alcanzar esos objetivos, y por último, el desarrollo de un vínculo personal entre ellos. Gunderson (2002) establece una diferencia muy interesante en cuanto a la alianza terapéutica entre las Terapias Conductuales y las Psicodinámicas: mientras que en las primeras se establece como un pacto a partir del cual comenzar a trabajar y profundizar, en las segundas es algo que se da a largo plazo, y que termina convirtiéndose en un objetivo de la terapia.

Según lo planteado por Azpiroz y Prieto (2011), las personas con este trastorno pueden en un comienzo idealizar al terapeuta generando cierta dependencia, pero en cuanto no satisface sus demandas, el mismo es desvalorizado. Por esto es necesario generar un vínculo duradero, ya que la idea es corregir lo sucedido en la infancia y lograr un apego seguro como forma de reivindicación.

Según Beck y Freeman (2005) en este tipo de terapia duradera, el terapeuta debe implicarse, las sesiones deben ser una o más bien dos veces por semana, y el rol justamente es prestarse como persona, contenerlo en los momentos de crisis y vivenciarlas juntos, ser su sostén, para de a poco ganarse la confianza del sujeto, que cree que nadie lo valora y que a nadie le importa. Se debe intentar revertir estas ideas para favorecer una relación segura. En los momentos de crisis se les debe hablar pero sobre todo escuchar, para transmitirles la idea de tolerancia frente a los sentimientos negativos. Como sugiere Llanes (2015), el espacio de análisis debe ser un espacio potencial donde la persona pueda reconstruir su pasado y simbolizar lo in-simbolizable, que sin dudas repercute en su presente. Siguiendo la misma línea, Cuevas y López (2012) afirman que en este espacio se debe trabajar en la validación de sus experiencias en contraposición a lo que tal vez ha sido un entorno invalidante.

Beck y Freeman (2005) sostienen que en este modelo de tipo parental, es fundamental la puesta de límites, por ejemplo el hecho de que se ofrezca un número para llamar no significa que pueda hacerlo a cualquier hora. La puesta de límites es muy necesaria porque

está marcando quizás una diferencia con lo ocurrido en su infancia, nada más que esta vez no se tratará de algo autoritario, sino que se le explicará el por qué, para que pese a la frustración no se sienta desplazado ni engañado. Según Llanes (2015) ocurre que en las personas con este trastorno, los límites se encuentran difusos, porosos, no parece haber un límite claro entre el interior y el exterior. Habría un desconocimiento de la distancia entre sí mismo y el otro por lo que se encuentran en permanente confusión sentimental. Y esto sin dudas, es un impedimento a la hora de relacionarse con los demás debido a que suelen ser invasivos y creer que tienen derecho sobre el otro. La frontera imaginaria entre las personas, no solo contiene a cada sujeto en sí mismo y le otorga intimidad sino que es imprescindible como distancia, y condición para encontrarse con los otros a partir del respeto y la diferenciación.

Por otra parte, Brox (2014) afirma que: "Al encuadre le compete tolerar afectos, actos, tensiones extremas, y reducirlas por medio del marco emocional y el funcionamiento mental que proporciona el analista" (p.151). Por lo tanto, debe ser flexible permitiendo volcar su sentir y canalizar las emociones, ordenar sus ideas y elaborar las variaciones que en él se presenten. Beck y Freeman (2005) plantean que el hecho de brindar un teléfono de contacto para emergencias o crisis, implica ampliar los límites del encuadre, aunque como se mencionó anteriormente, debe ser pautado y con ciertas condiciones. Por lo tanto, es muy importante que el encuadre proteja a todo el dispositivo analítico, estableciendo normas de trabajo tanto para el terapeuta como para el sujeto (Llanes, 2015). Además Brox (2014) plantea que el terapeuta debe ser muy cuidadoso con las observaciones que realiza ya que la persona podría sentirse amenazada o atacada, y eso puede producirle desprecio o incluso llegar al abandono. Tal como afirman Pieró, Cairo y Ferrero (2013), uno de los objetivos de la psicoterapia debe ser el mantenimiento de la alianza terapéutica. Aunque esto no se verbalice y se encuentre implícito es importante que ambas partes lo tengan presente.

Según Brox (2014) la relación con el terapeuta redefine las demás relaciones, dinamiza y mueve estructuras, genera ansiedades y permite percibir de forma más consciente, a la vez que refresca por aportar nuevas perspectivas. Uno de los roles más importantes del analista sería favorecer al crecimiento del Yo, y esto se ve reflejado cuando puede observarse el pasaje de afectos inmaduros y globales a maduros y específicos. Siguiendo esta misma línea, Llanes (2015), establece que el terapeuta debe ubicarse en el lugar de suficientemente bueno lo que significa mantener una distancia óptima: no muy cerca para permitirle andar solo, pero no muy lejos para sostenerlo en caso de que caiga, como una madre que acompaña a su hijo en sus primeros pasos. En relación a lo anteriormente planteado, Brox (2014), sostiene que la función del terapeuta se asemeja entonces a la función materna, debe ser empático, protector, sostenedor y tener disponibilidad afectiva. A

su vez, ayudar a regular la tensión, generar seguridad, dar sentido y continuidad, tal y como debieron hacer los objetos primarios. Se debe apoyar al Yo de la persona, para restablecer cierto equilibrio psíquico-cognitivo. Para reparar el Yo, debe enfrentarse con los aspectos deteriorados, frustrantes o intolerables, pero para esto es necesario comenzar por esclarecer lo difuso, sin revolver demasiado el pasado. Para esto, Llanes (2015) sugiere que el terapeuta debe posicionarse como sostén (holding), conteniendo y sosteniendo al sujeto pero sin sobreprotegerlo.

Según Beck y Freeman (2005) se requiere una actitud educativa, que busque mostrarle qué cosas le hacen mal explicándole por qué, pero no desde un lugar de juez, sino como un padre. Por ejemplo, se debe enmarcar que el espacio de trabajo es un lugar para liberar las emociones pero de una forma sana y no impulsiva o agresiva, para lograr la regulación emocional. En cuanto al manejo de las crisis el terapeuta debe mostrar disponibilidad e interés por comprender lo que le pasa al sujeto. Se debe brindar el espacio para que se exprese pero a la vez demostrándole que esos sentimientos tan extremos que siente se deben a un estado emocional interior, más allá de lo que ocurre en el afuera.

En cuanto a la contratransferencia, Gabbard (2002) sostiene que se generan en el terapeuta intensas reacciones contratransferenciales, por ejemplo, fantasías de rescate, rabia, odio, transgresión de límites profesionales, sentimientos de culpa y/o desamparo. Se destacan la intensidad y sobre exigencia por ser personalidades que abruman o acaparan (Grinberg, s/f). Por su parte, Regalado y Gagliosi (2012) realizaron una investigación a profesionales de la salud para evaluar la contratransferencia. La encuesta estaba dirigida a psicólogos y psiquiatras. Los resultados sugirieron que los pacientes con este trastorno son más desgastantes que otros con otras patologías, generan frustración, cansancio, preocupación, confusión, rechazo e incluso sentirse manipulado. Pero también encontraron sentimientos positivos como ganas de ayudar, desafío y comprensión. Puntualizaron que muchos profesionales no conocían al trastorno en profundidad, considerando el desconocimiento como un aspecto que perjudicaría el tratamiento. También descubrieron que los años de experiencia disminuían los sentimientos negativos, por ende a los profesionales con menos años se les dificultaría tratar a estos pacientes. También Llanes (2015) plantea que es importante que el analista se mantenga en su lugar, e intente identificar la contratransferencia sin actuarla, sino utilizarla como una herramienta para poner en palabras lo que el paciente no puede decir.

Gunderson (2002) afirma que es necesaria la supervisión de casos y la puesta en común con los demás profesionales que trabajan con el sujeto (en el caso de que los haya), debido a que ésta es otra manera de sentirse comprendido y acompañado en este proceso tan complejo y demandante. Estas instancias brindan otras herramientas que pueden ser favorables para evitar el Burn-out tan frecuente hoy en día en los profesionales de la salud.

INTENTOS DE AUTOELIMINACIÓN Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

El suicidio es una problemática grave que está muy relacionada con estos pacientes. Según estadísticas, los intentos de autólisis son altísimos aunque no todos llegan a concretarse. Las características de la personalidad de las personas con este trastorno llevan a que los mismos muchas veces no encuentren otra forma de terminar su padecer que terminar con su propia vida. Esta vulnerabilidad, afecta en concreto las siguientes dimensiones patológicas: sentimiento de vacío crónico, hiperreactividad al estrés, inestabilidad afectiva, y déficit cognitivo (Giner, Medina y Giner, 2012). De cualquier manera, Marco, García, Pérez y Botella (2014), indican que tener pensamientos positivos puede actuar como amortiguador frente a ideas suicidas. Estos autores resaltan la importancia que tiene, más allá de tener presentes los factores de riesgo, focalizarse en los factores de protección, que son aquellos que reducen la probabilidad de un resultado negativo en presencia de los factores de riesgo. Intentando comprender estos comportamientos, Pérez (2011) sugiere que la autoagresividad, las ideas suicidas e incluso los intentos de autoeliminación ocurren generalmente vinculados con situaciones de intenso sufrimiento y disforia, contextualizados además por sentimientos de abandono.

Azpiroz y Prieto (2011) plantean que el sentimiento crónico de vacío es una experiencia subjetiva que produce mucho dolor en los sujetos, de la cual intentan huir realizando actividades de forma desenfrenada, entre ellas el consumo de drogas. En primer lugar, se resalta lo planteado por las autoras en cuanto a experiencia subjetiva, debido a que es una sensación que pasa puramente por el individuo más allá del entorno, no siempre su sentir condice con la realidad, y ese sentirse vacío tiene que ver con no encontrar un lugar en el mundo, no saber para qué está en el o cuál es su misión. También está relacionado con no encontrar una vocación o gusto por las cosas cotidianas, con sentir que no se “encaja” en ningún lado, además de la desconfianza que se tiene en los demás, lo que impide tener vínculos interpersonales fuertes e involucrarse realmente en ellos. Tal como afirman Giner et al. (2012), el vacío es angustioso, doloroso, es el dolor de “no sentir”⁵. Por eso este sentimiento está íntimamente relacionado a los intentos de autoeliminación, ya que al no tener una meta o motivación, muchas veces se deprimen y deciden terminar su vida. Llanes (2015) sostiene que como no hay mediación de la representación, y por ende de la palabra, el sujeto pasa al acto, a través de conductas de riesgo tanto para sí mismo como para los demás.

⁵ Comillas del autor.

La autoagresividad podría tener que ver con la necesidad de sentir algo, ya sea por ejemplo, por medio de cortes o drogas, para poder sentir o llenar lo que de otra manera no se logra. Se podría relacionar los cortes con la necesidad de delimitarse, ante un Yo un tanto difuso por momentos (durante las crisis, por ejemplo) podría estar la necesidad de intentar poner un límite a sí mismo (Azpiroz y Prieto, 2011). También según Gunderson (2002), están relacionados con la necesidad de mostrar el dolor interior que no puede verse de forma tangible. Se intenta sacar y mostrar el dolor al que se quiere dar respuesta, que se torna por momentos intolerable. Otra sugerencia del autor, es la relación con la conciencia del efecto de control que provoca sobre los demás el hecho de causarse daño.

El consumo de sustancias estaría relacionado, según Molina y Mesías (2015), con la impulsividad y ansiedad, que en la mayoría de los casos conllevan a la entrada en contacto con las drogas y al desarrollo de la adicción posteriormente.

Por otra parte, como sugiere lo planteado por Azpiroz y Prieto (2011), este sentimiento genera mucho dolor, los inquieta y produce ansiedad. Y muchas veces los intentos de suicidio están relacionados con ese dolor e impotencia inmanejables; no debemos olvidar que se trata de personas expansivas y dramáticas, por lo que sus actos impulsivos, su agresividad y la búsqueda de atención pueden derivar en estos llamados de atención, que muchas veces llegan a concretarse (Giner et al. 2012).

Molina y Mesías (2011) afirman que la hiperreactividad al estrés está directamente relacionada con las conductas autolesivas. Ante una situación que no se tolera o no se puede controlar, tienden a estallar, desatando crisis de ira incontrolables. Estudios con rigor científico han demostrado que la hiperreactividad al estrés tiene un gran componente biológico, que el sujeto no puede manejar. Esto va de la mano con la disregulación emocional, relacionada con estados emocionales intensos que provocan rechazo, humillación o culpabilidad, y conllevan una descarga negativa de agresividad. Por tal motivo, en muchos casos el consumo de sustancias puede ser visto como una forma de automedicación (a nivel inconsciente), a través de la cual se busca disminuir el sufrimiento causado por esas crisis o explosiones.

Por otra parte, según lo planteado por Giner et al. (2012), puede observarse el déficit cognitivo y de procesamiento cuando disminuyen la impulsividad o agresividad, y puede distinguírsele como la incapacidad de planificar, imaginar, por ende tiene que ver con dificultades metacognitivas. Por lo tanto, "El déficit ejecutivo para tomar decisiones, junto con la rigidez cognitiva y el escaso control inhibitorio podría estar relacionado con la tendencia a cometer actos suicidas y autoagresivos repetitivos" (Giner et al., 2012, p.91). Lo anterior está directamente relacionado con lo planteado por Forti Sampietro y Forti Burrati (2012), que plantean que los sujetos con autolesiones no autolíticas (ALNA), tienen un mayor riesgo de suicidio, por la impulsividad y agresividad de sus actos y la imposibilidad de

inhibir estos impulsos. Estos autores consideran a las ALNA como una estrategia de regulación emocional. También se ha estudiado que en el consumo agudo de alcohol, hay mayores tendencias al suicidio, ya que aumenta la impulsividad y la restricción cognitiva, provocando intentos no planificados y utilizando medios más letales (Giner et al. 2012).

Luego de la investigación realizada por Marco et al. (2014), pudieron observar en sus resultados que el sentido de la vida actúa como una variable mediadora frente a la depresión y la desesperanza. Esto se debe a que ante la ausencia del sentido de la vida, la persona se frustra y desespera, llegando en algunos casos al suicidio, o a las automutilaciones.

Por otra parte, según Giner et al. (2012) la valoración de la sobredosis es algo muy importante a tener en cuenta ya que muchas veces son intentos de autoeliminación encubiertos. Sin embargo, Gunderson (2002) afirma que muchas veces las personas reconocen la cercanía a la muerte pero que han decidido dejar en manos de sus rescatadores la posibilidad de que el hecho se consume. Por lo tanto, no siempre está detrás el deseo de morir, sino un llamado de atención o la necesidad de ser salvado por alguien. Siendo así, las tasas de suicidio son bajas en relación a los intentos de autoeliminación, y en la mayoría de los casos se concretan o por un fallo en el cálculo del llamado de atención o en la respuesta, o porque luego de reiterados intentos y conductas autodestructivas se desemboca en la autólisis indefectiblemente.

Marco et al. (2014) sostienen que los tratamientos deben focalizarse en reducir los factores de riesgo y en que el sujeto pueda identificar los valores importantes en su vida para de alguna manera, aferrarse a ellos, “Todo ello con el objetivo de crear vidas que merezcan la pena ser vividas, es decir vidas con sentido” (p. 300).

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de este recorrido se llevó a cabo una articulación entre diversos autores que trabajaron al Trastorno Borderline de la Personalidad desde diferentes puntos de vista. Sin dudas, ha sido por demás enriquecedor debido a que cada uno aporta desde su especialidad y elige una de las tantas aristas de esta temática para profundizar y producir nuevos saberes.

En cuanto al concepto Personalidad, se destaca que es aquella estructura que se desarrolla y enriquece a partir del nacimiento y durante la niñez, determinada por los primeros vínculos que servirán de ejemplo para establecer futuras relaciones. Constituida por un componente genético y otro gran componente ambiental, define a cada persona y la acompaña durante toda su vida. Aunque su esencia es inmodificable, puede intentarse a partir de diferentes tratamientos, modificar aquellos rasgos que resulten dañinos para el sujeto o para su entorno (Millon, 1998).

Se podría afirmar la existencia de un trastorno por ejemplo, frente a una personalidad inflexible que causa malestar interno y externo e impide la adaptación al medio, y que persiste en el tiempo. En el caso del trastorno borderline, la problemática estaría centrada en la inestabilidad afectiva, ira desmesurada (que va de la mano de la agresividad) temor irrisorio al abandono, sentimiento crónico de vacío (tiene que ver con no sentir nada, no tener motivación ni un objetivo de vida) y fracaso en las relaciones interpersonales (Azpiroz y Prieto, 2011).

Mucho tiene que ver la capacidad de adaptarse al entorno, y tal como plantean Esbec y Echeburúa (2015), una personalidad adaptativa tiene plena conciencia de un Yo único, mantiene roles apropiados frente a la sociedad lo que tiene que ver con su identidad, es capaz de autodireccionar su vida aspirando a metas que están al alcance de sus capacidades, logra empatizar con los demás lo que significa ponerse en el lugar del otro y comprender sus experiencias y motivaciones, y puede mantener diversas relaciones duraderas tanto a nivel personal como con la comunidad.

Lo que sucede con el trastorno borderline es que las áreas anteriormente mencionadas (identidad, autodirección, empatía e intimidad) se ven perjudicadas por patrones de conducta que afectan su comportamiento y su capacidad de pensarse y realizar un cambio. Esto responde a una personalidad rígida, que a nivel intrapsíquico presenta mecanismos de defensa primitivos, un Yo débil, miedo al abandono y constante sentimiento de vacío, lo que de alguna manera justifica su comportamiento en cuanto a las relaciones inestables y los intentos de autodestrucción (Kernberg, 1979).

Debido a los cambios de humor, que van de estados maníacos a la depresión, suelen generar constantes conflictos tanto con su entorno como consigo mismo, y al respecto Jaramillo (1992), sostiene que “se podría pensar que los conflictos son solucionables pero la tendencia al conflicto no; el psicoanálisis podía actuar terapéuticamente sobre un conflicto psíquico pero la tendencia estaría más allá; en una esfera imposible” (p.31). Esto de alguna manera explica la dificultad del trabajo en la clínica, debido a que se puede intentar un cambio en los comportamientos que resultan problemáticos para sí mismo y para los demás, pero la estructura borderline de la personalidad lo acompañará durante toda su vida. Los tratamientos, cuales quieran que sean, deberían apuntar a que el individuo sea empresario de sí mismo, o sea autónomo y activo socialmente, capaz de tomar decisiones y elegir entre la multiplicidad de estímulos que la cotidianidad le presenta, haciéndose cargo de los riesgos que sus elecciones conllevan, para transitar sanamente la búsqueda de la realización personal.

Para efectuar un diagnóstico es necesario conocer la historia y los antecedentes familiares del sujeto, observarlo en la entrevista, también recurrir a personas de su entorno que lo describan e informen sobre sus vínculos, y sobre la historia de la enfermedad. El profesional no debe quedarse solamente con la visión del sujeto en la entrevista, porque sería incompleta debido a la egosintonía. Además los trastornos de la personalidad pueden tener un componente genético y, por esto, es importante indagar sobre la historia de la familia.

Por lo tanto, como ha quedado claro, más allá del tratamiento que se escoja para la persona es muy importante la disposición y flexibilidad del psicólogo, ya que cumple un rol fundamental en la vida del sujeto. De su desempeño van a depender, en parte, las mejoras o avances que pueda tener, así como también los tropiezos o abandonos. Es de vital importancia la formación constante y el buen manejo de las técnicas así como también el conocimiento sobre este trastorno, para poder ayudarlo. Y lo ideal es, a partir de la información recabada sobre él, establecer un plan de tratamiento que se adecúe a sus necesidades y lo mantenga motivado para evitar el abandono.

Otro punto no menor, del cual debe ocuparse el terapeuta es de auxiliar en la construcción de la identidad, que por lo general se ve distorsionada en quienes poseen este trastorno. Tal como afirma Novella (2015) la modernidad refuerza la idea del aquí y ahora, muchas publicidades con sus slogans fomentan a vivir el momento, quedando a un costado la importancia de la historicidad y la continuidad, o dejando en segundo plano la planificación a futuro. Y esto también es un favorecedor de las crisis de identidad tan comunes hoy en día. Siendo así, el sujeto viviría en un presente continuo, y su difusión de identidad podría observarse en la falta de continuidad en el tiempo que presenta.

Sin duda, este largo recorrido ha brindado muchos aprendizajes y dejado muchas interrogantes que motivan a seguir profundizando e investigando sobre el tema. Se destaca

la multiplicidad de opiniones como un factor muy positivo a la hora de pensar al trastorno, pero que a su vez genera opiniones encontradas, alejando cada vez más la posibilidad de un consenso o acuerdo sobre el mismo y sus tratamientos. Para evitar esta situación debe promoverse las investigaciones con rigor científico, así como también difundir y formar profesionales capaces de atender a las demandas de estas personas.

Por otra parte, se considera que sería interesante realizar una investigación en este país para conocer más acertadamente los porcentajes de personas con este trastorno, tanto en servicios hospitalarios como en centros especializados. También es conveniente realizar campañas dentro de los centros de salud, para acercar información a profesionales y a la población en general sobre este trastorno, para lograr una detección lo más temprana posible. Por último, se resalta la importancia de continuar con la búsqueda de un tratamiento con resultados más duraderos. Quizás la respuesta a esto se encuentra en las teorías integracionistas, que a grandes rasgos plantean que se debe tomar lo mejor de cada corriente para intentar ayudar al individuo y mejorar su calidad de vida. De esta manera, utilizando diversas técnicas, y sobre todo con mucha paciencia y dedicación, es posible que estos sujetos aspiren a una mejor calidad de vida, pudiendo manejar las crisis e intentando sostener relaciones más sanas. Implica también el aprendizaje de cómo poder vincularse de forma más saludable con la sociedad, ya que su patología lo acompañará toda la vida. Lo anteriormente planteado refiere a la psicoeducación sugerida por Gunderson (2002), que es necesaria ya que debido a la egosintonía el sujeto no reconoce que el problema está en sí mismo. Se debe entonces, ayudarlo a comprender, explicarle la etiología y los posibles disparadores de sus conductas, para que logre tener un rol activo en su enfermedad. Y en cuanto al terapeuta, debe obtener las herramientas necesarias para afrontar a estas personas, sin paralizarse para poder pensar estrategias y llevar adelante el encuentro terapéutico, intentando manejar lo mejor posible la contratransferencia. Para esto, es necesario el trabajo interdisciplinario, que además de ser un sostén para ambas partes permite el establecimiento de redes hacia diferentes organismos y organizaciones, que amplíen las alternativas para la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias, I. (2012). Actualización en el manejo farmacológico y no farmacológico del trastorno límite de la personalidad. (Trabajo de Posgrado). Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis49.pdf>
- Azpiroz, M. y Prieto, G. (2011). Trastornos de la personalidad. Montevideo: Psicolibros – Waslala.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2013). Seguimiento durante ocho años de pacientes tratados por trastorno límite de la personalidad: tratamiento basado en la mentalización frente a tratamiento habitual. En Hales, D., y Hyman, M. FOCUS. Trastornos de la personalidad (II). Recuperado de: http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/FOCUS_2013-4-Trastornos-de-la-personalidad-II.pdf#page=10
- Beck, A., y Freeman, A. (2005). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Blanco, C., y Moreno, P. (2006). Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad de Millon. *Psiquiatría.com*. 10(4). 1-25. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/viewFile/258/243/>
- Brox, V. (2014). Clínica Psicoanalítica de las Organizaciones Borderline. *Clínica contemporánea*. 5(2), 149-159. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n2a3.pdf>
- Brufau, R., Sierra, R., y Orengo, T. (2014). Regulación emocional, trastorno límite de la personalidad y juego patológico. A propósito de un caso. *Revista Española de Drogodependencias*. 39(1), 84-90. Recuperado de: http://www.aesed.com/descargas/revistas/v39n1_7.pdf
- Coleman, J. (1977). *Psicopatología. Los grandes modelos teóricos*. Bs. As: Paidós

- Cuevas, C., y López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychological Therapy*. 12(1), 97-114. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen12/num1/320/intervenciones-psicologicas-eficaces-para-ES.pdf>
- Díaz, B., Dolores, M., Linehan, M., Cochran, B., y Kehner, C. (2001). El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline. *Aperturas Psicoanalistas*. 13(s/n). Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=236>
- DSM IV – TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 43(5), 177-186. Recuperado de: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-177-86-790955.pdf>
- Ferrer, M. (2013). Trastorno límite de la personalidad: diferentes manifestaciones d un mismo trastorno. (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Recuperado de: http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_133274/mfv1de1.pdf
- Forti, L., y Forti, M. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista española de medicina legal*. 38(4), 149-154. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377473212000818>
- Fossa, P. (2010). Organización limítrofe de personalidad. *Revista de psicología GEPU*. 1(1), 32-52. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2220/1/Organizacion%20Limitrofe%20de%20Personalidad.pdf>
- Gabbard, G. (2002). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Giner, J., Medina, A., y Giner, L. (2012). Evaluación y manejo de la conducta suicida. Encuentros en Psiquiatría. Madrid: Enfoque Editorial. Disponible en: <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Encuentros-en-psiquiatr%C3%ADa.-Evaluaci%C3%B3n-y-manejo-de-la-conducta-suicida.pdf#page=87>

- Giner, J., Medina, A., y Giner, L. (2015). Repercusiones Clínicas y sociales de la conducta suicida. Encuentros en Psiquiatría. Madrid: Enfoque Editorial. Disponible en: <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Encuentros-en-psiquiatr%C3%ADa.-Repercisiones-cl%C3%ADnicas-sociales-de-la-conducta-suicida.pdf#page=61>
- Grinberg, F. (s/f). Personalidad Borderline. Recuperado de: http://www.spmendoza.org/index.php?option=com_content&view=article&id=111:personalidad-bordeline&catid=35:general
- Guimón, J., y Maruottolo, C. (2011). Terapia grupal dinámica intensiva y breve para pacientes con trastorno borderline de la personalidad. *Avances en Salud Mental Relacional*. 10(3), 1-12. Recuperado de: <https://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/terapia-grupal-dinamica-intensiva-y-breve-borderline.pdf>
- Izquierdo, A. (2002) Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*. 13, (2), 617-643. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=980907>
- Jaramillo, J. (1992). El sentimiento de culpa, el súper yo y la pulsión de muerte. *Revista Colombiana de Psicología*, (1), 30-37. Recuperado de: <file:///D:/Usuarios/Usuario1/Downloads/Dialnet-ElSentimientoDeCulpaElSuperYoYLaPulsionDeMuerte-4895491.pdf>
- Jarne, A.; Talam, A. (2000). Manual de psicopatología clínica. Barcelona: Paidós.
- Jaspers, K. (1946). Psicopatología General. 3ra Edición. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Kernberg, O. (1984). Trastornos graves de la personalidad. México: El manual moderno.
- Linares, J. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*. 18(3), 381-399. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613877008.pdf>
- Linehan, M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Recuperado de: <file:///D:/Usuarios/Usuario1/Downloads/9788449317361.pdf>

- Llanes, J. (2015). Apuntes para una clínica de lo fronterizo. *Revista Letra en Psicoanálisis*. 1(1), 1-10. Recuperado de: <http://www.cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/7/Apuntes%20para%20una%20cl%C3%ADnica%20de%20lo%20fronterizo>
- Marco, J., García, J., Pérez, S., y Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*. 22(2), 293-305. Recuperado de: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/120322/64428.pdf?sequence=1>
- Martínez, J., y Martín, B. (2015). Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad – Parte I. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 35(125), 19-35. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/16858/16728>
- Martínez, J., y Martín, B. (2015). Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad – Parte II. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 35(127), 587-606. Recuperado de: <file:///D:/Usuarios/Usuario1/Downloads/16908-17424-1-PB.pdf>
- Menchaca, A. (2003). *ICE: una nueva aproximación terapéutica para trastornos limítrofes de la personalidad*. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. Santiago, Chile.
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Masson.
- Millon, T.; Davis, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Molina, R., y Mesías, B. (2015). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad en la red de atención a las drogodependencias. *Revista de Patología Dual*. 2(1), 1-4. Recuperado de: http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2015_2.pdf
- Mosquera, D., y González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad. *Acción Psicológica*. 10(1), 85-96. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100009
- Mosquera, D., González, A., y Van der Hart, O. (s/f) Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. Recuperado de: <http://www.intra-tp.com/fotos/TLP-DISOCIACION-ESTRUCTURAL-PERSONALIDAD.pdf>

- Novella, E. (2015). Identidades inestables: el síndrome borderline y la condición postmoderna. *Revista latinoamericana de psicopatología fundamental*. 18(1), 118-138. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v18n1/1415-4714-rlpf-18-1-0118.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Peláez, J., Reyes, L., y Teijeira, C. (2013). ¿Necesitamos el tratamiento farmacológico en el trastorno de personalidad? *Acción Psicológica*. 10(1), 97-108. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100010
- Pérez, L. (2011). Trastorno Límite (Borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 75(1), 20-25. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04_LP.pdf
- Pierò, A., Cairo, E., y Ferrero, A. (2013). Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 6(1), 17-25. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.04.005>
- Ramos, P. (2014). Trastornos de la personalidad: aproximación al enfoque integracionista de Theodore Millon. (Trabajo Final de Grado). Facultad de Psicología, Montevideo. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4439/1/Patricia%20Ramos.TFG.2014.pdf>
- Regalado, P., y Gagliesi, P. (2012). Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. *Psiencia Revista latinoamericana de ciencia psicológica*. 4(2), 66-75. Recuperado de: <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/91>
- Quiroga, E. y Errasti, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Revista Psicothema*. 13(3), 393-406. Recuperado de: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7893/7757>

Sánchez, S., y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100003

Schneider, K. (1934). *Psicopatología clínica*. Madrid: Paz Montalvo

Spagnuolo, (2001). Borderline. (Recopilación bibliográfica). Facultad de Psicología, Buenos Aires. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/borderline.pdf

Westen, D., Shedler, J., y Bradley, R. (2013). Un enfoque mediante prototipos para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. En Hales, D., y Hyman, M. FOCUS. Trastornos de la personalidad (II). Recuperado de: http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/FOCUS_2013-4-Trastornos-de-la-personalidad-II.pdf#page=10

Zegarra, J., y Soto, M. (2014). Clima familiar y apego en pacientes con trastorno límite de personalidad. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*. 3(2), 67-76. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Jose_Garcia99/publication/274638321_Garca_J._E._\(2014h\).La_relacin_entre_investigacin_bsica_y_profesin_aplicada_en_la_psicologa_latinoamericana.Revista_Peruana_de_Psicologa_y_Trabajo_Social_3_\(2\)_109-124/links/5524437b0cf2caf11bfcc4d8.pdf#page=67](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Garcia99/publication/274638321_Garca_J._E._(2014h).La_relacin_entre_investigacin_bsica_y_profesin_aplicada_en_la_psicologa_latinoamericana.Revista_Peruana_de_Psicologa_y_Trabajo_Social_3_(2)_109-124/links/5524437b0cf2caf11bfcc4d8.pdf#page=67)