AVANCES EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Alejandro García Alamán - Aula 1

UOC – Trabajo Final de Grado

Grado de Psicología

Tutora: Dra. Gemma Espel Trias

Junio 2013

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo representa mucho más que la finalización de unos estudios; por su temática, por su significado y por lo que implica personalmente, podría decir desde la psicología humanista que es el cierre de una Gestalt que ahora sí, definitivamente se completa. Así que prescindiré de los agradecimientos habituales, puesto que van implícitos; me gustaría dedicarlo por encima de todo a la figura que con esta entrega pasa al fondo y deja el futuro abierto a nuevas gestalten por completar. La que me enseñó un camino nuevo y maravilloso en la vida, la que me hizo conectar con mis emociones más profundas, positivas y negativas, la que me permitió adquirir un nuevo conocimiento de mí mismo. En estas páginas que no alcanzan a describir suficientemente el profundo sufrimiento que vive un trastorno límite y quienes le rodean, también estás tú. No ha sido un camino fácil, pero al final he llegado a la meta, casi exactamente 4 años después de que aparecieras. Tal como predijiste, aunque no hayas estado para compartirlo…Ironías de la vida, como te gustaba llamarte. Gracias, mil gracias y hasta siempre.

Barcelona, Junio 2013

"We suffer a lot the few things we lack and we enjoy too little the many things we have."

William Shakespeare (1564-1616)

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 4

II. EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD 5

A. CARACTERIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO 5

B. COMORBILIDAD Y PREVALENCIA 9

C. ETIOLOGÍA 10

III. TENDENCIAS DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA 14

A. MODELOS ACTUALES DE INTERVENCIÓN. PROGRAMAS INTEGRALES 15

B. TERAPIA PSICODINÁMICA 18

C. TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL 22

D. TERAPIA HUMANISTA EXPERIENCIAL 32

E. MODELOS INTEGRADORES Y ECLÉCTICOS 38

F. TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS 40

G. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA 43

IV. ESTUDIOS DE EFICACIA 44

V. DISCUSIÓN 48

VI. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS 50

BIBLIOGRAFÍA 51

I. INTRODUCCIÓN

La identificación del trastorno conocido como Trastorno Límite de Personalidad (TLP, o en inglés BPD, *Borderline Personality Disorder*) data de principios del siglo XX, y el término límite hace referencia a pacientes que se encontraban en la frontera entre la neurosis y la psicosis: esta terminología ya reflejaba la enorme dificultad de diagnosticar este trastorno concreto, lo cual no es extraño dada la gran variedad que presenta la sintomatología que acompaña a la persona con TLP. A grandes rasgos podríamos decir que se trata de un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, elevada impulsividad acompañada de agresividad y un inestable sentido del yo, que se percibe en una confusión respecto a la propia identidad.

Esta amplia variedad de síntomas, junto con las diversas polémicas alrededor de la etiología, la clasificación, los procesos de diagnóstico (enormemente complejos dada la elevada comorbilidad que presenta) y las posibilidades de tratamiento configuran un amplio campo de estudio para la psicología: el TLP es por ello el trastorno de personalidad que cuenta con más informes y publicaciones al respecto (Barbero y cols., 2013).

Este trabajo pretende principalmente dar una visión de conjunto del estado actual no sólo de los avances de la psicoterapia en el manejo de un trastorno tan complejo como el TLP, sino también de las principales cuestiones comentadas que surgen alrededor de su caracterización psicopatológica, su etiología y sobre todo de la eficacia en la aplicación de las diferentes terapias que se emplean. Como se verá, los resultados de los distintos estudios de eficacia (ya sean de caso único o ensayos clínicos controlados), además de arrojar una luz de esperanza en cuanto al tratamiento del trastorno límite de personalidad, plantean nuevos interrogantes y por lo tanto, apuntan a nuevas líneas de investigación. Por otro lado, se dará detallada cuenta de las principales tendencias en las psicoterapias de nueva generación para TLP, terreno en el que se está produciendo un prometedor proceso de convergencia entre diferentes marcos teóricos.

II. EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

A continuación se tratará de describir exhaustivamente no sólo las características y síntomas principales del TLP, sino también las polémicas más habituales en lo que respecta a su identificación, a su complicada relación con otros trastornos asociados (dado que muy raramente se diagnostica en solitario) y en general a la concepción de la propia naturaleza de los trastornos de personalidad. Se detallarán asimismo los últimos avances en los estudios de prevalencia y comorbilidad, y se discutirán las principales teorías sobre su origen enunciadas desde las diferentes escuelas psicológicas, aunque parece haber cierto consenso en cuanto a la existencia de una identidad fragmentada o un sentido del yo disociado.

En este sentido, las clasificaciones clínicas habituales (DSM) incluyen estos síntomas disociativos en su caracterización, como veremos, pero además hay autores que apuntan a que las alteraciones de identidad típicas en este trastorno podrían entenderse como fenómenos disociativos (Mosquera, 2011) y concepto de sí mismo fragmentado que explicarían las reacciones impredecibles y desconectadas de las personas con TLP. Linehan considera la sintomatología disociativa como propia de los trastornos de personalidad (Mosquera, González y Van der Hart, 2011), hasta el punto de que según Korzewka, Dell y Pain (2009), hasta dos tercios de los TLP podrían diagnosticarse como trastornos disociativos; desde una perspectiva psicoanalítica el trastorno se explica como una disociación estructural de la personalidad (Mosquera, González y Van der Hart, 2011).

A. CARACTERIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El TLP presenta numerosos retos en el campo de la psicología clínica y la psicoterapia: no sólo nos encontramos ante una patología de variada etiología y difícil diagnóstico, sino que supone un riesgo grave para el paciente, dada la significativa prevalencia (en muchos casos no diagnosticada) y sobre todo la mortalidad asociada. Según diversos estudios, la prevalencia de este trastorno se ha venido estimando hasta fechas recientes entre un 1% y un 2% de la población, pero un dato especialmente significativo lo indica el 8-10% de suicidios, lo que supone una muy alta mortalidad, convirtiendo al TLP en una patología psicológica de alto riesgo. Es

más, tanto la época del desarrollo vital en la que aparecen los síntomas más agudos (durante la adolescencia y la madurez temprana), como la elevada comorbilidad con trastornos como los derivados de adicciones a sustancias, de tipo psicótico o del estado de ánimo, le han conferido tradicionalmente una imagen de trastorno psicológico crónico, de imposible curación y que implica una gran problemática social.

Efectivamente, se trata de una patología que genera un coste directo muy elevado, dada las grandes demandas que los afectados realizan a los profesionales. Por ello, su relevancia en el ámbito de la psicología ha crecido en los últimos años debido a este gran impacto en los servicios de Atención y Salud Mental. Desde una perspectiva profesional, por tanto, se podría decir que especialmente el TLP (entre otros trastornos de personalidad) ha cobrado una importancia equivalente a otros trastornos tradicionalmente más estudiados: su consideración como problemas de diagnóstico poco fiable e impreciso, de escaso valor clínico, ha dejado paso a un creciente interés por una mayor comprensión de su origen, desarrollo y posibilidad de tratamiento, convirtiéndose en un "banco de pruebas" de toda una nueva generación de métodos psicoterapéuticos. Si acudimos al DSM-IV-TR a revisar los criterios de diagnóstico del TLP, nos encontramos en primer lugar con la siguiente definición de trastornos de personalidad:

> "*Un Trastorno de la Personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto"* (American Psychiatric Association, 1996, DSM-IV)

Se describen en el citado manual hasta 10 trastornos de personalidad agrupados por similitud de características; el TLP estaría ubicado en el grupo B, considerados como dramáticos, emotivos o inestables, junto con el antisocial, el histriónico y el narcisista. El TLP se define como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos (Mosquera, 2011).En cuanto a los criterios, se diagnostica con la presencia de al menos 5 de los 9 ítems que se describen a continuación:

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

- Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mimo. (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida...)
- Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días)
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Estas características deben ser duraderas en el tiempo, persistentes, de una elevada intensidad y han de interferir de forma importante en la calidad de vida de la persona, produciendo un evidente deterioro social; esto implica la necesidad de realizar un seguimiento longitudinal del individuo para diagnosticar con precisión, dado que la presencia de este tipo de rasgos y comportamientos en momentos y situaciones puntuales no son suficientes para establecer un TLP aunque sean compatibles con la descripción sintomática. La paradoja del TLP reside por tanto en la dificultad de medir un patrón estable de inestabilidad a lo largo del tiempo. Sin embargo, más allá de la simple exposición de los criterios diagnósticos, y siguiendo el análisis de Mosquera (2011), estos rasgos se encontrarían interrelacionados en función del predominio de la inestabilidad emocional, fuerte reactividad a factores externos, sensación de vulnerabilidad y una elevada desadaptación para funcionar de forma efectiva durante periodos prolongados.

Por su parte, Gunderson incide en la intolerancia a la soledad como factor nuclear del TLP y Linehan en una desregulación del afecto cuyo origen estaría en un entorno invalidante. Las diversas identificaciones de características estructurales y duraderas

del TLP, no siempre coincidentes, implican una ausencia de unanimidad a la hora de ubicarlo en los manuales clínicos y diagnósticos generadora de polémica.

Esta polémica, extensible a la totalidad de los llamados trastornos de personalidad, tiene su reflejo en las discusiones alrededor de una nueva definición de cara al DSM-V y en la conveniencia de abandonar un modelo categorial por uno dimensional. Se suele aducir que los criterios de diagnóstico se solapan (lo que redunda en abundantes diagnósticos erróneos o insuficientes), que el conjunto de rasgos de personalidad de un sujeto tiene una gran variabilidad, por lo que hay en muchas ocasiones un desajuste entre el prototipo de trastorno y los pacientes, o cuestiones alrededor de la baja fiabilidad y poca utilidad de cara al tratamiento. **La revisión del DSM-V sugiere caracterizar los TP como "fracasos en la adaptación", con deterioro de la identidad propia y fracaso de las relaciones interpersonales: estas características, como ya vimos, son centrales en el TLP**. Se propone una reducción de tipos, agrupando los rasgos que suelen aparecer conjuntamente en dominios, para evitar confusiones en el diagnóstico; así, según esta reagrupación de rasgos sintomáticos, **el Trastorno Límite de Personalidad se caracterizaría en la nueva formulación del DSM-V por presentar rasgos que se corresponden con los dominios de la emocionalidad negativa (labilidad, autolesiones, inseguridad de separación, ansiedad, baja autoestima y tendencia a la depresión), del antagonismo (hostilidad, agresión), la desinhibición (impulsividad) y la esquizotipia (propensión a la disociación)**.

Los pacientes con TLP presentan por tanto un concepto muy frágil de sí mismos, sentimiento de vacío persistente, inestabilidad emocional y dificultades para mantener relaciones íntimas duraderas. Sus cambios de humor son rápidos e imprevisibles, pasando de la ansiedad a la depresión, o la ira y hostilidad, especialmente ante situaciones que implican pérdida. Tienen una marcada necesidad de los demás y miedo al rechazo. Esta dependencia y la inseguridad en los afectos se expresan en intolerancia a la soledad; en esta intensa dependencia el paciente puede sentir que se diluye la propia identidad, por lo que las relaciones oscilan entre la sumisión y la huida. Son personas altamente impulsivas, que sufren de intensa angustia y disforia, lo que les conduce a conductas de autolesión, suicidas o de riesgo (sustancias, conducción temeraria, promiscuidad sexual) (Esbec y Echeburúa, 2011).

B. COMORBILIDAD Y PREVALENCIA

Los datos sobre la prevalencia y la comorbilidad del Trastorno Límite de Personalidad han sido tradicionalmente poco fiables, dado lo reducido de las muestras, estimando la prevalencia en un rango entre el 1-2% de la población, y una proporción entre mujeres y hombres de 3:1 aproximadamente si atendemos a los datos ofrecidos por el DSM (Mosquera, 2011), (García, Martín y Otín, 2010).

Sin embargo, un reciente estudio conducido por el NIH en Estados Unidos utilizando una muestra de población de gran tamaño (más de 40.000 sujetos) y entrevistas diagnósticas estructuradas, obtuvo una prevalencia del TLP de un 5,9%, sin variaciones significativas por género, además de un decrecimiento de la misma a partir de los 44 años de edad. Esta diferencia de resultados con estudios anteriores se atribuye a defectos en la selección del tamaño de las muestras, el procedimiento de evaluación escogido y en lo que respecta al ratio por sexos, a diferentes sesgos evaluativos (Grant y cols., 2008).

En cuanto a la comorbilidad con otros trastornos, para los transitorios (en un periodo de 12 meses) se encontró alrededor de un 50% con los relacionados con consumo de sustancias y con trastornos del estado de ánimo, y un 60% con trastornos de ansiedad, mientras que para los crónicos las cifras se elevan hasta el 73%, 75% y 74% respectivamente, además de un 74% para otros trastornos de personalidad. Los resultados indicarían un peor pronóstico en cuanto a cronicidad cuando existe comorbilidad con trastornos de ansiedad. Otros estudios corroboran esta alta comorbilidad con otros TP; el más habitual sería el paranoide y el evitativo, aunque se detectan perfiles diferentes por sexo, siendo más frecuente el dependiente en mujeres y el antisocial en hombres (Barraquina y Bridget, en Fortes, Sánchez y Antequera, 2012).

Por lo que respecta a la persistencia de la sintomatología con el tiempo, Zanarini y cols. (2007) realizaron un estudio de seguimiento a 10 años de 24 síntomas típicos del TLP, obteniendo una remisión a dos años de la ideación psicótica, comportamiento sexual de riesgo y problemas contratransferenciales en la relación con los demás, a medio plazo la de abuso de sustancias, conductas autolesivas e intentos de suicidio, quedando como síntomas a largo plazo la agresividad, la ansiedad o depresión crónica y el sentimiento de vacío y soledad (Zanarini y cols., 2007). En general, la mitad de los 24 síntomas estudiados se redujo sustancialmente con el tiempo. Por tanto, parece

desprenderse la idea de que existen ciertos componentes nucleares del TLP que estarían relacionados con la disforia, la experiencia perceptiva inusual (paranoia), la impulsividad y la intolerancia al abandono y la soledad (dependencia).

C. ETIOLOGÍA

Por lo que respecta a las causas de la aparición y el desarrollo del trastorno límite de personalidad, existen diferentes aproximaciones explicativas que proponen una amplia diversidad de factores implicados en el origen de la patología.

Factores ambientales

Desde una perspectiva ambientalista, existen varios estudios que ponen de relieve la comorbilidad entre TLP y trastorno por estrés postraumático, historiales de abusos emocionales, sexuales u otros abusos (rechazo o negligencia, por ejemplo) que se remontan a la infancia: este tipo de "traumas ocultos" derivados de una deficiente regulación afectiva por parte de las figuras de apego tendría relación con el TLP: Zanarini estimó entre un 40 y un 70% el abuso sexual en la infancia en casos de trastorno límite, mucho más elevada que en otros trastornos del Eje II. Otros estudios apuntan a una correlación positiva entre TLP y maltrato infantil mayor que en cualquier otro trastorno de personalidad (Mosquera, Gonzáles y Van der Hart, 2011). La figura de los padres es decisiva en la construcción de las experiencias relacionales de afecto en los niños, que no sólo implica el componente afectivo, sino también cognitivo y pragmático: en la conformación de la personalidad, el niño necesita adquirir una percepción de reconocimiento como individuo independiente, lo que redunda en su adecuada diferenciación y por tanto, en una correcta adquisición de identidad propia.

En este sentido, el rechazo emocional por parte de figuras paternas distantes u hostiles, o una negligencia en la función normativa paterna (por ejemplo, con comportamientos parentales caóticos o disfuncionales como pueden ser la hiper-exigencia o la sobreprotección) pueden afectar tanto al desarrollo emocional como a la construcción de la identidad. Linares refiere en la narrativa de los adolescentes con historial de rechazo paterno emociones negativas como la rabia y la desconfianza, ansiedad, tristeza y una ideación donde predomina la baja autoestima y la

desvalorización (Linares, 2011), terreno abonado para la aparición de la sintomatología límite. En cuanto a los factores cognitivos, se caracteriza por un sentimiento de ser víctima, una conciencia de "ser alternativo", o en otras palabras, de no pertenecer al entorno que lo ha victimizado y por tanto no sentirse emocionalmente comprometido con él (sensación de ser diferente y alejado), y una actitud de revancha o desafío que podría estar en el origen de la impulsividad y las agresividad.

Factores biológicos

Sin embargo, estos factores precipitantes psicosociales por sí solos no resultan en un desarrollo de la patología, puesto que hay pacientes diagnosticados que no presentan este historial de maltrato y desregulación emocional, por lo que una explicación más precisa implicaría otros factores como el biológico (por ejemplo, el temperamento del sujeto) que interactuarían con el plano psicosocial. En este sentido, parece haber indicios de **factores genéticos**; en estudios con gemelos, se estimó una heredabilidad para el diagnóstico completo entre el 65-75%. La impulsividad característica se ha asociado a una reducción de la respuesta serotoninérgica, así como una evidencia de hipersupresión de cortisol, interpretada como una aumentada inhibición retroalimentada del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical (Leichsenring y cols., 2011).

En cuanto a los **aspectos neuropsicológicos subyacentes**, existen evidencias de **disfunciones en las áreas prefrontales** que participan en el procesamiento y manejo de la información y en la regulación de las respuestas conductuales complejas (Arza y cols., 2009) en pacientes con TLP; algunos estudios apuntan a la existencia de diferencias neuropsicológicas con otros grupos patológicos o de control sanos, puntuando peor los sujetos con TLP en habilidades visuoespaciales, velocidad de procesamiento y memoria no verbal, así como en planificación y toma de decisiones (funciones ejecutivas propias del lóbulo frontal-prefrontal). Por otra parte, estudios anatómicos del cerebro con MRI (resonancia magnética), han encontrado un volumen menor de la amígdala de personas con TLP, cuya causa podría encontrarse en la excitotoxicidad asociada al trastorno. Otros estudios no encontraron esta diferencia, aunque se ha de tener en cuenta que la comorbilidad con trastorno por estrés postraumático parece influir en un tamaño normal de esta zona del cerebro; por tanto, los hallazgos son inconsistentes en este sentido.

Por el contrario, sí **parece apuntarse una hiperactivación consistente de la amígdala ante la presencia de estímulos aversivos**, o expresiones faciales emotivas (Leichsenring y cols., 2011), lo cual se relacionaría con el procesamiento emocional y las respuestas de ansiedad propias del TLP, y una activación del córtex prefrontal ante la inducción de emociones negativas, probablemente en un esfuerzo cognitivo por controlar una emoción intensa.

Teoría de la disociación estructural de la personalidad (TDSP)

Una teoría explicativa global que reúne todos estos factores es la Teoría de la disociación estructural de la personalidad (TDSP) (Van der Hart et al., 2006-2008), que trata de dar una respuesta teórica amplia basada en la importancia de las experiencias traumáticas tempranas en cuanto al desarrollo del apego y las relaciones, que pueden conducir a una disociación o división de la personalidad. Según esta teoría, en cuanto a las experiencias traumáticas tempranas, existiría una distinción entre el concepto clásico de trauma, que aparece en el criterio A para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático (el acontecimiento supone una amenaza para la integridad física de uno mismo y los demás), y otro tipo de traumas, las disrupciones de apego o "traumas ocultos" derivados de la incapacidad del tutor del niño para modular la desregulación afectiva. En la base de estos traumas de apego estarían por tanto las amenazas percibidas durante la infancia por señales afectivas o negligencia del cuidador más que por peligro físico real. Así, **no únicamente la presencia de traumas tempranos graves, sino la acumulación de estos "traumas de apego" podrían provocar una división de la personalidad en dos o más subsistemas disociativos**, cada uno con sus sistemas de acción particulares y su propia perspectiva en primera persona (Mosquera, González y Van der Hart, 2011). Estas partes, llamadas "estados del yo disociados", son disfuncionalmente estables y muy cerradas unas a otras. Dos de los sistemas fundamentales que pueden funcionar por separado serían los denominados Parte Emocional de la Personalidad (PE), que estaría fijada a estos eventos traumáticos y presidida por la defensa contra la amenaza (afrontamiento y huida) y la Parte Aparentemente Normal de la Personalidad (PAN), que incorpora los sistemas de funcionamiento en la vida diaria, y desde la cual se percibe la PE como egodistónica; el sujeto sería consciente de tener un trastorno mental, pero intenta aparentar normalidad, mediante un distanciamiento o embotamiento emocional. Este sistema se mantendría mediante un mecanismo de acción fóbica a los recuerdos traumáticos. La TDSP postula que cuanto más temprana

y mayor sea la exposición a esta traumatización cotidiana, mayor es esta disociación estructural. La teoría distingue varios tipos de disociación estructural; en la secundaria existiría más de una PE y una sola PAN, mientras que la terciaria incluye más de una PAN. De aquí se derivaría una subclasificación de los Trastornos Límite de la Personalidad en función de estos factores traumáticos y los biológicos (Mosquera, 2010):

- ***Borderline comórbido con trastorno disociativo***, de traumatización infantil crónica, que presentaría una disociación secundaria o terciaria. Serían perfiles víctimas de maltratos, abusos sexuales y traumas de apego.

- ***TLP sin trastorno disociativo***, producto de disrupciones afectivas tempranas, que se caracterizarían por comorbilidad con trastornos de ansiedad, o sin comorbilidad; es un TLP más relacionado con el apego emocional, sin que exista una experiencia interna de "tener partes".

- ***TLP con trastorno comórbido de tipo biológico*** (bipolar, esquizofrénico o TDAH), en los que predominarían los factores genéticos como el temperamento.

Esta triple diferenciación estaría en consonancia con el predominio de alguno de los factores mencionados; ambientales, genéticos (en cuanto al temperamento y carácter) o el biológico. Entendido como un continuo y no como un sistema categorial, daría respuesta a la gran variabilidad de las manifestaciones clínicas del TLP (Mosquera, Gonzáles y Van der Hart, 2011). Es interesante destacar la estrecha relación entre trastorno límite de personalidad y trastorno disociativo, especialmente desde esta perspectiva: ambos tendrían un origen común, en cuanto a esta estructura disociada de la personalidad, lo que explicaría la alta comorbilidad entre este tipo de trastornos. Existen estudios (Ross, 2007) que refieren un índice de un 59% para pacientes con TLP, sin incluir los casos en que los rasgos disociativos no cumplen todos los criterios de diagnóstico DSM-IV-TR. Los estudios de Sar y cols. (2006) y Korzewka y cols. (2009) encontraron síntomas disociativos en sujetos con personalidad límite en porcentajes del 66-72%. Las dificultades de diagnóstico se ven agravadas por la falta de instrumentos adecuados para medir síntomas disociativos en trastornos del Eje II (Mosquera, Gonzáles y Van der Hart, 2011). En esta línea se insertan algunos estudios que datan de los años 80 (Clarey y cols., 1984 o Buck, 1983) que consideran el trastorno disociativo de identidad (DID) un subtipo de TLP (Olivera, 2010). Sin embargo, Kernberg sostiene que el mecanismo disociativo en el TLP se manifiesta en una activación alternativa de estados contradictorios del ego, con el fin defensivo de

mantenerlos separados, mientras que en el DID se produce un *switching* de estados de personalidad. De cualquier manera, el diagnóstico diferencial es complicado y las categorías existentes en el DSM se prestan a confusión, puesto que la sintomatología se superpone a menudo.

Una visión algo más alejada de la categorización sintomática corresponde al psicoanálisis, que conceptualiza el TLP como una forma de descontrol de los impulsos e inestabilidad afectiva debido a un daño biológico, de temperamento y de perturbaciones psicológicas que tiene lugar desde la primera infancia, y tiene relación con experiencias adversas. Todo ello según los modelos de Kernberg (1993) y Mahler (1975), quienes atribuyen la etiopatogenia del TLP a alteraciones del proceso de separación–individuación, en el que por carencias afectivas, el sujeto no llega a internalizar positivamente una imagen de la figura de la madre y tampoco integra las identificaciones de signo opuesto. El TLP no unifica el objeto bueno y malo en una representación total integrada por los impulsos libidinales y agresivos. La expresión de estas introyecciones mal asimiladas deriva en los síntomas de inestabilidad afectiva, problemas de relación e identidad disociada y confusa.

En conclusión, la etiología del trastorno es múltiple, sin que se pueda aislar una causa concreta o principal, aunque sí se han identificado una serie de factores que correlacionan positivamente con la aparición del TLP, de muy distinta naturaleza; genética, ambiental o neurobiológica. **Sin embargo, no existe una explicación global y concluyente sobre los mecanismos de aparición y mantenimiento y los factores predisponentes y precipitantes**, dada la gran diversidad y diferente naturaleza de las variables implicadas.

III. TENDENCIAS DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

En este capítulo se describirán las principales tendencias actuales con respecto al tratamiento psicoterapéutico del Trastorno Límite. En primer lugar se dará una visión amplia de los modelos de intervención en la actualidad, la filosofía de los programas integrales de atención a pacientes con TLP y los diferentes componentes de los mismos. En este marco terapéutico pasaremos posteriormente a encuadrar la atención psicoterapéutica (elemento fundamental de estos programas), detallando cuáles son las tendencias actuales en la elección de los tratamientos, así como los datos sobre la

eficacia de cada terapia y algunos estudios de caso que ilustren la aplicación de los modelos. Como comentario general podríamos adelantar que **el trabajo con pacientes con TLP está cobrando una especial relevancia en cuanto al despliegue de la innovación terapéutica**: dada la complejidad del abordaje de la patología del TLP, se están aplicando los modelos más recientes (terapias cognitivas de tercera generación, meditación, EMDR), con un fuerte componente integrador y ecléctico incluso en los modelos de intervención adscritos a escuelas tradicionales, como la cognitivo-conductual o la psicodinámica. Este fenómeno estaría correlado con la importancia otorgada a la efectividad del tratamiento y la variedad de ámbitos de intervención que abarca el TLP.

A. MODELOS ACTUALES DE INTERVENCIÓN. PROGRAMAS INTEGRALES

A la hora de describir el proceso de intervención y el establecimiento de un programa de tratamiento para personas que sufren TLP, en primer lugar debemos hacer mención al diagnóstico del mismo, y las dificultades que comporta, tratadas en el capítulo dedicado a las características del trastorno: en el proceso de evaluación y diagnóstico los profesionales se encuentran con carencias derivadas de la categorización de los trastornos de personalidad en manuales como el DSM o el CIE-10, que no tiene en cuenta la gravedad ni el grado de sintomatología, y el difícil ajuste de la comorbilidad con el solapamiento categorial que implica, dado que la clínica del TLP se corresponde con muchas patologías psiquiátricas.

En el tratamiento de los TLP, **el factor clínico a tratar en primera instancia es, obviamente, los intentos de suicidio y autolesiones**, puesto que suponen la amenaza más grave para el paciente. También es prioritaria la atención a las posibles conductas adictivas o de riesgo asociadas, por lo que las primeras actuaciones terapéuticas han de ir encaminadas a neutralizarlas.

Además de este aspecto central en la atención clínica, las **dificultades más habituales giran alrededor de la falta de recursos para atender programas psicofarmacológicos y psicoterapéuticos** de tipo crónico o a largo plazo, así como los **fuertes fenómenos de contratransferencia** que las características inestables e impulsivas de los pacientes provocan en los profesionales: la relación terapéutica con

este tipo de pacientes se caracteriza por contratransferencias caóticas, desorganizadas y con un fuerte componente agresivo (Franco, 2010), dado que el paciente tiende a intentar destruir el vínculo terapéutico: según Green, la resistencia a estos ataques al proceso psicoterapéutico por parte del terapeuta permiten al paciente frenar el deseo de destrucción del objeto o la autodestrucción (Díaz Curiel, 2001).

Gimeno-Bayón (2002), por su parte, indica como **reacciones más frecuentes del psicoterapeuta** en el trabajo con sujetos con trastorno límite **el rechazo, asustarse o el exceso de actividad** (Gimeno-Bayón y Rosal, 2002), mientras que Gunderson incide en la **sobreinvolucración salvadora**, y la **frustración ante la lentitud del avance del cliente**; es importante en este sentido evitar retornar rechazo, puesto que para la persona con TLP percibirlo podría resultar devastador. Fonagy y Bateman (2005) indican también alivio por la marcha del paciente, desesperación por retenerle y sensación de humillación personal acerca de las habilidades terapéuticas. La recomendación general ante un paciente con TLP indica la como factor fundamental contar con supervisión por otro colega, además del peso de la experiencia del profesional (Franco, 2010), además de un buen conocimiento del trastorno, para poder anticipar un proceso lento y dificultoso.

Debido a que muchos tratamientos del TLP son integrales e incluyen hospitalizaciones o internamientos parciales en centros de salud, estos fenómenos no sólo se producen en el ámbito de la relación terapéutica: existen en la actualidad programas destinados a formar al personal de enfermería que trabaja con este tipo de pacientes en habilidades dialécticas en las relaciones con el paciente (Jiménez Barbero y cols., 2010) y estudios de investigación en marcha para determinar el impacto emocional en el personal de atención clínica a individuos con TLP (Domínguez Bermejo, 2011). Por otra parte, los pacientes con TLP presentan unas altas tasas de abandono prematuro de la terapia (dada la inestabilidad emocional y el miedo al abandono que experimentan, que les puede llevar a romper el vínculo por sentirse rechazados, y la fluctuante visión que tienen del terapeuta).

Por todo ello, se hace necesario un correcto tratamiento en términos de eficacia y coste-efectividad orientado a la remisión de la impulsividad, disminución de la intensidad sintomatológica, un funcionamiento mejor adaptado y la abstinencia de consumo de sustancias como objetivos fundamentales. En general, el tratamiento se aborda en función de estos factores: los pacientes con sintomatología poco intensa (bajo riesgo autolítico y soporte adecuado, principalmente) y un nivel funcional adecuado pueden beneficiarse de un tratamiento ambulatorio consistente en

psicoterapia individual (con o sin farmacología). Sin embargo, en los casos de gran deterioro funcional e intensidad elevada, el enfoque es multidisciplinar y se compone idealmente de psicoterapia individual, familiar y grupal, con tratamiento psicofarmacológico administrado en unidades especializadas, como Hospitales de Día y Unidades de Hospitalización. Si existe un riesgo evidente de suicidio y la contención del paciente no es posible, se procede a su ingreso hospitalario (García, Martín y Otín, 2010).

Los diferentes niveles asistenciales según la gravedad son: Centro de Salud Mental, cuando el riesgo de autolesión es bajo y existe un aceptable nivel de funcionamiento y soporte, y el Hospital de Día en casos de riesgo autolítico y ausencia de soporte. En cada uno de estos centros, las opciones de tratamiento son diferentes: psicoterapia individual y/o grupal en CSM y en HD se añadirían los psicofármacos, la terapia de familia o los grupos psicoeducativos. Todas estas opciones derivan en programas específicos en función del paciente, constituyendo un tratamiento integral que puede implicar diferentes dispositivos de la red local de salud mental (CSM, HD, Unidades de Adicción a Sustancias…); en cualquier caso, el concepto de programa de intervención integral tiene más sentido aplicarlo a los Hospitales de Día, dado que atienden los casos más graves.

En España se aplican diversos programas integrales en centros como el CAEM de Santa Coloma de Gramanet, la Unidad de Trastornos de Personalidad de Cantabria, el Centro Asistencial de San Juan de Dios de Málaga o el Centro de Salud Mental de Arganda (García, Martín y Otín, 2010). En general, se dispone de mayor información sobre este tipo de programas y su eficacia que los programas integrales para los casos de hospitalización parcial o ambulatorios, aunque existen algunos centrados en el programa STEPPS, que trataremos cuando desglosemos las psicoterapias más habituales.

Se ha estructurado esta descripción agrupando los métodos terapéuticos por escuelas teóricas; las principales orientaciones en el tratamiento del TLP son las de origen psicoanalítico, ampliamente utilizadas en la psicoterapia individual, y las cognitivo-conductuales, que se emplean para individual y grupal sobre todo (programas de entrenamiento en habilidades, por ejemplo). Además de estas dos ramas principales, se dedicará un apartado a las terapias de tipo humanista-experiencial, puesto que a pesar de la escasez de estudios de eficacia, se utilizan en terapia para TLP. La aparición de propuestas que integran aportaciones de todas estas escuelas se tratará en el apartado dedicado a las terapias integrativas y eclécticas, y por último nos

ocuparemos de las terapias alternativas y complementarias; técnicas que se utilizan indistintamente en diversos marcos teóricos y que por sí mismas no constituyen un modelo psicoterapéutico.

B. TERAPIA PSICODINÁMICA

Una de las dos grandes ramas de la psicoterapia aplicada al TLP es la que procede del método psicoanalítico, que no sólo acumula una larga experiencia clínica en el tratamiento de trastornos de personalidad, sino que se trata de la primera en interesarse por el TLP, que concibe como un trastorno del desarrollo evolutivo del *self* que afecta a las funciones del ego y las relaciones objetales. En la actualidad, este paradigma cuenta con dos métodos psicoterapéuticos principales aplicados al tratamiento del trastorno límite de personalidad.

Terapia Focalizada en la Transferencia (*Transference-Focused Psychotherapy*)

Dentro de esta corriente, la psicoterapia de mayor relevancia es la **Terapia Focalizada en la Transferencia**, de Kernberg y Clarkin (**TFP** por sus siglas en inglés). Kernberg definió el TLP como una organización patológica estable y crónica del Yo. El temor del individuo a la separación y el abandono de la madre durante la fase de diferenciación fijarían esta patología. (Rodríguez y Murias, 2006) Esta terapia está manualizada y dispone de pruebas específicas de evaluación de aspectos como la integración de la identidad (qué grado de consistencia, profundidad y estabilidad presenta la experiencia del *self* y de los otros por parte del paciente), pruebas de realidad (en qué medida son estables las pruebas de realidad que aplica el paciente y qué vulnerabilidad presentan a estresores agudos) y operaciones defensivas (en qué grado el paciente se apoya en defensas de alto nivel relativamente adaptativas o más bien en defensas desadaptadas basadas en negación y disociación); en la TFP la evaluación no emplea categorizaciones descriptivas como el DSM-IV sino que mide el “nivel de organización de la personalidad” del paciente (Zerbo y cols., 2013). Durante el proceso terapéutico se identifican síntomas y rasgos patológicos mediante técnicas proyectivas, y se trabajan como objetivos tres áreas principales:

- En cuanto a la confusión sobre el sentido de la identidad, la integración de aspectos escindidos del yo y de los objetos.

- En el plano de las emociones, integrar rasgos de personalidad impulsivos.
- Trabajar el carácter inestable de las relaciones interpersonales.

El tratamiento consiste en dos sesiones individuales a la semana de 45-50 minutos, que se combinan con los restantes elementos del tratamiento integral, durante las cuales se pueden distinguir algunas fases:

Fase inicial de establecimiento de la estructura del tratamiento, donde se marcan límites a los comportamientos autodestructivos,

Fase de psicodiagnóstico, donde mediante aplicación auxiliar de herramientas como el Test de Apercepción Temática (TAT) se explora la psique del paciente y su sentido de la identidad; esta fase suele solaparse con la anterior. Una vez confirmado el diagnóstico, analista y paciente trabajan en la identificación de factores en la vida del paciente que puedan interferir con la consistencia del tratamiento (conductas de riesgo, medicación, etc.); la TFP asume la capacidad del sujeto para hacerse cargo de la responsabilidad de estos comportamientos.

El enfoque principal del tratamiento se encuentra en la exploración de la experiencia del *self* del paciente observando su experiencia de la terapia y el terapeuta. La principal atención del analista se centra en el fenómeno de la transferencia: mientras en el transcurso del tratamiento aparecen el yo desintegrado y las intensas reacciones emocionales, el terapeuta ayudará al paciente a contenerlas, observar las representaciones y entender las razones, deseos, miedos o ansiedades que sostienen esa disociación (Stern y Yeomans, 2013). El terapeuta debe mostrarse como una figura capaz de sostener, contener, frustrar y gratificar al paciente, introduciendo los nuevos elementos en pequeñas dosis y reforzando el vínculo terapéutico (Tovar Palomino, 2010). **Las técnicas más habituales para ello serían la clarificación de estados internos, la confrontación de las contradicciones observadas y la interpretación que ayude a explicar las divisiones y relaciones entre los diversos estados** (Stern y Yeomans, 2013). Se trata por tanto de una modalidad de psicoterapia psicoanalítica mucho más breve, directiva y participativa de lo habitual en este marco teórico.

Caso de estudio (Tovar Palomino, 2010)

Se trata de una paciente mayor de 18 años, que se sometió voluntariamente a 22 sesiones de terapia de 45 minutos de duración. En las primeras fases se le aplicó el TAT y el test Wartegg,

con el fin de profundizar en aspectos de la personalidad como el posicionamiento frente al medio, relaciones interpersonales, manejo de la ansiedad y las frustraciones y proyecto de vida, entre otras. Se encontró una marcada ansiedad, que generalmente aparece difusa, concretándose cuando siente la posibilidad de ser abandonada por su pareja. Se encontró sintomatología límite, una estructura neurótica con pensamientos obsesivos, alrededor de pensamientos sobrevalorados sobre actividad académica e ideologías sobre igualdad y emancipación femenina, disociación, estados de ánimo depresivos seguidos de euforia y exaltación (acompañados de conductas como promiscuidad sexual, consumo de alcohol y drogas, que se siguen de fuertes sentimientos de culpa).En la interacción con los demás es incapaz de hacer una valoración realista de los otros, pasando de la devaluación a la idealización (omnipotencia y devaluación propia como mecanismos de defensa), especialmente en la descripción de la pareja ("aburrido, débil, sin expectativas" frente a ella como "inteligente, alegre y luchadora"). Presentaba un desorden de apego temprano, con idealización paterna y poca calidad en la relación con la madre.

Una vez terminada la fase de diagnóstico comentada, mediante confrontación y aclaración se trató de estabilizar esta alternancia entre representaciones escindidas, para delimitarlas. En esta parte se manifestaron los fenómenos de transferencia y contratransferencia: la paciente mostraba necesidad de relacionarse con un terapeuta contenedor y disponible, alternando con ataques de agresión, marcando distancias y aludiendo a elementos idealizados o persecutorios del analista. Por la parte contratransferencial se recurrió al encuadre para evitar intrusión en el espacio terapéutico: se marcaron reglas firmes, flexibles y preservadoras del contrato terapéutico, con énfasis en las confrontaciones y clarificaciones, aportándole a la paciente la función de espejo, gratificación y contención necesaria para integrar el yo. La paciente fluctuó entre actitudes de alejamiento y acercamiento al terapeuta, miedo al abandono por parte del mismo y comportamiento invasivo (amor/odio, admiración/denigración) que hizo peligrar la neutralidad del analista. El profesional tuvo que recurrir a separar los conflictos propios, controlar los sentimientos generados y usar la contratransferencia para comprender los conflictos del paciente. A partir de aquí, el trabajo se centró en actuar como un "yo auxiliar" que aportase aspectos sanos para reestructurar el yo: el elemento más efectivo fue la reformulación del discurso y de su historia personal, remarcando ciertos contenidos, en especial la confrontación entre su deseo de mantener la relación de pareja y los continuos intentos de sabotaje que realizaba. Por último, el abordaje interpretativo introdujo elementos positivos, e hipótesis sobre motivaciones inconscientes para romper la escisión y destacar objetos transferenciales positivos.

Terapia Basada en la Mentalización (*Mentalization Based Therapy*, MBT)

Otra terapia de tipo psicodinámico es la **Terapia Basada en la Mentalización (MBT)** de Bateman y Fonagy (2004, 2006). Estos autores sostienen que la mentalización representa la capacidad de la persona de interpretar las acciones propias y ajenas, en base a sus estados mentales (intenciones, deseos, pensamientos…). Desde esta premisa, los pacientes con TLP tendrían una deficiencia en la capacidad de mentalizar especialmente en contextos que implican relaciones afectivas. En contextos de apego inseguro, el sujeto no puede discriminar entre sus miedos y los de las figuras de afecto: esto provoca la aparición de un *self* ajeno y por tanto la desintegración de la identidad (Villaba, 2011).

La terapia se basa por lo tanto en el desarrollo de esta capacidad para entender y reconocer las emociones provocadas en los demás y las que los otros les transmiten; se centra en el estado mental subjetivo del paciente, evitando contenidos alejados de esta realidad. Se trata de ir integrando representaciones fragmentadas mediante pequeñas interpretaciones (no grandes *insights*), lo que implica una posición más activa de lo tradicional en psicoanálisis. El tratamiento para el paciente con TLP busca favorecer la reactivación de la mentalización en un contexto de apego seguro (el terapeuta como “base segura”). **Por esta razón se propone un proceso terapéutico en el que la percepción por parte del paciente de los estados y procesos mentales propios y ajenos se convierte en el foco del tratamiento** (Lanza Castelli, 2011).

Esta psicoterapia se aplica también en el marco de un programa de hospitalización parcial que incluye terapia individual y grupal, terapia expresiva con técnicas de psicodrama, reuniones comunitarias y entrevistas con un “administrador del caso”, aunque su elevado coste humano y económico ha limitado la expansión de esta modalidad. La MBT es una terapia manualizada que consta de 18 meses de psicoterapia semanal individual que se combina con la grupal, con terapeutas diferentes en cada caso.

Los estudios realizados (Rodríguez y Murias, 2006, Bateman y Fonagy, 2008, 2009), muestran unos muy prometedores resultados en cuanto a efectividad para esta terapia, además de demostrar la persistencia a largo plazo (8 años) de los logros obtenidos.

La capacidad de renovación de la psicoterapia psicoanalítica y la especialización en trastornos de complejo tratamiento que requiere de numerosas sesiones se muestra

eficaz para el tratamiento de pacientes *borderline*, aunque lógicamente más centrada en la terapia individual (a pesar de que la MBT está orientada a emplearse también en forma grupal) dados los postulados epistemológicos del psicoanálisis.

C. TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

La otra vertiente principal de la terapia con personas que padecen TLP es la escuela cognitivo-conductual. Su actual pujanza se deja traslucir en la aparición de nuevos métodos y "paquetes" de tratamiento, que tratan de adaptarse a la especificidad de cada trastorno para intentar dar una respuesta clínica fiable y homogénea. En la actualidad, las terapias cognitivas-conductuales están incorporando el planteamiento contextual, con énfasis en el lenguaje natural y la relación cliente-terapeuta en lo que se ha denominado la "tercera generación", y que les acerca a los postulados de la psicología humanista, de la que toma algunos elementos. Este dinamismo se traduce en un amplio abanico terapéutico para el caso de los tratamientos de TLP, que describiremos a continuación.

Terapias de Tercera generación

Terapia Dialéctico Conductual

La más conocida, difundida y estudiada de las terapias específicamente desarrolladas para tratar TLP es la **Terapia Dialéctico Conductual** (**DBT**, ***Dialectical Behaviour Therapy***) de Linehan (1987). Se trata de un programa de tratamiento enmarcado en la terapia de conducta, pero con un cambio de enfoque de la misma: mientras que la terapia conductual tradicional pretende la resolución de los problemas emocionales mediante cambios comportamentales y cognitivos, **la DBT se orienta principalmente hacia la aceptación y validación como motor de cambio.** Linehan parte de la base de que el sujeto con TLP ha sufrido una invalidación por parte del ambiente, que le ha transmitido regularmente el mensaje de que sus formas de pensar, sentir y comportarse son erróneas. Estas personas sufrirían por tanto una desregulación de las emociones, con un uso poco adaptativo de estrategias de modulación emocional (teoría biosocial del TLP, Linehan).

La DBT combina las técnicas habituales de la TCC con el énfasis en la aceptación y la validación; esto se consigue mediante la incorporación de técnicas procedentes del humanismo, con especial incidencia de la dialéctica como método para crear un fuerte vínculo terapéutico en el que el paciente con TLP se sienta aceptado y validado. También incluye variaciones de la meditación Zen, como el *mindfulness*, del que se hablará más adelante.

La aplicación de la DBT es muy versátil, dado que se puede realizar en varias modalidades combinadas: psicoterapia individual, grupo para entrenamiento en habilidades, asistencia telefónica, reuniones de equipo y grupos psicoeducativos para familiares y allegados (Sarmiento, 2008). La terapia es de corta duración, y tiene como objetivos básicos:

- La eliminación de conductas que amenazan la vida del paciente o que puedan interferir en la terapia
- Disminución de factores y conductas que van en perjuicio de la calidad de vida del paciente (adicciones, aislamiento, etc.)
- Entrenar al paciente en habilidades, tanto en regulación de emociones como en la relación interpersonal.

Uno de los modelos de la DBT es el programa de Portland, de 6 meses de duración, que se estructura en tres etapas:

Etapa 1: centrada en la valoración y preparación, teniendo como objetivos conducir una valoración exhaustiva, proveer orientación para el tratamiento y establecer los objetivos terapéuticos, construyendo un compromiso con el paciente para trabajar sobre ellos.

Etapa 2: Se trabaja sobre comportamientos específicos con objeto de aumentarlos o reducirlos. Entre los que se aumentan figuran el pensamiento dialéctico equilibrado en sustitución del dicotómico o extremo, y las habilidades relacionales adaptadas. Entre las conductas a disminuir están los comportamientos autolíticos, aquellos que interfieran con el progreso del tratamiento y los que impidan una calidad de vida razonable.

Etapa 3: se trata de una fase de mantenimiento de lo ganado durante el tratamiento y generalizarlo. Los objetivos de esta etapa son refinar las habilidades de afrontamiento, estimulando la aplicación a lo largo del tiempo en diferentes contextos, reforzar los

cambios en el entorno y mejorar la solución de problemas, además de prevenir recaídas.

Las etapas propiamente de tratamiento (las dos últimas), incluyen como se apuntó anteriormente varias modalidades de terapia:

Individual. Para esta modalidad no existe un manual o guía clínica de aplicación, basándose en la jerarquía de metas terapéuticas ordenada: eliminar conductas suicidas o parasuicidas, interferentes con la terapia, interferentes con la calidad de vida y finalmente aumentar habilidades comportamentales.

Grupal. Se enfoca al entrenamiento en cuatro habilidades fundamentales: atención plena (*mindfulness*), regulación emocional, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal. Las habilidades presentadas y trabajadas en grupo se practican también en la individual. El grupo consta de entre 6 y 8 pacientes y dos terapeutas, una vez por semana durante 2 horas y media. Esta modalidad está manualizada y sigue las pautas tradicionales de la terapia cognitivo-conductual.

Consultas telefónicas. Sirven para fomentar la generalización de las habilidades adquiridas y como recurso en caso de emergencia.

Caso de estudio (Navarro y cols., 2010)

Para ejemplificar la aplicación de la DBT se detallará un caso de trabajo a cargo de Navarro y cols. (2010) con una paciente de diagnóstico dual TLP y TCA (Bulimia nerviosa) de 20 años de edad. Acude a terapia por problemas alimentarios (restricciones, atracones con vómito), preocupación excesiva sobre la comida y el peso y sobrevaloración del físico. Refiere estados emocionales cambiantes e intensos, invalidación de la expresión emocional en la infancia por parte de los padres, estancamiento vital y conductas impulsivas de autoagresión, abuso de alcohol y sexo de riesgo como forma de descarga emocional, así como problemas en las relaciones interpersonales con amigas y con los chicos.

Tras la evaluación mediante entrevistas y diferentes herramientas estandarizadas (BDI-II, STAI, PANAS, STAXI-2, Emotional Eating Scale…) se diseña un tratamiento basado en DBT. Durante el pre-tratamiento se identificaron las áreas de funcionamiento alteradas: identidad (vacío, ineficacia, indefensión aprendida), cognitiva (rigidez, dicotomía, devaluación), comportamental (impulsividad, atracones, abuso de alcohol, agresividad) e interpersonal (relaciones de pareja inestables). Una vez delimitadas las metas según el modelo jerárquico, la terapia individual se centró en el análisis funcional de las situaciones problemáticas de cada semana según dicha jerarquía. Después se intervenía empleando estrategias de resolución de

problemas, y entrenamiento en técnicas de afrontamiento alternativas; por ejemplo, ante patrones como pensar que su padre no la trataba igual que a su hermana tras las discusiones, lo que provocaba un sentimiento de rabia que descargaba en atracones, seguidos de sentimientos de culpabilidad tristeza y vacío, se trabajó la identificación de elementos mantenedores y soluciones alternativas a la expresión de la ira. La terapia de grupo incluyó el entrenamiento en las cuatro habilidades ya revisadas; las metas consistieron en reducir desequilibrios, aumentar la aceptación y las habilidades de cambio. La terapia grupal tuvo una duración de 6 meses con sesiones de 2 horas, una por semana. Los resultados de esta terapia combinada mostraron una mejora de los síntomas graves, que pasaron a moderados, y dificultades moderadas en actividad social, laboral y escolar al final del tratamiento. Se eliminó el abuso de tóxicos, las conductas sexuales peligrosas y la frecuencia de atracones y vómitos. Se registró asimismo menor índice de depresión y de ansiedad y afecto negativo. Por su parte, mejoró el afecto positivo, la resiliencia (escala RS15) y el índice de calidad de vida.

Los estudios sobre la eficacia de la DBT son los más numerosos hasta la fecha y los primeros en realizarse en el ámbito del tratamiento específico del TLP, habiéndose mostrado su superioridad sobre los tratamientos usuales en centros de salud mental con medicación y terapia de soporte. En cuanto a los resultados frente a otras terapias de nueva generación, los resultados son poco consistentes, así como existen algunos trabajos que moderan su efectividad a largo plazo, pero apuntan a que se trata de una opción psicoterapéutica de elección dado el reducido coste de implantación y la mejoría obtenida en la reducción sintomatológica.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Se basa en el contextualismo funcional de Hayes (1993, 2004) y se trata de una terapia conductual que al mismo tiempo incide en el análisis empírico del lenguaje y la cognición, así como elementos de espiritualidad, valores y sentido del yo. El énfasis de la ACT en el lenguaje es una de sus características; se lo otorga una gran importancia en cuanto es vehículo de establecimiento de relaciones arbitrarias susceptibles de ser transformadas. Se centra principalmente en el contexto del cliente y sus redes de relaciones, en la aceptación, la defusión cognitiva (detección de pensamientos para tratarlos como hipótesis en vez de hechos objetivos) y los valores importantes para el yo (Zych, Buela, Sierra y Gómez, 2012). En resumen, la terapia intenta que el paciente con TLP deje de evitar los eventos negativos para pasar a aceptarlos como tales; la evitación experiencial de eventos negativos conduce a un bloqueo del desarrollo

personal, lo que redunda en la persistencia en el síntoma. **El planteamiento de la ACT parte de la base de que bajo el trastorno psicológico se encuentra un patrón de funcionamiento o regulación de tipo verbal ineficaz: la evitación experiencial.** Las personas, insertas en el sistema cultural predominante en la actualidad, tienden a buscar sentirse bien por encima de todo y en todo momento, mediante la eliminación o evitación de todo aquello que les haga sentirse mal (control cognitivo y emocional). Sin embargo, la paradoja se encuentra en que de esta manera, a medida que se emplean estrictos controles para acercarse a este paradigma de felicidad continua, se va alejando de la experiencia vital y aumentando su sufrimiento. Es esta paradoja, debida a una regulación funcional inadecuada, la que genera problemas psicológicos; para la ACT el enfoque terapéutico se basa en el tratamiento y cambio de la función (y no de la cognición), vía relacional y verbal (Mañas, 2006). Se trata de dotar a la persona de la flexibilidad suficiente para alterar la función psicológica mediante la alteración de los contextos verbales en los que las situaciones resultan problemáticas; estos recursos permitirían al sujeto afrontar problemas vitales sin adoptar conductas evitativas que ayudan a mantenerlos.

El modelo de la ACT emplea diversas técnicas psicoterapéuticas para lograr estos cambios funcionales y conseguir que el paciente aprenda a modificar sus funciones y su marco de relación (lenguaje y cognición), generando un patrón de flexibilidad basado en intervenciones de aprendizaje relacional, transformación verbal, etc. Algunas de las técnicas principales son:

Desesperanza creativa. Se trata de una técnica destinada a interrumpir la tendencia a la evitación, debilitando su soporte verbal: el paciente ha de conseguir contactar con el hecho del alto coste que ha tenido en su vida las soluciones de evitación, mediante la identificación de pensamientos y verbalizaciones de este tipo de estrategias y su confrontación con los resultados.

Control como problema. Una vez alcanzada una experiencia de desesperanza creativa, se parte de la base de que la solución es el problema; los intentos de control emocional y cognitivo del paciente sólo consiguen mantener el problema y evitar soluciones más efectivas.

Desliteralización. Se trata de una técnica destinada a alterar la carga de literalidad que tienen algunas verbalizaciones a las que el paciente atribuye la significación del hecho, por lo que al escucharlas o imaginarlas, el problema se mantiene. Por ejemplo, el significado de frases como “nadie me quiere”, con una fuerte carga emocional, se difumina tras la repetición prolongada de la misma, ejercicio que se introduce con

verbalizaciones más neutras pero evocadoras de sensaciones o emociones (como las relacionadas con la comida, cuyo poder evocador se diluye con la persistencia de la repetición).

Uso de metáforas. Cada técnica y cada fase de la terapia se encuadra mediante el uso del lenguaje metafórico como herramienta para explicar el mecanismo de evitación y el trabajo en las fases terapéuticas. Una de las más populares es la del "hombre del hoyo"; una persona se encuentra en el fondo de un hoyo y cuando busca una herramienta para escapar en su mochila, sólo encuentra una pala. Tras usarla para cavar y echar la tierra fuera del hoyo, el resultado es simplemente estar hundido a mayor profundidad.

Los trabajos en relación a su aplicación con TLP son escasos, aunque podemos comentar algún caso de estudio para ejemplificar las técnicas.

Caso de estudio (Marín Romero, 2010)

Se presenta el caso de un paciente de 41 años que presenta una patología dual (TLP y Dependencia de Cocaína), tratado por Marín Romero (2010) desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. El paciente acude a consulta acompañado por su ex esposa, ha estado en varios tratamientos ambulatorios previos, estando en tratamiento farmacológico (alprazolam) por ansiedad generalizada que al parecer no remite. Refiere deseos de consumir cocaína, estado anímico muy deprimido, oscilando de forma intensa durante el día, conductas impulsivas relacionadas con el juego y compra compulsiva, intentos de autolisis e ideación suicida, así como problemas de interrelación (abandono familiar, se encuentra sin empleo).

Además de firmar el contrato de confidencialidad y solicitar el compromiso con la terapia, en la primera sesión se le explica en qué consiste el tratamiento, que no sólo abarcará el consumo de drogas, y se le introducen las diversas metáforas. Se realiza una entrevista estandarizada donde se detecta el consumo como estrategia de evitación, además de emplear diversas herramientas (MCMI-II, SCL-90-R, Craving Questionnaire) de evaluación. La intervención propiamente dicha consistió en 18 sesiones semanales de una hora y cuatro quincenales de seguimiento posterior. Las sesiones se estructuraron en: análisis del estado del cliente, revisión de tareas para casa, técnicas de ACT para socavar el programa de evitación, resumen y tareas. Las cinco primeras sesiones fueron intervenciones intensivas para eliminar el craving: se analizaron las soluciones que aplicaba el cliente, los resultados, el costo a largo plazo…para ello se utilizó la desesperanza creativa (metáfora de la pala y el hoyo). Se trabajaron conductas alternativas y valiosas para el paciente, el compromiso con las metas escogidas y la responsabilidad que conlleva una elección. En la siguiente fase se aplicó mindfulness para los síntomas TLP, y potenciación del yo para la labilidad emocional. En esta fase se le retiró la

medicación, pasando por un momento de riesgo de abandono. Se trabajó la aceptación de los pensamientos y sentimientos de incapacidad permitiendo la exposición y el análisis con el cliente. Tras la fase de seguimiento, el cliente refiere mejora subjetiva, además de haber eliminado el consumo de cocaína, sin evitación de lugares o situaciones relacionadas con él. Refiere control sobre hábitos que consideraba incontrolables (juego), eliminando conductas alejadas de sus valores y realizando las tareas consecuentes con ellos y con sus metas independientemente de su estado de ánimo. Los cuestionarios reflejaron un descenso en la escala Límite del MCMI-II, así como en las de Somatización, Ansiedad y Depresión.

Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP)

Desarrollada por Kohlenberg y cols., la psicoterapia analítico-funcional es una evolución y una alternativa a la terapia cognitivo-conductual tradicional, estando dirigida a pacientes que no han mejorado con la TCC clásica, que presentan dificultades en sus relaciones íntimas o tienen un posible trastorno de personalidad del Eje II. Esta terapia se centra principalmente en las contingencias que tienen lugar durante las sesiones, y en la propia relación terapéutica como promoción del cambio en el sujeto con TLP. Se concibe como centrada en el aquí y el ahora (al igual que la escuela existencial rogeriana) pero basada en el conductismo radical, es decir, analizando el cambio terapéutico entendido como ciertas acciones del cliente relacionadas con contingencias de refuerzo ocurridas durante las sesiones, y se adapta a las necesidades de cada paciente (Kohlenberg y Tsai, 1994). Además, es flexible puesto que puede combinarse con cualquier otra terapia.

El proceso terapéutico se basa fundamentalmente en lo que el cliente dice y hace en la propia sesión (conductas clínicamente relevantes, CCR). Estas pueden ser de tres tipos:

- ***Tipo 1 o Problemáticas***, entendidas como los problemas del cliente que aparecen en la sesión y que el terapeuta trata de disminuir. Están controladas por estímulos aversivos y tienen una función de escape y evitación. Suelen consistir en pensamientos, percepciones, sentimientos, visiones o recuerdos, que para poder ser abordados deben aparecer en la sesión (Ferro García y Fernández Parra, 2006). Por ejemplo: el cliente refiere apatía y pocas ganas de hacer ninguna actividad.

- ***Tipo 2 o Mejorías*** que ocurren durante la sesión, se trata de identificarlas y promoverlas. Por ejemplo, aumentar las conductas sociales positivas.

- ***Tipo 3 o Interpretaciones*** del cliente sobre la propia conducta y las causas posibles (estímulos reforzantes, discriminativos o elicitadores asociados). Se trata de que el cliente aprenda a interpretar su conducta en términos funcionales. Por ejemplo, el cliente interpreta que la apatía y las pocas ganas de hacer nada provienen del miedo a recibir rechazo por parte de los demás, y fomentando el contacto social positivo sería más fácil ser aceptado y realizar actividades grupales interesantes.

El terapeuta debe observar estas CCR, evocar las problemáticas para reducirlas, y las mejorías incrementarlas mediante refuerzo positivo. La FAP se basa en cinco reglas básicas: desarrollar el repertorio de observación de posibles CCR en las sesiones, construir un ambiente terapéutico capaz de evocar CCR de tipo 1 y 2, organizar el reforzamiento positivo de las CCR de tipo 2, desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación a las CCR del cliente y por último generar en el cliente un repertorio descriptivo de relaciones entre variables de control y comportamientos. En sentido amplio, **el objetivo terapéutico es pues trasladar los efectos entre los ambientes clínicos y diarios del cliente, estableciendo una equivalencia entre los procesos "de fuera" y "de dentro" de la sesión**.

Aún no se dispone de estudios fiables y exhaustivos de la efectividad de la FAP en el tratamiento de TLP, aunque existen algunos estudios de caso, como el presentado a continuación.

Caso de estudio (Ferro García, Valero Aguayo y López Bermúdez, 2009)

Ferro y cols. (2009) han trabajado con clientes que presentaban TLP desde la terapia analítico-funcional, para ello realizan la conceptualización del caso propuesta por esta terapia. Se emplea para ello un registro abierto donde se indican las variables clave para el análisis del caso: descripción de conductas relevantes y búsqueda de hipótesis. ***La intención es generar una forma de ver cómo la historia del cliente lleva a los problemas diarios en la actualidad****, cómo estos problemas son adaptativos, y poner las bases para que el cliente aprenda formas de comportamiento alternativas. Otros propósitos son identificar fenómenos cognitivos relacionados con la problemática, e identificar y predecir la ocurrencia de las CCR en terapia. En el caso mencionado, el registro sería:*

Mujer universitaria, de 26 años, diagnosticada de TLP.

Problemas en la vida diaria. *Crisis esporádicas de agresividad, autolesiones, llanto encuadradas en pensamientos sobre su pasado cuando está sola. Bajo rendimiento académico. En paro y sin independizarse, múltiples relaciones de duración breve. Ante el conflicto aislamiento, agresividad verbal y violencia. Desvaloraciones con respecto a hechos del pasado y malestar. Abuso de teléfono e internet y atracones.*

Historia relevante. *Padres separados, posible maltrato de su madre. Mala relación con los padres (madre sobre todo). Historia laboral problemática, tratamiento psicológico y psiquiátrico (farmacológico); ingreso por autolesiones. Diversos abandonos de tratamientos que incluyen terapia y grupos pseudo-psicológicos y religiosos. En este sentido, los datos del estudio de Campo y D'Ascenzo (2009) desde una perspectiva sistémica apuntarían a una mayor incidencia de abandono materno.*

Problemas en la sesión (CCR-1). *Repite las mismas historias y recuerdos de acontecimientos que la dañaron en el pasado. Se queja de baja autoestima, indecisión y apatía. No sigue las instrucciones terapéuticas. Actitud pasivo-agresiva (da todo por bueno sin hacer nada). Sonríe exageradamente ante material aversivo en la conversación. Alexitimia, no puede expresar sus reacciones inesperadas. Espera que el terapeuta siga hablando tras los silencios. Dependiente del terapeuta.*

Conceptos cognitivos. *Pensamientos negativos sobre sí misma de forma continuada. Cree que sus parejas la utilizan. Piensa que los demás la ridiculizan y denigran. Atribuye las mejoras a los fármacos.*

Objetivos en la vida diaria. *Reducción de crisis emocionales. Mejora de las relaciones con el padre y el hermano. Aprobar asignaturas pendientes. Establecer relaciones sociales más positivas. Conseguir pareja estable. Encontrar objetivos en su vida personal. Reducir sus conductas impulsivas. Conseguir y mantener un trabajo esporádico.*

Objetivos en sesión (CCR-2). *Hablar y expresar mejor las emociones. Disminuir las sonrisas extemporáneas y los comentarios fuera de lugar. Dejar de hablar constantemente de las mismas historias. Hablar de su pasado sin sufrir crisis. Aceptar que los demás hagan o piensen de forma distinta. Disminuir la dependencia con el terapeuta. Aumentar conductas sociales positivas, tono y forma de hablar, etc. Describir episodios y emociones positivas.*

Tras el tratamiento con FAP aparecieron varias mejorías, como aprobar algunas asignaturas, nuevas relaciones sociales y alguna pareja esporádica. Las crisis emocionales han disminuido, las relaciones familiares han mejorado. Ha viajado, colabora algo en casa y ha podido rechazar alguna relación esporádica con varones.(Ferro-García, Valero y López, 2009)

Otras terapias cognitivo-conductuales

Terapia Cognitivo-Conductual para TP (Beck).

Aunque se ha señalado tradicionalmente que la terapia cognitiva no es adecuada para los trastornos límite de personalidad, debido a los problemas de identidad que presentan y que dificultarían la aplicación de técnicas cognitivas, la TCC se aplica como terapia individual en estos pacientes. En este caso particular, el objetivo de la terapia se cifra en la reestructuración cognitiva de los esquemas rígidos, desadaptativos, hiperactivos y resistentes al cambio. Los factores que se trabajan son: el fomento de la relación de confianza con el paciente, la reducción del pensamiento dicotómico mediante confrontación y pruebas de realidad, el control gradual de la impulsividad y las emociones, sobre todo la expresión de las negativas, fortalecer el sentido de la identidad y manejar las ideas distorsionadas de base subyacentes en el paciente (Torres, 2007). **En la actualidad, el enfoque cognitivo-conductual se ha decantado por la DBT, dado que parece haber mostrado una mayor efectividad, aunque la terapia cognitiva de Beck se encuentra en el fondo de la misma**. Por otra parte, la TCC se sigue utilizando en el tratamiento de TLP; el estudio de Tyrer mostró una eficacia similar al tratamiento habitual, aunque con menor frecuencia de daño autoinfligido, mientras que el ensayo BOSCOT (*Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy*, 2002-2004), llevado a cabo en el Reino Unido, determinó una mejora clínica significativa a coste equivalente con el tratamiento usual (García, Martín y Otín, 2010).

Terapia Focalizada en el Esquema (*Schema Focused Therapy*, SFT)

Desarrollada por Young (1994), esta terapia se centra en identificar y modificar los esquemas desadaptativos del paciente que subyacen en el TLP. Para Young se trata de construcciones estables y profundas, relacionadas con uno mismo y sus relaciones con el resto. Estos esquemas son la base del procesamiento posterior de las experiencias vitales del individuo, y se originan a partir de experiencias infantiles tempranas. **Se caracterizan por su resistencia al cambio**. Young elaboró sus propias categorías diagnósticas en función de estos esquemas que identificó. Los estudios de eficacia comparativos parecen indicar que la alianza terapéutica de la SFT

es menor que en otras terapias (TFP), aunque sí ha resultado superior en coste-efectividad, y otros resultados apuntan a una superioridad al tratamiento tradicional.

D. TERAPIA HUMANISTA EXPERIENCIAL

Si bien no es una de las principales corrientes registrada en los estudios, se debe en parte a su propia naturaleza, difícil de objetivar en estudios de eficacia. Así, no se dispone prácticamente de estudios o ensayos clínicos sobre efectividad, en buena parte debido a su enfoque idiográfico, centrado sobre todo en el estudio de casos particulares. Sin embargo, precisamente por esta particularización en el contexto de cada individuo, consideramos interesante repasar los trabajos disponibles sobre su utilización en pacientes con TLP desde esta perspectiva. El modelo humanista-experiencial es muy variado en cuanto a psicoterapias, pero las más empleadas con Trastorno Límite de personalidad son:

Terapia centrada en el cliente (Carl Rogers)

Este tratamiento incide especialmente en la importancia central del vínculo terapéutico como elemento de curación en psicoterapia. Este vínculo es imprescindible para el desarrollo de la terapia, y se establece (a diferencia de los enfoques cognitivo-conductual o psicoanalítico) como una relación de igual a igual entre dos personas: el terapeuta como experto en técnicas de intervención psicoterapéutica, y el cliente como experto en su propia experiencia. Es importante indicar que esta relación de igualdad corresponde a la concepción experiencial de la práctica clínica, y por tanto es imprescindible en la formación del terapeuta la supervisión y la experiencia propia como cliente, ya que de otra manera no es posible alcanzar la actitud adecuada. Esta actitud se basa en tres componentes principales:

Empatía. Se refiere a la capacidad del profesional de comprender y percibir lo que está sintiendo el paciente; se trata de ponerse en su lugar, captar su marco de referencia y su experiencia, acompañándolo pero sin identificarse con él.

Aceptación incondicional. Consiste en aceptar al cliente como es, con sus creencias y sentimientos, sin juzgar y sin tratar de intervenir para modificarlas. Si no es posible aceptar totalmente a alguien tal como es (lo que conlleva un auto-examen y una crítica

profunda y honesta de uno mismo por parte del terapeuta), no se puede continuar la terapia.

Congruencia, o también autenticidad. Habla de no adoptar una máscara frente al cliente, mostrarnos como somos. Si le transmitimos una sensación o sentimiento, ésta ha de ser sincera y auténtica, comunicando cuando sea necesario siempre sin aparentar. Implica una congruencia entre pensamiento, conducta y sentimiento que incluye el lenguaje no verbal, por ejemplo.

Con una buena actitud terapéutica, la calidad del vínculo será determinante en la evolución positiva del cliente. En cuanto a las técnicas terapéuticas, el humanismo se muestra flexible, empleando un amplio rango que incluye meditación y focusing, cognitivas, modelos bioenergéticos, aunque los trabajos de Cisneros con un caso de paciente comórbida con depresión mayor desaconsejan técnicas de alto contenido emocional como el psicodrama o las gestálticas, optando por el empleo de validación de emociones, experiencia emocional correctiva y manejo adecuado de la transferencia (Cisneros Torres, 2011). Los resultados de la terapia a lo largo de 9 meses indicaron una disminución considerable de los síntomas. Los postulados de Rogers sobre el vínculo terapéutico y la actitud necesaria para conseguir una relación terapéutica de calidad son en la actualidad transversales a diversas escuelas terapéuticas y gozan de aceptación generalizada; a lo largo de la descripción de otros modelos terapéuticos se ha podido comprobar cómo se pone énfasis en el vínculo como pieza esencial especialmente en el tratamiento de pacientes con TLP, caracterizados por fuertes reacciones emocionales y oscilación entre dependencia y rechazo.

Terapia Narrativa

La base de este tipo de terapia es compartida por el resto de las terapias humanistas; la persona como un individuo sano que tiene un problema pero también las herramientas necesarias para resolverlo. Mediante la narración de la historia personal de cada uno en la terapia, se le ofrece a la persona una forma de disociar el problema de sí mismos: se parte de la base de que cuando se está narrando la propia historia, ya sea verbalmente o por escrito, en el fondo estamos interpretando y no explicando. Cada vez que narramos atribuimos significados a la acción (Bruner y Feldman, 1988). Por tanto, a través de la reformulación o la construcción de una narración alternativa en terapia se pueden alterar los significados del paciente alrededor de su problema.

En este sentido la narración permite dar nuevos significados, contenidos y perspectiva a la experiencia vital.

La técnica principal empleada en la terapia narrativa es la ***externalización***. Consiste en que el terapeuta obtenga la información necesaria sobre el contexto del paciente que le permita construir con él una historia del problema diferente, de tal forma que este último aparezca de forma separada del propio sujeto: la persona no es el problema, sino que tiene un problema, con su propia caracterización.

Mediante esta desidentificación entre la persona y su problema, el sujeto puede encontrar un espacio sano y valioso desde donde enfocarlo, analizarlo y tomar decisiones. Utilizando cuidadosamente el lenguaje, el terapeuta puede conseguir que la persona reelabore la narración de su historia y su problemática, modificando sus significados. Profundizando en este tipo de terapia, Álvarez Girón (2008) realiza un análisis de un caso de una paciente diagnosticada de TLP (Álvarez Girón, 2008), empleando la metodología caso-control para entrevistas no estructuradas y basándose en las narraciones personales del sujeto (en soporte audiovisual, digital y escrito).

Caso de estudio (Álvarez Girón, 2008)

Se trata de una paciente de unos 30 años, de origen latinoamericano y afincada en España, que refiere comportamiento impulsivo, adicción a las drogas y promiscuidad sexual, relaciones difíciles e ideas de suicidio, además de un fuerte sentimiento de confusión identitaria y desarraigo. El material empleado en la terapia consistió en una grabadora de audio, cuadernos de pensamientos escritos por la paciente y un ordenador. Para las entrevistas se optó por no emplear guías para que pudiera expresarse libremente, pero sí se estableció un guión con temas que había anotado en su cuaderno. En las sesiones se daba lectura en primer lugar a estos cuadernos de pensamientos y la paciente anotaba en ellos lo que le apeteciera; las entrevistas en profundidad se realizaron una vez por semana con una duración de 90 minutos. Para analizar los resultados se empleó el método de análisis narrativo de Gee y Riessman (1993) organizando la narrativa por temas e interconexiones entre ellos. El objetivo es conocer los significados de la paciente, acceder a su mundo y sus momentos claves para construir la narrativa desde su verdad. ***Detectando y separando los nudos de sufrimiento que frenan su evolución experiencial, se puede así tratar de reformularlos, analizarlos desde fuera de la subjetividad de la paciente y comprometerse así con el cambio.***

Álvarez Girón identifica en las narraciones varios temas principales; la familia y el origen, con una sobrepresencia materna que dificulta el manejo de las ausencias, la diferenciación con los demás a partir de sus rasgos identitarios socioculturales, la libertad entendida como capacidad

de elección y la locura como ejercicio espontáneo de esta, el poder y la autoridad como objeto de rechazo y rebeldía, el amor como fuerza que la lleva hacia la fusión en vez de la diferenciación en las relaciones de pareja y las drogas. En el curso de la terapia, la paciente encontró en la escritura un proceso creativo que canalizaba sus tendencias destructivas, reflexionar y así asentar su propia identidad: en este aspecto es una herramienta de búsqueda de identidad, y definirse como "nómada". En este proceso pasó a concebirse como una enferma de TLP a verse como una persona con dificultades psicológicas, y por tanto, capaz de responsabilizarse de su propio cambio (Álvarez Girón, 2008)

Terapia Sistémica

El enfoque constructivista-sistémico cobra una especial importancia en el trabajo psicoterapéutico con las familias de las personas con TLP, debido a que el marco teórico trabaja partiendo del estudio familiar (y no individual) como un sistema que tiende al equilibrio; cuando aparece un síntoma en alguno de los miembros, no sólo le provoca sufrimiento a él, sino que desequilibra el sistema. La sintomatología del TLP sería la expresión de problemas en el entorno familiar; ya hemos visto al tratar la etiología la especial importancia de las relaciones de apego y el perjuicio que las familias invalidantes pueden producir en sus miembros, con la disociación de la identidad y la personalidad del afectado. La terapia sistémica se centra en el contexto relacional, es decir, en el entramado de relaciones significativas para el sujeto inmerso en su sistema. En un estudio realizado en el Hospital de Sant Pau de Barcelona por Campos y D'Ascenzo (2009) entre tres subconjuntos de pacientes tratados durante un periodo de dos años, la hipótesis relacional en la mayoría de los casos apunta a mecanismos familiares disfuncionales que han afectado a dos aspectos principales: la vinculación afectiva y la socialización (Campo y D'Ascenzo, 2009). En general, uno de los progenitores se mostraba excesivamente cercano y el otro mantenía una relación insuficiente y distante, mientras que en la adolescencia, el procedimiento para conseguir el cumplimiento de las normas solía ser el castigo con la retirada del afecto. En estos escenarios, el paciente no puede conciliar el deseo de autonomía y sentirse querido por sus figuras principales de afecto.

El tratamiento se dividió en dos etapas; en la primera se trató de construir el contexto terapéutico, elaborar un diagnóstico relacional y explicitar un contrato terapéutico, y una segunda de desarrollo del proceso terapéutico propiamente dicho. La terapia combina modalidad individual (sobre todo para el establecimiento del vínculo, pero también para favorecer el aprendizaje de habilidades de afrontamiento como el manejo

de la ira, validación de los sentimientos y papel positivo de la emoción) con la familiar, destinada a generar una dinámica diferente en las relaciones interpersonales más próximas con los miembros de la familia. Además se ha contado con soporte telefónico y electrónico en previsión de *acting-out* (actos impulsivos potencialmente peligrosos).

Los resultados indican en primer lugar un trabajo terapéutico laborioso y de larga duración para poder consolidar mejorías significativas: para el grupo de adultos jóvenes, se alcanzaron los objetivos de la terapia y se observó remisión sintomática en todos los casos, mientras que para el grupo de parejas la efectividad fue de un 60%, debido a problemas en el establecimiento del vínculo terapéutico. Por último, el subgrupo de adolescentes registró mejoría siempre que fue posible implicar a los padres en ella. En definitiva, el trabajo psicoterapéutico desde la perspectiva sistémica supone la intervención en la familia, atribuyéndole un importante papel activo en el mantenimiento de la patología, como los resultados parecen indicar (Campo y D'Ascenzo, 2009).

A modo de colofón en este repaso de psicoterapias humanistas, podemos percibir la **dificultad de medir la efectividad de su aplicación**; se trabaja principalmente de forma empírica con casos individuales o grupos pequeños, desde una posición muy centrada en la subjetividad del paciente. Esto redunda en que si bien por un lado **permite caracterizar muy vívidamente el contexto de los pacientes** de un TLP y particularizar el tratamiento, **se pierde la validez interna necesaria** en estudios de tipo clínico para medir si este acercamiento es realmente efectivo. Aun así, se han realizado estudios de efectividad para la Terapia Centrada en la Persona, comparados con tratamientos cognitivos; algunos ensayos clínicos obtienen una superioridad de estos últimos (Olivera, 2010), sin embargo existen evidencias de efectividad en análisis de casos clínicos (Quinn, 2010). Por otro lado, como se mencionará más adelante, **existen algunos estudios comparativos entre escuelas que sostienen que la eficacia de la terapia se basa en los elementos comunes entre todas ellas, otorgando la mayor importancia precisamente al vínculo terapéutico** (Torres, 2007).

Terapia Humanista Integradora y Análisis Transaccional.

La terapia humanista integradora es un modelo psicoterapéutico que implica una integración teórica y práctica de más de 20 modelos terapéuticos. Se trata por tanto de un proceso largo que se ha ido perfeccionando en los últimos tiempos; sus

fundamentos se encuentran en una visión abierta a las aportaciones de diversas escuelas, al rechazo del reduccionismo procedente del paradigma estímulo-respuesta, la ausencia de un enfoque patologizador y de la metodología experimental convencional más propia de modelos científico-lógicos como la física o la biología. Es epistemológicamente constructivista y sistémica, concediendo gran importancia al enfoque humanista-existencial a partir del cual el ser humano es parcialmente libre y concede gran importancia al proyecto vital de la persona. Es un modelo integrador y holista y se centra en la demanda del cliente más que en una guía de tratamiento.

La terapia humanista integradora tiene como una de sus bases teóricas esenciales, además de los postulados rogerianos, el Análisis Transaccional desarrollado por Eric Berne, que además se emplea en la psicoterapia como técnica más propiamente cognitiva y emocional. Emplea también como técnicas básicas las procedentes de la Psicoterapia de la Gestalt para conectar con emociones escondidas bajo defensas y represiones. Otras técnicas integradas, siempre desde una visión complementaria entre todas, son el *Focusing*, las terapias corporales o el psicodrama. (Rosal, 2002)

El Análisis Transaccional se basa en lo que se conoce como “Los tres estados del Yo”; implica que el individuo dispone de una estructura de personalidad provista de tres instancias de reflexión y acción construidas desde la infancia:

- El Yo **Padre**, donde radica la sabiduría, que prohíbe o permite; en él reside la norma social interiorizada. Puede ser autoritario, o bien paternalista.

- El **Adulto**, donde se ubica el pensamiento, y es por tanto el ámbito de reflexión y decisión. El Adulto analiza variables, y decide en función de criterios racionales.

- El estado **Niño**, dominio del sentimiento, donde residen los deseos y necesidades, y también el juego y la creatividad. Puede estar adaptado a la norma social o al criterio del adulto, o ser libre. (Gimeno-Bayón, 2013)

Desde esta perspectiva, toda acción o interacción entre las personas (consigo mismas o con los demás) implica una transacción entre sus tres estados del Yo. Existen en el análisis transaccional tres conceptos que lo caracterizan con respecto a otros modelos teóricos, y que inciden directamente en la forma de enfocar la terapia por parte de los profesionales:

- La gente nace bien. La posición existencial, partiendo de la convicción de la bondad natural humana es el principio del “yo estoy bien, tú estás bien”. Cuando por circunstancias vitales esta posición se altera en nuestras

transacciones con los demás (p. ej. “yo no estoy bien, tú estás bien”), la persona se vuelve disfuncional o trastornada.

- Las personas con dificultades emocionales son seres humanos completos e inteligentes. Implica que las personas pueden comprender sus trastornos y cómo liberarse de ellos, por lo que deben participar en su propio proceso de curación.

- Todo problema emocional se puede curar mediante un conocimiento adecuado y un planteamiento apropiado. No existen por tanto las enfermedades como tales, ni son imposibles de curar.

Para el Análisis Transaccional, un trastorno y sus problemas conductuales asociados, se identifican con la exclusión de alguno de los estados del Yo: existe un desequilibrio entre los tres estados, con el predominio de alguno por encima de los demás, por lo que estamos ante estados disfuncionales. (González Torres y Mirapeix, 2010)

En el caso concreto del Trastorno Límite de Personalidad, nos encontramos ante sintomatología neurótica y psicótica, con el **Adulto invadido por la esfera del Niño** en su forma Libre (también conocida como Rebelde); el predominio del Niño les lleva a buscar personas que los complementen para ejercer las funciones adultas. Los **mandatos paternos** habituales (mensajes introyectados por las figuras de apego paternas) en estos sujetos son **“no crezcas”** y **“no seas tú mismo”**, tendiendo al uso de los **juegos psicológicos** (esquemas de transacciones circulares que enmascaran necesidades reales con emociones parásitas, pero que sin embargo comportan un beneficio secundario y que por tanto si no se rompen se repiten continuamente) para controlar al otro, que desean retener. (Gimeno-Bayón, 2013)

La terapia basada en el Análisis Transaccional es contractual (especialmente utilizada para impedir los intentos de autolesión o suicidio), se centra en la escisión del yo que presentan, tratar de integrarlos con un Padre Nutritivo que supla la carencia de mensajes positivos en la infancia, y potenciar el Adulto. (Gimeno-Bayón, 2013)

E. MODELOS INTEGRADORES Y ECLÉCTICOS

Existe una serie de modelos terapéuticos que emplean una combinación de técnicas procedentes de varias escuelas teóricas, y que se están introduciendo en el

tratamiento de TLP. Se trata de una tendencia reciente hacia la integración de métodos terapéuticos y que tiene su expresión en el abordaje de un cuadro psicopatológico tan complejo como el Borderline. Con anterioridad ya hemos tratado ejemplos de integración de técnicas y reflexiones procedentes de diferentes escuelas (las Terapias Cognitivas de Tercera Generación), pero en este caso nos encontramos ante modelos psicoterapéuticos integrativos.

Terapia cognitivo-analítica (CAT)

Se basa en un modelo de psicoterapia breve integradora, introducido por Ryle (1987-2002). En cuanto a la etiología del TLP, se concibe como una fragmentación del self en varios estados disociados; combinados con las emociones y los roles complementarios introyectados que dominen en cada momento, se obtienen los cambios de estado bruscos que caracterizan a las personas con TLP.

Es una terapia focal y estructurada en la que el paciente y el profesional clarifican los focos de actuación, patrones disfuncionales que Ryle denominó trampas, dilemas y pegas; el elemento básico es la reformulación de esta dinámica subyacente de los problemas, que se pone por escrito: se trata de vincular la sintomatología con las experiencias afectivas disociativas, de forma que sea consciente para el paciente. Este modelo de psicoterapia, a medio camino entre lo cognitivo-conductual y el psicoanálisis, dispone de manual clínico, habiendo sido estudiada por Clarke en pacientes con TLP severo, obteniéndose buenos resultados mantenidos en el tiempo tras 9 meses de seguimiento. En España, Mirapeix dirige una Unidad de Trastornos de Personalidad desde un modelo multidisciplinar complejo, con varios niveles de intervención y un protocolo estructurado. (García, Martín y Otín, 2010)

Eclecticismo por combinación (Livesley)

Este autor sostiene que el tratamiento del TLP requiere una combinación de intervenciones terapéuticas que incluya varios enfoques. La terapia incluye por tanto intervenciones específicas de tipo conductual para momentos de crisis (contención, medicación), expresión y aceptación de los rasgos de personalidad, y trabajo con la integración del self y los problemas interpersonales. No existe un solo tipo de tratamiento, sino que depende de los factores y el contexto de cada paciente, tendiendo a favorecer sobre todo la relación terapéutica, la validación y mantenimiento

del tratamiento, y la construcción de la motivación por el cambio. Por el momento no se dispone de datos empíricos sobre su efectividad.

Terapia Relacional Breve (Safran)

Esta terapia parte también de la combinación de enfoques cognitivos y psicodinámicos en su concepción. Parte de la teoría de que las personas construimos modelos sobre las interacciones con los demás partiendo de modelos anteriores con las personas más significativas. Estos esquemas de interrelación en el caso de los TLP permanecen rígidos debido a una confusión del sujeto sobre lo que tiene que hacer para mantener las relaciones de apego. Por tanto, la base de la terapia consiste en detectar estos esquemas en el paciente y hacerlos visibles con el fin de invalidarlos.

F. TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Además de la amplia variedad de terapias que han ido surgiendo en los últimos años y que hemos repasado hasta el momento en sus líneas generales, en la línea del proceso de integración y eclecticismo que se ha comentado anteriormente, ha proliferado la utilización de diferentes herramientas terapéuticas que si bien por sí solas no constituyen un marco teórico amplio, tienen la ventaja de poder emplearse de forma complementaria a las terapias adscritas a las diversas escuelas tradicionales; en este sentido, destacaremos algunas de las principales técnicas utilizadas por su capacidad de integración y creciente difusión en el tratamiento de los TLP, de las cuales se han realizado además estudios sobre su eficacia combinada con los tratamientos psicoterapéuticos. Son el *mindfulness*, el EMDR de Saphiro y la psicoterapia grupal y familiar.

***Mindfulness* (Atención Plena)**

El *mindfulness* se ha integrado transversalmente en diferentes tratamientos psicoterapéuticos, sobre todo en los cognitivos de tercera generación, aunque sus principios básicos nos remiten a las terapias de tipo humanista-experiencial, con un fuerte componente filosófico de tipo oriental. Efectivamente, el término hace referencia

a un estado particular de conciencia plena promovido por técnicas meditativas (tradición zen y vipassiana). Su traducción podría ser “conciencia plena” o “atención plena”, referido a un estado de claridad de la experiencia: consiste en reducir los estímulos externos hasta alcanzar un estado de simplemente “estar”, y ponernos así en disposición de escuchar nuestra propia mente. Así se adquiere plena consciencia de la realidad presente y de cómo está sincronizado nuestro cuerpo y nuestra mente. Por tanto es una técnica especialmente recomendable para ejercicios de reestructuración cognitiva, por ejemplo, o bien integrada en la terapia gestáltica. En los pacientes con TLP, esta herramienta se considera importante para alcanzar la habilidad de entregarse enteramente a una actividad (Linehan, en Arza y cols., 2009), además de disponer de mecanismos de acción como la auto-regulación, la aceptación, la integración de aspectos disociados del self la relajación y la clarificación de valores, aspectos todos ellos que contribuyen a la disminución de la sintomatología del TLP.

El *mindfulness* se integra tanto en tratamientos de Terapia Dialéctica Conductual, que incide en la regulación de emociones, la tolerancia al malestar, la conciencia plena y las relaciones interpersonales, la Terapia de Aceptación y Compromiso, como en la Terapia Relacional Breve de Safran. Sin embargo, las investigaciones sobre eficacia del mindfulness como componente de estas terapias son aún escasas; el análisis de Pérez Vega por patologías (2006) muestra resultados esperanzadores, aunque no han sido confirmados aún por la ausencia de investigaciones similares.

EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*)

Esta técnica desarrollada y perfeccionada en 2001 por Saphiro (Mosquera, González y Vázquez, 2012) se basa en la comprensión de los factores subyacentes a la patología, y no en el diagnóstico. Los trastornos estarían basados principalmente en eventos traumáticos almacenados disfuncionalmente en el cerebro y aislados del resto de las redes de memoria. Identificar y procesar estas experiencias ayudaría por tanto a mitigar los síntomas, tanto del TLP como de cualquier trastorno comórbido. El EMDR considera los eventos traumáticos en dos niveles; el trauma “T” correspondería a los criterios del DSM para un trastorno de estrés postraumático, mientras que los traumas “t” implican situaciones cotidianas relacionadas con el apego, la falta de atención o negligencias que pueden afectar a la persona. Un cuadro de TLP correlaría así con una acumulación de traumas “t” desde la infancia; esta traumatización compleja explicaría la disociación de la personalidad que presenta este trastorno. El trabajo con EMDR implica identificar a partir de la historia del paciente posibles “dianas”

terapéuticas relacionadas con estos traumas: posteriormente se traza un plan de tratamiento que incluye exploración de la historia, refuerzo de la relación terapéutica y la motivación y trabajo sobre estas dianas, comenzando por las más aceptables para el paciente.

El procesamiento propiamente dicho de las mismas consiste en desensibilizar los pensamientos negativos asociados a estos traumas provocando primero un estado de ansiedad baja, que se consigue tras entrenamiento previo en técnicas de respiración y relajación (por ejemplo, el método de relajación progresiva de Jacobson). Posteriormente se induce una estimulación bilateral que el paciente ha de seguir con los ojos cerrados mediante el movimiento ocular (Montes-Berges, Aranda y Castillo-Mayén, 2011), inspirado en el que tiene lugar durante la fase de sueño REM. Es en este estado cuando se le pide al paciente que recuerde eventos y situaciones traumáticas de su vida. Esta técnica se encuentra aprobada como "psicoterapia basada en la evidencia" en el registro de la NREPP (2010), y se utiliza habitualmente combinada con psicoterapia por terapeutas de diferentes escuelas. En el campo del tratamiento de TLP, Mosquera (2012) refiere un caso de estudio de patología dual tratado con EMDR: un varón de 51 años con adicción al alcohol y elevada resistencia a la psicoterapia, que durante las sesiones con EMDR reveló experiencias de abuso sexual y otros maltratos durante la infancia, presentando una clara mejoría en su proceso de reestructuración y logrando una notable rebaja de su malestar (Mosquera, González y Vázquez, 2012).

Psicoterapia grupal y familiar

Aunque ya nos hemos referido a este tipo de psicoterapia al hablar de la visión sistémica del TLP, incluimos en este apartado la psicoterapia en grupo y la de pareja y familia, dado que se trata de una tendencia novedosa en el abordaje terapéutico del trastorno. Esto se debe a que tradicionalmente se consideraba al TLP un cuadro no apto para psicoterapia de grupo dada la intensidad de las conductas agresivas o impulsivas y su desadaptación, tendencias paranoides y demandas de atención exclusiva (Rodríguez y Murias, 2006). Sin embargo, algunos hallazgos (Clarkin, Wilberg, en Rodríguez y Murias, 2006) apuntan a una mayor eficacia del tratamiento grupal, tanto cognitivo-conductual como psicoanalítico, en especial combinada con terapia individual. Esto permitiría no sólo atender a mayor número de pacientes con TLP sino contribuir a reducir los elevados costes del tratamiento. Por su parte, la psicoterapia familiar se considera especialmente indicada, puesto que uno de los

factores etiológicos ambientales más habituales es la presencia de patologías paternas. La terapia familiar o de pareja se recomienda en combinación con otras modalidades, y en cualquier caso siempre que exista una implicación significativa de los parientes del sujeto con TLP (Gunderson, 2002).

Sistemas de predicción emocional y resolución de problemas (STEPPS).

Es un programa de tratamiento grupal, de unas 20 sesiones de duración y basado en un manual clínico, para pacientes ambulatorios de TLP, centrado básicamente en elementos cognitivo-conductuales y entrenamiento en habilidades, siendo por tanto complementario a otras psicoterapias. Los estudios disponibles (Blum, van Wel) parecen indicar mejora de los síntomas y el funcionamiento global al añadir STEPPS al tratamiento habitual, aunque no para los comportamientos lesivos y las hospitalizaciones (García, Martín y Otín, 2010).

G. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

A pesar de que el presente estudio se centra principalmente en los tratamientos psicoterapéuticos del TLP, como ya se ha mencionado con anterioridad, se trata de un cuadro psicopatológico complejo que requiere un tratamiento multidisciplinar; esto incluye también la perspectiva farmacológica desde la psiquiatría, como ya hemos visto, atendiendo a los procesos neurobiológicos. De cualquier forma, no parece existir una relación clara entre éstos y las categorías diagnósticas, por lo que el panorama del tratamiento farmacológico del TLP es fluctuante y contradictorio.

Las dianas terapéuticas principales de la farmacología son para el trastorno límite, los síntomas de inestabilidad afectiva, el descontrol impulsivo y conductual, y los cognitivo-perceptivos. Para el primer caso se recomiendan los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como pueda ser la flouxetina (Prozac), o velanfaxina. Para los segundos, haloperidol si el descontrol es grave, aunque la fluoxetina y la sertralina son tratamientos de elección inicial. Por último, para los síntomas cognitivos, neurolépticos a dosis bajas como clorpromazina, o antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina y risperidona) (Bertolín, 2008). Estos

tratamientos, siguiendo las recomendaciones clínicas de la APA, complementarían a la psicoterapia como tratamiento principal.

Los diferentes estudios de eficacia de la farmacoterapia en pacientes con TLP fueron revisados en 2006 siguiendo el criterio Cochrane, concluyéndose que existía poca evidencia sobre el tratamiento farmacológico. Una revisión posterior (Leichsenring y cols., 2011) de ensayos clínicos controlados, tanto de farmacología solo como de combinación con terapia, determinaron que la evidencia es muy variada: por ejemplo, en algunos estudios la olanzapina arrojó resultados positivos en depresión y agresión y en otros no fue superior al placebo, variando asimismo los resultados con respecto al haloperidol, la fenelzina (que se mostró superior a éste en depresión, ansiedad y síntomas esquizotípicos, pero peor en control de impulsos). Esta diversidad de resultados se achaca al pequeño tamaño de la muestra, el escaso número de ensayos o sesgos en la población (algunos estudios sobre olanzapina sólo incluían mujeres). Por tanto, parece evidente la necesidad de mayores y mejores estudios respecto a esta área concreta del abordaje del Trastorno Límite de Personalidad.

Tal como vimos al tratar la etiología del TLP, existen algunos hallazgos neurobiológicos que podrían sugerir la conveniencia de aplicar programas de rehabilitación neurológica para el tratamiento de este cuadro patológico. El trabajo de Arza y cols. (2009) con cinco pacientes diagnosticados con resistencia a la psicoterapia, que fueron sometidos a programas de rehabilitación de las funciones cognitivas (entrenamiento en atención, memoria, velocidad de procesamiento y planificación ejecutiva), apunta a una mejoría significativa en todos los parámetros disfuncionales, aumento de las habilidades en el manejo de situaciones cotidianas como la relación social (Arza y cols., 2009).

IV. ESTUDIOS DE EFICACIA

Parejo a la aparición de novedosos enfoques y metodologías psicoterapéuticas en el tratamiento del TLP, otro fenómeno característico de las nuevas tendencias en psicología clínica ha sido la aparición de estudios de eficacia y coste-efectividad de los diferentes modelos. En la descripción de cada método se ha ido apuntando someramente el resultado de alguno de estos estudios, ya sean ensayos clínicos aleatorios (ECA), o bien estudios de caso, si bien existen datos sobre eficacia

comparada entre varias de estas nuevas terapias, comparadas entre sí o con tratamientos tradicionales (farmacología sin psicoterapia, terapia de apoyo, etc.). En cualquier caso, el número de estudios disponibles sigue siendo escaso y las muestras demasiado reducidas como para extraer conclusiones firmes.

Sin embargo, entre los estudios realizados, podemos destacar algunos resultados interesantes, aunque la mayoría se han enfocado en el análisis de eficacia de tres métodos principalmente; la **Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP)**, la **Terapia Basada en la Mentalización (MBT)** de Bateman y Fonagy, y la **Terapia Dialéctica Conductual (DBT)** de Linehan. Para el resto de terapias descritas, o bien el número de estudios es demasiado reducido o bien no hay disponibles aún trabajos donde se pueda comprar su eficacia. Sí se pueden encontrar revisiones sistemáticas y meta-análisis de estudios que comparan los resultados entre sí, como el que recoge la Generalitat de Catalunya en su Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (Lalucat y cols., 2011), que incorpora una comparativa extraída de diferentes ECA (algunos de ellos reseñados en el presente trabajo), una discusión sobre la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos más habituales, así como las conclusiones sobre la recomendación de uso en los pacientes.

El trabajo de Clarkin y cols. (2007) sobre 90 pacientes diagnosticados, comparando **Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP)** con Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y tratamiento de apoyo dinámico (TAD) estándar, mostró cambios positivos significativos en depresión, ansiedad, funcionamiento global y ajuste social en un periodo de un año. La TFP se reveló superior a la DBT y al TAD, aunque se desconocen los mecanismos de cambio y el mantenimiento a lo largo del tiempo (Clarkin y cols., 2007). Este estudio es especialmente interesante dado que se evalúa el desempeño de dos de las terapias más actualmente utilizadas, procedentes de escuelas tan diversas como el psicoanálisis y la terapia cognitiva-conductual. Levy y cols. (2006) probaron también la TFP frente a la DBT de Linehan y TAD, encontrando que la TFP incrementa la coherencia narrativa de los pacientes, y tras 12 meses de tratamiento, se observó un aumento significativo de participantes con estado mental de apego seguro. De todas formas, la relación entre estos factores y la sintomatología típica del TLP es difícil de establecer (Lalucat y cols., 2011).

Doering y cols. (2010) encontraron asimismo que la TFP era claramente más eficaz que el tratamiento con psicoterapia comunitaria en cuanto a sintomatología, intentos suicidas, adherencia terapéutica, funcionamiento psicosocial y estructuración de la personalidad (Doering y cols., 2010).

Van Asselt comparó por su parte el coste-efectividad de la **SFT (*Schema Focused Therapy*, Terapia Focalizada en el Esquema)** con la TFP y encontró que si bien la TFP era superior en efectividad medida basada en calidad de vida relativa a la salud (QALy), la SFT era menos costosa en relación al resultado y por tanto más eficiente (Van Asselt y cols., 2008). En México, López y Cuevas aplicaron la TFP a un grupo de pacientes femeninas diagnosticadas de TLP pero con sintomatología moderada a lo largo de 48 sesiones terapéuticas, encontrando desaparición de intentos de autolesión e ideaciones suicidas, y mejora en el funcionamiento psicosocial (López, Cuevas, Gómez y Mendoza, 2004). Además de este estudio de coste-efectividad, existen otros ECA llevados a cabo en Holanda que miden diversas condiciones de aplicación de la SFT; el de Nadort se compara SFT con y sin apoyo telefónico, que no encontró diferencias apreciables entre ambos métodos pero sí una mejora de la efectividad con respecto a terapias tradicionales, y un 81% de retención al cabo de año y medio. Farrell encontró que un tratamiento con SFT de 14 meses de duración obtuvo un 100% de adherencia y mejor progreso sintomático que la terapia de soporte tradicional (Lalucat y cols., 2011). El hecho de existir cierta amplitud de estudios, así como la manualización de esta terapia la recomiendan como elección para mejorar la sintomatología y la calidad de vida, si bien se hace necesario contar con un mayor número de evidencias.

En cuanto a la **Terapia Dialéctica Conductual (DBT)**, se trata de la terapia que cuenta con mayor número de estudios de eficacia: al menos 7 ECA identificados por el NICE y unos 10 estudios contemplados en la revisión sistemática de Brazier y cols (2006) (Cuevas y López, 2012). .Además del ya comentado estudio de Clarkin (2007) que comparaba con la TFP, los trabajos de Verheul con pacientes femeninas muestran mayor adherencia terapéutica y reducción de conductas autolíticas e impulsivas en comparación con tratamientos usuales. (Verheul y cols., 2003) McMain encontró equivalencia entre la DBT y los programas de tratamiento psiquiátrico bien especificado en cuanto a mejora sintomatológica (McMain y cols., 2009). Carter aplicó un tratamiento DBT de 6 meses de duración en una muestra de pacientes femeninas, con terapia grupal para entrenamiento de habilidades y soporte telefónico, con mejora significativa de discapacidad (días en cama) y calidad de vida, si bien no encontró diferencias significativas en hospitalizaciones y conductas autolesivas frente a la terapia habitual (TAU) (Lalucat y cols., 2011).

Los diversos estudios llevados a cabo por la propia Linehan y las revisiones de varios trabajos por parte de Brazier (2006) encontraron alguna evidencia de que la DBT podría ser superior al tratamiento habitual y que la Terapia Centrada en la Persona en

algunos aspectos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no todos estos estudios eran específicos para el trastorno límite (Cuevas y López, 2012). Además, muchos de estos estudios presentan grandes diferencias en cuanto a los grupos de comparación, variables dependientes y características de los participantes, por lo que se hace necesario completar con más estudios. La DBT se considera una terapia bien establecida, puesto que es la que más trabajos ha generado, siendo fácilmente replicable.

Por otra parte, Bateman y Fonagy han realizado diversos estudios para medir la efectividad de su método **MBT (*Mentalization Based Therapy*, Terapia Basada en la Mentalización)** respecto al tratamiento clínico estructurado estándar para TLP, siendo superior en intentos de suicidio, hospitalizaciones y problemas de significación clínica (Bateman y Fonagy, 2009) y también frente al tratamiento usual en un periodo de seguimiento de 8 años en tendencia suicida, permanencia del diagnóstico, uso de servicios hospitalarios y medicación y funcionamiento global (Bateman y Fonagy, 2008). Este dato es especialmente relevante por cuanto se trata de un plazo muy largo de consolidación de los cambios positivos. La terapia cognitiva analítica (CAT) ha sido confrontada por Chanen y cols. (Chanen y cols., 2008) con tratamiento clínico personalizado, encontrándose una eficacia similar.

Aparte de estas terapias más frecuentes en los estudios de eficacia con respecto al trastorno límite de personalidad, hay una serie de terapias que cuentan con al menos un ECA que haya probado su desempeño.

La **Terapia Cognitivo-Analítica (CAT)** se probó frente a la terapia tradicional de soporte (TAU) en una muestra de 78 adolescentes (76% mujeres) con rasgos o diagnóstico de TLP, en un tratamiento de 13 sesiones semanales en promedio, encontrándose una eficacia similar, si bien parece que la CAT alcanza antes una mejoría sintomática significativa (Lalucat y cols., 2011).

Existe asimismo cierta evidencia sobre la aplicación de la **Terapia Centrada en la Persona de Carl Rogers**, que supondría prácticamente el único estudio que incluye psicoterapia de enfoque humanista-experiencial, si bien se emplea como grupo de control para probar la eficacia de la DBT (Turner, 2000), mostrando una menor eficacia que esta última (Lalucat y cols., 2011).

Por último, indicar que el estudio de Blum y cols. (2008) sobre la adición de **STEPPS** en un tratamiento clínico normal suponía una mejora significativa en la escala de Zanarini para medir el TLP, en impulsividad, afectividad y funcionamiento global,

aunque el número de hospitalizaciones e intentos de suicidio no sufrió variaciones (Blum y cols., 2008). De cualquier forma, no existe ningún otro ECA sobre esta modalidad psicoterapéutica, por lo que sería necesario ampliar con nuevos estudios que confirmaran la evidencia.

En conclusión, en general **se echa en falta una mayor investigación** sobre este abanico de nuevas terapias, aunque se trata de una **labor complicada**, dada la **dificultad de encontrar una muestra suficientemente significativa** como para obtener resultados concluyentes y replicables, **la cantidad de métodos terapéuticos** es bastante grande, y se trata por lo general de **programas de cierta sofisticación**, dado que el trastorno que tratan presenta gran complejidad.

V. DISCUSIÓN

A la luz de los datos presentados, parece en primera instancia que **tanto la TFP de Kernberg como la DBT de Linehan o la MBT de Bateman y Fonagy presentan una mayor efectividad respecto a los tratamientos tradicionales**, en cuanto a número de hospitalizaciones, tentativas de suicidio y autolíticas, ideación suicida y ansiedad, lo que vendría a certificar la superioridad de los nuevos métodos psicoterapéuticos en el tratamiento del TLP, resultado que aporta una dosis de optimismo moderado con respecto al futuro de los programas de atención integral para pacientes con Trastorno Límite. Por otra parte, **parecen destacarse como tratamientos de elección para pacientes con TLP**, junto con la SFT (*Schema Focused Therapy*), por diversos motivos entre los cuales están la adecuación a tratamientos integrales en modalidades de hospitalización de día o ambulatoria o la existencia de manuales y guías clínicas de tratamiento para estas psicoterapias.

Sin embargo, **se detectan resultados confusos a la hora de comparar estas terapias entre sí**; hay que tener en cuenta que para algunos de los métodos no existen evidencias suficientes por falta de investigaciones, que las muestras suelen ser pequeñas, sesgadas (los pacientes femeninos tienen un mayor presencia en los diagnósticos y tratamientos) y de metodología variable, lo que puede influir en la disparidad y heterogeneidad de resultados como se ha podido comprobar en el apartado dedicado a tratar los estudios de eficacia. Así pues, **se aprecian carencias en los ensayos efectuados, referidas sobre todo al tamaño de la muestra y la**

insuficiencia de datos comparativos entre las nuevas terapias que afectan al análisis de efectividad. Como se ha comentado con anterioridad, esto puede obedecer a las dificultades para encontrar muestras más amplias y homogéneas, unido al coste y complejidad del despliegue de las terapias. Por otro lado, el TLP es una patología que presenta una alta tasa de abandonos y un desarrollo irregular de la terapia debido a las oscilaciones del estado de ánimo de los sujetos, las recaídas y los intentos de abandono.

Este balance aparentemente contradictorio también se podría explicar metodológicamente dada la distinta naturaleza de algunas de las psicoterapias; por ejemplo, la de tipo humanista con respecto a la escuela cognitivo-conductual. La primera se trata de un enfoque mucho más narrativo, basado en el análisis de casos, cuya validez interna es mucho menor, por lo que la medición en función de variables conductuales objetivables puede resentir sus resultados en los estudios, ya que no tienen en cuenta parámetros como la percepción subjetiva del paciente, por ejemplo.

Por otro lado, se ha de tener en cuenta que en enfoques como el humanista no se concede demasiada relevancia al diagnóstico clínico, ni hay lugar para la especificidad de tratamiento por patologías, sino que se trata al cliente de forma individualizada, enfocándose en su proyecto vital, la problemática actual (el aquí y el ahora) y el fomento de su capacidad de autorrealización, independientemente del cuadro clínico que presente.

Por último, **cabe mencionar la ausencia de estudios en una buena parte de las terapias comentadas**, en especial las de más reciente aplicación a esta problemática concreta, **como por ejemplo la incidencia del EMDR, el mindfulness o las Terapias de Tercera Generación en el tratamiento del TLP**, quizá debido a lo reciente de su popularización y al número aún escaso de terapeutas entrenados para una correcta aplicación de las mismas. Por el momento sólo se dispone de estudios de caso individuales que si bien parecen prometedores, sería interesante contar con un estudio de tipo más nomotético.

Los resultados en este sentido no son concluyentes, salvo en la dirección de que algunas de las nuevas terapias, mayor integradas y más eclécticas, y la utilización combinada de diversas técnicas se muestra superior al tratamiento habitual del TLP.

VI. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

De todo lo expuesto hasta el momento, y a modo de conclusión, podríamos apuntar diversas observaciones sobre el estado de la cuestión alrededor del abordaje terapéutico del trastorno límite de la personalidad, que se desarrollarán ordenadamente siguiendo la estructura del presente trabajo.

En cuanto al diagnóstico del TLP, parece que la dificultad de la práctica clínica evidencia una inadecuación del sistema categorial propio del DSM para los trastornos de personalidad. Las diversas corrientes que atribuyen una dimensionalidad al TLP y centralidad en cuanto a la comorbilidad con otros trastornos (que se derivarían de éste) parecen tener su reflejo en la próxima redefinición de los trastornos del Eje II en el DSM-V. **A la espera de su análisis definitivo, parece existir cierto consenso a la hora de caracterizarlo como un trastorno del *self* y de las relaciones interpersonales.** Hay que tener en cuenta además que dada la amplia y variada sintomatología del Trastorno Límite, tradicionalmente se convirtió en una especie de "cajón de sastre" donde se diagnosticaba como TLP a muchos pacientes que no correspondían con ningún otro trastorno de personalidad según los criterios del DSM. Esta variedad provoca una alta comorbilidad con diversos cuadros patológicos que complica mucho la labor diagnóstica.

Por otro lado, indicar **la diversidad de los hallazgos en torno a la etiopatología, de origen y manifestación muy compleja, que impide trazar una explicación global y precisa de los mecanismos de aparición**, aunque hay acuerdo en cuanto a su origen multifactorial y el peso de los factores relacionales familiares. Así, la mayoría de autores hablan de una deficiencia a la hora de establecer las relaciones de apego fundamentales con las figuras paternas que estaría en la base de una disociación del yo y las dificultades a la hora de establecer relaciones interpersonales adaptadas, así como un sentido de la identidad confuso como rasgos esenciales del trastorno.

En cuanto a las terapias estudiadas y los resultados de los estudios de eficacia, podríamos comentar que a pesar del renovado interés y de la aparición de nuevos métodos psicoterapéuticos, se detecta una **cierta tendencia a la integración de técnicas de diferentes escuelas teóricas**, encaminado hacia una visión holística del tratamiento del TLP, dada la multiplicidad de ámbitos afectados por la sintomatología; las terapias cognitivas de tercera generación, las soluciones psicoanalíticas adaptadas, la inclusión de técnicas como el midnfulness o el EMDR con

independencia del marco teórico y los modelos eclécticos parecen apuntar en esta dirección.

Sin embargo, **del análisis de los estudios de eficacia parecen desprenderse varias conclusiones:** la primera, que **siguen siendo escasos y de muy diversa metodología**, por lo que los resultados pueden ser contradictorios. En general las nuevas terapias parecen más efectivas que la atención típica en los centros de Salud, y se apunta a una mayor efectividad de la DBT, aunque se trata de una cuestión polémica a mi modo de ver: la variación de resultados en función de los estudios, y los escasos y contradictorios datos de comparación directa entre estas terapias parecen indicar que todas son más efectivas pero en distinta medida y en función de otras variables. Por otro lado, **las terapias humanistas, como se ha venido comentando, serían de difícil comparación en parámetros de operativización de variables, ya que se centran más en la individualidad de cada persona.**

Este fenómeno de integración, que por otro lado se detecta de forma general en el ámbito de la Psicología, sería a mi juicio más patente en los tratamientos psicoterapéuticos del Trastorno Límite precisamente debido al hecho de que se trate de una patología tan complicada de tratar, lo que supone sin duda un reto terapéutico que requiere el despliegue de herramientas eficaces, complejas y multidisciplinares. Esta situación favorece la integración de varias técnicas procedentes de diferentes enfoques teóricos, prevaleciendo por encima de otras consideraciones su efectividad en el tratamiento de algunos de los síntomas del TLP. **Esto no significa necesariamente que estemos asistiendo a un proceso de fusión tendente a una única manera de enfocar los problemas psicológicos**: los diversos planteamientos teóricos no parece que sean de fácil integración, sino que más bien se trataría de la adopción de técnicas y herramientas concretas, adaptándolas a la epistemología de las diversas escuelas. Este parece ser el caso del mindfulness, empleado indistintamente desde planteamientos cognitivo-conductuales (DBT de Linehan) o humanistas (Psicoterapia Humanista Integrativa, Psicología de la Gestalt), o también el EMDR, empleado en terapias cognitivo-conductuales y psicoanalíticas.

Por tanto, **nos encontraríamos ante la reciente discusión sobre eficacia; parecería sugerirse la teoría de que "lo que cura" es la relación terapéutica en sí, más que la técnica, y por tanto la eficacia reside en buena parte en el lado del cliente y la capacidad del terapeuta de crear un buen vínculo.** Sí este fuera el caso, el camino de la integración de psicoterapias podría dar lugar a una metodología de selección de técnicas de orígenes muy variados que se adaptara a las necesidades

particulares de cada paciente en vez de buscar especificidad para el trastorno concreto. En definitiva, un paciente no es únicamente un trastorno, sino una persona concreta y diferente con un problema psicológico.

Sin embargo, estas tendencias deberían ser confirmadas o desmentidas por nuevas investigaciones con mayor número de muestras mejor definidas; los resultados el estudio de comorbilidad y prevalencia del NIH, contradiciendo las cifras habituales sobre el TLP demuestra que existen todavía muchas incertidumbres y lagunas alrededor de este trastorno.

Las perspectivas futuras apuntan pues a **cierto optimismo en cuanto a los tratamientos**, que parecen más eficaces e integrados, **aunque se haga imprescindible una mayor investigación en todos los ámbitos**, ya sea alrededor de la etiología como la eficacia, campo en el que cabría plantearse más estudios sobre coste-eficacia: la necesidad de hospitalización, los frecuentes ingresos por intentos de suicidio y la problemática asociada al TLP lo convierten en una patología psicológica de alto coste económico y social, además del sufrimiento de las personas que lo padecen.

BIBLIOGRAFÍA

DIAGNÓSTICO, COMORBILIDAD Y PREVALENCIA

1. Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Esp. Psiquiatr*., 2011;39(1):1-11

2. Fortes Álvarez, J. L., Sánchez Cabezudo, A. y Antequera Iglesias, J. (2012). Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria,* Vol. 16, nº 12. 9 páginas.

3. Grant, B. F. y cols. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. NIH-PA. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008 April ; 69(4): 533–545

4. Tyrer, P. y cols. (2010). Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry* 2010;9:56-60

5. Mosquera, D. (2011). Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, Vol. 1 (2011), nº 1.

6. Zanarini y cols. (2007). The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:929–935.

ETIOLOGÍA Y CARACTERIZACIÓN

7. Franco, A. I. (2010). La Contratransferencia en Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. *Mexico Quarterly Review*, Vol. 1, nº 3, 2010.

8. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J. New, A. S. y Leweke, F. (2011). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, nº 377, pp. 74-84.

9. Linares, J. L. (2011). Adolescentes rechazados por sus padres. La antesala del trastorno límite de personalidad. *Opiniones en psiquiatría*, Vol. 2, Septiembre 2011.

10. Mosquera, D., González, A. y van der Hart, O. (2011). Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Revista Persona*, Vol. 11, suplemento 1, Septiembre 2011. FUNDAP.

11. Olivera, A. (2010). *Trastorno disociativo de identidad: ¿hecho o artificio?* Tesina nº 295. Buenos Aires: Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades.

12. Opazo Castro, R. y Bagladi Letelier, V. (2006). La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia integrativa. *Psiquiatria.com*, Vol. 10, nº 1.

ESTUDIOS DE EFECTIVIDAD TERAPÉUTICA

13. Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: pp. 1355-1364.

14. Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *Am J Psychiatry* 2008; 165:631–638

15. Blum, N. y cols. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Outpatients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial and 1-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry* 2008; 165: pp. 468-478.

16. Chanen, A. y cols. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 193, pp. 477-478.

17. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. y Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry* 164:6, June 2006.

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

19. Doering, S. y cols. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 196, pp. 389-395.

20. Echeburúa, E., De Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica,* Vol. 15, nº 2, pp. 85-99.

21. López, D., Cuevas, P., Gómez, A. y Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, Vol. 27, No. 4, agosto 2004

22. McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. y Streiner, D. L. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behaviour Therapy versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: pp. 1365-1374.

23. Santibáñez, P. M., Román, M. F. y Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26, 2, 267-287

24. Van Asselt, A. D. y cols. (2008). Out-patient psychotherapy for Borderline Personality Disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry* 192, pp. 450-457.

25. Verheul R. y cols. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

REVISIONES SISTEMÁTICAS

26. Jiménez Barbero, J. A., Pérez García, M., Ruiz Hernández, J. A. y Llor Esteban, B. (2013). Tratamientos farmacológicos y psicológicos para el trastorno límite de personalidad: una revisión sistemática. *14º Congreso Virtual de Psiquiatria.com. Interpsiquis 2013.* Psiquiatria.com

27. Lalucat Jo, Ll. y cols. (coords.) (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre trastorno límite de la personalidad.* Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

28. Patiño, L. D. (2008). Trastorno límite de la personalidad: Síntesis de Avances. Jornadas Hospital Churruca-Visca: *Patologías de la Posmodernidad,* Buenos Aires, 20 de octubre de 2008

29. Rodríguez Cahill, C. y Murias Fernández, E. (2006). Situación actual de los tratamientos en el trastorno límite de personalidad. *Psiquiatria.com.* 2006; 10(1).

PSICOTERAPIAS, TÉCNICAS Y ESTUDIOS DE CASO

30. Álvarez Girón, E. (2008). Análisis narrativo: acercamiento a los significados de una paciente con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. *Norte de Salud Mental*, nº 31, pp. 87-98.

31. Bateman, A. y Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad. Tratamiento basado en la mentalización*. Ed. Universitaria.

32. Campo, C. y D'Ascenzo, I. (2009). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Redes, Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, nº 24, diciembre 2010.

33. Choi-Kain, L. W. y Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1127–1135.

34. Cisneros Torres, M. (2011). *Trastorno depresivo y trastorno límite de la personalidad: Aproximación terapéutica desde una perspectiva humanista*. Tesis. Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

35. Díaz Curiel, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 2001, vol XXI, n.o 78, pp. 51-70

36. Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y López Bermúdez, M. A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del Psicólogo*, 2009. Vol. 30(3), pp. 255-264.

37. Ferro García, R., y Fernández Parra, A. (2006). Psicoterapia Analítica Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *eduPsykhé*, 2006, Vol. 5, No. 2, 203-229

38. García, V. A. (2008). Terapias cognitivas e integrativas para el abordaje de pacientes con trastorno límite de la personalidad: ¿Hacia el sendero de la creatividad y unicidad? Una revisión basada en las propuestas de Jeffrey Young y Marsha Linehan. Tesina, Universidad de Belgrano, Argentina.

39. García Bernardo, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). *Clínica y Salud*, 2007, vol. 18 nº 3, pp. 347-361.

40. García López, M. T., Martín Pérez, M. F. y Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*., 2010; 30 (106), 263-278.

41. Gimeno-Bayón Cobos, A. y Rosal Cortés, R. (2002). *Tratamiento de los trastornos de personalidad y algunos síndormes con análisis transaccional*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista.

42. Gimeno-Bayón Cobos, A. (2013). *Análisis Transaccional para Psicoterapeutas. Volumen I*. Lleida: Ed. Milenio.

43. González Torres, M. A. y Mirapeix, C. (2010). Una experiencia de formación integradora. Psicoterapia multicomponente para los trastornos de la personalidad. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis* 2010. Psiquiatria.com

44. Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994). Functional Analityc Psychotherapy : A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201

45. Lanza Castelli, G. (2011). La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 39, 2011.

46. Mañas Mañas, I. (2006). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, Nº 40, p-p 26-34.

47. Marín Romero, B. (2010). Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a un caso de patología dual. *Apuntes de Psicología*, Vol. 28, nº 3, pp. 483-491.

48. Mirapeix, C. (2004). Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrado de intervención. *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 18, 2004.

49. Montes-Berges, B., Aranda, M. y Castillo-Mayén, M. R. (2011). *EMDR para el tratamiento de estrés postraumático en casos de violencia de género*. VIII Encuentro de Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos Universitarios. Universidad de Málaga.

50. Mosquera Barral, D., González Vázquez, A. y Vázquez Rodríguez, I. (2012). Terapia EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) en el trastorno límite de personalidad: reflexiones en torno a un caso de patología dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(1), 2012.

51. Navarro, M. V., Jorquera, M., García-Palacios, A. y Botella, C. (2010). Terapia dialéctica comportamental en un caso con rasgos de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 15, nº 1, pp. 61-74, 2010.

52. NREPP (2010). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Extraído el 3 de Abril de 2013 desde http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=199

53. Pérez Nieto, M. A., González Ordi, H. y Redondo, M. Mª (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. Clínica y Salud, 2007, vol. 18 n.° 3, pp. 401-423.

54. Quinn, A. (2010). A Person-Centered Approach to the Treatment of Borderline Personality Disorder. Journal of Humanistic Psychology October 2011 vol. 51 no. 4 465-491

55. Rosal Cortés, R. (2000). *La psicoterapia integradora humanista: integración teórica y/o técnica de más de 20 modelos psicoterapéuticos.* I Congreso Europeo de Psicoterapia (FEAP), 5-9 de septiembre de 2000. Extraído el 7 de Mayo de 2013 desde http://www.instfromm.org/doc/3.1.1._articulos.pdf

56. Serrani, D. (2011). Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno límite de personalidad. Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 17, Nº 2, octubre de 2011, pp. 169-188 40

57. Sarmiento Suárez, M. J. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 37, Suplemento No. 1, 2008 41

58. Soler Ribaudi, J. (2010). *Aplicación de la terapia dialéctica conductual grupal en el trastorno límite de la personalidad*. Tesis Doctoral. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, UAB. 42

59. Stern, B. Y Yeomans, F. (2013). Transference Focused Psychotherapy. *Personality Disorders Institute*. Extraído el 8 de Mayo de 2013 desde http://www.borderlinedisorders.com/index.php

60. Torres, T. (2007). Trastorno límite de personalidad. Tratamiento desde un enfoque cognitivo-conductual. *Cuadernos de Neuropsicología* 2007; I (3), 174 –371

61. Tovar Palomino, D. Y. (2010). Estudio de caso en una mujer adulta con una estructura límite de la personalidad: un abordaje desde la perspectiva psicodinámica. *Revista Pensando Psicología*, vol. 6, núm. 11, pp. 29-38.

62. Villalba, L. (2011). Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento según la teoría de la mentalización de Peter Fonagy. *Rev. de Psiquiatría de Uruguay*, Vol. 75, nº 1, agosto 2011.

63. Villegas Besora, M. (Dir.) (2006). Mindfulness y psicoterapia. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, Época II, Vol. XVI, nº 66/67.

64. Zych, I., Buela-Casal, G., Sierra, J. C. y Gómez-Rodríguez, S. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de psicología*, 2012, vol. 28, nº 1, pp. 11-18.

65. Zerbo, E., Collen, S., Bielska, W. y Caligor, E. (2013). Transference-Focused Psychotherapy in the General Psychiatry Residency: A useful and applicable model for residents in acute clinical settings. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(1), 163-181, 2013.

FARMACOLOGÍA Y NEUROPSICOLOGÍA

66. Arza, R. y cols. (2009). Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con trastorno límite de personalidad: una serie de casos. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37(4):236-239.

67. Bertolín Guillén, J. M. (2008). Tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad: actualización. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(1), 2008.

ENFERMERÍA

68. Domínguez Bermejo A. (2011). Emociones experimentadas por enfermeras que trabajan en unidades de trastornos de personalidad en el cuidado a personas con trastorno límite de la personalidad. *NURE Investigación*, 8(53): Julio 2011, 9 p.

69. Jiménez Barbero, J.A. y cols. (2010). El Trastorno Límite de Personalidad: La filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero-paciente. *Enfermería Global*, nº 20, octubre 2010.