

## **Terapia dialéctico-conductual y Psicoterapia focalizada en la transferencia, dos modelos de intervención del trastorno límite de la personalidad**

Lizeth Tapasco Ayala<sup>1</sup>

**Resumen:** En este artículo se busca dilucidar la conceptualización del trastorno límite de la personalidad (TLP) desde las perspectivas teóricas y de tratamiento de la terapia Dialéctico conductual propuesta por Linehan y la psicoterapia Focalizada en la transferencia de Kernberg, pues se evidencia que actualmente existe un aumento significativo en las formas de comprender y tratar diversos tipos de psicopatología, entre ellos el trastorno límite de la personalidad.

**Palabras clave:** Límite - Borderline - Psicoterapia - Linehan - Kernberg

**Summary:** This article seeks to elucidate the conceptualization of Borderline Personality Disorder (BPD) from the theoretical and treatment perspectives of the Dialectical Behavioral Therapy proposed by Linehan and Targeted Psychotherapy in the Kernberg Transference, as it is evident that there is currently an increase Significant in the ways of understanding and treating various types of psychopathology, including borderline personality disorder.

**Key words:** Borderline - Psychotherapy - Linehan - Kernberg

### **Introducción**

Los trastornos de personalidad, al igual que diversos tipos de trastornos de corte psicológico han venido presentando un aumento significativo a nivel epidemiológico, pues cada vez son más los diagnósticos que se hacen de estos y el tiempo de prevalencia también ha aumentado. El trastorno límite de la personalidad, sobre el cual se centra este artículo también ha venido presentando un incremento gradual tanto en diagnóstico como en prevalencia, un ejemplo de esto se observa en un estudio realizado en Estados Unidos de Norteamérica que tenía como

---

<sup>1</sup> Estudiante de pregrado en Psicología de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: lizeth.tapasco@udea.edu.co

objetivo medir la prevalencia epidemiológica del trastorno límite de la personalidad, realizado con un formato de entrevista personal a 34,653 personas arrojó como resultado una prevalencia epidemiológica del 5,6% siendo más significativa en los nativos norteamericanos que en las personas hispanas y asiáticas (Grant, et al., 2008).

Del mismo modo, un estudio realizado una universidad colombiana que tenía como objetivo conocer la prevalencia de los trastornos de personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, para este estudio se le aplicó el inventario clínico multiaxial de Millon, a 1907 estudiantes (774 hombres y 1133 mujeres) con una edad promedio de 22,28 años. Este estudio arrojó una prevalencia de 18,9% del trastorno de personalidad, siendo más común en hombres que en mujeres, también se encontró un mayor nivel de prevalencia en solteros entre los 16-25 años (Ferrer, A; Londoño, N.; Cataño, C.; Alvarez, G.; Jaramillo, H.; Calle, H., et al., 2015).

Estos estudios nos permiten comprender la importancia de conocer más acerca del TLP y sobre los efectos que esto puede tener sobre la vida de las personas que lo presentan, también sobre la necesidad de conocer modos de tratamiento actuales que permitan un abordaje más amplio del TLP y una probabilidad de éxito más elevada. La psicoterapia focalizada en la transferencia propuesta por Kernberg y la Terapia dialectico-conductual desarrollada por Linehan, son dos modelos de intervención que, si bien surgen de dos corrientes psicológicas diferentes, proponen un abordaje amplio de esta patología, y algunas otras que poseen como características fundamentales los problemas emocionales y con el control de impulsos.

Sin embargo, es necesario aclarar que si bien, este artículo hará énfasis en estos dos modelos de intervención, existen muchos más tanto de corte psicológico como psiquiátrico que proponen un modelo farmacológico que puede ser necesario dependiendo de la gravedad de la patología.

### **Trastorno límite de la personalidad:**

Según el DSM-5 un trastorno de la personalidad (en su definición general) se evidencia cuando el individuo presenta un patrón poco flexible y generalizado de experiencias internas y comportamentales que se alejan notoriamente de las expectativas socioculturales en que está inmerso el sujeto (American Psychiatric Association, 2013). Del mismo modo, el trastorno

límite de la personalidad tal y como lo expresa la definición planteada por el NIH (National Institute Of Mental Health, 2017) presenta un marcado patrón continuo de diferentes estados de ánimo, autoimagen y comportamiento; estos síntomas generalmente se pueden observar en las acciones impulsivas y problemas relacionales del sujeto. Las personas que presentan TLP puede atravesar por episodios intensos de emociones negativas como lo son: ira, depresión, ansiedad y estos pueden tener una duración que puede ir desde horas a días (NIH, 2017).

Teniendo en cuenta lo anterior, y dados los síntomas y manifestaciones que presenta un paciente con TLP, el tratamiento integral es básico, y requiere de una participación constante por parte del paciente y del terapeuta que facilite una mayor aceptación del tratamiento y progreso de este. La terapia dialectico-conductual y la psicoterapia focalizada en la transferencia presentan modelos que, si bien surgen de dos corrientes psicológicas diferentes, abordan los aspectos de la vida del paciente que se pueden ver afectados por esta sintomatología, y tienen en cuenta la complejidad del tratamiento, lo que facilita su implementación y permite que exista una mayor adherencia al tratamiento.

### **Trastorno límite de la personalidad: Definición cognitivo conductual**

Muchos autores con una mirada cognitivo conductual del TLP parten de la definición propuesta en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición (DSM-5) en el cual el TLP es definido como: “Un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos” (APA, 2013).

No obstante, (Torres & Tamara, 2007) brindan una definición más explicativa pues proponen que el trastorno límite de la personalidad es una pauta duradera de percepción, relación y de pensamiento sobre el ambiente y sobre sí mismo, en la que hay problemas de imagen personal y conductas interpersonales, por los cuales se presenta una inestabilidad en sus relaciones e impulsividad en las conductas que se puede observar como irracionales. Del mismo modo, sobresale una inestabilidad en el estado de ánimo, donde la característica más común es la intensidad en las emociones, esta intensidad se observa en la manifestación de estas, por ejemplo, cuando se pasa rápidamente de un estado depresivo a uno de ira o ansiedad.

Además, los pacientes con TLP dicotómicamente, esta clasificación cognitiva los lleva a acciones y reacciones emocionales extremas, sus creencias son marcadas más por sensaciones que por hechos, creen que el mundo es peligroso y que son vulnerables a este, incapaces de afrontar las amenazas del entorno lo que los lleva a estar siempre a la defensiva. Los pensamientos influyen en los sentimientos y sensaciones de estas personas lo que provoca acciones descontroladas y estas acciones permiten reforzar las cogniciones que llevan a una resistencia al cambio. Beck y Freeman aportan que, estas características se dan de manera mezclada y pueden variar de un día o semana a otra (Torres & Tamara, 2007).

### **Trastorno límite de la personalidad: Perspectiva psicodinámica**

Desde una perspectiva psicodinámica, el TLP especialmente desde el planteamiento de Kernberg debe ser observado desde una perspectiva dimensional, en vez de categorial, pues esta no es entendida como una patología en sí misma, sino como un nivel organización que puede ir variando dependiendo de las particularidades del sujeto. Estos niveles de organización se dividen en: neurótico, bordelinde (limite) y psicótico, por lo que una persona puede tener un nivel de organización limite tendiendo al histrionismo, por esta razón es importante entender la psicopatología de modo dimensional (Vittigni, 2010).

Este nivel de organización se caracteriza por problemas con la representación Yoica (labilidad inespecífica) del sujeto, pues este posee una representación pobre de su si mismo, esta labilidad inespecífica se refiere principalmente a tres características: **a.** Falta de tolerancia la ansiedad, **b.** falta del control de impulsos, **c.** insuficiente desarrollo de los canales de sublimación. Esta fragilidad en la representación de su sí mismo se conoce como: El síndrome de la difusión de identidad que consiste en la incapacidad de integrar las introyecciones y e identificaciones provenientes de impulsos pulsionales libidinales con las introyecciones e identificaciones provenientes de instintos pulsionales agresivos (Fossa, P. 2010).

Otra característica importante de este nivel estructural se presenta en los mecanismos de defensa propios de esta, pues estos se encuentran en un nivel de organización primitivo, estos son: la escisión, en el cual se percibe al objeto como completamente bueno o completamente malo; la idealización primitiva, las formas tempranas de proyección especialmente la identificación proyectiva que es usada para poder controlar y atacar al objeto antes de que este

los destruya a sí mismos; la negación, y la omnipotencia y desvalorización, que posee una característica particular pues el objeto idealizado que está revestido de una protección contra los objetos malos persecutorios inicialmente cuando pasa a ser desidealizado se desvaloriza en proporción a la idealización inicial, es decir, a mayor nivel de idealización mayor nivel de desvalorización (Fossa, P. 2010).

Del mismo modo, la imposibilidad de una correcta integración de las imágenes objétales supone serios obstáculos en la integración del super-yo, puesto que los primitivos persecutores sádicos y oicos son demasiado dominantes para ser tolerados y por lo tanto son proyectados al exterior como objetos malos, del mismo modo las imágenes objétales completamente idealizadas crean fantaseos de poder, grandeza, perfección que no permiten una correcta integración de un superyó (Fossa, P. 2010).

Todo esto se da por problemas o alteraciones en el proceso de las relaciones objétales tempranas, cuando el uso de los mecanismos de defensa primitivos es completamente normal, pero si estos se transportan a la vida adulta el sujeto genera conflictos sobre todo a nivel emocional e interpersonal. Dado que el proceso de internalización del objeto y las representaciones psíquicas del mismo Kernberg, citado en (Vittigni, 2010) propone un análisis estructural que comprende los siguientes elementos: manifestaciones no específicas de debilidad del yo, desplazamiento hacia el tipo de pensamiento del proceso primario, patología de las relaciones objétales interiorizadas y el uso habitual de defensas primitivas; esto, con el fin de dar una interpretación adecuada al nivel estructural de cada uno de los pacientes y los elementos que lo diferencian de otros pacientes con TLP, para que el abordaje sea adecuado.

### **Terapia dialectico-conductual para el trastorno límite de la personalidad.**

Antes que nada, la terapia dialectico conductual (TDC o DBT) es un tratamiento psicológico descrito por Linehan en 1993, y fue desarrollado específicamente para el trastorno límite de la personalidad, es de un enfoque cognitivo-conductual que reúne la filosofía dialéctica y la práctica del Zen. Para este tratamiento las alteraciones emocionales y conductuales del trastorno límite de la personalidad son mantenidas por un ambiente que refuerza unas conductas disfuncionales. (Cuevas & López, 2012)

Aunque la filosofía dialéctica es asociada a Marx y Engels, también es vista en algunas teorías científicas. La utilización de la filosofía dialéctica es la característica que diferencia al TDC de la terapia cognitivo-conductual clásica. La filosofía dialéctica propone:

La realidad está compuesta por fuerzas opuestas que están en tensión. Es así que cada tesis contiene su anti-tesis. El cambio dialectico ocurre cuando una tesis y su anti-tesis pueden encontrar una síntesis, que no es otra cosa que una nueva dialéctica, la dialéctica más importante para la DBT es la que ocurre entre el cambio y la aceptación. (Elices & Cordero, 2011, p.136)

Entonces, la TDC es una terapia de tercera generación, la cual hace énfasis en el contexto y la función, reuniendo a los planteamientos conductuales y cognitivos con conceptos de como la atención plena, los valores o la aceptación. Esta terapia aborda conductas de riesgo vital para el paciente como autolesiones o intentos de suicidio y la resolución de conflictos en las relaciones intra e interpersonales (Cuevas & López, 2012). Para lograr este objetivo la TDC posee un orden estructural que se debe seguir correctamente.

Esta terapia es considerablemente organizada pues incluye trabajo entre las sesiones y tareas para la casa. El objetivo fundamental de la TDC es que el paciente incorpore habilidades que le permitan regular sus emociones y conducta; el tratamiento se divide en dos partes, una de ella es el entrenamiento de habilidades que se hace de forma grupal y la otra es una psicoterapia individual, cada trabajo lo puede realizar un psicólogo diferente (Vega & Sánchez, 2013).

El entrenamiento de habilidades se suele trabajar en grupo debido a que esto permite observar y trabajar las conductas interpersonales que surgen entre los participantes, esto promueve que los pacientes aprendan unos de otros. La TCD dispone de cuatro módulos de habilidades específicas, las cuales los pacientes con TLP tienen dificultades en su regulación, estas son las habilidades básicas de conciencia, este módulo trabaja sobre síntomas como: confusión acerca del yo, identidad y vacío, estas habilidades son las primeras que se enseñan y se trabajan durante todo el tratamiento a través de fichas que los pacientes entregan semanalmente. Estas habilidades están planteadas con técnicas orientales de meditación, y van dirigidas a los sentimientos de vacío y desconocimiento del yo. El objetivo de esto es controlar nuestra propia mente y del mismo modo los procesos intencionales, decidir que se atiende y durante cuánto

tiempo, esto se logra con los ejercicios de mindfulness propuestos por el terapeuta para que el paciente se concentre en el aquí y ahora (Vega & Sanchez, 2013).

El segundo módulo aborda las habilidades de efectividad interpersonal y se centra en los síntomas de caos interpersonal y relaciones inestables, el objetivo es que los pacientes puedan obtener ayuda de otras personas sin dañar la relación ni que se ponga en juego el respeto personal; esto se trabaja por medio de *role playing* (juegos de rol) de situaciones hipotéticas o situaciones reales planteadas por los pacientes que puedan resultar problemáticas (Vega & Sánchez, 2013).

El tercer módulo se focaliza en las habilidades de regulación emocional, los síntomas trabajados en este son la estabilidad emocional y de los estados de ánimo, aquí el psicólogo alienta a los pacientes a que toleren sus emociones y que sean capaces de cambiar la respuesta emocional y conductual que estas le generan. Es por esto que se les enseña a identificar, nombrar, reconocer sus emociones y la función que estas cumplen en el contexto (Vega & Sánchez, 2013).

Y el cuarto y último módulo está enfocado en las habilidades de tolerancia al malestar, este se trabaja en dos bloques, uno de ellos está dirigido a las habilidades de supervivencia a la crisis, donde los pacientes aprenden a el dolor de una situación sin acudir a conductas que mantengan o aumenten el sufrimiento, que generalmente desencadenan en autoagresión. El otro bloque va dirigido a las habilidades de aceptación de la realidad, las cuales tienen que ver con aceptar de manera no prejuiciosa a ellos mismos o a la situación que se presenta en el momento. Estas técnicas se enseñan para aprender a percibir y experimentar a sí mismos y a su ambiente sin intentar cambiar o modificar nada, esto se logra a partir de técnicas de mindfulness (Vega & Sánchez, 2013).

Es importante recordar que las personas con TLP deben contar con una terapia personal y a su vez deben concebir al terapeuta como alguien de confianza, el terapeuta debe esforzarse por no repetir el ambiente patológico invalidante que el paciente ha experimentado a lo largo de su vida, además debe llegar a un equilibrio entre la aceptación de las emociones, las conductas y el esfuerzo por lograr su cambio siempre conservando al paciente motivado e intentando mantener una muy buena vinculación y enganche con el paciente.

Además del entrenamiento de habilidades y la terapia individual es esencial que el paciente cuente con consulta telefónica y reuniones de supervisión, aunque cada psicólogo lo puede trabajar de forma diferente es común que en el encuadre con el paciente se hable de consultas telefónicas para atender las situaciones en crisis, en estas consultas, el terapeuta tratará de promover el uso de técnicas que se le han enseñado con anterioridad al paciente y que puedan ser aplicadas, de esta forma, aumenta la generalización de las habilidades aprendidas a los ámbitos cotidianos (Vega & Sánchez, 2013)

### **Psicoterapia centrada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad.**

Este modelo psicoterapéutico parte de la premisa de que la sintomatología presentada por los pacientes con TLP se desarrolla en el contexto de un desarrollo patológico de la personalidad, que se da durante el proceso de estructuración y organización de la personalidad. Entonces se podría decir que esta sintomatología puesta en el plano conductual y sus molestias subjetivas reflejarán la patología en las estructuras psíquicas subyacentes (Somavía, 2008). Para este modelo psicoterapéutico la estructura mental de mayor relevancia tanto para el abordaje y el diagnóstico es el YO y los mecanismos de defensa utilizados, ya que el nivel de organización estructural que presente el paciente va a estar relacionado con el nivel de integración del yo que haya alcanzado en el plano de las relaciones objétales.

La terapia centrada en la transferencia (TFP) tiene como objetivo la reorganización parcial de estas estructuras psíquicas, buscando una mayor integración objetal y de las estructuras psíquicas subyacentes, por lo que necesariamente se puede observar una mejoría con respecto a la sintomatología presentada (Somavía, 2008).

Por esto, la estrategia principal de la TFP consiste en crear un ambiente facilitador en el cual el paciente pueda “*re-activar*” en el tratamiento el proceso de las relaciones objétales ya internalizadas, escindidas y de naturaleza persecutoria e idealizada; estas relaciones y su manifestación en la conducta actuada del sujeto y en sus interpretaciones subjetivas con respecto al entorno, al sí mismo y al otro significativo, son interpretadas en la TFP en el proceso transferencial con el terapeuta. (Kernberg & Foelsch, 2011)

Según Kernberg, el rol del terapeuta en la TFP se limita a la cuidadosa observación de la activación de las relaciones regresivas escindidas en la transferencia, ayudando posteriormente

al paciente a identificarlas pues, sostiene que estos pacientes presentan un bajo nivel de introspección, lo que les dificulta la realización de un adecuado proceso reflexivo con respecto a sus conductas y a las situaciones en las que se ven envueltos. La interpretación de estas relaciones de objeto escindidas se fundamenta en el supuesto de que cada una de ellas refleja una unidad diádica de representación de sí mismo. (Kernberg & Foelsch, 2011)

Entonces, se podría decir que estas unidades diádicas de representación, cuando son puestas en el plano transferencial dan al terapeuta herramientas de análisis que le permiten comprender la manera en que el paciente se vincula con el objeto, y cuáles son los mecanismos de defensa que más usa para proteger su psiquismo.

La TFP propone una secuencia de tres pasos para la interpretación de estas relaciones escindidas:

Paso 1: Tomando como base las relaciones escindidas que parecen estar activas en el momento, se busca, mediante declaraciones metafóricas presentar la situación de la manera más completa posible, para que pueda ser entendida por el paciente y también clarificar quién representa qué rol en esa interacción. Los comentarios del terapeuta deben estar basados en sus observaciones, en la utilización de la contratransferencia y en las clarificaciones que han sido encontradas en las experiencias relacionales del paciente.

Paso 2: En este paso se lleva a cabo la observación del intercambio de los roles de las relaciones diádicas entre paciente y terapeuta, esto con el tiempo permitirá al paciente entender sus identificaciones inconscientes, tanto con el objeto como con su sí mismo. Este paso se lleva a cabo a través de la clarificación y la confrontación de las fluctuaciones diádicas.

Paso 3: Aquí se busca una conexión interpretativa de las transferencias escindidas idealizadas y persecutorias, llegando a la integración de segmentos de experiencia escindidos, a la resolución de la identidad y a la modulación respuestas afectivas intensas. Este paso provoca una integración significativa del yo del paciente, y una visión integrada de los otros significativos que reemplaza el mecanismo primitivo de escisión. (Kernberg & Foelsch, 2011). Estos pasos permiten al paciente una reestructuración en su nivel de organización, y una resignificación de su sí mismo y de los otros significativos, permitiendo que este cree un abanico de respuestas más amplio para afrontar las situaciones, reduciendo significativamente

las respuestas agresivas y la recurrencia a los mecanismos de defensa primitivos para preservar el equilibrio de su estructura psíquica.

Por otro lado, Kernberg expone que, si bien este mecanismo secuencial inicia con el primer paso en las primeras sesiones y continua con el segundo después de las primeras semanas, el tercer paso caracteriza las etapas más avanzadas de la psicoterapia, más este proceso secuencial supone un proceso repetitivo, por la naturaleza del mismo paciente, por esto puede haber variaciones con respecto al trabajo terapéutico, sobre todo con la duración.

La TFP también plantea una serie de tácticas que son claves en el proceso psicoterapéutico, estas tácticas pueden definirse como unas reglas de compromiso entre el terapeuta y el paciente que permiten la aplicación de la técnica psicoanalítica de forma diferente de la que corresponde en los desarrollos de la transferencia en este tipo de casos. La primera táctica es la realización de un encuadre, la segunda sería elegir un tema prioritario para dirigir el material que el paciente presenta, la tercera táctica busca mantener un equilibrio apropiado entre las exploraciones del terapeuta y el establecimiento de elementos de los elementos comunes de una realidad compartida y la última táctica, la cuarta consiste en regular la intensidad afectiva y proteger el mantenimiento de los límites del tratamiento.

Al igual que con las tácticas antes mencionadas, la TFP propone una serie de técnicas que serían claves para el buen funcionamiento y avance la psicoterapia, estas hacen referencia a la aplicación general y consistente de instrumentos técnicos derivados de la técnica psicoanalítica, la interpretación, el análisis de la transferencia y la neutralidad técnica. (Kernberg & Foelsch, 2011). Tanto estas tácticas como técnicas permiten al terapeuta entender y traducir las relaciones de objeto primitivas que se vuelven significativas en cada sesión, así, estas representaciones fragmentadas del sí mismo y del objeto se vean integradas, lo que facilita una reestructuración a nivel organizacional que se da gracias al ambiente facilitador auxiliar que brinda el terapeuta.

## **Conclusiones**

Vemos como es fundamental el rapport o la relación terapéutica-paciente que se debe tener en ambos tipos de tratamiento, puesto que solo así se puede obtener el compromiso necesario del paciente, para que este sea constante en la asistencia de las consultas y responda positivamente

en las tareas propuestas. Debido a la naturaleza del trastorno, los pacientes presentan un bajo nivel de adherencia a los tratamientos, es por esto que independientemente cual sea la técnica con la que se trabaje es muy necesario que siempre haya una buena relación y un acompañamiento constante con el paciente.

La terapia con personas con TLP el establecimiento de límites deben ser claros ya que la prioridad es disminuir conductas de riesgos sociales y personales, es por esto que se le enseña a resolver de diferentes maneras los conflictos internos que se puedan generar en la cotidianidad, una de las claves es ayudarle a validar sus propias experiencias y decisiones, como alternativa a lo que siempre le ha supuesto un ambiente invalidante y a trabajar constantemente en la intensidad con las cuales expresa sus emociones.

Es importante trabajar en los niveles de introspección de los pacientes con TLP, pues esto puede influir notoriamente en la evolución o estancamiento del proceso psicoterapéutico, o en las reacciones que estos tengas frente a las situaciones que se les presenten en el diario vivir, llevando incluso a situaciones de autoagresión o agresión al otro, por eso ese autoconocimiento, el pensarse a sí mismo es tan necesario en los pacientes con TLP.

## **Recomendaciones**

Los altos niveles de comorbilidad que presentan los pacientes con TLP, son un gran obstáculo a la hora de hacer los trabajos psicoterapéuticos, por esto se debe realizar un buen diagnóstico con respecto a la psicopatología y si es pertinente hacer una intervención interdisciplinar cuando se presentan otras problemáticas que pueden hacer ruido en el tratamiento y obstaculizar el mismo, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas; la identificación de las redes de apoyo también es fundamental para un buen resultado terapéutico.

## **Referencias**

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnéy Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

Cuevas Yust, C., & López Pérez-Díaz, Á. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (1), 97-114. recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023335007>

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

recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847405006>

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Ruan, W. J. (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. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545. recuperado de: <http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/modelo-psicoterapia-transferencia-modificacion-adolescentes.pdf>

Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2011). Modelo de la psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de adolescentes. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 52, 7-40. recuperado de: <http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/modelo-psicoterapia-transferencia-modificacion-adolescentes.pdf>

Navarro-Leis, Manuela, & López Hernández-Ardieta, Marcos. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44. recuperado de: <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>

NIMH. (2017). *National Institute Of Mental Health*. recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder/index.shtml>

Somavía, J. (2008) Psicoterapia Centrada en la Transferencia. recuperado de: <http://www.ichtp.cl/documentos/Psicoterapia%20Centrada%20en%20la%20Transferencia.pdf>

- Torres G., Tamara E.. (2007). Trastorno límite de personalidad: tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual. Cuadernos de neuropsicología, 1(3), 311-320. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232007000300014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000300014)
- Vega, Irene de la, & Sánchez Quintero, Sabrina. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56 recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-908X2013000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005)
- Vittigni, G. (2010). La personalidad borderline según el modelo estructural de Otto Kernberg. recuperado de: <http://www.isfo.it/files/File/Spagnolo/e-Vittigni10.pdf>
- Ferrer Botero, A., Londoño Arredondo, N. H., Álvarez Montoya, G. E., Arango Garcés, L. M., Calle Londoño, H. N., Cataño Berrío, C. M., Peláez Martínez, I. C. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 73-96. <http://hdl.handle.net/10495/7696>
- Fossa, P. (2010). Organización limítrofe de personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (1), 32 – 52. <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2220/1/Organizacion%20Limítrofe%20de%20Personalidad.pdf>