

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: ACTUALIZACIÓN CLÍNICO-FENOMENOLÓGICA Y TERAPÉUTICA

Borderline personality disorder: Clinical-phenomenological and therapeutic update

GABRIEL FERNANDO OVIEDO LUGO¹ Y FRANCISCO JAVIER MUÑOZ MOLINA²

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.e342752>

Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) representa un reto diagnóstico y terapéutico en los contextos clínicos. Existe una prevalencia variable del trastorno de acuerdo con los diferentes escenarios de observación y se encuentra en un 2% de la población general y en hasta un 15%-28% de los pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas. El trastorno límite de personalidad se caracteriza por cuatro grupos de síntomas: multi-impulsividad, inestabilidad del humor y problemas interpersonales, en asociación con alteraciones de la identidad y conductas suicidas ante situa-

ciones generadoras de frustración. Las dificultades diagnósticas relacionadas con el abordaje de estos pacientes pueden conducir a manejos psicofarmacológicos no exitosos, por lo que la psicoterapia es el eje del tratamiento. En este artículo de revisión se abordan los aspectos históricos, clínico-fenomenológicos y psicoterapéuticos de esta entidad nosológica.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, psicoterapia, suicidio, fenomenología, inestabilidad afectiva.

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) represents a diagnostic and therapeutic challenge in clinical settings. There is a variable prevalence of the disorder according to the different observation scenarios, ranging from 2%

in the general population and up to 15-28% of patients hospitalized in psychiatric units. A borderline personality disorder is characterized by four groups of symptoms: multi-impulsiveness, mood instability, interpersonal

Recibido: 2020-08-31 Aceptado: 2020-12-07

Para citar este artículo en APA: Oviedo, G. y Muñoz, F. Trastorno límite de la personalidad: actualización clínico-fenomenológica y terapéutica.

Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 12(2), e342752. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e342752>

¹ Médico, Psiquiatra, Magister en Neuropsicofarmacología Clínica. Profesor de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo: goviedo@javeriana.edu.co; <https://orcid.org/0000-0001-6119-7060>

² Médico, Psiquiatra, Psicoanalista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Profesor de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-4638-931X>

problems, and identity disorders, and they present a high risk of suicide in situations that generate frustration. The diagnostic difficulties associated with the approach of these patients can lead to unsuccessful pharmacological interventions, with psychotherapy being the axis of treatment. This document will

review the historical, clinical-phenomenological, and therapeutic aspects of this nosological entity.

Keywords: borderline personality disorder, psychotherapy, suicide, phenomenology, affective instability.

Introducción

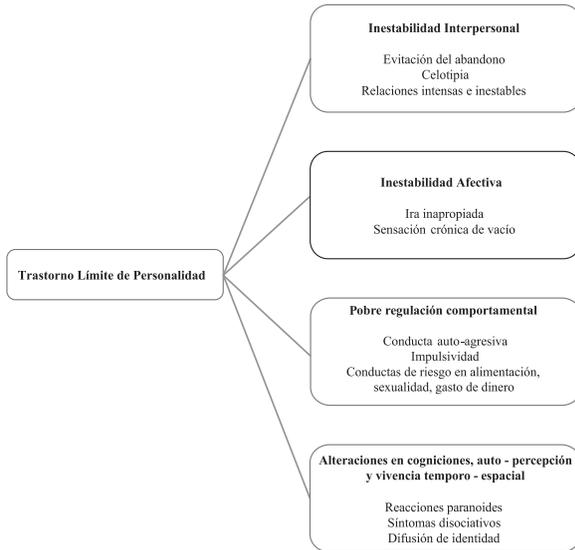
El trastorno límite de personalidad es una condición tratable, los individuos que lo padecen presentan como características nucleares una sensibilidad interpersonal extrema y un sentido frágil del sí mismo en asociación con inestabilidad, desregulación emocional e impulsividad, como lo demuestran varias investigaciones (cf. Ritschel, Cowperthwait, Stewart y Lim, 2018; Levy, McMain, Bateman & Clouthier, 2018; Storebø *et al.*, 2020), (figura 1). La suicidabilidad³ se considera un marcador de gravedad y ocurre en aproximadamente un 80% de los casos (Hennings, 2020; Goodman, Tomas, Temes, Fitzmaurice, Aguirre y Zanarini 2017; Paris, 2019).

En la presente revisión se pretende contextualizar los principales aspectos relacionados con el modelo clínico de comprensión multideterminado de este diagnóstico, los aspectos relacionados con el tratamiento psicofarmacológico de los componentes impulsivos del trastorno límite de personalidad y sus comorbilidades psiquiátricas van más allá del alcance de esta publicación y pueden encontrarse en otros artículos académicos.

³ Suicidabilidad: espectro de conductas e impulsos que abarcan desde ideación, planificación, intento suicida y suicidio consumado (Paris, 2019).

Figura 1

Síntomas nucleares y fenotipos del trastorno límite de la personalidad



Aspectos históricos y nosográficos

Este tipo de pacientes han sido descritos en la literatura con una particular estructura clínica y defectos del yo específicos (Berg, 1990), las diferentes nominaciones nosológicas sugieren dificultades clínicas asociadas a la comprensión de esta constelación sintomática. Una lista parcial de los diagnósticos incluye: personalidad “como sí”, esquizofrenia latente, esquizofrenia límite, esquizofrenia pseudoneurótica, carácter psicótico, personalidad cicloide, trastorno impulsivo de la personalidad, trastorno lábil de la personalidad y trastorno ambivalente de la personalidad, entre otros (Caballo, 2004).

En 1684, Bonet caracterizó personalidades oscilantes entre la ira, la irritabilidad y la depresión, acuñando el término *folie maniaco-mélancolique*. Emil Kraepelin denominó este cuadro clínico como *personalidad excitable*, haciendo una aproximación más cercana a esta condición clínica como la conocemos ahora (Kraepelin, 1920; Crocq, 2013). Hoch y Polatin consideraron el término *esquizofrenia pseudoneurótica* para individuos con impresión esquizo-

frénica con operaciones defensivas de tipo neurótico (Hoch & Polatin, 1949; Londoño Paredes, 2015) y Kurt Schneider denominó a los pacientes que exhibían estos síntomas como *personalidades lábiles* (Bürgy, 2011). En 1968, Otto Kernberg estructuró los componentes de la literatura y de la investigación, conceptualizando el cuadro de la personalidad límite o *borderline* como una organización estructural psíquica propia (Kernberg, 1968).

Como trastorno, fue anexado a la Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III) en 1980 y diez años después en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. La fuerza de trabajo del DSM III generó la reorganización de los trastornos de personalidad como categorías diagnósticas y, en ese sentido, el concepto de trastorno límite de personalidad se nutrió de la conceptualización de los estados límite de Knight, el trabajo de Grinker sobre el síndrome límite y la noción de organización límite de personalidad de Kernberg, entre otros aportes (Grinker, 1978; Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2014). Se destaca en este momento la caracterización de los cuatro dominios principales para el diagnóstico, los cuales se mantienen hasta este momento en el DSM-5 (Meehan, Clarkin y Lenzenweger, 2018).

Tabla 1

Criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad -DSM-5 APA, 2013

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, manifestándose mediante cinco (o más) de los siguientes modos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: no incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). Nota: no incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5.

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Epidemiología

Se sabe que los varones adultos jóvenes no casados y con antecedentes de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, tienen mayor riesgo de que se les diagnostique un trastorno de personalidad grave (Oviedo, Gómez-Resrepo, Rondón, Borda y Tamayo, 2016). Por otro lado, los ya diagnosticados de trastorno de personalidad tienen mayor probabilidad de sufrir enfermedades mentales, especialmente trastornos del ánimo, ansiedad o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. La relación entre los grupos de trastornos de personalidad del DSM-5 y las distintas enfermedades mentales es —en algún grado— específica, pues existe mayor asociación entre los trastornos de personalidad del grupo A (esquizotípico, esquizoide y paranoide) y trastornos del espectro psicótico; los trastornos de personalidad del grupo B (límite, narcisista, antisocial e histriónico) con trastornos del afecto, multiimpulsividad, autoagresión o heteroagresión y los trastornos de personalidad del grupo C (trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, dependiente y evitativo) con los trastornos de ansiedad.

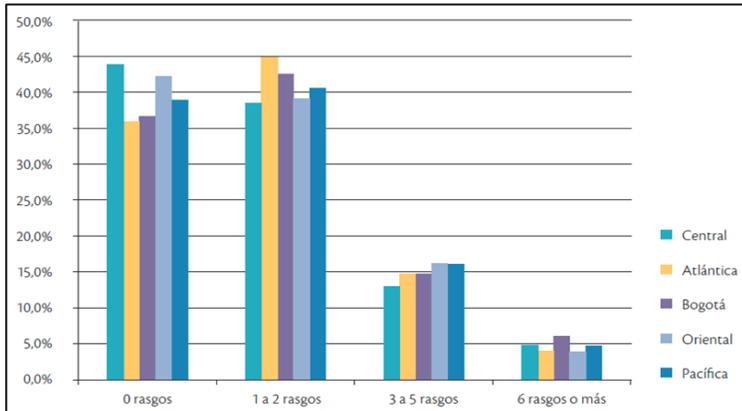
Colombia presenta las prevalencias más altas de trastornos de personalidad en comparación con 16 países (Oviedo *et al.*, 2016). En los trastornos de personalidad del grupo B (límite, histriónico, antisocial y narcisista) la prevalencia fue del 2,1%, frente al 0,3% en Nigeria (Yueqin, Roman, De Girolamo, Preti, Angermeyer, Benjet, Demyttenaere, De Graaf, Gureje, Nasser, Lee, Lépine, Matschinger, Posada-Villa, Suiman, Vilagut y Kessler, 2009). En el año

2015, se realizó en Colombia la Encuesta Nacional de Salud Mental donde se entrevistaron 10.870 personas; el 54,2% de la población fueron sujetos de 18–44 años y el 45,8%, mayores de 45 años. Se agruparon las preguntas según los rasgos de personalidad a los que pertenece el trastorno límite o antisocial (Grupo B) o a los grupos A y C; además, se describieron las prevalencias de rasgos de acuerdo con el número presentado. En relación con los rasgos límites de personalidad (Grupo B) el 4,6% (ic95% 4,1 – 5,2) de la población colombiana de 18 años en adelante tienen 6 o más rasgos. El rasgo más prevalente (el 35,4% de la población) fue el “mostrar los sentimientos a cualquier persona” y el 16,9% refiere impulsividad. En el análisis por regiones de Colombia, la mayor prevalencia de 6 o más rasgos es del 6,0% (ic95% 4,2-8,5) de las personas que viven en Bogotá (figura 2), (Oviedo *et al.*, 2016).

En otras observaciones internacionales, la prevalencia media del trastorno límite de personalidad se estima en un 1.6%, pero se considera que puede ser tan alta como del 5.9% (Grant, Chou, Goldstein, Huang, Stinson, Saha y Ruan, 2008). En cuidado primario sanitario se ha estimado una prevalencia del 6% , se ha encontrado en un 10% en individuos que asisten ambulatoriamente a centros especializados en salud mental y puede aumentar hasta un 28% en pacientes hospitalizados por psiquiatría (Zanarini, Frankenburg, Hennen y Silk, 2004). Un hallazgo notable en las muestras basadas en estudios de la comunidad es que la prevalencia de TLP es relativamente similar en hombres y mujeres, en contraste con la proporción de género femenino: masculino de 3:1 en entornos clínicos citada en el DSM-5 (APA, 2013; Ellison, Rosenstein, Morgan y Zimmerman, 2018).

Figura 2

Prevalencia de rasgos de personalidad límite en población colombiana mayor de 18 años



Nota: modificado de Oviedo. *et al.* (2016)

Diagnóstico diferencial

El trastorno límite de personalidad tiene un amplio espectro de síntomas y características fenomenológicas que se pueden superponer con otras condiciones clínicas, asimismo, los trastornos pueden responder terapéuticamente a diferentes formas de tratamiento, por lo que es fundamental el diagnóstico diferencial (Meehan *et al.*, 2018). Se debe diferenciar de los trastornos del espectro bipolar y se requiere una evaluación cuidadosa de la desregulación afectiva y la hipomanía. También debe diferenciarse del trastorno depresivo mayor, los trastornos psicóticos, los trastornos de síntomas somáticos, el TDAH y los efectos activos y residuales asociados con los trastornos por consumo de sustancias, así como de los trastornos relacionados con el estrés y con el trauma (Bayes, Parker y Paris, 2019). Aunque no se consideran mutuamente excluyentes, el trastorno bipolar y el trastorno límite de personalidad son diferentes. La diferenciación suele ser difícil porque comparten similitudes como la labilidad anímica y la impulsividad; sin embargo, autores como Ghaemi *et al.* consideran que dichas similitudes son superficiales y se debe indagar sobre diferencias estructurales (Ghaemi, Dalley, Catania y Barroilhet, 2014).

Aspectos neurobiológicos

Los correlatos neurobiológicos y genéticos son mucho más sólidos en el trastorno bipolar mientras que en el TLP predominan antecedentes como el abuso, el maltrato y el trauma tempranos (Sanches, 2019). En el trastorno depresivo mayor el afecto permanece bajo independientemente de la información ambiental, manteniéndose una pobre reactividad ante la posibilidad de experiencias aparentemente gratificantes o placenteras. El estado anímico en el trastorno límite de personalidad tiende a ser reactivo e inestable y se asocia con las variaciones del entorno (Paris, 2018). Los síntomas depresivos en este trastorno de personalidad se asocian a altos niveles de impulsividad, comportamientos autolesivos y sobredosis recurrentes (Paris, 2018). Asimismo, en algunas investigaciones el TLP se ha asociado con otras condiciones no psiquiátricas como la artritis, las condiciones gastrointestinales y la enfermedad cardiovascular (Quirk, El-Gabalawy, Brennan, Bolton, Sareen, Berk y Williams, 2015).

En un estudio se encontró un RR de 3,9 sobre la probabilidad de que dos miembros de una familia presenten un trastorno límite de la personalidad en comparación con los controles (Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen y Zanarini, 2018). Las conclusiones generales de las investigaciones apuntan a que una diátesis biológica se potencia en el desarrollo del individuo por interacciones ambientales (Skoglund, Tiger, Rück, Petrovic, Asherson, Hellner y Kuja-Halkola, 2019). A pesar de la heredabilidad mencionada, no existen genes específicos o vías moleculares identificadas hasta este momento (Calati, Gressier, Balestri y Serretti, 2013).

Desde el punto de vista neurobiológico se han realizado estudios y se han generado hipótesis sobre la asociación del fenotipo clínico comportamental con posibles alteraciones en el sistema de recompensa cerebral, cambios en el procesamiento en vías de dolor y desregulación amigdalina con alteraciones en su conectividad con el cíngulo posterior y con la corteza prefrontal (Kraus, Esposito, Seifritz, Di Salle, Ruf, Valerius y Schmahl, 2009). Incluso, las neuroimágenes funcionales se han utilizado para estudiar el procesamiento emocional en este trastorno (Soloff, White, Omari, Ramaseshan y Diwadkar, 2015), encontrando reducciones en la actividad regulatoria de la corteza pre-

frontal en un modelo *top-down*, así como activaciones anómalas amigdalinas e insulares en comparación con controles sanos y vinculados clínicamente con los niveles de ansiedad y de agresión (Winsper, Marwaha, Lereya, Thompson, Eyden y Singh, 2016). También, se han encontrado reducciones en los tamaños de la amígdala derecha, los hipocampos y la corteza prefrontal en personas con antecedentes de trauma psicológico temprano y trastorno límite de personalidad.

Datos recientes sugieren que el metabolismo de los glucocorticoides periféricos está notablemente alterado en algunas personas con trastorno límite de la personalidad y con trastorno de estrés postraumático comórbido, lo que derivaría en un embotamiento del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Asimismo, se propone que algunos déficits interpersonales en esta población de pacientes podrían relacionarse con una desregulación de neuropéptidos que incluyen opioides endógenos, oxitocina y vasopresina (Bertsch y Herpertz, 2018). Los niveles periféricos de oxitocina están disminuidos en pacientes con trastorno límite de personalidad, con mayor asociación a trauma temprano y representaciones desorganizadas de sus figuras de apego. La oxitocina actúa en contraposición con el cortisol y genera un balance de las respuestas de estrés crónico, particularmente, en los contextos sociales. Al disminuir los efectos del cortisol mediados por el estrés, la disfunción de la oxitocina puede afectar la capacidad del individuo para evaluar sus emociones a partir de señales sociales (Buchheim y Diamond, 2018; Brüne, 2016). Esta alteración tendría la capacidad de generar una interpretación errónea de las relaciones sociales y hace que sean percibidas como luchas competitivas y autoritarias en lugar de estructuras colaborativas (Bartz, Simeon, Hamilton, Kim, Crystal, Braun, Vicens y Hollander, 2011).

El sistema opioide parece modular el afecto social y las vivencias de exclusión y separación. Desde una perspectiva del desarrollo cerebral, el sistema opioide media los sentimientos de dolor, alivio y placer durante las primeras etapas de la nutrición y estas se vinculan con la atenuación de emociones desagradables durante el crecimiento (Kalin, Shelton y Barksdale, 1988). Se ha investigado el papel de los genes del receptor mu en la modulación de los efectos de rechazo social, datos que sugieren una variabilidad genética en los

receptores opioides que pueden afectar la estabilidad afectiva, el apego y la coherencia de autoconceptos (Slavich, Tartter, Brennan y Hammen, 2014; Perez-Rodriguez, Bulbena-Cabré, Bassir, Zipursky, Goodman y New, 2018; Nuñez, Sancho, Granados y Gibert, 2019).

Fenomenología

Para algunos fenomenólogos la vivencia del paciente límite oscila entre la disforia (como rasgo constante) y la rabia (como rasgo intermitente), cada uno generado por una vivencia particular (Stanghellini *et al.* 2019). La disforia es un afecto que combina tensión, irritabilidad, descontento e infelicidad, que es constante, inmotivado, rígido y difícil de articular con otras experiencias. Este estado afectivo permanente determina la percepción y la relación con el mundo, los otros y la persona misma (Aragona y Stanghellini, 2016). En la disforia, el paciente con trastorno límite experimenta un vacío interno, incertidumbre, falta de autenticidad en sus relaciones, sentimientos de futilidad, percepción de inutilidad de la propia vida y una vitalidad desorganizada, sin propósito y explosiva. En momentos de tensión emocional y en asociación con estresores psicosociales, los pacientes límite pueden presentar la intensificación del estado disfórico basal, lo que lleva al individuo a un estado de sentirse al borde, aprehensivo, con urgencia para actuar y con confusión sobre la propia identidad. Es en este escenario donde aparecen la rabia y la actuación como intentos de dar cohesión al sí mismo, remover obstáculos para la frustración o desaparecer la fuente del dolor o de irritación.

La rabia es un estado intermitente en el paciente límite, emerge ante cualquier ruptura de la empatía de su interlocutor y, si bien genera sentimientos de vergüenza y arrepentimiento a largo plazo, permite restaurar el sentido de autonomía en situaciones frustrantes. La rabia hace que el objeto al cual se dirige se delimite claramente (el otro es el malo, el culpable), busca movilizar a ese otro para que cumpla con las expectativas del paciente, procura evitar la separación y la pérdida de las relaciones, facilita la vivencia de un sí mismo cohesivo y fuerte y pone a prueba la autenticidad del objeto (busca saber cómo reacciona el otro ante el estrés para encontrar su verdadera naturaleza). Cabe

destacar que una respuesta de ira desmedida también puede darse en situaciones percibidas como intrusiones o cercanías interpersonales vividas como desmedidas. En este último caso, la rabia y su actuación son reflejos de una necesidad imperiosa de restaurar los límites del sí mismo (Monti y D'Agostino, 2014).

Stanghellini y Rosfort (2013) hacen énfasis en otras emociones centrales en la vivencia del paciente con trastorno límite de personalidad:

Desesperación: Asociada a la incapacidad para decidir y a la coexistencia de sentimientos ambivalentes que generan la sensación de estar atrapado entre dos tendencias opuestas. Un ejemplo de esto sería la experiencia de un paciente de querer comprobar si su pareja le está siendo infiel y, al mismo tiempo, tener el temor de que esta conducta precipite una terminación de la relación. Esta desesperación se traduce en un estado de parálisis para la acción y el pensamiento, una parálisis desconcertante, inquietante y frenética.

Aburrimiento: es la pérdida generalizada del interés en todo. La experiencia de aburrimiento hace que el mundo se vuelva monótono; los demás y la persona misma se perciben desprovistos de sentido y las emociones se aplanan. El aburrimiento es uno de los sentimientos centrales en el afecto disfórico.

Vergüenza: es la emoción generada por la mirada del otro sobre una parte que es percibida por la persona como deficiente, inadecuada, deshonrosa y humillante. El efecto de la vergüenza es que toda la complejidad del sí mismo se reduce a un solo aspecto negativo, desvaneciéndose ante el otro el resto de la persona. La vergüenza como estado afectivo puede precipitar la rabia durante rupturas psicóticas propias del paciente límite. Generalmente, la rabia y la vergüenza son acompañadas de resentimiento, rencor, indignación e ira narcisista asociada a los sentimientos de humillación. La combinación de rabia y vergüenza facilita la aparición de las ideas paranoides propias de este trastorno de personalidad; la persona que las experimenta puede tornarse suspicaz, a la defensiva, estar atenta a cualquier indicio de traición, humillación o abandono. Un paciente puede estar absolutamente convencido de que su novia le está

siendo infiel porque en el fondo tiene la certeza de ser alguien inferior y de poco valor para ella.

Culpa: esta emoción ocurre al sentir que se ha ocasionado un daño al otro. Puede estar asociada a la vergüenza al sentir que dicha acción traiciona los propios valores o el ideal de cómo debería haberse comportado la persona. Mientras que la vergüenza está dirigida hacia un aspecto negativo de sí mismo, la culpa va dirigida a la persona que uno defraudó o a la que le causó algún malestar. Es frecuente, entonces, que el paciente límite pueda sentirse culpable si se considera su tendencia a la acción impulsiva en forma de amenaza, agresión directa o manipulación.

Alteraciones en la vivencia del tiempo: mientras las funciones neuropsicológicas básicas de la temporalidad están intactas en el paciente con trastorno límite de personalidad, la inestabilidad afectiva y la identidad típica de estos casos generan una visión cambiante del sí mismo, con discontinuidades importantes, cambios rápidos de roles, metas y relaciones. Esto genera una incapacidad para vivir una continuidad personal a lo largo del tiempo y para generar un concepto del desarrollo personal que pueda proyectarse hacia el futuro (Gallagher y Schmicking, 2010).

De esta forma, el paciente límite siente que su existencia se reduce únicamente a lo que está experimentando en un momento determinado; se encuentra atrapado en un presente que no puede articularse con un pasado ni proyectarse al futuro. Asociada a esta vivencia particular del tiempo se encuentran fallas en la memoria autobiográfica que generan dificultades importantes en el recobro de experiencias personales específicas y, con frecuencia, se encuentra que las narrativas sobre su vida presentan brechas o inconsistencias importantes.

Alteraciones en la vivencia del espacio: para Stanghellini y Mancini (2017), en los estados de disforia el espacio es vivido como una extensión indiferente, que no ofrece ninguna dirección para la acción, el movimiento permanece paralizado por la indecisión. En los episodios de ira, el espacio no ofrece ninguna protección y los eventos son descritos como hirientes o penetrantes.

Vivencia del cuerpo: la oscilación entre la irrupción de una vitalidad desorganizada, de energía violenta y sin una dirección o blanco definido con una intensidad tal que debe ser dirigida hacia un objeto, es frecuente en la existencia límite. Este caos emocional vivido a través del cuerpo a menudo toma la forma del deseo sexual. En otras ocasiones, el cuerpo es vivido como anestesiado, fragmentado, desvaneciéndose o vacío.

El análisis fenomenológico ha permitido entender mejor las conductas centradas en el cuerpo, en especial, las de carácter autoagresivo. La lesión y el dolor autoinfligido permiten modular afectos negativos, centrándolos en áreas que tienen nombre y son objetivables, áreas que son delimitadas y pueden curarse. Monti y D'Agostino describen seis organizadores de sentido para la conducta autoagresiva (Monti y D'Agostino, 2014):

1. Concretización: la lesión transforma un dolor emocional en uno físico. Controla afectos intolerables con el cuerpo. Mientras ocurre la autolesión, el tiempo logra detenerse y toda la experiencia se concentra en el dolor físico.
2. Castigo, liberación, purificación.
3. Regulación de la disforia, búsqueda de una experiencia de vitalidad.
4. Comunicación sin palabras ya que no se encuentra manera de representar la experiencia a través de ellas, se busca que un otro intervenga.
5. Construcción de una memoria corporal.
6. Paso de la pasividad a la actividad, sentido de control y agencia.

Adicionalmente, la autoagresión permite restaurar la cohesión del sí mismo, modular estados disociativos y la experiencia desorganizadora de los afectos intensos. Las automutilaciones pueden cumplir con el objetivo de verificar la continuidad de la existencia a través de la visión de la sangre que emana de la herida (Black, Murray y Thornicroft, 2014).

Sí mismo: la vivencia del sí mismo en el paciente límite carece de cohesión y de permanencia a lo largo del tiempo. La inestabilidad en la identidad, uno de los

criterios para su diagnóstico en los manuales nosográficos, deriva de esta falla en el desarrollo de la constitución de la autoimagen. Esto hace que la visión propia oscile con frecuencia e intensidad entre imágenes contradictorias y polarizadas, asociadas al pensamiento dicotómico característico de esta población de pacientes, según Beck, Freeman y Davis (2004), y a la difusión de identidad descrita por Kernberg (Caligor, Kernberg, Clarkin y Yeomans, 2018).

Los otros: junto con los cambios drásticos de emociones, transcurre una inestabilidad en la percepción de los demás. En los estados de disforia, el otro puede parecer difuso, mal definido, indeterminado. En los momentos de ira, el otro se vuelve más definido, pero a expensas de ser percibido como alguien malo, hostil, humillante, sospechoso. El otro también puede ser percibido como por completo bueno, perfecto, deseable por momentos, lo cual solo empeora los sentimientos de vergüenza, humillación y abandono cuando esa figura idealizada no responde a las demandas de reconocimiento típicas de esta población de pacientes. El paciente límite espera del otro el reconocimiento y la validación de sí mismo. Sin esto, la identidad se ve amenazada y se fragmenta. Lo mismo sucede con el abandono, real o anticipado. De ahí que las demandas al otro con frecuencia incluyan su presencia constante y el compromiso sin restricciones. Cualquier falla o lo que sea interpretado como una falta a dichas expectativas desencadenará ira intensa o una angustia existencial desbordante.

Modelos de comprensión psicológica

Existe un amplio número de teorías que tratan de explicar la génesis y la evolución de la patología límite de la personalidad; dichas teorías incluyen el modelo cognitivo-conductual Beck, Davis y Freeman (2015) y los psicoanalíticos clásicos y contemporáneos (Grotstein, Solomon y Lang, 1987; Gammelgaard, 2018). Sin embargo, se hará énfasis en la descripción de las teorías psicológicas que se encuentran en la base de los tratamientos psicoterapéuticos respaldados por la evidencia clínica, considerando que así gozan de un fundamento en la experiencia clínica y en la revisión de la literatura científica. Abordaremos entonces:

1. La teoría de las relaciones objetales propuesta por Otto Kernberg y colaboradores, que sustenta su terapia enfocada en la transferencia.
2. La teoría de la mentalización de Peter Fonagy, sobre la que se basa su modelo de terapia basada en mentalización.
3. La interacción de la desregulación emocional con un ambiente invalidante, explicación sobre la que parte la terapia dialéctica conductual de Marsha Linehan.
Describiremos primero los fundamentos teóricos y, en el siguiente apartado, explicaremos las características principales de cada modelo de terapia.

Fallas en la integración del sí mismo desde la teoría de las relaciones objetales

En esta teoría se postula que las experiencias del sí mismo en relación con los otros son organizadas durante el desarrollo psicológico, a través de un proceso de escisión entre las experiencias gratificantes, placenteras y las vivencias dolorosas y de frustración con el otro. Así, en el desarrollo ideal, el individuo internaliza una visión de sí mismo, del otro y de la relación entre ambos que es compleja, coherente y estable, lo que determina en el día a día la interpretación de sus vivencias. Si dicho desarrollo se lleva a buen término, la persona es capaz de tener una visión integrada de sí mismo y de los demás en la que no existan representaciones del sujeto y del objeto por completo malas o buenas, sino que pueda apreciarse la complejidad del individuo de una manera realista. De esta manera, el otro sería percibido como portador de cualidades y de aspectos buenos aún en momentos en los que provoque frustración o estrés.

Las experiencias traumáticas (abuso, maltrato, negligencia) y la falta de interacciones empáticas con los cuidadores truncan el desarrollo descrito y el resultado es la incapacidad para integrar los aspectos gratificantes y frustrantes del objeto en una sola imagen. El individuo queda entonces a merced de cambios intempestivos, entre visiones contradictorias de sí mismo y del otro, con sus cambios de humor correspondientes y las respectivas oscilaciones entre idealizaciones y devaluaciones masivas. Lo anterior se traduce en la conducta, principalmente, en el dominio relacional.

Un hombre con este tipo de personalidad espera con ansias el regreso de su novia de un viaje de negocios. Se siente emocionado, compra flores y un regalo, prepara comida, piensa en que ella lo es todo para él y quiere hacerle sentir lo mismo a ella. Espera en el aeropuerto impacientemente y revisa que el número de vuelo efectivamente llegó, pero ella tarda más de lo normal en salir. Mientras tanto, piensa si ella conoció a alguien en el viaje, en el vuelo, tal vez; si ya se fue y él está parado con unas flores y un regalo haciendo el ridículo. Se llena de ira, tira las flores a una caneca y rompe el regalo, piensa en todo lo que va a decirle a su novia cuando llegue y cómo va a desquitarse. Luego de resolver un problema con la entrega del equipaje, su novia logra por fin salir y se encuentran. Ella lo saluda sin la emoción que él esperaría y él le grita que es una mentirosa y le dice que es poca cosa para él. Se va con sus amigos a un bar donde conoce a otra mujer, pasa la noche con ella y, en la mañana, entendiendo las implicaciones de estas conductas, ingiere una botella de desinfectante y llama a su pareja para pedirle perdón mientras tanto. Esta viñeta ejemplifica la oscilación intensa y rápida entre las representaciones del sí mismo y del otro y cómo estas repercuten en la conducta del paciente, lo que lo pone a él y, en ocasiones a los demás, en riesgo.

La imagen idealizada del otro, por ser idealizada, se fractura con facilidad con cualquier falla, real o imaginada (el retraso de su novia por una supuesta infidelidad). Rápidamente, ese otro idealizado se torna un objeto por completo malo, que hay que alejar y atacar y los aspectos buenos quedan fuera de la conciencia gracias al mecanismo de la escisión de las representaciones. El hombre del ejemplo, paralelo a la devaluación y a la agresión del objeto malo, es incapaz de percibir sus propios aspectos malos (sus gritos, su inseguridad) y, en el momento de idealización propia, es incapaz de ver su necesidad de su pareja y actúa cometiendo él la infidelidad, antes fantaseada, en un triunfo omnipotente sobre el objeto amenazante. Pero, nuevamente, esa representación de la relación cambia y, al día siguiente, él es la persona totalmente mala, que no merece nada de esa persona y comete el intento suicida.

Este modelo de comprensión también considera un aspecto genético que contribuye a la personalidad límite: montos importantes del impulso agresivo que van a interactuar con un entorno frustrante, agresivo o negligente. La re-

petición de la interacción entre este temperamento agresivo y el entorno (descalificador, abusivo, maltratador) es internalizada como modelos de relación y hay expectativas de que se repitan en todas las relaciones. Es de notar que, si bien la internalización de la relación sí mismo-otro se basa en la interacción real del pasado, la imagen de la relación es distorsionada por la inmadurez psicológica de la época en la que ocurre y por el impacto de los procesos inconscientes (deseos, temores y fantasías). Según esta teoría, lo que se internaliza es la visión (parcial y sesgada) de uno mismo, vinculada con una representación (igualmente parcial y sesgada) del otro a través de un afecto predominante. Por ejemplo, la visión de uno mismo como insignificante en relación con el otro, percibido como indiferente a través del sentimiento de humillación. Este patrón de relación se convierte en una especie de guion sobre el cual se interpretará determinada interacción (Stern y Yeomans, 2018).

Predisposición biológica y ambiente invalidante

Para Marsha Linehan, el núcleo de la patología límite se encuentra en una desregulación emocional que sería el resultado de una vulnerabilidad biológica (secundaria a factores genéticos o a efectos en el neurodesarrollo de eventos traumáticos tempranos) en interacción con un ambiente invalidante (Linehan, 2015). Este es entendido como aquel que no reconoce como válidas las experiencias del niño, le impide rotular y expresar adecuadamente las emociones, genera un patrón de interacción que refuerza la hiperactivación emocional y tiene una pobre compatibilidad entre el temperamento del niño y el estilo de crianza de los cuidadores. El ambiente invalidante, además, tiene una tendencia a responder de manera errática e inapropiada a experiencias privadas como los pensamientos, creencias, sentimientos y sensaciones. Para Linehan, la patología *borderline* es el resultado de la interacción de la vulnerabilidad biológica con las características del ambiente, el cual no necesariamente tiene que ser de maltrato: una situación que exceda las capacidades de la familia de responder a las necesidades del niño también puede facilitar la invalidación crónica (por ejemplo, un familiar con cáncer). Así, para esta autora, existen tres tipos de familias que aumentan el riesgo de este tipo de trastorno de per-

sonalidad: 1. la familia *desorganizada* (donde hay negligencia / maltrato), 2. la familia *perfecta* (la expresión de las emociones negativas es vista como tabú) y 3. la familia *normal* (caracterizada por pobre conexión entre el estilo de crianza y el temperamento). La dinámica que ocurre en el ambiente invalidante consiste en que el mensaje del niño (trasmitido a través de la expresión emocional) no es captado como importante por parte de los cuidadores, entonces, el niño trata de hacerlos entender su perspectiva, escalando la intensidad de la expresión emocional. Si el receptor de la comunicación no la acepta, hará esfuerzos para interrumpir la comunicación acudiendo a la invalidación, por lo que se establece así un círculo vicioso.

La experiencia crónica del ambiente invalidante tiene un efecto deletéreo en el desarrollo infantil ya que facilita la desregulación emocional al no lograr que el niño rotule y module adecuadamente sus emociones, tolere el estrés o confíe en sus respuestas emocionales como interpretaciones válidas de las experiencias. De esta manera, el adulto con personalidad límite invalida sus propias vivencias y buscará siempre claves en el entorno sobre cómo actuar y sentir (Linehan, 2015).

Es el caso de una paciente con TLP en busca de certeza de que su pareja le es fiel y empieza a revisar sin su permiso el teléfono móvil. Su pareja reacciona con enojo ante la violación de su privacidad. La paciente reacciona con violencia acusándolo de que, si no la deja ver su teléfono, es porque efectivamente le está siendo infiel. Su pareja la tilda de “loca”, de “tóxica” y esta dinámica termina en una conducta de automutilación. En esta interacción se revive la dinámica temprana del ambiente invalidante, pues la pareja es incapaz de reconocer como válida la experiencia de inseguridad en la paciente (así su conducta sea reprochable). Al reaccionar con rabia, se induce en la paciente el sentimiento de descalificación de su vivencia, lo que escala su respuesta emocional para tratar de hacer llegar su mensaje de necesidad de reaseguramiento. Esto solo hace que su pareja la descalifique aún más haciendo comentarios agresivos, lo cual solo empeora la situación y la paciente acude a causarse daño como último recurso para modular sus emociones.

Fallas en la mentalización

La mentalización es definida como una característica particular de la imaginación humana, la cual permite percatarse de los estados mentales propios y ajenos (pensamientos, deseos, emociones, intenciones, etc.), en especial, cuando explican sus acciones. Al ser un acto imaginativo, el mentalizar implica la posibilidad de error cuando se infiere un estado mental a partir de una conducta (Bateman y Fonagy, 2008).

Los estados internos son opacos, cambiantes y, a menudo, difíciles de aclarar en uno mismo o en los demás, de modo que para hacer una mentalización adecuada, el individuo debe poder corregir sus interpretaciones basándose en la retroalimentación que recibe. Esta habilidad se considera innata, pero fortalecida o deteriorada según la interacción temprana con los cuidadores y con el patrón de apego que se desarrolle. Para poder atribuir un sentido correcto a las conductas de los otros e inferir sus estados internos, se debe haber tenido experiencias en la infancia en las que el niño tuvo una adecuada comprensión de sus estados mentales por parte de adultos atentos, cuidadosos y no amenazantes. La capacidad de reflejar adecuadamente los estados internos del niño permite que este los reconozca y los entienda, asimismo posibilita la experiencia de encontrar una respuesta coherente por parte del adulto. Esta dinámica sienta las bases para la capacidad de regulación afectiva y autocontrol (Bateman y Fonagy, 2019).

La capacidad de mentalizar depende del patrón de apego que se haya tenido en la infancia. La habilidad del cuidador, en el contexto de un apego seguro, moldeará de manera positiva la capacidad del niño de pensar sobre su propia mente y la de los demás. Gracias a este tipo de vínculo entre el infante y el cuidador se permite la creación de representaciones de deseos, emociones, intenciones y creencias, tanto propias como ajenas, las cuales son inferidas a partir de los patrones invariantes de interacción que se dieron en las relaciones previas. Ante situaciones nuevas, el niño acudirá a dicho sistema de representaciones para asimilar y para predecir la interacción con el otro. Esto es lo que algunos autores denominan como *función interpretativa interpersonal*. (Fonagy et al. 2013).

En el caso del paciente límite, se supone que el ambiente de su desarrollo infantil —que con frecuencia incluye negligencia— imposibilita el desarrollo pleno de la capacidad de mentalizar. El trauma y la adversidad posteriores pueden empeorar dicha capacidad. Adicionalmente, la hiperactivación de las conductas de apego y el patrón de apego desorganizado (con frecuencia encontrados en este tipo de ambiente familiar) impiden el desarrollo de ciertas capacidades cognitivas. Los creadores de la terapia basada en mentalización (Bateman y Fonagy, 2016) caracterizan la forma típica de mentalización del paciente con trastorno límite de personalidad.

La forma de mentalizar es automática, impulsiva, prejuzgando de manera muy rápida las intenciones y estados del otro. Las conclusiones a las que se llega sobre el estado subjetivo del otro o propio no son reflexionadas ni sometidas a ninguna prueba, lo que los vuelve vulnerables a ser en unos momentos completamente paranoides y, en otros, absolutamente ingenuos. La incapacidad de considerar una situación desde la perspectiva ajena los hace tomar actitudes crueles y desconsideradas por momentos. Algunos pacientes límite pueden tener una preocupación excesiva sobre su propio estado interno, una *hipermentalización* —como la llaman los autores— sobre el sí mismo, sin ninguna conciencia de cómo otros perciben al sujeto. Esto puede llevar a una exageración de la autoimagen tanto positiva como negativa. También, presentan una hipersensibilidad a claves externas (miradas, expresiones faciales, apariencia, tono de voz, etc.) que facilita hacer juicios errados sobre el estado interno del otro. La evidencia sobre actitudes y estados internos de los demás deben venir de afuera y volverse manifestaciones concretas y tangibles.

Este tipo de pacientes tiende a realizar una mentalización automática y sesgada por el afecto predominante, en detrimento de las capacidades cognitivas también necesarias para mentalizar adecuadamente. La desregulación emocional no puede ser equilibrada por la cognición y los afectos dominan la conducta. El paciente con trastorno límite de la personalidad, en momentos de alta intensidad emocional, pierde la capacidad cognitiva de reconocer su pensamiento como solo un pensamiento con posibilidad de ser erróneo, por lo que se pierde así la posibilidad de diferenciar lo que se siente de lo que es la realidad.

Psicoterapia para el trastorno límite de personalidad

A continuación, revisaremos brevemente los modelos psicoterapéuticos basados en evidencia y que se corresponden a los modelos psicológicos antes descritos:

Terapia enfocada en la transferencia (TET)

Diseñada específicamente para pacientes con trastorno límite de personalidad, la TET es un tratamiento manualizado y basado en la evidencia que tiene sus raíces en la tradición psicoanalítica, en particular, en la teoría de las relaciones objetales (Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2014). Es una psicoterapia psicodinámica que busca un cambio en la estructura psicológica (identidad y tipos de mecanismos de defensa) moldeando así la experiencia del sí mismo y las relaciones con los otros. Este modelo terapéutico busca la comprensión de los procesos defensivos que facilitan la escisión del sí mismo típica del TLP y busca ayudar al paciente a tolerar una visión más realista de su persona y de los demás, pudiendo integrar aspectos positivos y negativos, lo que se traduce en una visión más rica del sí mismo y una apreciación más compleja de los demás.

Si transcurre con éxito, la TET permite abandonar la percepción del otro y de uno mismo basada exclusivamente en representaciones internas dicotómicas, simples y extremas. Al ser una psicoterapia de orientación psicoanalítica, la relación establecida con el terapeuta y la movilización de las percepciones polarizadas y radicales que se generen de esta permiten hacer conscientes los procesos defensivos y las representaciones patológicas, facilitando así el reconocimiento de las mismas dinámicas en las relaciones fuera de la sesión (Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin y Kernberg, 2006).

Terapia dialéctica comportamental (TDC)

Es un tratamiento de orientación cognitiva-comportamental, desarrollado por Marsha Linehan para el tratamiento de pacientes con potencial suicida, en especial con TLP que incluye, además, elementos de la práctica de la meditación

(*mindfulness*) y de la filosofía dialéctica. El uso de técnicas cognitivo-conductuales que faciliten el cambio y el reforzamiento de las respuestas adaptativas por parte de los pacientes busca la resolución de los problemas cotidianos de una manera más adaptativa. Dados los procesos rígidos de pensamiento, su característica dicotómica, las oscilaciones extremas en actitudes y afectos, las discrepancias entre el paciente y el terapeuta que son inevitables, esta terapia recurre a la filosofía dialéctica con el fin de reconciliar las diferencias, encontrar una verdad de manera conjunta y evitar nuevas experiencias de invalidación en el paciente dentro del proceso psicoterapéutico. Las estrategias de meditación son dirigidas a la autorregulación emocional.

Es una terapia que se da por estadios. En el primero se abordan las formas más graves del trastorno, buscando prioritariamente el manejo de las conductas contra la vida, luego aquellas que amenazan el proceso terapéutico, siguiendo con los comportamientos que comprometan seriamente la calidad de vida y, por último, los déficits en las habilidades necesarias para realizar cambios vitales. Las estrategias utilizadas buscan lograr: 1. regulación emocional, 2. tolerancia al malestar, 3. desarrollo de habilidades interpersonales, 4. capacidad de observar, describir y participar sin juzgar y 5. regular la conducta con estrategias distintas al autocastigo (Dimeff y Koerner, 2007).

Tratamiento basado en mentalización (TBM)

Este es un tratamiento estructurado desarrollado por Peter Fonagy y Anthony Bateman, ocurre tanto de forma individual como grupal y busca aumentar la resiliencia de las capacidades mentalizadoras del paciente. El objetivo principal de este tipo de terapia es reactivar la mentalización cuando se pierde, mantenerla cuando está presente y aumentar la resiliencia de la capacidad del individuo para mantenerla cuando, de otra manera, se perdería. En el caso del paciente con TLP, el área más vulnerable para perder la mentalización es el dominio interpersonal, por lo que la relación entre paciente y terapeuta se convierte en un área significativa de escrutinio (Fonagy y Bateman, 2007).

Cuando el paciente experimenta afectos intensos o falla en entender adecuadamente la relación entre estados mentales (propios o ajenos) y la conducta, bien sea en las sesiones individuales o en las grupales, el clínico aborda

estas dificultades de manera estructurada a través del uso de: 1. empatía y validación, 2. clarificación, exploración y, si es necesario, el desafío o reto a sus percepciones y 3. un proceso estructurado de expansión de la mentalización y motivación para identificar estados mentales previamente por fuera de su conciencia. Es un tratamiento colaborativo que toma en cuenta las experiencias mentales y las ideas tanto del paciente como del terapeuta, requiere un deseo auténtico de entender los procesos mentales propios y los de los demás. De esta manera, tanto paciente como clínico se enfocan en la mente del otro y en su propia experiencia de dichas apreciaciones (Choi-Kain, 2012).

Las metas iniciales establecidas en conjunto con el paciente son las siguientes: 1. lograr la adherencia al tratamiento y reducir las actividades autodestructivas y agresivas, 2. identificar temores relacionales frecuentes —como el del abandono— que activen el sistema de apego y resulten en estrategias maladaptativas dentro de las interacciones interpersonales y 3. mejorar las relaciones sociales, el funcionamiento laboral y académico, con la construcción de actividades que afirmen el sentido vital del paciente (Fonagy, Target, Gergely, Allen y Bateman, 2003).

Revisión de la evidencia de los tratamientos psicoterapéuticos

La última revisión Cochrane sobre tratamientos psicológicos para el TLP analizó 75 ensayos (4.507 participantes, la mayoría mujeres, con edades entre 14,8 y 45,7 años). Incluyó 16 tipos distintos de terapia, la mayoría en ambientes ambulatorios y con una duración de entre 1 y 36 meses. Las terapias más estudiadas fueron la TDC y el TBM (Storebø, Stoffers-Winterling, Völlm, Kongerslev, Mattivi, Jørgensen y Simonsen, 2020). Esta revisión encontró que la psicoterapia en general, comparada con el tratamiento usual, es más efectiva para disminuir la gravedad de los síntomas y el riesgo suicida, pudiendo reducir las conductas contra la vida y los síntomas depresivos mediante el mejoramiento del funcionamiento psicológico.

La TDC, según los autores, puede ser mejor que el tratamiento usual para reducir la gravedad de los síntomas del trastorno, la conducta autoagresiva y

el funcionamiento psicosocial. De la misma manera, el TBM parece ser más efectivo que el tratamiento usual para reducir la conducta autoagresiva, el riesgo suicida y la depresión. Estos hallazgos, según la revisión, están basados en evidencia de baja calidad y, por tanto, no aseguran que cambien los resultados al estudiar mayor evidencia.

En un metanálisis, Oud, Arntz, Hermens, Verhoef y Kendall (2018) revisaron 20 estudios (1.375 pacientes en total) y compararon psicoterapias especializadas (dentro de las cuales estaban TET, TDC y TBM) con el tratamiento usual y con el tratamiento comunitario realizado por expertos. Encontraron que estas psicoterapias tenían una evidencia de moderada calidad sobre su efectividad en disminuir la sintomatología general del TLP. Los autores no pueden asegurar con la evidencia cuál tipo de terapia sería la indicada según el paciente y si son más efectivas que el tratamiento psicológico protocolizado (que incluye el tratamiento psiquiátrico general, el manejo clínico estructurado y la terapia centrada en el cliente). En los análisis por subgrupos se encontraron efectos positivos de calidad moderada para la TBM sobre la conducta suicida, las autoagresiones y los patrones de disfunción interpersonal al compararla con el manejo clínico estructurado. La TDC fue superior a la Terapia Centrada en el Cliente respecto a la reducción de la conducta suicida, las autoagresiones, las dimensiones de disociación/psicoticismo, pero con una calidad menor de la evidencia. Sin embargo, la TDC no fue superior al manejo psiquiátrico general (Oud *et al.*, 2018).

Tabla 2

Aproximaciones terapéuticas basadas en la evidencia para el trastorno límite de la personalidad

Tipo de Terapia	Descripción
Terapia Enfocada en la Transferencia (TET)	Psicoterapia individual fundamentada en el modelo psicoanalítico. Busca un cambio en la estructura psicológica (identidad y tipos de mecanismos de defensas) moldeando así la experiencia del sí mismo y las relaciones con los otros. Este modelo terapéutico busca la comprensión de los procesos defensivos que facilitan la escisión del sí mismo típica del TL. Los terapeutas son activos y neutrales.

Terapia Dialéctica Comportamental (TDC)	Componentes individuales y grupales de manejo utilizando un modelo de comportamiento; enfatiza que los pacientes desarrollan habilidades para la autolesión y la regulación de las emociones; los facilitadores de la terapia son activos, directivos y validantes.
Terapia Basada en Mentalización (TBM)	Componentes individuales y grupales de manejo; utiliza un modelo estructurado en el desarrollo individual; enfatiza que los pacientes consideran los efectos del 'self' en los demás y viceversa; los terapeutas son activos y validantes. El objetivo principal de este tipo de terapia es reactivar la mentalización cuando se pierde, mantenerla cuando está presente y aumentar la resiliencia. En el caso del paciente con TLP, el área más vulnerable para perder la mentalización es el dominio interpersonal, por lo que la relación entre paciente y terapeuta se convierte en un área significativa de escrutinio.
Manejo Psiquiátrico General	Enfoque orientado en el manejo de casos individuales, se valoran los factores de estrés situacionales y la adaptación social, la posibilidad de uso medicamentos y se asocian intervenciones familiares y grupales según sea necesario; los terapeutas son activos y directivos.

Comentario final

El presente artículo ha resumido el cuerpo de conocimiento del TLP, enfatizando los aspectos relevantes para el abordaje clínico y psicoterapéutico. Se ha sintetizado la evidencia más reciente disponible sobre los tratamientos psicoterapéuticos y se han destacado las dimensiones fenomenológicas a fin de ahondar en la experiencia de los pacientes. Es necesaria una mayor investigación alrededor de los correlatos neurobiológicos que podrán abrir el paso a nuevas terapéuticas asociadas y se considera esencial evaluar y vigilar el riesgo suicida de los pacientes con TLP, así como abordar la presencia de comorbilidades médico-psiquiátricas. La sensibilización académica en este trastorno permite mejorar su orientación en el cuidado primario en salud y facilita un mejor entrenamiento para su terapéutica multimodal.

Referencias

- Aragona, M. y Stanghellini, G. (Eds). (2016). *An Experiential Approach to Psychopathology*. eBook: Springer. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-29945-7>
- APA. *American Psychiatric Association*. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Bartz, J., Simeon, D., Hamilton, H., Kim, S., Crystal, S., Braun, A., Vicens, V. y Hollander, E. (2011). Oxytocin can hinder trust and cooperation in borderline personality disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(5), 556-563. doi: <https://doi.org/10.1093/scan/nsq085>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). The Development of Borderline Personality Disorder A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21. doi: <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.4>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. New York: Oxford University Press. Recuperado de <https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001/med-9780199680375>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (Eds). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Second Edition. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Bayes, A., Parker, G. y Paris, J. (2019). Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports* 21, 125. doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1120->
- Beck, A. T., Davis, D. D. y Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders. Third Edition*. New York and London: The Guilford Press.
- Berg, J. (1990). Differentiating Ego Functions of Borderline and Narcissistic Personalities. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 537-548. doi: <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674089>
- Bertsch, K. y Herpertz, S. (2018). Oxytocin and borderline personality disorder. En *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, vol. 35. Cham: Springer. doi: https://doi.org/10.1007/7854_2017_26
- Black, G., Murray, J. y Thornicroft, G. (2014). Understanding the phenomenology of borderline personality disorder from the patient's perspective. *Journal of Mental Health*, 23(2), 78-82. doi: <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.869570>

- Brüne, M. (2016). On the role of oxytocin in borderline personality disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 287-304. doi: <https://doi.org/10.1111/bjc.12100>
- Buchheim, A. y Diamond, D. (2018). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 651-668. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.010>
- Bürgy, M. (2011). Ego disturbances in the sense of Kurt Schneider: Historical and phenomenological aspects. *Psychopathology*, 44(5), 320-328. doi: <https://doi.org/10.1159/000325059>
- Caballo, V. (Coord.). (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Calati, R., Gressier, F., Balestri, M. y Serretti, A. (2013). Genetic modulation of borderline personality disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1275-1287. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.002>
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F. y Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic Therapy for Personality Pathology: Treating Self and Interpersonal Functioning*. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Choi-Kain, L. (2012). Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. En Bateman, A. y Fonagy, P. (Eds.). *The American Journal of Psychiatry*, 169(3), 336-336. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101525>
- Crocq, M. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 147-53. doi: <https://doi.org/10.31887/dcn.2013.15.2/macrocq>
- Dimeff, L.A. y Koerner, K. (Eds.). (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York and London: The Guilford Press.
- Ellison, W., Rosenstein, L., Morgan, T. y Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561-573. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Fonagy, P. y Bateman, A. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101. doi: <https://doi.org/10.1080/09638230601182045>

- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. y Bateman, A. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459. doi: <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>
- Gallagher, S. y Schmicking, D. (2010). *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*. Dordrecht: Springer. doi: <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2646-0>
- Gammelgaard, J. (2018). *Betweenity: A discussion of the concept of borderline*. Routledge. doi: <https://doi.org/10.4324/9780203847626>
- Ghaemi, S., Dalley, S., Catania, C. y Barroilhet, S. (2014). Bipolar or borderline: A clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(2), 99-108. doi: <https://doi.org/10.1111/acps.12257>
- Goodman, M., Tomas, I., Temes, C., Fitzmaurice, G., Aguirre, B. y Zanarini, M. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 157-163. doi: <https://doi.org/10.1002/pmh.1375>
- Grant, B., Chou, S., Goldstein, R., Huang, B., Stinson, F., Saha, T. y Ruan, W. (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. *Journal of Clinical Psychiatry*. doi: <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>
- Grinker, R. (1978). The borderline syndrome. *Adolescent Psychiatry*, 35(1), 137-138. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1981.35.1.137>
- Grotstein, J.S., Solomon, M.F. y Lang, J.A. (Eds.). (1987). *The Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics, and Treatment* (1st ed.). New York and London: Routledge.
- Gunderson, J., Herpertz, S., Skodol, A., Torgersen, S. y Zanarini, M. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers* 4. doi: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Hennings, J. (2020). Function and Psychotherapy of Chronic Suicidality in Borderline Personality Disorder: Using the Reinforcement Model of Suicidality. *Frontiers in Psychiatry* 11, pp. 1-8. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00199>
- Hoch, P. y Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *The Psychiatric Quarterly* 23, 248-276. doi: <https://doi.org/10.1007/BF01563119>
- Kalin, N., Shelton, S. y Barksdale, C. (1988). Opiate modulation of separation-induced distress in non-human primates. *Brain Research*, 440(2), 285-292. doi: [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(88\)90997-3](https://doi.org/10.1016/0006-8993(88)90997-3)

- Kernberg, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49(4), 600–619.
- Kraepelin, E. (1920). Arbeitspsychologie. *Die Naturwissenschaften* 8, 855–859. doi: <https://doi.org/10.1007/BF02448538>
- Kraus, A., Esposito, F., Seifritz, E., Di Salle, F., Ruf, M., Valerius, G. y Schmahl, C. (2009). Amygdala Deactivation as a Neural Correlate of Pain Processing in Patients with Borderline Personality Disorder and Co-Occurrent Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 65(9), 819-822. doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.028>
- Levy, K., McMain, S., Bateman, A. y Clouthier, T. (2018). Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 711-728. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>
- Levy, K., Meehan, K., Kelly, K., Reynoso, J., Weber, M., Clarkin, J. y Kernberg, O. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual, Second Edition*. Guilford Press.
- Londoño, D. (2015). Elucidación epistémica e histórica del trastorno de la personalidad límite o borderline. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 189-195. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.001>
- Meehan, K., Clarkin, J. y Lenzenweger, M. (2018). Conceptual Models of Borderline Personality Disorder, Part 1: Overview of Prevailing and Emergent Models. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 535-548. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.08.001>
- Monti, M. y D'Agostino, A. (2014). Borderline personality disorder from a psychopathological-dynamic perspective. *Journal of Psychopathology* 20, 451-460.
- Núñez, N., Sancho, M., Granados, B. y Gibert, J. (2019). Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatría Biológica*, 26(3), 85-98. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.10.001>
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M., Verhoef, R. y Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 949-961. doi: <https://doi.org/10.1177/0004867418791257>

- Oviedo, G., Gómez-Restrepo, C., Rondón, M., Borda, J. y Tamayo, N. (2016). Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 127-134. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.002>
- Paris, J. (2018). Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 57-582. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.001>
- Paris, J. (2019). Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina*, 55(6), 223. doi: <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Pérez-Rodríguez, M., Bulbena-Cabré, A., Bassir, A., Zipursky, G., Goodman, M. y New, A. (2018). The Neurobiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 633-650. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.012>
- Quirk, S., El-Gabalawy, R., Brennan, S., Bolton, J., Sareen, J., Berk, M. y Williams, L. (2015). Personality disorders and physical comorbidities in adults from the United States: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50, 807–820. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0974-1>
- Ritschel, L., Cowperthwait, C., Stewart, L. y Lim, N. (2018). The Treatment of Borderline Personality Disorder. En David, D., Jay Lynn, S. y Montgomery, G. (Eds.). *Evidence-Based Psychotherapy: The State of the Science and Practice. First Edition*. John Wiley & Sons, Inc. doi: <https://doi.org/10.1002/9781119462996.ch12>
- Sanches, M. (2019). The Limits between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review of the Evidence. *Diseases*, 7(3), 49. doi: <https://doi.org/10.3390/diseases7030049>
- Skoglund, C., Tiger, A., Rück, C., Petrovic, P., Asherson, P., Hellner, C. y Kuja-Halkola, R. (2019). Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. *Molecular Psychiatry* 26, 999–1008. doi: <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0442-0>
- Slavich, G., Tartter, M., Brennan, P. y Hammen, C. (2014). Endogenous opioid system influences depressive reactions to socially painful targeted rejection life events. *Psychoneuroendocrinology* 49, 141-149. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.07.009>
- Soloff, P., White, R., Omari, A., Ramaseshan, K. y Diwadkar, V. (2015). Affective context interferes with brain responses during cognitive processing in borderline

- personality disorder: fMRI evidence. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 233(1), 23-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2015.04.006>
- Stanghellini, G., Broome, M., Fernández A., Fusar-Poli, P., Raballo A. y Rosfort, R. (2019) *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford University Press. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.001.0001>
- Stanghellini, G. y Mancini, M. (2017). *The therapeutic interview in mental health: A values-based and person-centered approach*. Cambridge University Press. doi: <https://doi.org/10.1017/9781316181973>
- Stanghellini, G. y Rosfort, R. (2013). *Emotions and Personhood*. Oxford University Press. doi: <https://doi.org/10.1093/med/9780199660575.001.0001>
- Stern, B. y Yeomans, F. (2018). The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder: An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 207-223. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.01.012>
- Storebø, O., Stoffers-Winterling, J., Völlm, B., Kongerslev, M., Mattivi, J., Jørgensen, M. y Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S., Thompson, A., Eyden, J. y Singh, S. (2016). A systematic review of the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder (BPD) in childhood and adolescence. *Reviews in the Neurosciences*, 27(8), 827-847. doi: <https://doi.org/10.1515/revneuro-2016-0026>
- Yeomans, F., Clarkin, J. y Kernberg, O. (2014). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Association Publishing. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615371006>
- Yueqin, H., Roman, K., De Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Demyttenaere, K., De Graaf, R., Gureje, O., Nasser, A., Lee, S., Lépine, J., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Suiman, S., Vilagut, G. y Kessler, R. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), 46-53. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.058552>
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J. y Silk, K. (2004). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *Journal of Clinical Psychiatry*. doi: <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0105>