



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología**

**Terapias cognitivas e integrativas para el
abordaje de pacientes con trastorno límite
de la personalidad: ¿Hacia el sendero de la
creatividad y unicidad?. Una revisión basada
en las propuestas de Jeffrey Young y Marsha
Linehan.**

Nº 239

Valeria Andrea García

Tutora: Mariana Maristany

Departamento de Investigaciones
Setiembre 2008

Índice

Resumen	5
Introducción	5
PARTE I: Actualización del trastorno límite de la personalidad	
Capítulo 1: El constructo "límite": Notas introductorias sobre la historia del trastorno límite de la personalidad	7
1.1 Algunas cuestiones sobre la definición del trastorno límite de la personalidad	7
1.2 La historia del trastorno límite de la personalidad	8
1.2.1 Precursores históricos	8
1.2.2. Formulaciones modernas	9
1.2.3 Propositiones contemporáneas	9
Capítulo 2: Caracterización clínica del trastorno límite de la personalidad y criterios para su diagnóstico	11
2.1 Manifestaciones clínicas	11
2.2 Criterios diagnósticos: sistemas de clasificación vigentes	14
Capítulo 3: Diagnóstico clínico y evaluación	15
3.1 La complejidad del diagnóstico en el trastorno límite de la personalidad	15
3.2 El proceso de evaluación diagnóstica	16
3.2.1 Herramientas para la evaluación y el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad	17
3.2.2 Importancia de la comorbilidad en el diagnóstico clínico	20
3.2.2.1 Comorbilidad con el Eje I	21
3.2.2.2 Comorbilidad con el Eje II	24
3.2.3 El diagnóstico diferencial	24
3.2.3.1 Diagnóstico diferencial con trastornos del Eje I	25
3.2.3.2 Diagnóstico diferencial con trastornos del Eje II	27
3.2.4 Los peligros de la evaluación y el diagnóstico	29
3.3 Evaluación del riesgo suicida	30
Capítulo 4: Epidemiología	30
4.1 Prevalencia	31
4.2 Características sociodemográficas	31
4.3 Prevalencia de la suicidalidad en pacientes límites	32
4.2 Factores de riesgo	32
Capítulo 5: Curso natural, calidad de vida y pronóstico: implicaciones para el tratamiento	33
5.1 Curso natural	33
5.2 Calidad de vida y funcionamiento global	34
5.3 Pronóstico	35
PARTE II: Terapias cognitivas e integrativas para el trastorno límite de la personalidad	
Capítulo 6: Introducción a las terapias cognitivas e integrativas para el trastorno límite de la personalidad	36
6.1 Caracterización de las terapias cognitivas e integrativas: desde sus orígenes hasta la actualidad	36
6.1.2 Movimiento de la integración: la naturaleza unificadora de las terapias cognitivas	37
6.2 Breve historia de las terapias cognitivas e integrativas para el abordaje del trastorno límite de la personalidad	38
Capítulo 7: La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young	40
7.1 Introducción	40

7.2	Teoría de los esquemas	40
7.2.1	Definición de los esquemas desadaptativos tempranos	41
7.2.2	Los dominios y sus esquemas desadaptativos tempranos específicos: orígenes del trastorno límite de la personalidad	41
7.2.3	Procesos de los esquemas y estilos de afrontamiento	44
7.2.4	Modos de los esquemas	45
7.3	Tratamiento centrado en esquemas para el trastorno límite de la personalidad	46
7.3.1	El dispositivo del tratamiento	46
7.3.2	Objetivos del tratamiento	46
7.3.3	La relación terapéutica	47
7.3.4	Recursos técnicos	47
7.3.5	El proceso terapéutico	49
Capítulo 8: La terapia dialéctica conductual de Marsha Linehan		51
8.1	Introducción	51
8.2	Estructura teórica de la terapia dialéctica conductual	52
8.2.1	La visión dialéctica del mundo y sus supuestos básicos	52
8.2.2	La teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad	53
8.3	Programa del tratamiento dialéctico conductual	55
8.3.1	Estructuración del tratamiento	55
8.3.1.1	Modalidades del tratamiento dialéctico conductual	55
8.3.1.2	Duración y frecuencia del tratamiento	56
8.3.2	Etapas del tratamiento y objetivos terapéuticos	56
8.3.3	Estrategias y relación terapéutica	58
8.3.4	El programa de formación de habilidades psicosociales	60
Capítulo 9: Eficacia de los tratamientos cognitivos e integrativos		63
Conclusiones		65
Referencias bibliográficas		67

Resumen

El propósito de este trabajo consiste en realizar una revisión bibliográfica de dos programas terapéuticos cognitivos-integrativos para el trastorno límite de la personalidad: la terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young y la terapia dialéctica-conductual de Marsha Linehan. Se efectúa una actualización clínica del trastorno para dar cuenta de su complejidad. Luego, se introduce el panorama actual de las terapias cognitivas e integrativas. Se exponen las ideas principales de los modelos de Young y Linehan. Se presenta la estructura de sus tratamientos, sus intervenciones más específicas y se consideran las evidencias empíricas que apoyan la eficacia de sus métodos. Ambos enfoques enfatizan la importancia de las experiencias negativas en el desarrollo temprano, el establecimiento de una buena relación terapéutica e integran técnicas de meditación oriental con las de la tradición cognitiva. Las conclusiones comprenden un balance sobre los alcances de estos dos enfoques terapéuticos, se delimitan los aspectos que todavía deben ser estudiados y, por último, se trata de vislumbrar si estas terapias transitan o no hacia un sendero de creatividad y unicidad en el campo de la psicoterapia.

Palabras claves: Trastorno límite de la personalidad – Terapia centrada en los esquema – Terapia dialéctica-conductual.

Introducción

Históricamente, los trastornos de la personalidad han ocupado una posición secundaria, sin haber logrado el reconocimiento que se merecen en la literatura que versa sobre trastornos psicológicos (Millon, 1998). Sin embargo, desde la publicación de la *tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en 1980, el interés por los trastornos de la personalidad ha crecido casi exponencialmente y pareciera que han pasado a jugar un papel más central en los procesos de diagnóstico (Livesley, 2001). Se han convertido en una de las temáticas más prolíferas del ámbito de la psicopatología y le plantean diversos dilemas clínicos a los terapeutas (Bagladi, 2005; Belloch, Martínez-Narváez y Pascual, 1998; Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Koldobsky, 2005).

En los últimos años, particularmente, el trastorno límite de la personalidad ha capturado la mayor atención de los profesionales de la salud mental como no lo ha producido ninguna otra entidad diagnóstica (Linehan, 1993; Sperry, 1995). Algunos autores señalan que, sin duda, la literatura psiquiátrica ha dedicado mucho más espacio al trastorno límite que a cualquier otro trastorno de la personalidad, lo que se confirma en la gran cantidad de trabajos publicados (Benjamin, 1996; Gunderson, Berkowitz y Ruiz-Sancho, 1997; Oldham, 2005; Stone, 1993 citado en Koldobsky, 2005b).

A modo de ejemplo, en los dos primeros años de la existencia del *DSM-III* (1980-1982) casi el 25% de las publicaciones del *Journal of Personality Disorders* se refirieron al trastorno límite (Benjamin, 1996). En otro estudio realizado, entre enero de 1994 y marzo de 1995, se advirtió que aproximadamente el 32% de los trabajos sobre trastornos de personalidad pertenecían a la categoría límite (Belloch, Martínez-Narváez y Pascual, 1998).

Gradualmente, las investigaciones y divulgaciones científicas en torno al trastorno límite han ido incrementándose y, tal como lo mencionan Apfelbaum y Gagliesi (2004, p.285), «los finales de la década del '90 y comienzos de este milenio fueron acompañados de una explosión bibliográfica en relación al trastorno límite de la personalidad».

En 1993, Linehan fue muy clara al explicar los motivos que generaron tanto interés por el trastorno límite de la personalidad, señalando que se debía a, por lo menos, dos factores. El primero de ellos, se relacionaba con que los individuos que cumplían con los criterios como para ser diagnosticados como pacientes límites inundaban los centros de salud mental. El segundo factor, tenía que ver con que las modalidades de tratamiento disponibles resultaban inadecuadas.

Frente a este panorama, no parecía nada extraño que muchos terapeutas estuvieran en busca de terapias eficaces. Era evidente que los enfoques psicoterapéuticos necesitaban modificaciones significativas de sus prácticas estándar (Gunderson, 2004). De esta manera, se empezaron a concebir los primeros desarrollos de la terapia cognitiva para el abordaje de pacientes con trastornos de personalidad. Un ejemplo de ello, fue el modelo cognitivo estándar de Pennsylvania, representado por Aaron Beck y sus discípulos: Cory Newman, Mary Ann Layden, Arthur Freeman y Susan Byers Morse.

Cada vez más, se fueron asentando las propuestas de orientación cognitiva y, paralelamente, se empezaron a cuestionar las ideas tradicionales sobre el trastorno límite y su tratamiento. Estos hechos, fueron cediendo el paso al desarrollo de métodos diseñados específicamente para tratar al trastorno

límite de la personalidad, la manualización de los tratamientos y enfoques más eclécticos e integrativos (Livesley, 2004).

En nuestros días, la integración de la psicoterapia es una realidad concreta en diferentes niveles y se expresa a través de numerosas propuestas y modelos que abarcan un espectro muy variado (Fernández Álvarez y Opazo, 2004). Se ha afirmado que la terapia cognitiva ocupa un lugar especial en estos desarrollos y que es poseedora de un poder integrador para la psicoterapia (Alford y Norcross, 1991; Beck, 1991; Lyddon, 1993 tal como se citan en Baringoltz, 1998; y Alford y Beck, 1997 citados en Fernández Álvarez, 2003a). En efecto, algunos de los programas terapéuticos de corte cognitivo, evolucionaron como enfoques declaradamente integrativos. Como ejemplo de esa extensión puede citarse el abordaje dialéctico conductual de Linehan (1993) y la terapia centrada en esquemas de Young (1994).

Por todo lo antedicho, el **objetivo general** de este trabajo consistirá en la exploración de terapias cognitivas e integrativas para el abordaje psicoterapéutico del trastorno límite de la personalidad, en población adulta (individuos mayores de 18 años de edad). El presente trabajo se configura como una revisión bibliográfica que pretende recapitular la información brindada por la «*terapia centrada en esquemas*» (Young, 1994, 2005) y la «*terapia dialéctica-conductual*» de Linehan (1993, 2003).

Si bien se reconoce la existencia de una enorme variedad de terapias cognitivas e integrativas, tén-gase presente que en este trabajo solo se hará referencia a los modelos indicados en el párrafo anterior. Además, por cuestiones de espacio, en este estudio se han omitido los abordajes farmacológicos que suelen combinarse la psicoterapia, otorgándole al paciente un alivio sintomático.

En cuanto a los motivos que impulsaron la realización de este trabajo, son varios y de diversa naturaleza. En primera instancia, la relevancia de llevar a cabo este estudio reside en el consenso de que la psicoterapia, en especial, la de orientación cognitiva es considerada una herramienta de primera elección para el tratamiento de los trastornos de la personalidad (American Psychiatric Association, 2001; Linehan, 2003; Paris, 2005b).

Otro argumento a favor de las terapias cognitivas es haber liderado el movimiento en pro de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. A pesar de las dificultades que los pacientes afectados por esta patología suelen plantear a la investigación empírica en psicoterapia, los terapeutas cognitivos han logrado desarrollar tratamientos que han demostrado eficacia, especialmente en aspectos particularmente difíciles y peligrosos de la patología, tal como es la conducta suicida (Keegan, 2004).

Las razones que guiaron la selección de las propuestas de Jeffrey Young y Marsha Linehan son muy heterogéneas. Respecto a la decisión de incluir la terapia centrada en esquemas está vinculada a los esfuerzos de Jeffrey Young (2005) en pos de ofrecer un modelo detallado y la manualización del tratamiento para el abordaje específico de la patología límite. En la propuesta de este autor, también se destaca la importancia de la relación terapéutica y una atención focalizada a los acontecimientos de la primera infancia como determinantes de los problemas de personalidad (Young, 1994; Young y Lindemann, 1992; Glohoski y Young, 1997). En cambio, se eligió a la terapia dialéctica conductual por ser el primer tratamiento psicoterapéutico que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados (Linehan, 1993).

A nivel personal, la idea de investigar sobre este tipo de terapias surgió, sin duda, a raíz de mi interés por los trastornos severos de la personalidad y, también, por mi curiosidad por conocer las herramientas que brindan las terapias cognitivas en el tratamiento de esta patología.

Entre los **objetivos específicos**, que se plantean en esta tesina, figuran los siguientes:

- a) Describir los fundamentos teóricos que subyacen a terapias propuestas por Jeffrey Young y Marsha Linehan.
- b) Examinar las hipótesis que emplean, esas terapias, para explicar la génesis y el mantenimiento del trastorno límite de la personalidad.
- c) Investigar acerca del establecimiento y el manejo de la relación terapéutica por parte de los terapeutas cognitivos que adhieren a estos enfoques revisados en esta tesina.
- d) Estudiar cuáles son los objetivos que se proponen los terapeutas, arriba citados, para lograr cambios.
- e) Explorar cuáles son los procedimientos a seguir y las técnicas que usan los terapeutas cognitivos e integrativos para el tratamiento con pacientes límites.

Para cumplir con los objetivos marcados, la compilación del material bibliográfico se distribuirá sistemáticamente en dos partes complementarias. A su vez, se supone que tal división le facilitará al lector el seguimiento de los temas por tratar.

En la *primera parte* se realiza una actualización clínica del trastorno límite de la personalidad, como un paso fundamental, para obtener una mayor comprensión de los factores que necesitan ser considerados para el entendimiento del trastorno y su tratamiento. Se abarcan tópicos muy diversos que van desde la conceptualización, los criterios diagnósticos, la elevada prevalencia, comorbilidad, el diagnóstico di-

ferencial hasta el curso y el pronóstico del trastorno. Se cree que, sólo así, se puede encontrar la mejor manera de brindarles ayuda.

El primer capítulo trata el dilema conceptual referido a qué es lo que se entiende por el constructo «límite». Se trazarán los hitos históricos que resultan útiles para entender los pasos que llevaron a su descripción actual. Luego, se discutirá la influencia de los manuales diagnósticos internacionales en la nomenclatura vigente. Asimismo, se analizarán las tendencias que impulsan la inclusión del trastorno límite dentro de los trastornos afectivos, del trastorno por estrés postraumático o del espectro impulsivo.

El segundo capítulo hace referencia a la semiología psiquiátrica del trastorno límite. Se detallan las características clínicas y se examinan los criterios diagnósticos propuestos en los manuales de clasificación internacionales, donde quedan concretadas las manifestaciones clínicas del trastorno.

En el capítulo siguiente se afronta el problema del diagnóstico clínico y la evaluación del trastorno límite. Se exploran los instrumentos de evaluación que auxilian al clínico para poder llegar proceso de diagnóstico. Se subraya, sobretodo, la necesidad de poder hacer un diagnóstico certero, dada la elevada comorbilidad y por el problema de la superposición de síntomas con otros cuadros del eje I y eje II del *DSM-IV-TR*. Seguidamente, se analiza cómo diferenciar este trastorno con otros que cuentan con algunas características de presentación similares.

En el cuarto capítulo se ofrecen los datos epidemiológicos disponibles en la actualidad. Entre ellos, se revisa la tasa de prevalencia y el índice de suicidio en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Además, se discuten los factores de riesgo asociados a la expansión y gravedad de este trastorno.

El quinto capítulo corresponde al cierre de esta primera parte. Se analiza la calidad de vida de los pacientes límites y se exploran dos variables que usualmente influyen en el resultado de los tratamientos: el curso y en el pronóstico.

En la *segunda parte* se repasan los abordajes cognitivos e integrativos para el abordaje psicoterapéutico de pacientes con trastorno límite de la personalidad y se consideran las evidencias empíricas que apoyan la eficacia de sus métodos. El sexto capítulo introduce el amplio y complejo panorama de las terapias cognitivas y sus propuestas actuales. Se plantea la naturaleza unificadora de las terapias cognitivas y su rol en el movimiento contemporáneo conocido como la integración en psicoterapia. Paralelamente, se presentan las terapias cognitivas e integrativas para pacientes con trastorno límite de la personalidad.

En los próximos dos capítulos se exponen las ideas principales de los modelos de Jeffrey Young y de Marsha Linehan. Se analizarán los postulados teóricos que los sustentan y sus hipótesis explicativas sobre la génesis y el mantenimiento (*etiopatogenia*) del trastorno límite de la personalidad. Luego, se presentan las estructuras de estos tratamientos y se describen las etapas y las intervenciones más específicas.

En el capítulo noveno, se hace una breve reseña de la eficacia de las terapias cognitivas e integrativas para el trastorno tratado.

Finalmente, se concluirá sobre el análisis bibliográfico realizado y se plantearán perspectivas futuras. Concretamente, se tratará de vislumbrar si las terapias, que siguen la línea cognitiva, transitan hacia un sendero común o si, por lo contrario, circulan en distintas direcciones.

Parte I: Actualización Clínica del trastorno límite de la personalidad

Capítulo 1. El constructo «límite»: Notas introductorias sobre la historia del trastorno límite de la personalidad

1.1 Algunas cuestiones sobre la definición del trastorno límite de la personalidad

Una revisión sobre las terapias cognitivas e integrativas para el trastorno límite de la personalidad exige plantearse algunas cuestiones previas; una de ellas, se refiere a qué es lo que se entiende por el constructo «límite». Tal pregunta es fácil de plantear, pero difícil de responder dado que el trastorno límite de la personalidad es un cuadro que despierta una inmensa discrepancia y confusión entre diversos teóricos. De allí que Millon (1998) señale que, en su breve historia, el constructo «límite» ha tenido diferentes significados.

Supuesto lo antedicho, resulta interesante observar las diversas maneras en las que se ha empleado el constructo "límite". Algunos autores señalan que al principio esta palabra se utilizaba cuando el clínico no tenía un diagnóstico seguro porque el paciente presentaba una mezcla de síntomas neuróticos y psicóticos. Muchos clínicos pensaban que sus pacientes estaban en el límite de la neurosis y la psicosis, por lo cual empezaron a emplear esta denominación (Beck y Freeman, 1995; Paris, 2005a).

En la práctica clínica, todavía algunos utilizan el diagnóstico de "límite" como un "cajón de sastre" donde se amontonan todos los individuos difíciles de diagnosticar. También, se aplica en forma genérica a aquellos pacientes que son vistos como "molestos" o bien como justificación de que la terapia no avance (Beck y Freeman, 1995; Gabbard, 2002; Millon, 1998, Paris, 2005a).

En psicopatología, tal como lo señalan Belloch y Fernández Álvarez (2002), el concepto de trastorno «límite» tiene una amplia tradición y se ha aplicado a entidades como la «esquizofrenia límite», la «esquizofrenia pseudoneurótica», las «psicosis latentes» o el «retraso mental límite». Estos autores, exponen que el individuo con patología límite se sitúa:

- a) En la frontera entre dos psicopatologías diferentes (por ejemplo: esquizofrenia- neurosis), asumiendo síntomas de ambas pero configurando una entidad nosológica y distinta.
- b) En el punto medio de un continuo normalidad-psicopatología, lindando con cada uno de ambos extremos.
- c) Al borde mismo del fracaso o la ruptura mental.
- d) En el nivel más bajo de organización o estructuración de la personalidad.

Por otra parte, puede decirse que el concepto formal de trastorno límite de la personalidad es relativamente nuevo, ya que apareció en el *DSM* recién en 1980. A pesar de su reciente inclusión como entidad diagnóstica oficial en la nomenclatura internacional, la decisión de utilizar la palabra «límite» es, para muchos autores, inapropiada. Lo inherente y la ambigüedad de este constructo no connota ni comunica un patrón comportamental que describa las características estilísticas distintivas de esta patología (Bateman y Fonagy, 2003; Linehan, 1993; Paris, 2005a; Perry y Klerman, 1978 citados en Millon, 1998). La principal característica del trastorno límite de la personalidad es la intensidad y la variabilidad de los estados de ánimo. Los pacientes límites tienden a experimentar largos períodos de abatimiento y desilusión, interrumpidos por breves episodios de irritabilidad, actos autodestructivos y cólera impulsiva. Sus estados de ánimo suelen ser imprevisibles y parecen ser desencadenados más por sucesos externos que por factores internos (APA, 2002; Koldobsky, 2005b; Millon, 1998).

Para representar claramente la diversidad de significados que se le ha dado al constructo «límite» y entender los pasos que llevaron a la descripción actual del trastorno límite de la personalidad, en lo que sigue de este capítulo, se repasará su historia conceptual.

1.2 La historia del trastorno límite de la personalidad

Como menciona Millon (1998), hay una considerable literatura sobre síndromes que, aunque no se denominen «límite», poseen las características clínicas que representan un patrón de inestabilidad afectiva e interpersonal característico del trastorno límite de la personalidad. Por consiguiente, esta revisión no comenzará por el concepto límite, sino por formulaciones que difieren en su designación, pero que clínicamente son muy similares.

Asimismo, siguiendo los parámetros propuestos por este autor, esta presentación se dividirá en tres periodos de tiempo: el primero, al que se referirá como «Precursores históricos», incluye a los teóricos cuyos principales trabajos fueron expuestos desde la Antigüedad hasta la Primera Guerra Mundial; el segundo, denominado «Formulaciones modernas», representa los aportes de los autores cuyas publicaciones clave cobraron importancia entre la Primera y Segunda Guerra Mundial, y el tercero, con el título de «Proposiciones contemporáneas», incluye a los pensadores cuyos escritos más significativos pueden encontrarse desde la mitad del siglo pasado hasta el día de hoy. Asimismo, se hará referencia a la influencia de los manuales diagnósticos en la nomenclatura actual.

1.2.1 Precursores históricos

Desde los primeros escritos de la literatura psicopatológica (incluidos los de Homero, Hipócrates y Areteo), se han descrito pacientes en los que coexisten emociones intensas y divergentes tales como la euforia, la irritabilidad y la depresión. Posteriormente, en el siglo XVII, Bonet revisó a fondo la idea de que existía un síndrome caracterizado por la covariación entre estados de ánimo erráticos e impulsivos aplicándole el término de *folie maniaco-melancolique* (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Millon, 1998).

Un siglo más tarde, Schacht y Herschel reforzaron la idea de Bonet y plantearon que esta inestabilidad del humor seguía una regularidad periódica y cíclica de altos y bajos. En 1854, Bailarger y Falret aplicaron los términos *folie a double forme* y *folie circulaire* a los pacientes que mostraban un curso depresivo, interrumpido intermitentemente por períodos de irritabilidad, cólera, euforia y normalidad. Finalmente, fue Kalbaum quien sugirió, en 1882, la creencia actual sobre la relación entre la manía y la melancolía. Esto hizo más rígidas las futuras concepciones del síndrome y reorientó el pensamiento hacia horizontes distintos de la inestabilidad e imprevisibilidad afectivas tan características (Belloch, Martínez-Narváez y Pascual, 1998; Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Millon, 1998).

En su trabajo de 1884, Hughes (tal como se cita en Conti y Stagnaro, 2004 p. 271) se refirió con el término de *estados límites de la locura* a «[...] personas que pasaron toda su vida a uno u otro lado de la línea». Dos años más tarde, J.C. Rosse habló de pacientes que se movían en una zona crepuscular entre la razón y la desesperación (Millon, 1998).

Otro hito histórico importante es el trabajo desarrollado por Kraepelin en 1921, en el que identificó cuatro variantes temperamentales que predisponían a la enfermedad maníaco-depresiva. Millón (1998) señala que la descripción de Kraepelin sobre el temperamento irritable reúne los principales criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad *DSM-IV* en especial la impulsividad, la inestabilidad de la afectividad y de las relaciones interpersonales, la ira intensa e inapropiada y los actos autolesivos.

1.2.2 Formulaciones modernas

En 1925, Krestchmer proporcionó también algunos elementos adicionales del retrato límite, enfatizando de nuevo la volubilidad emocional y su curso impredecible (Belloch y Fernández Álvarez, 2002). De cita obligada también es la obra de Schneider, quien se acercó aún más a la esencia del trastorno límite en su descripción de la *personalidad lábil*. Para este autor, el *lábil* se caracteriza especialmente por cambios rápidos y súbitos de su estado de ánimo. En ocasiones bastan estímulos lo más insignificantes para suscitar una reacción violenta. Así, a las crisis periódicas del estado de ánimo le siguen conductas impulsivas. Además, las personas lábiles, según Schneider presentan un cuadro de pereza y de inestabilidad social (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Millon, 1998).

Pero es Stern, recién en 1938, el que empleó por primera vez la designación «*límite*», para describir estados limítrofes entre la psicosis y la neurosis. Un examen minucioso le llevó a identificar diez síntomas que parecían ser más pronunciados en estos pacientes que en otros neuróticos y eran especialmente resistentes a la terapia psicoanalítica. Ellos fueron: narcisismo, hemorragia mental, hipersensibilidad desordenada, rigidez psíquica, reacciones terapéuticas negativas, sentimientos de inferioridad, masoquismo, ansiedad somática, mecanismos de proyección, dificultad para evaluar la realidad (Conti y Stagnaro, 2004; Koldobsky, 2005b; Millon, 1998).

Conti y Stagnaro (2004) dicen que a partir de aquella descripción clínica, diferentes autores empezaron a referirse a aquel cuadro. Por ejemplo, Helen Deutsch, en 1942, describió suerte de pseudoestructuración del sujeto que denominó *personalidad como si*. Hoch y Polatin, en 1949, en un esfuerzo por captar ese estado «intermedio» hablaron de la *esquizofrenia pseudoneurótica*, cuadro caracterizado por pan-neurosis, pan-ansiedad y pan-sexualidad. En cambio, otros clínicos que solían tener una orientación más biológica, intentaron diferenciar las formas manifiestas de esquizofrenia de las variantes «límite». Tal es el caso de Zilboorg que, en 1941, utilizó el término *esquizofrenia ambulatoria*. (Gabbard, 2002; Kaplan, 2001; Koldobsky, 2005b).

Así, surgieron dos tendencias acerca del cuadro límite. Por un lado, se lo relacionó con una forma atípica de la esquizofrenia y, por el otro, estaban los que lo consideraban una entidad propia (Gunderson, Berkowitz y Ruiz- Sancho, 1997; Koldobsky, 2005b; Millon, 1998).

1.2.3 Proposiciones contemporáneas

Luego de la Segunda Guerra Mundial, Melita Schmideberg describió el cuadro como un trastorno de la personalidad. En sus primeros artículos caracterizó los límites como sujetos incapaces de tolerar la rutina y adquirir alguna introspección, con tendencia a llevar vidas caóticas y con capacidad empática deficiente. De esa manera, comenzó a diluirse la unión con la esquizofrenia (Koldobsky, 2005b; Millon, 1998).

Otra contribución esencial fue la de Knight en la década del '50, ya que intensificó la importancia sobre ciertas dificultades en el funcionamiento yoico, considerándolas un elemento crucial de la estructura de la personalidad límite (Gabbard, 2002; Millon, 1998).

Pero la definición contemporánea de esta modalidad de personalidad comenzó a mediados de los años '60. El trabajo de Grinker es especialmente valioso por ser la primera investigación empírica sistemática que empleó criterios explícitos para incluir una muestra de la población límite y excluir a los pacientes con trastornos similares a la esquizofrenia que podían ser fuente de confusión. Entre los elementos que parecían ser compartidos por todas las variantes estaban la ira como único o principal afecto, los defectos en las relaciones afectivas, la ausencia de indicaciones de identidad propia y la soledad depresiva (Conti y Stagnaro, 2004; Gabbard, 2002; Millon, 1998).

Cercana la década del '70, Otto Kernberg, influido por las tesis de Stern y Knight y por los teóricos británicos de las relaciones objetales, buscó caracterizar a los pacientes límites desde una perspectiva psicoanalítica. Utilizando un abordaje combinado de la psicología del Yo y de las relaciones objetales, acuñó el término *organización borderline de la personalidad* para abarcar a un grupo de pacientes que mostraban patrones característicos de debilidad yoica, operaciones defensivas primitivas y relaciones de objeto problemáticas (Gabbard, 2002; Millon, 1998).

Ahora bien, una cuestión importante a tener en cuenta, es que el concepto de *organización borderline de la personalidad* de Kernberg es distinto de las características fenomenológicas actuales que identifican un trastorno de personalidad específico. Esto significa que incluye diferentes trastornos de personalidad subyacentes, a saber: trastornos de la personalidad narcisista, antisocial, esquizoide, paranoide, infantil y ciclotímico. Por lo tanto, existe considerable controversia sobre si el término «límite» debería ser aplicado a un trastorno de personalidad específico o utilizado ampliamente, como lo hizo Kernberg, para describir una dimensión de la personalidad (Gabbard, 2002).

Siguiendo en la línea psicoanalítica, los diversos trabajos de Gunderson y sus colaboradores insistieron en que el trastorno límite es un trastorno de la personalidad que puede describirse claramente y diagnosticarse al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos. Beneficiándose de una exhaustiva revisión de los trabajos anteriores, caracterizaron este síndrome del siguiente modo: afectividad intensa, ya sea en forma de estados depresivos o de hostilidad; incapacidad para el placer, con frecuentes despersonalizaciones; comportamientos impulsivos que pueden incluir actos autolesivos como las sobredosis de sustancias, el alcoholismo o la promiscuidad; alteraciones de la identidad, episodios psicóticos breves y unas relaciones interpersonales que oscilan entre la superficialidad, la dependencia y la manipulación (Millon, 1998).

En las últimas tres décadas Gunderson, ha afinado aún más sus conceptos, para distinguir mejor las características que diferencian el trastorno límite de la personalidad de otros trastornos. En sus formulaciones posteriores, propuso las siguientes características distintivas: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi-psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Gabbard, 2002; Millon, 1998).

Como ya se ha mencionado, el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad es relativamente nuevo y aparece por primera vez en el *DSM-III*, en 1980. Desde ese momento hasta la cuarta versión actual, se han ido ampliando y refinando gradualmente las definiciones y los parámetros que permiten comprenderlo (Apfelbaum, S. & Gagliosi, 2004; Beck y Freeman, 1995). Los criterios del *DSM-III-R* prácticamente duplicaron los del *DSM-III*; mientras que en el *DSM-IV* se introdujeron cambios menores (Millon, 1998; Skodol Gunderson, Pfohl Widiger, Livesley y Siever, 2002).

Si bien la noción de personalidad límite, creación típicamente norteamericana, tardó en penetrar al consenso internacional, ya en 1992, la décima Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) incluye por primera vez un trastorno similar al límite, tal y como se concibe en el *DSM*. Aparece bajo la denominación de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite. El otro subtipo (impulsivo) de esta categoría no tiene ningún equivalente aproximado (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Koldobsky, 2005b; Millon, 1998).

De acuerdo con Linehan (1993), con la nomenclatura oficial y los criterios diagnósticos del *DSM* se deja atrás definitivamente la idea del trastorno límite como un estado que oscila entre la neurosis y la psicosis. También insinúa que, es a partir de ese momento, cuando se dispara el interés por esta patología. Así, aparecen los trabajos de muchos autores cuya orientación no es psicoanalítica.

Esta autora realizó unas formulaciones importantes acerca de la naturaleza de la patología y la patología del trastorno límite. En sus propuestas, que describen a estos sujetos como personas con «irregularidades emocionales», Linehan sugiere que el trastorno límite de la personalidad es una combinación de vulnerabilidad emocional e incapacidad para regular el afecto. El elemento clave en el desarrollo de estas irregularidades emocionales proviene de lo que denomina un «entorno invalidante» (Linehan, 1993, 2003; Millon, 1998).

Beck y Freeman (1990/1995) trataron el trastorno límite desde una perspectiva más cognitiva que afectiva. Según Millon (1998), en el trabajo de Beck destaca su aportación para mejorar el entendimiento de las creencias disfuncionales que controlan las respuestas emocionales y comportamentales patológicas de los pacientes límites.

Otro aporte interesante es el de Lorna Benjamin (1993/1996), quien propuso que el papel de las dificultades interpersonales, en especial las respuestas inconsistentes, es esencial para el entendimiento del paciente límite.

Akiskal, un autor de orientación biológica, describió al constructo límite como “un adjetivo en busca de un sustantivo” hace unos veinte años atrás (Smith, Muir y Blacwood, 2004). Él argumentaba que los síntomas afectivos de muchos pacientes límites, considerados ser sellos del trastorno bipolar, eran de fundamental importancia. Por lo tanto, sugería que el síndrome entraría, de manera más apropiada, en el amplio espectro de los trastornos afectivos (Akiskal, 2004; Bagladi, 2005; Dolan-Sewell, Krueger, y Shea, 2001; Smith, Muir y Blacwood, 2004).

Otro factor en el cual se apoyó Akiskal, fue en la evidencia que los estabilizadores del humor eran eficaces para pacientes con trastorno límite de la personalidad (Koldobsky, 2005b; Smith, Muir y Blacwood, 2004). Sin embargo, Paris (2004b) destaca que hay diferencias notables tanto en la fenomenología, los antecedentes familiares, el curso longitudinal como en la respuesta al tratamiento entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno bipolar. Hoy en día, no se considera al trastorno límite como una forma de los trastornos afectivos, sino que se insiste en la asociación que pueden presentar los dos cuadros y las formas particulares que los trastornos del humor adquieren en el paciente límite (Koldobsky, 2005b). Para una mayor puntualización sobre esta controversia véanse los puntos 3.2.2.1 y 3.2.3.1 del presente trabajo.

Posteriormente, Kroll (1993 citado en Millon, 1998) sugirió una gran afinidad entre las dificultades de estas personas y las que sufren el trastorno por estrés postraumático. Golier y sus colaboradores (2003) describen que así como el trastorno límite de la personalidad se consideró, inicialmente, una variante leve de la esquizofrenia y luego un trastorno afectivo, más tarde fue considerado una variante del trastorno por estrés postraumático. Las historias de abuso infantil y adolescente son tan extensas que se ha llegado a suponer que este desorden se trataría de una forma de trastorno por estrés postraumático complejo, término preferido por especialistas como van der Kolk y Herman (1991 citados en Apfelbaum y Gagliesi, 2004).

El modelo teórico de Siever (1991 citado en Millon, 1998; Siever y Koenigsberg, 2004) ha intentado relacionar las propiedades de los neurotransmisores con varios trastornos de la personalidad. Extrapolando su marco de los cuatro sistemas, asoció el trastorno límite a anomalías de los impulsos. Zanarini (1993, citada en Apfelbaum y Gagliesi, 2004) fue más lejos aún y propuso que el trastorno límite estaría dentro del espectro de los *trastornos de los impulsos*.

Resumiendo hasta aquí, el constructo límite históricamente ha sido muy controvertido. Como se revisó, hubo distintas formas de alinearlo: a) con la esquizofrenia; b) como entidad propia; c) relacionado con los factores afectivos; d) con el trastorno de estrés postraumático y e) como parte de los desordenes relacionados con el control de los impulsos. Sin embargo, el trastorno límite de la personalidad ganó estatus oficial con su incorporación en los manuales internacionales de clasificación diagnóstico y varios trabajos de los últimos veinticinco años han ido dándole validez y confiabilidad nosográfica (Koldobsky, 2005b; Sanislaw et al., 2002). Cada vez más, se reconoce que un tipo específico de trastorno de la personalidad acerca de cuya etiología y curso hay conocimientos considerables, y para lo cual también hay tratamientos específicos (Gunderson, Berkowitz y Ruiz- Sancho, 1997).

Capítulo 2. Caracterización clínica del trastorno límite de la personalidad y criterios para su diagnóstico

“Vivía en una orgía autodestructiva y constante; y mientras mis compañeros me consideraban un cabecilla y un jabato, un muchacho valiente y juerguista, mi alma atemorizada aleteaba llena de angustia en lo más profundo de mi ser”.
Demian (Herman Hesse, 1919)

De acuerdo con Belloch y Fernández Álvarez (2002), la historia conceptual del trastorno límite de la personalidad ha sido tan errática, confusa y, a veces, impredecible como lo es el propio paciente que hoy se denomina “límite”. Por lo tanto, no debe resultar extraño que no exista un claro acuerdo entre expertos acerca de cuáles son las características esenciales de esta patología.

A lo largo de este trabajo, sólo se tomarán en cuenta las características que fueron consensuadas en los sistemas de clasificación nosográficos vigentes, tales como la CIE-10 y el DSM-IV-TR. Esta distinción no es caprichosa, sino que se realiza porque muchos pacientes rotulados de «límite» por los teóricos de orientación psicoanalítica caerían en otros trastornos de la personalidad; y, por ende, tendrían que agregarse otras manifestaciones clínicas aparte de las que se considerarán aquí.

2.1 Manifestaciones clínicas

Millon (1998) señala que los pacientes límites manifiestan una amplia variedad de síntomas clínicos. Belloch y Fernández Álvarez (2002) explican que estos pacientes se caracterizan por una marcada inestabilidad y ambivalencia en prácticamente todos los ámbitos de sus vidas. El resultado de la intrusión constante de estos dos elementos en la vida cotidiana de aquéllos se hace patente en diversos aspectos; como por ejemplo, en la presencia de actitudes cambiantes, emociones erráticas o carentes de control, comportamiento caprichoso y poco fiable. Los pacientes límites son personas impulsivas, impredecibles y a menudo explosivas.

Puede decirse que los pacientes límites son más ambivalentes en las relaciones interpersonales que otros tipos de personalidad. Linehan (1987 citada en Beck y Freeman, 1995), menciona que suelen vacilar entre buscar la dependencia y evitarla, además que no saben confiar en los otros en una medida moderada.

Habitualmente, la presencia de ellos no resulta cómoda ni agradable para los demás, ya que éstos sienten continuamente como si estuvieran al borde del desastre inminente, esperando que los pacientes límites se muestren malhumorados y ofendidos o que se vuelvan extremadamente obstinados y desagradables (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Millon, 1998).

Por lo general, estos pacientes contemplan a los demás como figuras que les dan afecto y cubren sus necesidades o, por el contrario, como personas sádicas y odiosas que les privan de su necesidad de seguridad y les amenazan con el abandono cuando ellos se sienten dependientes (Kaplan, y Sadock, 2001). Así, resultan evidentes sus opiniones polarizadas, alternando entre la idealización y la devaluación (APA, 2001; Koldobsky, 2005b).

A pesar que los pacientes límites necesitan atención y afecto, actúan de un modo imprevisiblemente contrario, manipulativo y lábil en sus relaciones interpersonales. Por consiguiente, con estos comportamientos paradójicos provocan muy a menudo el rechazo por parte de los demás, que es lo que precisamente más temen y desean evitar (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Millon, 1998).

Apfelbaum y Gagliesi (2004) plantean que, frecuentemente, los familiares y allegados se sienten engañados o manipulados, aún cuando no sea ésta la intención de las personas con trastorno límite de la personalidad. Estos autores, al igual que Linehan (1993), enfatizan la necesidad de distinguir entre la verdadera *intención* de una conducta y sus *efectos*. Linehan (1993) expone que los pacientes límites no son «manipuladores» en el sentido estricto del término. De hecho, cuando están intentando influenciar a alguien ellos son típicamente directos, disuasivos y carecen de habilidad para obtener sus intereses particulares. A modo de ejemplo, cuando un paciente límite tiene una acción como las amenazas de suicidio, la motivación puede ser la desesperación de evitar el abandono que es vivido como inevitable y catastrófico, pero esa conducta es vista por los demás como manipuladora.

Asimismo, es de prever que se sientan faltos de cariño o no queridos en absoluto, despreciados, ninguneados; creen que sus esfuerzos no sirven de nada, son unos incomprendidos, se encuentran totalmente desilusionados y descorazonados (Belloch y Fernández Álvarez, 2002). Millón (1998) especifica que las preocupaciones de los pacientes con trastorno límite de la personalidad no sólo consisten en obtener la aprobación y el afecto de los demás, sino que también pretenden no vincularse demasiado a ellos para así prevenir las posibles pérdidas.

Al respecto, Linehan (2003) sugiere que uno de los principales errores que cometen es finalizar las relaciones con demasiada precipitación. Los problemas a la hora de tolerar el malestar les impiden soportar el miedo, la ansiedad o las frustraciones típicas de situaciones conflictivas. Sus inadecuadas habilidades para resolver conflictos personales les impiden convertir relaciones potencialmente conflictivas en amistades positivas. Esta autora, también, enfatiza que uno de los problemas más destacados del paciente con trastorno límite de la personalidad es su incapacidad para pedir ayuda.

Por otra parte, Belloch y Fernández Álvarez (2002) dicen que, usualmente, se ofenden con mucha facilidad por cualquier asunto sin importancia y fácilmente se sienten «provocados» por cualquier tontería. Son impacientes y suelen irritarse cuando algo no funciona cómo o cuándo ellos quieren. La cabezonearía, la inmadurez, el pesimismo que los demás les atribuyen no son más que el reflejo, según ellos, de una “sensibilidad especial” y el resultado de la falta de consideración y aprecio que los demás les han demostrado.

Millon (1998) destaca que la característica más llamativa de los pacientes límites la constituye la intensidad de sus estados de ánimo y la frecuencia con la que cambian sus comportamientos. Así, períodos de abatimiento y apatía extremos se entremezclan con episodios de ira, ansiedad o agitación. La tremenda facilidad para el cambio y sus comportamientos vacilantes se reflejan en su apariencia y su voz. Por ejemplo, un día van vestidos de forma bastante adecuada y atractiva; al día siguiente tienen un aspecto desastroso. Un día su voz es enérgica; al otro se expresan de forma dubitativa, lenta y con monosílabos.

Por lo demás, los pacientes límites son extrañamente reactivos emocionalmente. Pueden estar alegres por un rato, luego enojarse intensamente, deprimirse desesperanzadamente o tornarse incontinentemente ansiosos - cada estado a pesar de lo intenso, dura sólo unas pocas horas o a lo sumo un día- (Siever y Koenigsberg, 2004).

De acuerdo con Millon (1998), el equilibrio emocional de los pacientes límites parece estar en un tira y afloja constante, con cambios endógenos no sólo del estado de ánimo sino también de los impulsos y de los controles inhibitorios. Debido a la falta de control y a la intensidad de sus estados emocionales, no debe sorprendernos que sean vulnerables a impulsos suicidas o automutilaciones recurrentes.

De hecho, Welch y Linehan (2002) sostienen que el trastorno límite de la personalidad está caracterizado por comportamientos autodestructivos que son frecuentemente impulsivos. Entre los ejemplos más problemáticos, están el abuso de drogas y las conductas parasuicidas. El concepto de *conductas parasuicidas* incluye a aquellas comúnmente etiquetadas como «gestos de suicidio» y «los intentos de suicidio manipulativos» (Linehan, 1993).

Paris (2004a) agrega que las conductas parasuicidas pueden convertirse, a veces, como «una forma de vida» en estos pacientes y que las automutilaciones parecen funcionar como los medios de la regulación afectiva. No caben dudas que las conductas autodestructivas es una característica de los pacientes límites y, por ello, algunos autores se refieren a aquellas como «la especialidad conductual» del trastorno límite de la personalidad (Gunderson, 1984 citado en Koldobsky, 2005b; Gunderson, 2001 citado en Oldham, 2006).

Al mismo tiempo, los pacientes con trastorno límite de la personalidad se lamentan constantemente por el estado ruinoso en el que se encuentran sus vidas, por su tristeza crónica, su sensación de vacío y su angustia (Belloch y Fernández Álvarez, 2002). Además, se caracterizan por tener sentimientos de apatía y aburrimiento y ser incapaces de encontrar un significado o propósito a la vida (Millon, 1998).

Algunos autores sostienen que, para sentirse mejor, pueden actuar de formas contraproducentes utilizando drogas o alcohol para suavizar sentimientos perturbados, volcarse a la actividad sexual promiscua, tornando su rabia hacia sí mismos en actos autodestructivos como cortarse los brazos o las muñecas o cayendo en el juego. Estas medidas pueden aliviar transitoriamente su angustia, pero le traerán consecuencias negativas a largo plazo (Benjamin, 1996; Millon, 1998; Siever y Koenigsberg, 2004). Otros autores asocian estas conductas con una *búsqueda impulsiva de sensaciones* (Koldobsky, 2005b).

Ahora bien, para muchos la angustia y la desesperación de pacientes límites son genuinas, pero también son un modo de canalizar y expresar sus sentimientos de hostilidad, un instrumento para vengarse y molestar al otro. Furiosos por la incapacidad de los demás de protegerlos y apoyararlos, el paciente límite emplea su mal humor y sus amenazas como un modo de «dar una lección al otro». En el mismo sentido, pueden emplear el silencio total y la frialdad más absoluta como una especie de castigo, o un modo de amenazar a los demás con los problemas que se le avecinan (Beck y Freeman, 1995; Benjamin, 1996; Millon, 1998; Fernández Álvarez, 2002).

Muchas veces, para asegurarse que su ira y sus resentimientos están controlados, los pacientes límite vuelven estas emociones hacia sí mismos a través de la autocrítica y la autocondena (Millon, 1998). Pero, otras veces, estos pacientes no logran canalizar sus sentimientos de hostilidad debido a la falta de control de impulsos. Por tanto, suele sugiere que las *conductas violentas* en ellos pueden llegar al robo de objetos a miembros de la familia o al terapeuta y asaltos físicos, como el caso de algunos que abusan de sus propios niños (Koldobsky, 2005b).

En lo que refiere a este último tema, puede citarse un estudio de Raine (1993) realizado con treinta y siete prisioneros en Inglaterra. Este investigador puso a prueba la hipótesis que la personalidad borderline se caracteriza por una violencia extrema evaluando las características del trastorno límite en tres grupos: 1) asesinos, 2) violentos y 3) delincuentes no violentos. Los sujetos que conformaron la muestra fueron evaluados siguiendo los criterios del *DSM-III* y con la *Diagnostic Interview for Borderline* (DIB). Halló que los asesinos obtenían puntuaciones más altas para el trastorno límite de la personalidad que los delincuentes no violentos. Los rasgos de este trastorno se asociaron significativamente a relaciones inestables, intensas consistidas en violencia extrema y a inestabilidad afectiva. Se concluyó que el trastorno límite de la personalidad puede predisponer hacia formas extremas de violencia.

Por otra parte, tal como Millon (1998) señala, son «caprichosos» también desde el punto de vista cognitivo: pueden cambiar rápidamente de idea o mostrar pensamientos contradictorios con respecto a sí mismos, a los demás, a los acontecimientos nuevos y viejos. Uno de los principales problemas de estos pacientes es la falta de propósitos o de una dirección consistente que moldee sus actitudes, comportamientos o emociones. Incapaces de dar coherencia a su existencia, tienen pocos anclajes o puntos de referencia para coordinar sus conductas dirigidas a un objetivo. Al sentirse poco integrados dudan, respondiendo como niños a cada nuevo estímulo y cambiando en cada momento de una cosa a otra. Este fenómeno se relaciona de cerca con el «pensamiento dicotómico» de Beck y Freeman (1995) y con el que Linehan (1993) se refiere como «pensamiento de todo o nada».

Asimismo, es típico de los pacientes límites experimenten la confusión propia de un sentido de la identidad inmaduro, nebuloso u oscilante. No es inusual que un individuo con trastorno límite de la personalidad informe de que no tiene el más mínimo sentido del yo y que no sabe quién es. (Linehan, 2003; Millon, 1998). La confusión acerca de las metas y prioridades les hace difícil trabajar con regularidad y eficacia para alcanzar metas no inmediatas, teniendo sobre todo en cuenta sus cambios emocionales abruptos (Millon, 1998).

Benjamín (1996) indica que en estos pacientes hay un «patrón de autosabotaje» en el momento que una meta está a punto de ser alcanzada. Por ejemplo, abandonan sus estudios momentos antes de la graduación, o suelen comportarse atrozmente para destruir una buena relación y deseada por largo tiempo una vez que estaba claro que esa relación podría durar y ser buena.

En ocasiones, también pueden sufrir episodios psicóticos reversibles de corta duración, más que rupturas psicóticas completas. En esos casos, los pacientes límites experimentan ilusiones, pseudo-alucinaciones e ideas delusionales y sobrevaloradas de mediana intensidad. Posteriormente, el paciente regresa al nivel previo de funcionamiento después de la «explosión» psicótica. A lo largo de la vida, estos episodios de caída y recuperación cíclicos pueden ser constantes (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Kaplan y Sadock, 2001; Koldobsky, 2005a; Millon, 1998).

Linehan (1993) propuso una serie de patrones conductuales característicos de pacientes con el trastorno límite de la personalidad que resumen algunas de las características ya mencionadas en este capítulo. Estos patrones son los siguientes:

- *Vulnerabilidad emocional*: refiere a un patrón de dificultades en la regulación de las emociones negativas, inclusive la alta sensibilidad a estímulos emocionales negativos, intensidad emocional alta y lento regreso al estado emocional basal.
- *auto-invalidación*: consiste en la tendencia para invalidar o no poder reconocer sus propias respuestas emocionales, pensamientos, creencias y comportamientos. Tienen expectativas muy altas y poco realistas para sí mismos.
- *crisis implacables*: se trata de un patrón de obstáculos y eventos estresantes. Algunas son causadas por su forma de vida disfuncional y otras por un entorno social inadecuado.
- *Aflicción inhibida*: es la tendencia a inhibir y controlar excesivamente las respuestas emocionales negativas, especialmente aquellas asociadas con dolor y pérdidas, incluyendo: tristeza, cólera, culpabilidad, vergüenza, ansiedad y pánico
- *pasividad activa*: refiere a la resolución de problemas con un estilo interpersonal pasivo. Esto implica fallas para solucionar activamente los problemas de la vida y, a menudo, junto con las dificultades para solicitar la solución a otros en el medioambiente: indefensión aprendida, desesperanza.
- *competencia aparente*: tendencia del individuo a parecer, engañosamente, más competente de lo que es. Se exhibe capaz cuando en realidad internamente las cosas se están desintegrando. Además, fracasa para exhibir señales no-verbales adecuadas de su angustia emocional.

2.2 Criterios diagnósticos: sistemas de clasificación vigentes

La caracterización clínica-descriptiva que se ha realizado hasta aquí puede verse concretada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y CIE-10 (véanse las tablas 2.1 y 2.2).

En términos generales, existe coincidencia entre ambos sistemas clasificatorios en el modo en que conceptúan y clasifican los trastornos de la personalidad. En el *DSM-IV-TR*, el trastorno límite de la personalidad se incluye en el Eje II, dentro del Cluster B junto al trastorno antisocial, el histriónico y el narcisista. Las razones esgrimidas en el manual *DSM-IV-TR* para unificar estos cuatro trastornos en un mismo grupo son más bien de tipo sintomatológico, ya que afirma que se caracterizan por rasgos tales como: la tendencia a la exageración, la emotividad excesiva, la inestabilidad y variabilidad, y la escasa capacidad para controlar los impulsos y para empatizar con los demás (Belloch y Fernández Álvarez, 2002).

Por otra parte, como ya se ha mencionado en el primer capítulo de este trabajo, la personalidad límite del *DSM-IV-TR*, equivaldría en la *CIE-10* al trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite. El otro subtipo de esta categoría no tiene ningún equivalente aproximado (Belloch y Fernández Álvarez, 2002).

Tabla 2.1 Criterios diagnósticos del DSM IV-TR para el trastorno límite de la personalidad

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoestima y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- (4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
- (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar una horas y rara vez unos días)
- (7) sentimientos crónicos de vacío
- (8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- (9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

Fuente: APA, 2002:794-795

Tabla 2.2 Criterios diagnósticos de la CIE-10 para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3.X)

Se trata de un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias; el ánimo es impredecible y caprichoso. Existe predisposición a tener arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. Asimismo hay predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados. Se distinguen dos tipos de trastorno:

F60.30– TIPO IMPULSIVO

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros. *Incluye:* Personalidad explosiva y agresiva. Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad

F60.31–TIPO LÍMITE

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además la *imagen de sí mismo*, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están *alteradas*. La facilidad para verse implicado en *relaciones intensas e inestables* puede causar *crisis emocionales* repetidas y acompañarse de una sucesión de *amenazas suicidas* o actos autoagresivos (aunque estos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes). *Incluye:* Personalidad "borderline". Trastorno límite de la personalidad.

Fuente: OMS, 2000.

Capítulo 3. Diagnóstico clínico y evaluación

3.1 La complejidad del diagnóstico en el trastorno límite de la personalidad

Han pasado más de dos décadas desde que se codificó por primera vez, en el *DSM –III*, un criterio confiable para realizar el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad. Desde entonces, un gran número de investigaciones ha demostrado la validez del diagnóstico del trastorno límite de la personalidad (Belloch et al., 1998; Livesley; 2001; Koldobsky, 2005b). Los estudios recientes han analizado los nueve criterios *DSM-IV* que definen el trastorno límite y han concluido que, según lo definido, parecen reflejar una construcción estadístico coherente (Sanislaw et al., 2002).

Probablemente ningún diagnóstico, en el campo de la salud mental, sea tan complejo y presente tantas dificultades diagnósticas como el del trastorno límite de la personalidad. Esto puede explicarse en que no hay invariablemente presente ningún rasgo o patrón de características y la variabilidad es la marca del trastorno límite de la personalidad, producida por la heterogeneidad clínica y una elevada comorbilidad con el Eje I y Eje II (Beck y Freeman, 1995; Koldobsky, 2005b; Molina Ramos et al., 2002).

Por desgracia, la creciente popularidad del diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en las últimas décadas lo ha convertido en un «tacho de basura» psiquiátrico o un «cajón de sastre», sobre utilizado y mal utilizado. Dada la reputación que tienen los pacientes límites de ser difíciles de tratar, a menudo se les aplica la etiqueta de «límite» erróneamente a los casos difíciles, de manera genérica o como justificación de que la terapia no progresa (APA, 2001; Beck y Freeman, 1995; Gabbard, 2001; Millon, 1998; Molina Ramos et al., 2002; Smith, Muir y Blacwood, 2004).

Por otra parte, están aquellos que son reacios a realizar este diagnóstico y, por ende, el trastorno límite de la personalidad pasa a ser subdiagnosticado. Pero, tal como señala Paris (2005b), evitar el diagnóstico del trastorno límite no hace que el problema clínico se vaya. De lo que no cabe duda es que todos encuentran en su práctica clínica este tipo de pacientes. Así, se puede denominar a los pacientes con diversos nombres, pero todavía estar en un dilema sobre qué a hacer con ellos.

Aún más, en la actualidad, hacer una correcta clasificación diagnóstica de un paciente es la única manera de poder aplicar las enormes posibilidades que ha abierto la terapéutica en cuanto a su uso en cuadros característicos y aspectos específicos de estos cuadros, que por supuesto se dan en un paciente individual (Koldobsky, 2005b).

Por esta razón, un diagnóstico precoz posibilita que estos pacientes reciban los beneficios del gran avance realizado en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Y, por otro lado, la necesidad de poder hacer un diagnóstico certero del trastorno límite de la personalidad lleva a reconsiderar su implicancia en la clínica en pacientes que son diagnosticados erróneamente y, por consiguiente, mal tratados (Koldobsky, 2005b; Molina Ramos et al., 2002).

Koldobsky (2005b) señala que hacer un diagnóstico correcto del trastorno límite de la personalidad es muy importante e ignorarlo conlleva problemas clínicos de distinto tipo, ya que la identificación del trastorno favorece:

- 1) el afianzamiento de las expectativas del paciente y el clínico acerca del curso del tratamiento posterior,
- 2) el establecimiento de las bases para el desarrollo de una buena alianza terapéutica,
- 3) y prepara al clínico para su tarea posterior.

Cuando el clínico se encuentra con un paciente que puede padecer el trastorno límite de la personalidad, debe ser considerado el diagnóstico diferencial, la etiología y, seguidamente, determinar el *setting* del tratamiento (APA, 2001).

3.2 El proceso de evaluación diagnóstica

El proceso a seguir en la evaluación del trastorno límite de la personalidad, básicamente, consiste en explorar los criterios diagnósticos de los manuales internacionales *DSM-IV* o *CIE-10* para el trastorno límite de la personalidad (Beck y Freeman, 1995; Koldobsky, 2005b; Millon, 1998; Molina Ramos et al., 2002). Estos manuales permiten la evaluación categorial del cuadro (Belloch, et al., 1998; Koldobsky, 2005b).

Millon (1998) explica que es muy importante tener en cuenta los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad en general y, en particular, del trastorno límite en los manuales internacionales (*DSM-IV*, *CIE-10*) con el fin de lograr criterios comunes para la comunicación entre clínicos.

El diagnóstico del trastorno límite de la personalidad puede ser hecho en cualquier combinación de cinco de los nueve posibles criterios diagnósticos del *DSM-IV* (véase tabla 2.1). La intensidad de la conducta es uno de los factores que distinguen un trastorno de la personalidad de una conducta adaptativa. Se debe, entonces, evaluar la intensidad, la persistencia y el modo conductual. La evaluación de la gravedad del trastorno de la personalidad y la evaluación de la predisposición al tratamiento son temas de enorme valor en el proceso diagnóstico (Koldobsky, 2005b).

Por otro lado, tal como lo aclara Magnavita (1999), los terapeutas cognitivos no sólo exploran la posible existencia de un trastorno de personalidad a través de los manuales diagnósticos sino que también examinan la estructura de la personalidad a través de la evaluación de esquemas cognitivos, las organizaciones presunciones y creencias individuales típicos de cada trastorno de la personalidad (véase capítulos 7 y 8).

En lo que refiere a los métodos utilizados para evaluar la personalidad, puede decirse que existen algunas entrevistas e instrumentos estandarizados para la valoración de los trastornos de la personalidad, que resultan útiles para sistematizar la presencia/ausencia de los diversos criterios diagnósticos (Belloch, Fernández Álvarez, 2002). Estos instrumentos colaboran en la ponderación de las variables significativas e inherentes al motivo de consulta y sirven, además, para optar entre la inclusión o no del paciente a un programa de tratamiento (Fernández Álvarez, 2003a).

3.2.1 Herramientas para la evaluación y el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad

En la guía del 2001 para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad publicada por la *American Psychiatric Association*, se enfatiza que las *entrevistas clínicas* realizadas por expertos constituyen la principal herramienta de apoyo para diagnosticar el trastorno límite de la personalidad. A su vez, esto se debe complementar por el conocimiento de los criterios validados en los manuales internacionales (*CIE-10* y *DSM-IV*) y de una vista longitudinal (biográfica) del cuadro clínico.

Asimismo, se recomienda el uso adicional de otros instrumentos de evaluación, especialmente, cuando el diagnóstico es confuso. Pero se deja bien en claro que el uso de tales instrumentos se debe acompañar por el juicio clínico adecuado.

a) La entrevista con el paciente límite

En líneas generales, puede resultar muy difícil establecer una buena comunicación con el paciente límite debido a la inestabilidad afectiva y emocional que puede mostrar a lo largo de la misma. La actitud del paciente suele fluctuar entre la confianza y el deseo de comunicarse por un lado y, la desconfianza y suspicacia hacia el clínico por otro. También, puede resultar difícil conseguir que el paciente se mantenga centrado en el análisis de un tema o problema particular y puede mostrarse contradictorio en sus análisis y respuestas ante un mismo suceso. Por lo tanto, en este caso, hay que hacerle ver las contradicciones pero a la vez manifestarle expresamente que comprendemos la naturaleza de sus sentimientos ambivalentes (Belloch y Fernández Álvarez, 2002).

Las entrevistas semiestructuradas permiten clarificar contradicciones o ambigüedades en las respuestas del paciente y determinar si los rasgos son permanentes o bien están limitados a una situación específica. Requieren que el entrevistador use ciertas preguntas, generalmente basadas en criterios *DSM-IV* o *CIE-10* o en dimensiones de la personalidad que facilitan un diagnóstico preciso (Molina Ramos et al., 2002).

Como ya se ha mencionado en este capítulo, existen algunas entrevistas estandarizadas para la valoración de los trastornos de la personalidad como, por ejemplo, la *entrevista diagnóstica estructural* de Kernberg, la *Internacional Personality Disorder Examination (IPDE)* creada por Loranger y la *Diagnostic Interview for Borderline- Revised (DIB-R)* desarrollada por Gunderson y sus colaboradores.

La *entrevista diagnóstica estructural* de Kernberg, que no sólo es de utilidad clínica para el diagnóstico diferencial del trastorno límite sino también revela información con implicaciones terapéuticas y pronósticas importantes. Nos habla de la motivación del paciente, de su capacidad para la introspección y para la colaboración en el tratamiento terapéutico. (Kernberg, 1998).

Por su lado, en 1981, Gunderson y sus colegas trataron de hacer el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad por medio de la construcción de una entrevista clínica para la investigación de las características clínicas de estos pacientes. Posteriormente, en 1989, fue revisada para ampliar su habilidad para diferenciar entre el trastorno límite y otros trastornos de la personalidad. La DIB-R es una de las técnicas más conocidas y de mayor influencia para el diagnóstico del trastorno límite (Linehan, 1993; Koldobsky, 2005b). Su uso permite identificar cuatro modelos de conducta que ellos consideran peculiares para el trastorno límite de la personalidad (véase tabla 3.1).

La *Internacional Personality Disorder Examination (IPDE)* es un nuevo instrumento diagnóstico, basado en una entrevista clínica semiestructurada. Es fruto de la modificación, para uso internacional, del Personality Disorder Examination (PDE). Ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, con la dirección del Dr Loranger y un grupo de colaboradores. Su propósito es identificar aquellos rasgos y conductas que sean relevantes para la evaluación de los criterios de los trastornos de la personalidad, según los sistemas de clasificación *CIE-10* y *DSM IV* (Koldobsky, 2005b).

TABLA 3.1 Modelo de las áreas a explorar con la entrevista semiestructurada DIB-R para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad

Diagnostic Interview for Borderline- Revised (DIB-R)	
Área afectiva	
1.	depresión mayor/crónica.
2.	desamparo/desesperanza/desvalorización /culpa crónica
3.	ira crónica/frecuentes crisis de ira
4.	ansiedad crónica.
5.	soledad/aburrimiento/vacío crónicos.
Área cognitiva	
1.	pensamiento excéntrico/experiencias preceptuales inusuales
2.	experiencias paranoides no ilusorias
3.	experiencias cuasi-psicóticas
Área de la acción: patrones impulsivos	
1.	esfuerzos suicidas manipulativos
2.	desviación sexual
3.	automutilación
4.	abuso de sustancias
5.	otros patrones impulsivos
Área de relaciones interpersonales	
1.	intolerancia a la soledad
1.	preocupaciones por el abandono/sumisión/anihilación
2.	relaciones tormentosas
3.	dependencia/masoquismo
4.	desvalorización/manipulación/sadismo
5.	demandante/arrogante
6.	regresión en tratamiento
7.	problemas de contratransferencia/relaciones de tratamiento "especiales"

Fuente: Linehan, 1993 (basada en Zanarini, Gunderson, Frankenburg & Chauncey, 1989)

b) Pruebas de evaluación psicológica

Las pruebas de evaluación y auto-evaluación de la personalidad revisten gran interés como instrumentos para ayudar al clínico a realizar un diagnóstico adecuado de un trastorno de personalidad. Estas pruebas se pueden usar en diferentes contextos y ofrecen la seguridad de haberse estudiado su validez y confiabilidad. Al proveer un lenguaje común, ayudan al diálogo entre clínicos y permiten realizar investigaciones breves y profundas, hacer un diagnóstico diferencial, definir mejor los síntomas habituales y valorar los recursos de enfrentamiento y el funcionamiento social del paciente. Además, disminuyen el trabajo y el tiempo de quien debe evaluar a un paciente (Koldobsky, 2005b). En la tabla 3.2 se hace un breve recuento de los métodos de evaluación usados para el trastorno límite de la personalidad

Tabla 3.2 Algunos métodos de evaluación usados para el trastorno límite de la personalidad

<p>A. Escalas para la evaluación de la presencia de trastornos de la personalidad</p> <p>1) Tests proyectivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rorschach - Test de apercepción temática (TAT) <p>2) Técnicas de evaluación derivadas de la investigación empírica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, MMPI-2). Hathaway & McKinley, 1942 - Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI, MCMI-II, MCMI-III). Millon et al., 1983, 1987, 1994 - Neuroticism, Extraversion Personality Inventory (NEO-PI). Costa & McCrae, 1985. - Personality Assessment Inventory (PAI). Morey, 1991 <p>3) Escalas para la evaluación dimensional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventario de Personalidad NEO modificado (NEO-PI-R), "Big Five". Costa y McCrae. - TPQ. Cloninger et al., 1991. Livesley. Western <p>B. Escala de evaluación del temperamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP). Clark, 1993. - <i>Escalas específicas para la evaluación del trastorno límite de la personalidad:</i> <ul style="list-style-type: none"> i. BPS (Borderline Personality Disorder). Perry, 1978 (consta de 81 ítems) ii. Borderline Syndrome Index (BSI). Conte, Plutchik, Karasu & Jerrett, 1980 <p>C. Escalas para rasgos o síntomas del trastorno límite de la personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disociación <ul style="list-style-type: none"> - Dissociative Experience Scale (DES) - Medidas de la agresividad e impulsividad <ul style="list-style-type: none"> - Buss Durkee Hostility Inventory. Buss & Durkee, 1957 - State-Trait Anger Scale (Spielberger et al., 1983) - Fould's Hostility and Direction of Hostility Inventory - Buss and Perry Questionnaire (1992): rabia, hostilidad, agresión verbal y física. - Barrat Impulsiveness Scale - Los mecanismos de defensa <ul style="list-style-type: none"> - Defense Style Questionnaire (DSQ). Bond et al., 1983 - Autoinjuria <ul style="list-style-type: none"> - Self Injurious Behaviors Scale. Simeon, 2001 - Abuso sexual <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo del NICHD para las entrevistas en la investigación de víctimas de abuso sexual menores de edad (Version 3.0) Lamb, Sternberg, Esplín, Hershkowitz & Orbach. <p>D. Evaluación cognitiva de la personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos. Young (1990). Explora creencias o cogniciones frecuentes en pacientes con diferentes trastornos de personalidad. <p>E. Evaluación del Funcionamiento Global</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala para la evaluación de la actividad global (American Psychiatry Association, 1987) y sus revisiones

Fuente: Adaptación del esquema propuesto por Koldobsky, 2005:156-157.

Aunque las pruebas psicológicas pueden proporcionar información útil para identificar los patrones de personalidad de estos pacientes de ningún modo deben usarse como único instrumento para diagnosticarlos (Beck y Freeman, 1995). Frecuentemente originan un diagnóstico de falso positivo y permiten la contaminación de los rasgos del Eje II por los estados del Eje I, además de que requieren un grado de *insight* que, casi por definición, está ausente en la mayoría de los pacientes que padecen un trastorno de personalidad (Molina Ramos, et al., 2002).

Beck y Freeman (1995) proponen algunas características que pueden ayudar a los clínicos a diagnosticar. Ellos no pretenden que sean criterios diagnósticos adicionales, pero pueden ser útiles para recordarle al clínico que el cliente podría tener un trastorno de la personalidad no diagnosticado (véase tabla 3.3). Estos autores señalan que es particularmente útil estar alerta a seis posibles indicaciones del trastorno límite de la personalidad: (1) relaciones intensas e inestables; (2) falta de un sentido claro de la identidad (confusión o incoherencia respecto de las metas, las prioridades y los valores); (3) episodios de ira intensa e incontrolada; (4) conducta impulsiva; (5) sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento o soledad; (6) conductas de *acting-out*.

Tabla 3.3 Indicaciones posibles del trastorno límite de la personalidad

En los problemas y síntomas presentados:

1. Una variedad de problemas y síntomas, que puede cambiar de semana a semana.
2. Síntomas o combinaciones de síntomas inusuales.
3. Reacciones emocionales intensas y desproporcionadas a la situación.
4. Conducta autodestructiva o autopunitiva.
5. Conducta impulsiva, mal planeada, más tarde reconocida como necia, "loca" o contraproducente.
6. Períodos breves de síntomas psicóticos que satisfacen los criterios del *DSM-IV* para la psicosis reactiva breve (pero que podrían haber dado lugar a un diagnóstico erróneo de esquizofrenia)
7. Confusión respecto de las metas, prioridades, sentimientos, orientación sexual, etcétera.
8. Sentimientos de vacío, posiblemente localizado en el plexo solar.

En las relaciones interpersonales:

1. Falta de relaciones íntimas estables (tal vez enmascarada por relaciones estables no íntimas o por relaciones estables mientras no sea posible una intimidad total).
2. Tendencia a idealizar o denigrar a los demás, quizás con cambios abruptos de la idealización a la denigración.
3. Tendencia a confundir intimidad con sexualidad.

En la terapia:

1. Crisis frecuentes, frecuentes llamadas telefónicas al terapeuta, o requerimientos de trato especial en sesiones programadas, arreglos de último momento, etc.
2. Mala interpretación extrema o frecuente de los dichos, intenciones o sentimientos del terapeuta.
3. Reacciones inusualmente fuertes a los cambios de horario o de consultorio., a las vacaciones o a la terminación de la terapia.
4. Baja tolerancia al contacto ocular directo, al contacto físico o a la proximidad.
5. Ambivalencia inusualmente fuerte acerca de muchas cuestiones.
6. Miedo al cambio, o resistencia al cambio inusualmente fuerte.

En los tests psicológicos:

1. Buen resultado en tests estructurados tales como el WAIS, combinado con resultado pobre o indicaciones de trastornos del pensamiento en los tests proyectivos.
2. Elevación de las escalas de "Neurosis" y "psicosis" del MMPI (escalas 2, 4, 6, 7, 8) o indicaciones de una variedad de problemas inusualmente amplia.

Fuente: Extraído de Beck & Freeman, 1995:262

3.2.2 Importancia de la comorbilidad en el diagnóstico clínico

El trastorno límite de la personalidad es un desorden polisintomático y está asociado a una alta comorbilidad con otros desórdenes (Koldobsky, 2004).

Skodol et al. (2001) sugieren que el término «comorbilidad» implica la existencia simultánea de dos o más enfermedades que ocurren en el mismo individuo y su significado se extiende a la frecuente presencia de estos cuadros

El significado de comorbilidad está lejos de ser claro. Se trata de un concepto confuso que cubre muchos tipos de asociaciones, abarcando desde la completa independencia de dos o más trastornos, hasta una estrecha asociación que pueda llevar a considerarlos como cuadro idénticos (Koldobsky, 2005b; Skodol et al., 2001). Por esta razón, algunos autores prefieren reemplazar el término de comorbilidad por el de «co-ocurrencia» que es más neutral (Dolan-Sewell, Krueger y Shea, 2001).

Este tema de la asociación que muchas veces existe entre los trastornos de personalidad y otros cuadros de patología mental ha despertado un particular interés. Skodol y sus colaboradores (2002) señalan que la importancia de la comorbilidad en el trastorno límite, se refleja en el gran número de las publicaciones. De una búsqueda en la base Medline sobre los trabajos publicados desde 1965 hasta junio del 2000, se identificaron que solamente para tres trastornos de la personalidad había más de 1000 estudios publicados: esquizotípico (N=1030), antisocial (N=3876) y el trastorno límite (N=2182). Entre ellos, se encontraron 109 estudios sobre la comorbilidad en el trastorno límite de la personalidad, un número muy alto en comparación a las publicaciones para cualquier otro trastorno de personalidad, con excepción del trastorno antisocial (N=217).

Los primeros estudios sobre comorbilidad usaban las historias clínicas; en cambio, los estudios recientes usan entrevistas semiestructuradas para el diagnóstico (Koldobsky, 2005b). Al respecto, algunos

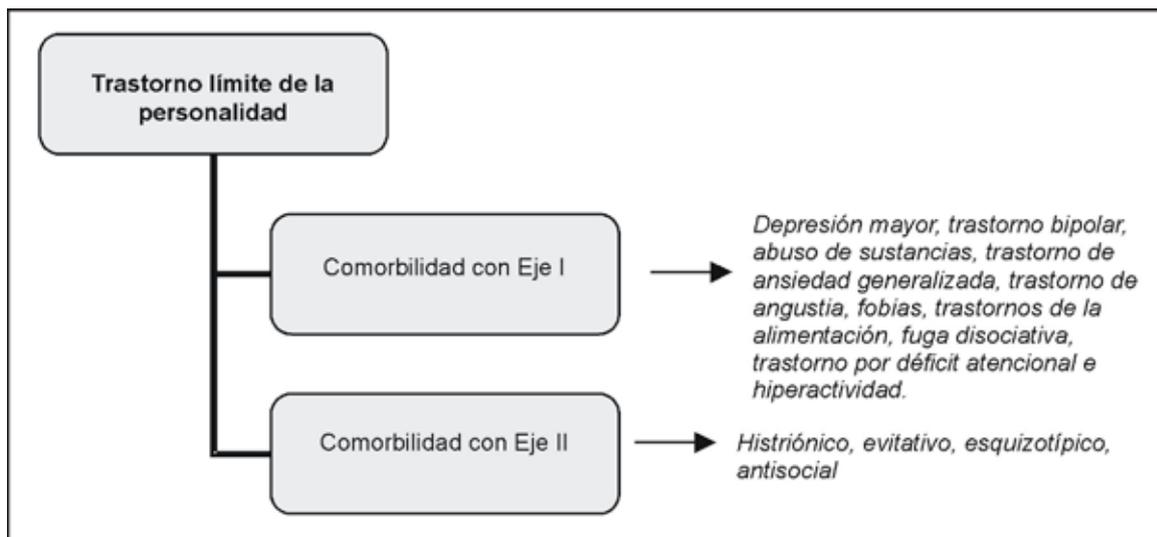
autores sugieren como un requisito indispensable una evaluación dirigida por una entrevista de diagnóstico semiestructurada (como la DIB-R) por dos razones: a) porque los trastornos del eje I comórbidos son tan comunes en el BPD, y b) debido a que representan a amplia gama de las clases de trastornos del *DSM* (Skodol et al., 2002).

Uno de los mayores problemas que plantea el tema de la comorbilidad es, que muchas veces, los síntomas de estos trastornos pueden enmascarar la psicopatología límite subyacente, impidiendo el diagnóstico exacto y haciendo difícil el planeamiento del tratamiento. (Zanarini, Frankenburg, Dubo, et al., 1998).

De acuerdo a la *American Psychiatric Association* (2001), cuando un individuo cumple con los criterios para dos o más trastornos, todos deben ser diagnosticados. Por ejemplo, el trastorno límite de la personalidad suele presentarse asociado a trastornos del estado de ánimo y, si se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben diagnosticarse y tratarse ambos.

Los trastornos del eje I y otros del eje II son, a menudo, comórbidos con el trastorno límite de la personalidad. En el eje I, la comorbilidad más usual es con los trastornos afectivos, el abuso de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (sobre todo, con la bulimia), trastorno por estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad como el trastorno de angustia, trastorno disociativo y el trastorno por déficit atencional e hiperactividad. Esta co-ocurrencia del trastorno límite de la personalidad con otros trastornos puede complicar el cuadro clínico y empeorar el curso del trastorno límite de la personalidad (APA, 2001; Gunderson, 2001 citado en Mazaira 2004; Koldobsky, 2005b). En la figura 3.1 vemos las asociaciones más frecuentes del trastorno límite de la personalidad con trastornos del Eje I y trastorno del Eje II del *DSM-IV*.

Figura 3.1 Comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con trastornos del Eje I y Eje II



3.2.2.1. Comorbilidad con trastornos del Eje I

Una de las características más distintivas del trastorno límite de la personalidad es la gran variedad de síntomas que muestran a lo largo del tiempo. La inestabilidad afectiva y la disminución del control que caracterizan este patrón provocan la emergencia periódica de diferentes trastornos del Eje I. A continuación se citan sólo los más frecuentes.

a) Trastornos de ansiedad

En los pacientes límites podemos observar breves erupciones de una emotividad incontrolable, así como frecuentes estados de *ansiedad generalizada*. Por distintas razones, estos pacientes temen la inminencia de un desastre inevitable o se sienten sobrepasados o incapaces de soportar la presión de las fuerzas que surgen en ellos. Estas ansiedades pueden seguir a un período de estrés creciente en el que se acumulan sucesos que objetivamente no pasan de ser triviales, pero que son experimentadas como devastadoras. Cuando las fases más agudas de estos ataques llegan a su punto culminante, la respiración y el corazón se aceleran, el paciente transpira profusamente y se siente mareado y débil. Tras unos minutos (o como máximo 1 o 2 horas), la sensación difusa de temor, con sus síntomas físicos concomitantes empieza a remitir y el paciente vuelve a su estado habitual. Existen otros períodos más

intensos en los que puede declararse un *Trastorno de angustia* franco. Los controles de estas personas se ven completamente desintegrados y el paciente se ve arrastrado por impulsos y pensamientos extraños que suelen terminar en comportamientos caóticos, arranques de violencia, alucinaciones terroríficas, comportamientos suicidas, y así sucesivamente. Estos comportamientos extremos pueden diagnosticarse justificadamente como un *Trastorno psicótico breve* (Millon, 1998).

En un estudio, Zanarini, Frankenburg, Dubo, et al., (1998), demuestran que los trastornos ansiedad son casi tan comunes como trastornos afectivos entre los pacientes límites. En este estudio se halló que los trastornos de ansiedad se presentaban con mayor frecuencia en pacientes límites en comparación con otros pacientes con trastornos del Eje II. Casi el 90% de los pacientes estudiados cumplían con los criterios del *DSM-III-TR* como para ser diagnosticados con un trastorno de ansiedad. Más específicamente, más de la mitad de los pacientes límites cumplieron con los criterios para el trastorno de angustia, fobia social o trastorno por estrés postraumático; mientras que un tercio cumplieron con criterios para fobia simple y alrededor de una sexta parte para la agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada.

Los investigadores, antes mencionados, también encontraron que el trastorno por estrés postraumático fue encontrado, entre pacientes límites, como común pero no de forma tan generalizada como solía sugerirse anteriormente y hace inconsistente la visión de que el trastorno límite es una forma de trastorno por estrés postraumático. Sólo un total del 56% de los pacientes límites, que conformaron la muestra, cumplieron con los criterios del *DSM-III-TR* para este trastorno de ansiedad, con un 61% de mujeres y un 35% de los pacientes masculinos.

Golier y sus colaboradores (2003) plantean que la comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno por estrés postraumático podría deberse a una mayor exposición a los acontecimientos traumáticos en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, durante la infancia o en etapas posteriores de la vida. También, hipotetizan que la coexistencia podría también reflejar una relación intrínseca entre ambos trastornos, independientemente de la exposición a los acontecimientos traumáticos, o ser un simple artefacto de los criterios diagnósticos concomitantes, como son las manifestaciones de ira y los síntomas disociativos.

En lo que se refiere al diagnóstico, la *American Psychiatric Association* dice que el trastorno por estrés postraumático es una común comorbilidad en pacientes con el trastorno límite de la personalidad, y, cuando presente, ambos deben ser diagnosticados. Agregan que, a menudo, los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan historias de traumas, ya que las estimaciones de la incidencia del trauma en este grupo excede típicamente 70% y es apreciablemente más que la incidencia del trauma en grupos de comparación de otros trastornos mentales ((Dolan-Sewell, Krueger y Shea, 2001). Sin embargo, ello no autoriza necesariamente a un diagnóstico adicional de trastorno por estrés postraumático. Éste debe ser diagnosticado solamente cuando se cumplen los criterios completos para el trastorno (APA, 2001).

b) Trastornos disociativos

Distintos estudios señalan que existe una comorbilidad considerable entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos disociativos. En los pacientes límites no son infrecuentes los síntomas disociativos transitorios (incluyendo la despersonalización, la desrealización y la pérdida de la prueba de realidad). Los síntomas disociativos pueden aparecer como o exacerbar otras características del trastorno límite de la personalidad, incluyendo disturbio de la identidad, impulsividad, comportamiento suicida recurrente e inestabilidad afectiva (APA, 2001).

Millon (1998) especifica que, es probable, que los pacientes límites expresen breves pero muy intensos episodios de enojo durante los estados de *fuga psicógena*. Asimismo, es frecuente que durante estas fugas estas personas sean brutales consigo mismas y con los demás. Por ejemplo, pueden romper sus ropas y autolesionarse, sufriendo más por ellos mismos que por sus presuntos atacantes.

c) Trastornos del estado de ánimo

De acuerdo con la *American Psychiatric Association* (2001, 2002), el trastorno límite de la personalidad, con frecuencia, co-ocurre con trastornos del estado de ánimo y cuando se cumplen los criterios para ambos, ambos deben ser diagnosticados. Sin embargo, algunas características del trastorno límite de la personalidad pueden superponerse con los de los desórdenes del humor, complicando el diagnóstico diferencial.

Según Koldobsky (2005b), la depresión es bastante común en los pacientes límites, ya sea como manifestación de depresión mayor, una distimia o como rasgos depresivos comunes en estos pacientes (vacío, auto-condenación, miedo a ser abandonado, desesperanza, auto-destrucción y actitudes suicidas repetitivas).

De acuerdo a Millon (1998), los pacientes con un trastorno límite de la personalidad, a menudo, sucumben a las *depresiones mayores*. A saber: los índices de depresión mayor comórbida encontrados en pacientes límites se encuentran al menos en el rango del 40 al 60% (Gabbard, 2001).

Sin embargo, la depresión con características atípicas es, específicamente, la más común en pacientes con trastorno límite de la personalidad (Soloff et al., 1987, 1991 citados en APA, 2001). Tal como lo sugiere Millon (1998), estas depresiones ansiosas en los pacientes límites no son más que una extensión de su estilo de personalidad: relaciones y sentimientos inestables, autodestructividad, confusión respecto a la propia identidad, irritabilidad e insatisfacción, que suelen alternar con experiencias de culpa y autocondena.

También, hay un estudio publicado por Klein y Schwartz (2002) en el que se encontró un alto índice de comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y la *distimia* de inicio temprano.

Por otra parte, algunos de pacientes límites presentan períodos en los que aparece un *Trastorno bipolar*. Éstos se caracterizan por una corriente de ideas y emociones y un conjunto de pensamientos desconectados y comportamientos sin ningún objetivo. Aunque las ideas y la hiperactividad de estos pacientes tienden a estar conectadas levemente con la realidad, poseen una lógica inteligible para ellos y parecen congruentes con su estado de ánimo predominante. En otros casos, los comportamientos y las ideas están fragmentados, son vagos, extraños y desconectados. Además, los estados de ánimo del paciente límite son variados y cambiantes, inconsistentes con sus pensamientos y sus acciones y difíciles de relacionar (Millon, 1998).

d) Abuso de sustancias

Existe una fuerte asociación en la sociedad contemporánea entre el trastorno límite de la personalidad y el abuso de sustancias (APA, 2001). Al respecto, Millon (1998) sugiere que esta asociación no parece ser un elemento intrínseco de estos dos trastornos, pero sí indica el deseo de los pacientes límites de experimentar formas variadas de realidad, de búsqueda de novedades y su esfuerzo por buscar una identidad que les proporcione alguna estructura para sus confusiones y sus impulsos divergentes. Así pues, los pacientes límites son propensos a abusar de diferentes sustancias, entre las que se incluyen el alcohol, la cocaína, el speed y el crack.

La *American Psychiatric Association* (2001) señala que la presencia de abuso de sustancias tiene implicaciones importantes para el tratamiento, ya que los pacientes límites que abusan de sustancias tienen un resultado pobre y un riesgo suicida mucho más alto.

La comorbilidad del trastorno límite de la personalidad puede estar mediada por el sexo de los pacientes. En el estudio, realizado por Zanarini, Frankenburg, Dubo y colaboradores (1998), se comprobó que los hombres y mujeres con trastorno límite de la personalidad difieren en el tipo de trastorno impulsivos en el que se "especializan". Los hombres se asocian más frecuentemente con el abuso de drogas y las mujeres, con los trastornos de la conducta alimentaria. No obstante, téngase en cuenta que esto no quiere decir que ninguno de los pacientes límites masculinos cumple con los criterios para un diagnóstico de trastorno alimentario o que mujeres límites no abusan de sustancias. De hecho, se encontró que la mitad de la muestra de pacientes femeninas con trastorno límite habían abusado de sustancias en un cierto momento de sus vidas, mientras que alrededor de una quinta parte de los pacientes masculinos tenía una historia de serios problemas alimentarios.

Asimismo, en otro estudio posterior (Zlotnick, Rothschild y Zimmerman, 2002) que evaluó las diferencias en los cuadros clínicos según el género de los pacientes, se hallaron resultados muy similares en lo que respecta al alto grado de comorbilidad con el abuso de sustancias en los varones y la co-ocurrencia del trastorno límite y el trastornos de la conducta alimentaria en las mujeres.

e) Trastorno de las conductas alimentarias

Como se ha visto, el trastorno límite de la personalidad en las mujeres co-ocurre con el trastorno de la conducta alimentaria, en particular, en forma de atracones o de problemas alimentarios no especificados (Zanarini, Frankenburg, Dubo, et al., 1998).

Más en concreto, el trastorno límite de la personalidad presenta una mayor tasa de comorbilidad con la bulimia, que puede oscilar del 2% al 47% de los casos, que con el resto de la patología del Eje I. Esta amplitud de rango está relacionada con los problemas metodológicos de los estudios (por ejemplo, diagnósticos poco precisos y ausencia de grupos de control) y, sobre todo, con el solapamiento de algunos criterios diagnósticos que resultan comunes al trastorno límite (por ejemplo, el criterio 4: atracones, que son resultado de la impulsividad) y la bulimia.

En un estudio realizado por Sansone, Fine, Seufferer y Bovenzi (1989) se evaluó el predominio de la sintomatología del trastorno límite en 28 mujeres que estaban dentro de un programa terapéutico para

trastornos de la alimentación. Las técnicas utilizadas para dicha evaluación fueron: BSI (Borderline Syndrome Index), MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) y DIB (Diagnostic Interview For Borderline). Los resultados obtenidos revelaron que el 39% de esas pacientes padecían el trastorno límite de la personalidad.

f) Trastorno por déficit atencional e hiperactividad

Actualmente, en el campo de la investigación, hay mucho interés en la identificación de precursores tempranos del trastorno de la personalidad, como puede ser una asociación entre una historia de los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la niñez y el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en la edad adulta (Oldham, 2005)

3.2.2.2 Comorbilidades con trastornos del Eje II

El trastorno límite de la personalidad se solapa considerablemente con los *trastornos antisocial e histriónico*. Su tendencia a asociarse con el trastorno de *personalidad evitativo y esquizotípico* de la personalidad refleja las características más introvertidas e intropunitivas de algunos individuos límites (APA, 2001; Millon, 1998).

Belloch y Fernández Álvarez (2002) mencionan que, en algunos estudios de seguimiento, la asociación entre el trastorno límite de personalidad con rasgos antisociales y narcisistas es frecuente en pacientes límites con historia de encarcelamiento y conflictos legales graves.

La comorbilidad de múltiples diagnósticos tiene importantes consecuencias clínicas. Puede influir no sólo en el proceso diagnóstico sino también en la respuesta al tratamiento y el curso del tratamiento suele ser más complicado y el resultado menos favorable (Bagladi, 2005; Koldobsky, 2005b; Skodol et al., 2002).

Por último, Zanarini, Frankenburg, Dubo y colaboradores (1998) comprobaron que un patrón de comorbilidad compleja, a la largo de la vida, tiene una enorme fuerza predictiva para el diagnóstico límite.

3.2.3. Diagnóstico diferencial

Desde siempre, uno de los problemas que invaden el campo de la psiquiatría ha sido el del diagnóstico diferencial, en especial cuando existe la posibilidad de un trastorno límite de la personalidad (Kernberg, 1998).

El diagnóstico del trastorno límite de la personalidad no es nada fácil y, con frecuencia, está influido por el alto grado de comorbilidad que tiene este trastorno no sólo con otros del Eje I sino también dentro del Eje II (Koldobsky, 2005; Margill, 2004; Millon, 1998). De acuerdo a Koldobsky (2005), esta co-ocurrencia de cuadros impone más que nunca un correcto diagnóstico diferencial.

Asimismo, es importante considerar que el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad presenta límites difusos con muchos otros diagnósticos psiquiátricos. Algunos rasgos de los pacientes límites pueden «solaparse» con los de otros trastornos, dificultando el diagnóstico diferencial (Benjamin, 1996; Koldobsky, 2005)

Por lo tanto, dada la naturaleza variable y errática de los síntomas que caracterizan al trastorno límite de la personalidad resulta imprescindible establecer claramente el diagnóstico diferencial del mismo, especialmente cuando solo alguno de los síntomas es el que motiva la consulta, lo que suele ser, por otro lado, la norma. En consecuencia, guiarse solamente por los síntomas del motivo de consulta principal puede dar lugar a errores diagnósticos y de tratamiento importantes (Belloch y Fernández Álvarez, 2002)

En algunos trabajos se recomiendan una serie de pasos en busca de pistas que guíen el proceso diagnóstico. La regla a seguir, en todos los casos en donde haya sospecha fundada de un trastorno límite, es analizar el patrón de comportamiento habitual del individuo, el inicio temprano de los síntomas y su curso; o sea, analizar longitudinalmente la evolución de los síntomas actuales y no quedarse únicamente con un análisis transversal de los mismos (APA, 2002; Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Magill, 2004).

Por otra parte, para poder hacer un diagnóstico adecuado, es importante establecer la diferencia entre el estilo habitual de conducirse de una persona y un trastorno de personalidad. Un *estilo de personalidad* es adaptativo y no reúne las condiciones de anormalidad propia de los *trastornos de personalidad* que refieren a *modos de ser* que son enfermizos y presentan un repertorio de conductas *limitado, reiterado e inflexible*. En otras palabras, un *estilo de personalidad* es definido como el modo de ser y el sentido de existir, de adecuarse y de enfrentar desafíos de la vida (APA, 2002; Belloch et al., 1998; Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Koldobsky, 2005)

A continuación, se analizará detalladamente cómo diferenciar al trastorno límite de la personalidad de otros trastornos del Eje I y Eje II que cuentan con algunas características de presentación similares.

3.2.3.1 Diagnóstico diferencial con trastornos del Eje I

La primera consideración a tener en cuenta es que los pacientes con trastornos del Eje I sienten sus síntomas como algo discordante y por tanto se esfuerzan, aunque vanamente, en luchar contra ellos. Las emociones que experimentan son *egodistónicas*, es decir, ajenas, extrañas e indeseadas. Por el contrario, los pacientes límites tienden a estar indiferentes o aceptar sus comportamientos patológicos. Sus acciones y estados de ánimo son *egosintónicos*, o sea, parecen formar parte natural o inevitable de sus vidas.

Entre los trastornos que hay que tener en cuenta para diferenciarlos del trastorno límite de la personalidad, se encuentran sobre todo los siguientes:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno dístimico
- Trastorno bipolar
- Esquizofrenia
- Trastorno de estrés postraumático

a) Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo mayor

Un problema frecuente que confronta al clínico es la diferenciación entre la depresión caracterológica típica de la personalidad límite y el trastorno depresivo mayor. Por ende, un conocimiento detallado de las características específicas de cada uno de los tipos de depresión puede asistir al clínico para realizar esta determinación (véase tabla 3.4).

Gunderson y Zanarini, (1987 citados en Gabbard 2001) señalan que los pacientes límites pueden utilizar el término depresión para describir sentimientos crónicos de aburrimiento, vacío y soledad, pero desde el punto de vista diagnóstico ellos pueden carecer de depresión mayor del Eje I. Para estos autores (tal como se cita en Koldobsky, 2005) hay diferencias significativas porque los rasgos del paciente límites tales como la impulsividad, las actitudes desvalorizantes, relaciones inestables, experiencias subjetivas de ira, soledad y vacío raramente están presentes en el trastorno depresivo mayor.

De acuerdo con Mazaira (2004), en la depresión (no complicada por un trastorno de la personalidad), los síntomas más importantes son los melancólicos, la anhedonia, las alteraciones neurovegetativas, los cambios en el peso corporal, la agitación o inhibición psicomotriz, la falta de un desencadenante externo claro y el sentimiento de culpa, que en los paciente limítrofes suele ser proyectado en los otros.

Las revisiones desde el *DSM-III*, han tratado de distinguir los cambios afectivos del paciente límite como de origen más reactivo y menos persistentes, en contraste con pacientes con un tipo de depresión más autónoma y endógena (Gunderson y Phillips, 1991).

El vacío es un sentimiento visceral, generalmente en el abdomen o el pecho, que no debe ser confundido con el miedo de no existir o con angustias existenciales. El vacío es un criterio ejemplar, ya que discrimina el estado afectivo del trastorno límite de otros tipos de depresión (Nigg et al., 1992 citado en Koldobsky, 2005).

Por otra parte, hay características que se superponen entre ambos trastornos como ser la anergia, la autodesvalorización, la desesperanza la dependencia en las relaciones y una autoestima frágil.

TABLA 3.4 Diagnóstico diferencial entre el trastorno depresivo mayor y la depresión caracterológica típica del trastorno límite de la personalidad.

<i>Depresión caracterológica del paciente límite</i>	<i>Características comunes</i>	<i>Trastorno depresivo mayor</i>
1. Soledad, vacío.	1. Humor depresivo: comienzo temprano, sostenido.	1. Sentimientos de culpa, remordimiento
2. Enojo, necesidad.	1. Autodesvalorización, desesperanza.	2. Retraimiento/agitación, síntomas vegetativos graves.
3. Gestos suicidas repetidos.	2. Hambre de objeto (sin repetidos gestos).	3. Riesgo suicida.
4. Relaciones demandantes y hostiles.	3. Dependencia en las relaciones.	4. Relaciones estables.
5. Preocupados por las pérdidas y las separaciones.	4. Autoestima frágil.	5. Preocupaciones por el fracaso y la derrota.
6. Autosuficiencia ilusoria (con historia de dependencia).		6. Cuidado bienvenido (con historia de dependencia)

Fuente: Gabbard, 2001:467 (basada en Gunderson y Phillips, 1991)

2. Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno distímico

De acuerdo a la *American Psychiatric Association* (2001), puede resultar particularmente difícil distinguir el trastorno distímico del trastorno de límite de la personalidad, puesto que la disforia crónica es muy común en pacientes límite. Sin embargo, la presencia de los cambios de humor, provocados por estresores interpersonales, debe tenerse en consideración para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Además, las otras características trastorno límite, tales como la alteración de la identidad, los comportamientos autodestructivos crónicos y los esfuerzos frenéticos para evitar un abandono, no son generalmente características de los trastornos afectivos del Eje I.

3. Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno distímico

Algunas características del trastorno límite de la personalidad pueden solaparse con la de los de trastornos afectivos, complicando el diagnóstico diferencial (APA, 2001). El trastorno límite de la personalidad presenta oscilaciones importantes de su estado de ánimo, en especial por lo que refiere a síntomas depresivos, pero también en relación a sintomatología maníaca o hipomaníaca, ya que la excitabilidad general, la irritabilidad o la pérdida de control de impulsos pueden hacer pensar en un trastorno bipolar (Belloch y Fernández Álvarez, 2002).

Aquí, que dada la superposición de síntomas entre los dos trastornos es tan marcada, algunos autores investigadores (Akiskal, 2004; Birnbaum, 2004; Smith et al., 2004) discuten que el trastorno límite de la personalidad debería incluirse en el espectro bipolar; mientras que muchos otros (Gunderson, 2001 citado en Leiderman et al, 2004; Koldobsky, 2005b; Margill, 2004; Mazaira, 2004; Oldham, 2005; Paris, 2004b) señalan que hay diferencias notables sobretodo si tenemos en cuenta varios aspectos de la historia de la enfermedad del paciente, así como el paciente personal y antecedentes familiares

De acuerdo con Mazaira (2004), es útil identificar la forma clínica que adoptan los síntomas afectivos en los pacientes limítrofes y distinguirla de la que adoptan en los pacientes bipolares. Por ejemplo, uno de los síntomas que lleva a confusión es la oscilación en el estado de ánimo. La que sufre el paciente con trastorno límite de la personalidad se distingue de la que presenta el paciente bipolar por ser reactiva a acontecimientos vitales (generalmente a sentimientos de rechazo). Por otro lado, el tono afectivo es menos consistente y más variables que en el trastorno bipolar.

En una encuesta, realizada a profesionales de la Ciudad de Buenos Aires, Leiderman y sus colaboradores (2004), detectaron que el trastorno bipolar fue considerado la patología con mayor dificultad para diferenciar del trastorno de la personalidad límite (42%), seguida por el trastorno de personalidad histriónica (25%), el trastorno de personalidad narcisista (10,7%) y el trastorno depresivo (9,8%). Entre los factores reportados como más importantes para diferenciar el trastorno bipolar del trastorno límite de la personalidad fueron: la inestabilidad afectiva (24%), la evolución de los trastornos (18%), la impulsividad (17%), las relaciones inestables (8%), la velocidad de los episodios (5%) y la historia infantil (5%).

La guía de tratamiento del trastorno límite de la personalidad de la *American Psychiatric Association*, publicada en el 2001, identifica también a la inestabilidad afectiva como elemento diferencial de ambos trastornos así como al inicio de cambios afectivos por estresores interpersonales. Este último factor, también es identificado por Paris (2004b), quien diferencia la naturaleza de la *inestabilidad afectiva* del trastorno límite y el trastorno bipolar en torno a su *provocación* (reactiva o autónoma), la *intensidad* y la *duración de aquella*. Gunderson (2001 citado en Leiderman et al., 2004) también considera a la inestabilidad afectiva como un elemento diferencial y agrega a la búsqueda de cuidado, la sensibilidad al rechazo y el uso de la disociación como mecanismo de defensa en los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Para Koldobsky (2005b), los rasgos característicos del trastorno límite de la personalidad son la sensibilidad a la hostilidad y a la separación y una mala autoimagen, raramente presentes en el trastorno bipolar II. Ambos pueden tener características superpuestas como impulsividad, inestabilidad afectiva, ira inapropiada, suicidabilidad recurrente, relaciones inestables, mientras que hay características específicas del bipolar como la insensibilidad interpersonal y la autoimagen grandiosa raramente vistas en el trastorno límite si no hay comorbilidad con estos trastornos.

Asimismo, dado el alto grado de comorbilidad encontrado en varios estudios, es importante considerar que cuando un cuadro clínico es difícil de clasificar podría representar la co-ocurrencia de ambos trastornos y, en ese caso, ambos trastornos deben ser diagnosticados (Magill, 2004).

4. Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite de la personalidad y la esquizofrenia

La diferenciación respecto a la esquizofrenia se fundamenta en que el paciente límite no presenta episodios psicóticos prolongados, trastornos del pensamiento u otros signos clásicos de esquizofrenia (Kaplan, 2001). En los pacientes límites que presentan ideas delirantes, éstas no tienden a ser ilusorias como sí lo son en los pacientes con esquizofrenia. Asimismo, en algunos pacientes con trastorno límite

de la personalidad se observan signos de despersonalización frente a situaciones estresantes, mientras que la despersonalización es infrecuente en la esquizofrenia (Paris, 2005a).

5. Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático suele presentarse en comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad y, cuando es así, debe diagnosticarse también. Sin embargo, es característico de los individuos límites presentar un historial de traumas que no necesariamente avalan un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, éste sólo debe diagnosticarse cuando se cumplen con todos los criterios diagnósticos que lo definen (APA, 2001; Oldham, 2005).

Muchos síntomas del límite se solapan con síntomas del trastorno por estrés postraumático. Hay que observar más atentamente las diferencias en las relaciones interpersonales, la reactividad fisiológica y las reacciones de alerta, que permiten discriminar al paciente límite de aquel que padece un trastorno de estrés postraumático (Koldobsky, 2005).

Las principales diferencias entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos del Eje I son resumidas en la tabla 3.5.

TABLA 3.5 Diferencias en los síntomas que pueden ayudar a distinguir entre el trastorno límite de la personalidad y otros diagnósticos

Síntomas	Trastorno límite de la personalidad	Otros trastornos
<i>Depresivos</i>	Humor depresivo de breve duración e intermitente.	<i>Episodio depresivo mayor</i> : Humor depresivo de larga duración y continuo.
<i>Oscilaciones del humor</i>	Cambios rápidos en el humor: de la depresión a la ira. A menudo duran solamente horas o días y precipitado por estresores ambientales.	<i>Trastorno bipolar</i> : Cambios en el humor: de la depresión a manía por varias semanas o meses. Generalmente no existe ningún acontecimiento de precipitación.
<i>Alucinaciones</i>	Alucinaciones auditivas que son intermitentes y relacionadas a la tensión y son reconocidas como alucinaciones por el paciente.	<i>Esquizofrenia</i> : Alucinaciones, principalmente auditivas, que son a menudo continuas y no son reconocidas por el paciente como alucinaciones.
<i>Delirios</i>	No tienden a ser ilusorios.	<i>Esquizofrenia</i> : ilusorios.
<i>Despersonalización</i>	Sensaciones de irrealidad que se relacionan con situaciones de estrés.	Esquizofrenia: infrecuente.

Fuente: Extraído de Paris, 2005a (traducción personal)

3.2.3.2 Diagnóstico diferencial con trastornos del Eje II

En el *DSM-IV-TR* (APA, 2002), se expone que otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno límite de la personalidad porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno límite de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos

Principalmente, los trastornos que se necesitan analizar para hacer el diagnóstico diferencial son:

- Trastorno narcisista de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno de personalidad por dependencia

a) Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite y el trastorno narcisista de la personalidad

Respecto a este tema, Koldobsky (2005b) sintetiza que el trastorno límite de la personalidad tiene como características propias impulsividad, intolerancia a la soledad, miedo al abandono, interés acerca de la aceptación. Entre las características que se solapan con el trastorno narcisista, se incluyen la sensibilidad a la crítica y al rechazo. Belloch y Fernández Álvarez (2002) exponen que, a diferencia del paciente límite, el narcisista tiene una buena imagen de sí mismo, y no suele presentar comportamientos de autolesión (véase tabla 3.6).

b) Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite y el trastorno histriónico de la personalidad

Las distinciones con el trastorno histriónico de la personalidad son también problemáticas. Tanto los pacientes límites como los histriónicos dan muestras de labilidad emocional asociada a manipulaciones interpersonales y demanda activa de atención (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Millon, 1998). Ambos son dramáticos, impulsivos, a veces promiscuos sexualmente y vulnerables a crisis temperamentales. Los histriónicos parecen pacientes límites por su adhesividad, manipulación y constante necesidad de atención (Koldobsky, 2005b). Sin embargo, no muestran los arranques de cólera en las relaciones con los demás, la autodestructividad y los repetidos sentimientos de vacío y soledad característicos de los individuos con trastorno límite de la personalidad (APA, 2002; Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Koldobsky, 2005b; Millon, 1998).

Por otra parte, Koldobsky (2005b) sugiere que la intensa sugestibilidad del histriónico les permite con facilidad relacionarse en forma menos inestable que el paciente límite. Este autor agrega que los pacientes límites necesitan prevenirse de ser aceptados y abandonados, son extremistas, demandantes y abusivos; usan a la gente como estabilizadores del humor a la vez que son los otros quienes los protegen de los daños. Los histriónicos, en cambio, necesitan ser el centro del público, usan a la gente para reducir la ansiedad en la medida en que los otros les dan un reaseguro constante al manifestarles que son atractivos y merecedores de atención. En la tabla 3.6 se resumen las similitudes y las diferencias entre el trastorno límite e histriónico de la personalidad.

c) Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite y el trastorno antisocial de la personalidad

Entre el paciente límite y el antisocial, hay aspectos que los distinguen y otros que se superponen (véase tabla 3.6). Las similitudes, entre la personalidad antisocial y la límite, es que ambas son manipuladoras en sus acciones, puede diferenciarse por el hecho de que los antisociales buscan obtener beneficios personales, mientras que los sujetos límite recurren a acciones similares con la finalidad de llamar la atención de terceros (APA, 2002; Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Millon, 1998).

Además, ambos presentan impulsividad, irresponsabilidad y cometen actos delictivos o ilegales (en el antisocial es un acto indiferente para quien lo comete y se repite), presentan intolerancia a la frustración y tienen problemas para sostener una vida socialmente productiva (Koldobsky, 2005b).

Cabe agregar que cuando manipula a los otros, el paciente con trastorno límite de la personalidad se siente internamente culpable o avergonzado; el antisocial manipula tranquilamente, sin culpa para lograr poder u otra gratificación material (APA, 2002). Dicho de otro modo, el antisocial es explotador sin remordimientos.

En lo que refiere a las relaciones interpersonales, el paciente límite establece vínculos intensos de los que le cuesta alejarse, pese a la fluctuación extrema entre la desvalorización y la idealización; el antisocial, en cambio, tiende a ser más distante, absorbido por sus propios asuntos y fácilmente se aprovecha de los otros (Koldobsky, 2005).

TABLA 3.6 Diferencias y similitudes entre los trastornos de la personalidad del cluster B.

<i>Cluster B</i>	<i>Similitudes</i>	<i>Diferencias</i>
<i>Límite/Antisocial</i>	El paciente límite explota a la gente en forma impulsiva como respuesta enojosa y ambivalente a las frustraciones y el desajuste.	Los antisociales son más exitosos. Explota como un medio fríamente calculado para una ganancia personal. Raramente incluye la desesperación y la autodestrucción del límite.
<i>Límite/Narcisista</i>	Dependencia y miedo a la soledad.	Los narcisistas (y antisociales) son más desvinculados y están centrados en sí mismos.

Límite/Histriónico	Dependencia adhesiva, manipulación y deseo de atención.	Histriónicos: los mismos rasgos pero menos hostiles y autodestructivos, más estables, llamativos y con probabilidad de sentirse bien en general. A diferencia del paciente límite, tiene dificultades con la sexualidad. Su patología está altamente sexualizada y ligada al atractivo físico.
---------------------------	---	--

Fuente: Koldobsky (2005b, p. 299)

d) Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite y el trastorno esquizotípico de la personalidad

Para Millon (1998), las dificultades para separar la personalidad límite y la *esquizotípica* surgen de que estos patrones a veces se dan juntos, en especial cuando el paciente límite se descompensa. Ambos trastornos tienen distorsiones cognitivas y perceptuales (pensamientos mágicos, ideas de referencia y extravagancia en la comunicación). La diferencia está dada porque el esquizotípico está aislado socialmente, carece de una emocionabilidad elevada y de capacidad para involucrarse, mientras que la inestabilidad del estado de ánimo y la ambivalencia tipifican al sujeto límite conectado interpersonalmente. Asimismo, cuando en un paciente límite se dan síntomas parecidos a los psicóticos, suelen ser mucho más transitorios y reactivos a sucesos externos que cuando se trata de una personalidad esquizotípica.

e) Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite y el trastorno paranoide de la personalidad

De modo similar, los pacientes límites muestran algunas características comunes con la personalidad paranoide. En el paranoide existe una tendencia a la rigidez y la consistencia del comportamiento que está ausente en el límite, que también demuestra autodestructividad y una sensación de soledad que no se observan en el paranoide (Millon, 1998).

Además, tanto los pacientes límites como en los que padecen el trastorno paranoide de la personalidad pueden caracterizarse por una reacción colérica a estímulos menores. En lo que se refiere a las ideas paranoides, en el trastorno límite son más pasajeras, interpersonalmente reactivas y en respuesta a estresores ambientales (APA, 2002).

f) Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite y el trastorno paranoide de la personalidad

El *DSM* reconoce que muchos trastornos de la personalidad se caracterizan por los rasgos de dependencia y señala la facilidad con que se confunde el trastorno de la personalidad por dependencia con otros trastornos como el límite, el histriónico y el evitativo (Fernández Álvarez, 2000). Para Millon (1998), las dificultades diagnósticas entre el trastorno límite y el dependiente residen en que ambos se mueven en parte por el temor al abandono.

Las diferencias entre estos dos cuadros estaría en que los dependientes suelen implicarse en acciones sumisas y apaciguadoras (no son de ira) buscando desesperadamente obtener la atención y el cuidado que desean; mientras que el paciente límite tiende a reaccionar al temor al abandono con demandas, actos impulsivos, cólera interpersonal y alienando su relación con la figura deseada (APA, 2002; Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Millon, 1998).

Además, el trastorno límite de la personalidad se distingue también del trastorno de la personalidad por dependencia por el típico patrón de relaciones intensas e inestables (APA, 2002).

3.2.4 Los peligros de la evaluación y el diagnóstico

Lydia Tineo (1998) es muy explícita al explicar los peligros de la evaluación y el diagnóstico. Explica que, tal como coinciden varios teóricos y clínicos, el gran peligro reside en la tendencia a usar unos pocos signos de comportamiento para categorizar de modo permanente y dentro de categorías fijas a las personas, basándose en los rasgos favoritos del evaluador y asumir que esa ranura es lo suficientemente informativa como para predecir conductas específicas y tomar la decisión de hacerlo extensivo a la totalidad de la vida de un paciente. Seguidamente, advierte que el poner una etiqueta errónea a los pacientes puede llevar a profecías autocumplidoras.

Otro punto relevante, al hacer un diagnóstico, es considerar el contexto cultural en el que se haya inmerso el paciente. Los factores culturales pueden obstaculizar una evaluación precisa del trastorno límite de la personalidad (APA, 2001).

Por último, otra cuestión a tener en cuenta es que el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad se debe hacer con cuidado en la población adolescente porque la personalidad todavía se está desarrollando (APA, 2001, 2002).

3.3 Evaluación del riesgo suicida

Puesto que los pacientes con trastorno límite de la personalidad experimentan comúnmente ideación suicida y entre el 8%-10% comete el suicidio, se le debe dar prioridad y hacer una evaluación cuidadosa del riesgo de suicidio (APA, 2001)

La *entrevista clínica* es una de las herramientas con las que se puede contar para evaluar el potencial suicida de los pacientes límites. También, existen *técnicas basadas en autoinforme* construidas especialmente para evaluar el riesgo suicida como, por ejemplo, la *Escala de Ideación Suicida* de Beck y la *Escala de Riesgo Suicida* de Plutchnik.

Los factores de riesgo reconocidos lo más fácilmente posible por los clínicos incluyen una historia de las tentativas múltiples del suicidio y de la presencia de abuso de sustancias (Oldham, 2006). Los indicadores de riesgo para el comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad se resumen en la tabla 3.7.

TABLA 3.7 Indicadores de riesgo para el comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Reiteradas tentativas de suicidio. 2) Comorbilidad con trastornos del estado de ánimo. 3) Grado elevado de desesperanza. 4) Antecedentes familiares de suicidio consumado de comportamientos suicidas. 5) Comorbilidad con abuso de sustancias. 6) Historia de abuso sexual. 7) Alto grado de impulsividad / o de rasgos antisociales. |
|---|

Fuente: Oldham, 2006

Por último, y recapitulando lo visto a lo largo de este capítulo, si se preguntara porqué es importante detectar el trastorno límite de la personalidad en un paciente, se podrían señalar varias razones. Siguiendo los planteos de Koldobsky (2005b, p.202), éstas son:

- a) por el riesgo de suicidio (10% de los pacientes límites se suicidan);
- b) por su coexistencia con otros trastornos de personalidad (eje II) y sintomáticos (eje I), lo que determina un pronóstico y tratamiento más difíciles;
- c) y porque un diagnóstico más preciso permite orientar un tratamiento más adecuado. El diagnóstico precoz posibilita que estos pacientes reciban los beneficios del gran avance realizado en el tratamiento de estos trastornos.

Capítulo 4. Epidemiología

4.1. Prevalencia

Hace una década atrás se creía que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad oscilaba entre el 2% y el 3% en la comunidad (Swartz, Blazer, George y Winfield, 1990). Hoy en día, se estima que este trastorno afecta alrededor del 2% de la población general (APA, 2002); aunque algunos autores destacan que, a nivel mundial, estas cifras son poco fiables (Pérez Urdaniz et.al, 2001).

A pesar de la considerable atención puesta en el trastorno límite de la personalidad, hasta la fecha se han realizado pocos estudios epidemiológicos basados en esta población (Oldham, 2005). Por ejemplo, se cuenta con un estudio epidemiológico en población adulta en Noruega, en los que el predominio del trastorno límite se estima entre cerca del 0,7% (Torgersen, Kringlen y Cramer 2001 citados en Oldham, 2005); y con otros estudios, realizados en los Estados Unidos, que estiman una tasa del 1,8% que afectaría a alrededor de seis millones de los habitantes norteamericanos (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus, 2004).

Recientemente, Torgersen (en prensa, citado por Oldham, 2005) tabuló los resultados de ocho estudios epidemiológicos, incluyendo el estudio noruego hecho por su equipo de trabajo antes citado. Llegó a la conclusión que el índice de prevalencia se aproxima al 1,2%.

Por otro lado, están los que creen que la tasa de prevalencia del trastorno límite está muy por encima del 2% en la población general. Al respecto, Koldobsky (2005b, p.11) escribe que aún «persiste el convencimiento en muchos profesionales del aumento del número de casos así como la enorme dificultad para su tratamiento».

En un estudio exploratorio sobre la prevalencia del trastorno límite de la personalidad, en la población de mujeres prisioneras inglesas, se llegó a la conclusión que estaban sobre-representadas, en la población de la prisión en Inglaterra y el País de Gales, en cerca del 20% en comparación con el 2% en la población general (Singleton, Meltzer y Gatward, 1998). Lo que no se explicita en este estudio es si la diferencias en los índices se debía a que las personas con trastornos de la personalidad cometen más crímenes, por sus conductas impulsivas características y crisis violentas, terminando en prisión o se podría pensar que la prevalencia fuera más alta en la comunidad inglesa (o tal vez, ambas opciones).

A nivel regional, Koldobsky, Astorga y Ranze (1997 citados en Koldobsky, 2005b) realizaron un estudio en el que se evaluó, con la tercera versión del Cuestionario Multiaxial de la Personalidad de Millon (MCMI-III) y el *DSM-IV*, a 46 hombres que había cometido delitos graves. Estos investigadores hallaron que el 7,7% reunían los criterios para ser diagnosticados con un trastorno límite de la personalidad.

En suma, a pesar que los índices de prevalencia no son del todo fiables, de lo que no caben dudas es que el trastorno límite es muy frecuente y afecta a todas las culturas del mundo (APA, 2001).

Para la perspectiva de la salud pública, el trastorno límite está asociado a una considerable morbilidad, ya que tiene un enorme impacto en los servicios clínicos (Smith, Muir, Blackwood y Douglas, 2004). Los pacientes con este trastorno sufren altos niveles de estrés y, consecuentemente, utilizan los servicios de salud mental mucho (Leiderman et al., 2004). Existe consenso sobre el hecho que los pacientes límites se encuentran en gran proporción entre la gente que busca atención psicológica, por encima del 10% de los pacientes ambulatorios y en torno al 20% de los ingresados en centros de internación psiquiátrica (APA, 2002; Phillips y Gunderson, 1999 citados en Leiderman et al., 2004).

Como puede advertirse en el párrafo anterior, se trata de una población que utiliza en cantidad desmedida los servicios de internación. A modo estimativo, entre el 9% y el 40% de los que utilizan los servicios de internación recibe el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Koldobsky, 2005b).

Entre las razones por las cuales estos pacientes son los mayores utilizadores de los servicios psiquiátricos, Shaw Welch y Linehan (2002), mencionan a los frecuentes comportamientos autodestructivos, como los intentos de suicidio y el abuso de sustancias.

Koldobsky (2005b) marca, también, que estos pacientes utilizan masivamente los servicios de atención primaria. Agrega que cerca del 42,9% no fue reconocido por sus clínicos de asistencia primaria como padeciendo un estado emocional o de salud mental. En este sentido, resultaría importante que los médicos clínicos conocieran las características del trastorno límite para que pudieran derivarlos a los servicios de salud mental.

Otro dato importante es que, en el *DSM-IV-TR*, se indica que en las poblaciones clínicas con trastorno de personalidad, el trastorno límite puede llegar a un 30% o inclusive a un 60% de prevalencia (APA, 2002). El trastorno límite de la personalidad es el diagnóstico del Eje II que más se utiliza (Swartz et al., 1990).

Debido a que los pacientes límites son tan numerosos, algunos autores señalan que la mayoría de los terapeutas tratan por lo menos a uno (Linehan, 1993; Molina Ramos, Carrasco Perera, Pérez Urdaniz, y Sánchez Iglesias, 2002).

4.2. Variables sociodemográficas

En líneas generales, las características demográficas asociadas al trastorno límite son: ser mujer, soltera, joven, de nivel socioeconómico bajo y residir en zona urbana (Swartz et al., 1990).

En lo que respecta a las diferencias de género, el *DSM-IV-TR* refiere que cerca del 75% de los pacientes diagnosticados con el trastorno límite de la personalidad son mujeres. (APA, 2002). Se estima un cociente de 3:1, que también indica que el trastorno límite tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres).

Gabbard (2002) sostiene que este hallazgo puede deberse en gran parte a sesgos culturales provenientes de los estereotipos de roles para cada sexo, porque los pacientes varones que tienen características del trastorno límite con frecuencia son diagnosticados con trastornos de la personalidad narcisista o antisocial; mientras que para otros autores (Skodol y Bender, 2003), la relación de predominio femenino de 3:1 con respecto a los hombres, es el resultado de sesgos del muestreo.

A esta cuestión, Paris (2005a) añade que si bien cerca del 80% de pacientes que reciben terapia para el trastorno límite de la personalidad son mujeres, las diferencias del sexo son menos llamativas en la muestra de la comunidad. Baste, como muestra, un estudio del 2003, realizado en nuestro país, en el que Koldobsky, Astorga, Casullo, Melivosky, Macrinos y Torras (tal como se cita en Koldobsky, 2005b) compararon diferentes muestras evaluadas con *DSM-IV* y *MCM-III* (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*). Se obtuvieron los siguientes resultados respecto a la presencia de trastorno límite de la personalidad: 14,3% de hombres y 6,2% de mujeres

Asimismo, aunque ampliamente se sostiene que las poblaciones clínicas de pacientes con trastorno límite de la personalidad son predominantemente femeninas, los estudios ya publicados entran en contradicción con este punto (Zlotnick, Rothschild y Zimmerman, 2002). Por ejemplo, el estudio epidemiológico llevado a cabo por Torgersen, Kringlen y Cramer (2001, como se citan en Oldham), en el que los investigadores no hallaron diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de aparición del trastorno límite en los varones y las mujeres de Noruega.

Con respecto a los aspectos demográficos sobre la edad de inicio, suele sugerirse que la frecuencia más alta de aparición del trastorno límite de la personalidad se da en personas jóvenes y disminuye a medida que aumenta la edad (Koldobsky, 2005b). Es muy común que se manifieste en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana (Gabbard, 2001). El trastorno límite de la personalidad puede estar también presente en los ancianos, aunque en vida a la mayoría de los individuos con este trastorno logran más adelante la mayor estabilidad en el funcionamiento (APA, 2001).

En cuanto a la distribución geográfica, el Dr Koldobsky (2005b) menciona que si tomamos en consideración en tres grupos étnicos: caucásicos, afroamericanos e hispanos, puede observarse un excesivo índice de presencia del trastorno límite de la personalidad en hispanos más que en caucásicos y afroamericanos. Por último, este autor sostiene que cualquiera sea la complejidad y heterogeneidad clínica, cuando el TBP es investigado, está presente en diferentes niveles sociales y en diferentes culturas.

4.3. Prevalencia de la suicidalidad en el trastorno límite

El correlato más significativo del trastorno límite es la alarmante tasa de suicidio, de comportamientos parasuicidas y comportamientos de automutilación (Gunderson, 2001 citando en Oldham, 2006). Por ejemplo, en poblaciones clínicas, la tasa de suicidio en pacientes límites jóvenes es notablemente alto, ya que se estima entre el 8% y el 10 % (APA, 2001; Brodsky, Malone et al., 1997; Oldham, 2006), cifras que parecen incrementarse cuando el paciente tiene alrededor de 20 años de edad (APA, 2001; Paris, 2004a).

Por otra parte, Sudack (1986 citado en Mohan, 2002) piensa que el aumento dramático de suicidio en población juvenil norteamericana refleja, a su vez, el aumento del trastorno límite de la personalidad, ya que al menos un tercio de los casos de suicidios serían pacientes límites.

Lamentablemente, no hay datos disponibles sobre la tasa suicida en la población de pacientes límites que son de mediana edad o más viejos.

En lo que refiere a los índices de comportamientos parasuicidas en el trastorno límite de la personalidad son altas, estimativamente van del 69% hasta el 80%. Los índices de abuso de sustancias también son altos, oscilando entre el 39% hasta el 84% aproximadamente y con un promedio del 67 % (Linehan y Shaw Welch 2002).

Alrededor de los tres cuartos de pacientes límites internados intentan suicidarse, con un promedio de 3,4 tentativas por paciente (Soloff et al., 1994 citados en Mohan, 2002). Puesto que el 60% - 70% de pacientes con trastorno límite de la personalidad hacen tentativas de suicidio, las tentativas fracasadas serían más frecuentes que los suicidios consumados (Oldham, 2006).

4.4. Factores de riesgo

En distintas publicaciones, se hace hincapié sobre los factores de riesgo que estarían implicados a la expansión y a la gravedad del trastorno límite de la personalidad.

Uno de los factores de riesgo más importantes sería el abuso. De todos los trastornos de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad ha sido el más estudiado en cuanto a la prevalencia de acontecimientos negativos en las primeras etapas de la vida. Un elevado número de estudios han confirmado que los antecedentes de maltratos físicos y abusos sexuales durante la infancia tienen una elevada prevalencia en los pacientes con trastorno límite de la personalidad (Apfelbaum y Gagliesi, 2004; Herman, Perry, van der Kolk, 1989 citados en Golier et al., 2003).

Entre los maltratos más importantes que suelen presentarse, se destacan: el físico 48%, el sexual 26% y el verbal 86% (Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz, Frankenburg, 1989 citados en Koldobsky, 2005b). Asimismo, también jugarían, un papel importante, las negligencias, divorcios y/o las pérdidas de uno o ambos padres.

Las familias de pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen índices significativamente más altos de psicopatología, particularmente en las áreas de depresión, de abuso de sustancias y de los trastornos antisociales de la personalidad, lo que induciría a pensar que la psicopatología familiar se asocia con el trastorno (Kaplan y Sadock, 2001; Koldobsky, 2005a). El trastorno límite de la personalidad es unas cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general (APA, 2002).

La última variable está relacionada con las características distintivas del mundo actual y los factores estresantes. Paris (2005a), sostiene la hipótesis que los avances tecnológicos y el cambio permanente, asociados a la anomia de la sociedad moderna, difuma los roles y las identidades, y termina no sólo contribuyendo al desarrollo del trastorno límite de la personalidad sino también agravando la patología ya existente. Agrega que así como la integración social es un factor de protección para evitar el surgimiento de este trastorno, por el contrario, la desintegración social o los grandes cambios (especialmente si son bruscos), constituyen un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

La sociedad puede proscribir la presencia de características especiales tales como la agresividad, el narcisismo, las conductas parasuicidas o la impulsividad; o, inversamente, crear un medio no estructurado y permisivo que facilita estas conductas. Entonces, para Paris (2005a) sería dable sospechar que la impulsividad, como rasgo de personalidad, aumente en condiciones socioculturales en las que se exigen altos grados de autonomía individual por parte de los jóvenes y hay un descenso del sostén social para con ellos.

En razón de lo expuesto, la autora recién citada, afirma que este tipo de trastorno de la personalidad es mucho más común en sociedades modernas que en las tradicionales.

Por último, en una investigación realizada por Brodsky, Malone y otros (1997), se puntualiza que los factores de riesgo suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad estarían relacionados con: la edad, el nivel de educación, pérdidas infantiles, abandono del tratamiento, intentos previos de suicidio, automutilación, antecedentes de abuso físico y/o sexual en la infancia y también, con el alto grado de impulsividad.

Capítulo 5. Curso natural, calidad de vida y pronóstico: implicaciones para el tratamiento

El trastorno límite de la personalidad conforma una parte significativa de los trastornos mentales severos. Puede brotar durante la temprana juventud, amenazando la normalidad y bienestar durante toda la vida, y destruyendo sobretodo la calidad de vida de los pacientes que lo padecen (*Perris y McGorry, 2004*). Por ello, a continuación, se describirán el curso natural, la calidad de vida, así como también los indicadores asociados a pronósticos favorables o no. Paralelamente, se harán algunas consideraciones respecto al tratamiento de los pacientes límites para, luego, adentrarnos a las propuestas terapéuticas de Aaron Beck & Arthur Freeman, Jeffrey Young y Marsha Linehan.

5.1. Curso natural

Hace un tiempo, se consideraba que los individuos con trastorno límite de la personalidad cambiaban un muy poco con el correr del tiempo. El curso de los rasgos de la personalidad debía estudiarse a lo largo de dos períodos: factores infantiles de riesgo y su evolución en la adolescencia, y la adultez temprana y la evolución del trastorno de personalidad ya constituido desde la adultez tardía en adelante (*Koldobsky, 2005b*).

En la actualidad, se plantea que los pacientes con trastorno límite de la personalidad siguen un patrón común, en el cual los síntomas llegan a su máxima frecuencia y gravedad en la juventud. Para la mayoría de ellos, la veintena y la treintena es un período de caos y sufrimiento (*APA, 2001, 2002; Bagladi, 2005; Michael Stone, 1980 citado en Millon, 1998*). No obstante los pacientes límites, que sobreviven, parecen ir mejorando con el transcurso del tiempo. Más adelante, sin que haya una explicación comienzan a asentarse y su vida se vuelve más equilibrada. Hay muchos ejemplos de normalizaciones conductuales y de estabilizaciones progresivas, observándose una disminución de la labilidad emocional y de la impulsividad, con conductas menos erráticas y relaciones interpersonales menos problemáticas (*APA, 2001, 2002; Bagladi, 2005; Koldobsky, 2005; Linehan, 1993; Paris, 2005b*).

A modo de ejemplo, *Molina Ramos y sus colaboradores (2002)*, en un estudio de tipo transversal donde se evaluaron a 73 pacientes ambulatorios con el *Internacional Personality Disorders Examination (IPDE)*, hallaron que el porcentaje de pacientes límites que consultaban por encima de los 36 años era significativamente mucho menor en comparación con aquellos que lo hacían en la segunda década de su vida, lo cual está en concordancia con que el trastorno que mejoraría por encima de los 40 años.

Los nuevos estudios longitudinales de seguimientos, y que evalúan la estabilidad del trastorno límite a largo plazo, revelan que no sólo la remisión es frecuente sino que, además, estos pacientes podrían dejar de cumplir con los criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad (*Menchaca y López, 2003 citados en Bagladi, 2005; Oldham, 2005; Zanarini, Frankenburg, Hennen y Skill, 2003*).

En el *DSM-IV-TR* (APA, 2002), se señala que estudios de seguimiento, realizados en enfermos ambulatorios de centros psiquiátricos, indican que tras 10 años casi el 50% de los individuos ya no presenta un patrón de conducta que cumpla con los criterios del trastorno límite de la personalidad.

Por otra parte, hay que tener muy en cuenta, que en la guía de tratamientos para pacientes con trastorno límite de la personalidad publicada por la American Psychiatric Association (2001) se aclara que la mayoría de los estudios sobre el curso del trastorno límite de la personalidad se concentraron en pacientes pertenecientes a la clase social media o media-alta. Allí, se sugiere que los pacientes de clases sociales bajas suelen tener tasas de éxito más en las esferas de la intimidad y el trabajo. Por otra parte, se señala que a pesar del cierto optimismo con respecto de los resultados algo favorables con el transcurso de los años, no hay que perder de vista que el riesgo de suicidio es alto (aproximadamente el 9%) y suele suceder en la juventud (APA, 2001)

Actualmente, se considera que la mayoría de los pacientes tienen una substancial reducción de la sintomatología mucho más rápida de lo que antes se creía. Por ejemplo, Zanarini, Frankenburg, Hennen y colaboradores (2003), en un estudio de seguimiento que duró 6 años, encontraron que el índice de remisión era del 34,5% a los dos años, del 49,4% en 4 años y del 68,6% en 6 años. Además, hallaron que los síntomas afectivos son los que más perduran: cercanos al 61% y 79,2% finalizado el estudio. En cuanto a los síntomas impulsivos, estos investigadores encontraron que la automutilación y el suicidio, en el 81% de los pacientes límites, se reducen a los seis años a un 25%. El abuso de sustancias declina del 49% al 25% a los seis años y también lo hacen los desvíos sexuales: entre un 26,9% y 11,7% en ese mismo lapso. Las otras formas de impulsividad como las crisis alimentarias, las crisis verbales, las juergas, declinan sólo del 93,8 % al 65% a los seis años. Las conductas agresivas declinan sustancialmente con la edad. Asimismo, se demuestra que los síntomas cognitivos tienen una posición intermedia en cuanto al curso. Los tres rasgos cognitivos y los nueve interpersonales declinan significativamente en el tiempo; lo hacen en forma diferencial. La mitad de los pacientes límites presenta síntomas psicóticos al principio. A los seis años, sólo muy pocos informan de esas experiencias de desilusiones transitorias circunscritas. El pensamiento extraño o las experiencias de percepciones inusuales (ideas sobrevaloradas, ilusiones recurrentes, despersonalización y desrealización) y la paranoia no delusional son comunes al inicio (85%). A los seis años sólo la mitad informa esos síntomas.

Koldobsky (2005b) explica que los hallazgos, del estudio longitudinal mencionado, podrían sintetizarse si se engloban los síntomas de los pacientes límites en dos categorías: La primera incluiría: auto-mutilación, esfuerzos suicidas, pensamientos casi psicóticos, regresión en el tratamiento y problemas contratransferenciales que son manifestaciones de enfermedad aguda; y, por lo tanto, serían buenos marcadores del diagnóstico y parecen remitir rápidamente. La segunda categoría abarcaría los síntomas que son más temperamentales o aspectos perdurables, tales como los sentimientos crónicos de ira y vacío, la desconfianza, la dificultad para tolerar la soledad y la preocupación por el abandono, que se resuelven lentamente y son siguen persistiendo en la mayoría de los pacientes por varios años.

Para sintetizar, el curso del trastorno límite de la personalidad es muy variable: algunos pacientes tienen una trayectoria muy terrible con suicidio final y otros tienen recuperaciones espectaculares (Koldobsky, 2005b). Está más que claro que el trastorno límite de la personalidad tiende a remitir con la edad (APA, 2001, 2002; Bagladi, 2005; Paris, 2005b; Vallejo Ruiloba, 2002). No obstante, de acuerdo con Belloch (2000), lo que no se sabe si esa remisión constituye un cambio real en el que se experimente una reorganización sustancial de la personalidad, o se trate de un cambio superficial que se revela, por ejemplo, en una expresión diferente del problema básico, más acorde por otro lado con el cambio de edad, y seguramente, en estatus o rol del individuo.

5.2. Calidad de vida y funcionamiento global

Si se repasan las manifestaciones clínicas de la patología límite, la elevada comorbilidad con otros trastornos y su curso natural en la juventud de los pacientes, puede advertirse que el trastorno límite deteriora, de manera significativa, la calidad de vida de quienes lo padecen (Nee, y Farman, 2005).

La calidad de vida es un constructo que expresa la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes (OMS, 1992). Se trata de un concepto muy amplio que incluye, por lo menos, las siguientes dimensiones: situación de vida, actividades diarias, relaciones familiares, relaciones sociales, finanzas, trabajo o escuela, salud y seguridad.

Koldobsky (2005b) refiere que esta temática resulta de fundamental interés para el abordaje de los pacientes con trastorno de personalidad límite. La evaluación de la calidad de vida en pacientes que padecen este trastorno es muy útil para el diseño del tratamiento, medir su impacto y predecir sus resultados (sean exitosos o no).

Entre las conductas que afectan la calidad de vida, Linehan (1993) circunscribe a las conductas como el abuso de sustancias, trastornos graves de alimentación, conductas sexuales de alto riesgo y fuera de control, dificultades financieras extremas (jugar o gastar de forma incontrolada), conductas criminales que pueden llevar a la cárcel, o conductas relacionadas con el trabajo o la escuela (como faltar, no hacer nada productivo, abandonar prematuramente, etc.) y conductas disfuncionales relacionadas con el hogar (como vivir con gente que abuse de ellos, no tener casa estable). Por otra parte, aunque estos pacientes quieran cuidarse y no hacerse daño, su impulsividad y labilidad afectiva complica este propósito. Además, hay muchos comportamientos autodestructivos que llevan realizando durante años pero que no son conscientes que los emplean y que interfieren enormemente en su calidad de vida.

A menudo, estos pacientes tienen notables dificultades a nivel ocupacional, académico o con el rol social. Su funcionamiento en el trabajo o la escuela puede deteriorarse frente a situaciones no estructuradas, siendo comunes las pérdidas recurrentes de trabajo y presentan muchas dificultades con sus estudios (APA, 2001).

Otro dato importante en torno al deterioro de la calidad de vida, en los pacientes con un trastorno límite de la personalidad, es que son muy raras las ocasiones en las que vivencian un estado de bienestar o satisfacción (APA, 2002).

5.3. Pronóstico

Las avances recientes, en el campo de la investigación, sugieren que el pronóstico parece ser mucho mejor que el que se había considerado previamente y que los pacientes que padecen el trastorno límite de la personalidad y, a menudo, pueden ser tratados con éxito (Koldobsky, 2005; Paris, 2005b). Por esta razón, es muy útil establecer qué criterios se constituyen en factores que favorecen un pronóstico positivo del paciente (Koldobsky, 2005).

Así, entre los factores que se asocian a un pronóstico positivo, se sugieren a la aparición de los síntomas ya en la edad adulta (entre los 20 y 25 años), la ausencia de conductas adictivas o de conductas suicidas, capacidad intelectual alta, la presencia de aptitudes o talentos artísticos, alguna evidencia de interacción positiva con el terapeuta, la existencia de por lo menos algún sostén social y el deseo de estar con los demás, y la existencia bastante discreta de un problema focalizado (Koldobsky, 2005; Lieb et al., 2004).

Por el contrario, un pronóstico desfavorable vendría marcado por indicadores tales como el inicio temprano de los síntomas (en la infancia y adolescencia), alta intensidad de los mismos, comorbilidad con otros trastornos, la presencia de algún tipo de adicción y conductas suicidas o parasuicidas o conductas disociales, poca conciencia de enfermedad del sujeto y negativa a ponerse en tratamiento (Lieb, et al., 2004). Se ha observado que el cuadro clínico se desarrolla en crisis con períodos intercríticos de relativa estabilidad sintomática y funcional, lo que favorece la falta de conciencia de enfermedad y el desapego al tratamiento. (Bagladi, 2005).

Para muchos, es lógico suponer que la coexistencia del trastorno límite con otras patologías complica el cuadro clínico, aumente la gravedad y pueda empeorar el pronóstico; a la vez que disminuye la eficacia que suelen tener los tratamientos psicoterapéuticos en casos sin esta comorbilidad (APA, 2001; Bagladi, 2005; Mazaira, 2004). Por ejemplo, el abuso de sustancias es común en pacientes con trastorno límite de la personalidad y su presencia tiene importantes implicaciones para el tratamiento, ya que en los pacientes límites adictos se obtienen resultados mucho más pobres en el tratamiento. Además, tienen una tasa de riesgo de suicidio mucho mayor que los pacientes límites que no consumen drogas y, con frecuencia, se accidentan (APA, 2001).

Otro indicador de mal pronóstico es la comorbilidad del trastorno límite con un trastorno afectivo (por ejemplo, depresión mayor o los del espectro bipolar), al igual que la coexistencia de los rasgos de irritabilidad y explosividad y sobre todo, si se mezclan éstos con tendencias narcisistas. De hecho, en algunos estudios de seguimiento, la asociación entre el trastorno límite de personalidad con rasgos antisociales y narcisistas es frecuente en pacientes límites con historia de encarcelamiento y conflictos legales graves (Belloch y Fernández Álvarez, 2002). Asimismo, estos autores sostienen que en cuanto a los antecedentes evolutivos, la presencia de acontecimientos traumáticos durante la infancia y la adolescencia, incluyendo el abuso sexual y psicológico, son también claros indicadores de mal pronóstico.

Los resultados de distintos estudios señalan, en forma global, que la presencia de comorbilidad de los trastornos del Eje I con trastornos de la personalidad tiene importantes implicancias clínicas, especialmente porque predicen una respuesta pobre a los tratamientos. La comorbilidad se asocia con altos índices de incapacidad social y persistencia de los síntomas (Koldobsky, 2005b; Skodol et al., 2002).

Una revisión reciente de Melhum en el 2001 señala que uno de los problemas más frecuentes que enfrentan los clínicos que atienden pacientes hospitalizados, es el riesgo suicida crónico de algunos pacientes con trastornos de personalidad (Bagladi, 2005).

Por último, Bagladi (2005, p.25) dice que «las características de los cuadros de trastorno de personalidad límite hacen que su tratamiento tenga una especial dificultad, necesitándose no sólo un funcionamiento de equipo que permita abordar diferentes situaciones, sino además claridad diagnóstica, eficacia y especificidad de tratamiento».

Parte II. Terapias Cognitivas e Integrativas para el Trastorno Límite de la Personalidad

Capítulo 6. Introducción a las terapias cognitivas e integrativas para el trastorno límite de la personalidad

Exponer el amplio y complejo panorama de las terapias cognitivas, en la actualidad, es una tarea muy difícil. En el presente capítulo se hace un breve recorrido sobre lo que se entiende por este tipo de terapias; planteándose, además, su rol en el movimiento contemporáneo conocido como la integración en psicoterapia. Seguidamente se revisará, a grandes rasgos, la historia de los abordajes cognitivos e integrativos para el trastorno límite de la personalidad. Esto servirá de guía a aquel lector que esté escasamente familiarizado con esta temática y le permitirá comprender el marco en el cual se insertan los modelos terapéuticos que serán presentados en los próximos capítulos.

6.1 Caracterización de las terapias cognitivas e integrativas: desde sus orígenes hasta la actualidad

A mediados de la década del '60 y comienzos de los años '70, surgieron las primeras formulaciones de la terapia cognitiva. Existe abundante consenso respecto a quiénes son sus "padres fundadores", atribuyéndoseles este título a Aaron Beck y Albert Ellis, ambos con antecedentes en la práctica psicoanalítica (Arnkoff y Glass, 1992 citados en Fernández Álvarez, 2003b; Fernández Álvarez, 1992, 2003a; Loockwood y Young, 1992; Magnavita, 1999).

Los primeros desarrollos de terapia cognitiva estuvieron centrados en el tratamiento de algunas situaciones clínicas en particular, fundamentalmente, las vinculadas con episodios depresivos y trastornos de ansiedad. Eran en ese momento tratamientos individuales focalizados y de corta duración (Feixas y Miró, 1993; Fernández Álvarez, 1992; Loockwood y Young, 1992).

La tesis central de la nueva terapéutica radicó en que los pensamientos erróneos e irracionales caracterizan a las personas que padecen de desórdenes psicológicos. En consecuencia, el objetivo central de esta terapia era modificar dichos pensamientos y, por añadidura, los sistemas de creencias asociados, en la certeza de que dicha modificación y la sustitución por otros modos de pensar se traducirían en un mejoramiento de las condiciones de las personas perturbadas (Fernández Álvarez, 1992).

Asimismo, la aplicación de esta nueva perspectiva terapéutica se tradujo en resultados espectaculares. Beck, en particular, obtuvo fuertes éxitos en el tratamiento de la depresión. El entusiasmo que esto generó hizo que el modelo se extendiera con posterioridad al tratamiento de otros desórdenes psicológicos, y nuevas y variadas formas de terapia cognitiva comenzaron a florecer (Fernández Álvarez, 1992).

Actualmente, se habla de las «*terapias cognitivas*» en plural (Fernández Álvarez, 2003b). Baringoltz (1998) es muy explícita sobre este asunto. Explica que hoy no existe una sola terapia cognitiva, puesto que en los últimos treinta años han proliferado una enorme cantidad y diversidad de enfoques. Tal como se cita en Mahoney (1988), las *terapias cognitivas* constituyen un conjunto muy heterogéneo de tratamientos que incluye variantes como, por ejemplo la terapia cognitivo conductual, la terapia de los constructos personales, la terapia racional emotiva, la terapia de resolución de problemas, la terapia cognitiva constructivista, la terapia cognitiva la terapia cognitiva experiencia, entre muchas otras. Por consiguiente, puede decirse que las terapias cognitivas se sitúan en un panorama complejo, plural y con lenguajes diversos.

En razón de lo expuesto, Feixas y Miró (1993) exponen que las terapias cognitivas carecen de un marco teórico unificador o de un genio inspirador como Freud que otorgue unidad al modelo, por lo cual dificulta la tarea de delimitar sus conceptos básicos. No obstante, estos autores mencionan que el rasgo más destacable que unifica a todos los modelos cognitivos reside en la importancia que otorgan a las **cogniciones** tanto en la génesis de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico.

Todas nuestras *cogniciones* implican operaciones que expresan modos de procesar o maneras de concebir la realidad. Se encuentran organizadas en **esquemas mentales** que, a su vez, forman la trama

sobre la que apoyamos nuestra conducta y orientan nuestras relaciones interpersonales (Fernández Álvarez, 2003a). Tineo (1998), también, señala que en el modelo cognitivo los *esquemas* y los procesos derivados de estos ocupan un lugar medular.

Ahora bien, ¿qué se entiende por esquema? Los orígenes de la noción de esquema se pueden hallar en los años veinte y treinta en varios escritos de Head y Piaget, y en Barlett (Cottraux y Blackburn, 2001; Feixas y Miró, 1993; Griffith, 2003). Una primera definición considera al esquema como una unidad de procesamiento de información, esto es, una estructura cognitiva que aprehende y categoriza la información relativa a una porción de la realidad (Judith Beck, 1994; Magnavita, 1999). Se puede hablar de esquemas sociales, familiares, culturales, religiosos, ocupacionales, esquemas sobre el self, entre otros. En lo que refiere a los esquemas acerca del self, éstos son generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran la información (Feixas y Miró, 1993).

En términos generales, las psicoterapias cognitivas son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración. Proponen una colaboración abierta con el cliente para afrontar su problema, planteando un modelo explicativo simple y sugiriendo estrategias específicas para su resolución. Asimismo, los modelos cognitivos consideran a la relación terapéutica como elemento esencial en ese proceso de conocimiento y cambio propuesto como experiencia terapéutica. Todos los modelos cognitivos reconocen la utilidad de la calidez, empatía, autenticidad y aceptación en la figura del terapeuta (Beck y Freeman, 1990; Feixas y Miró, 1993; Tineo, 1998).

El objetivo de los tratamientos cognitivos es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto. Para ello, se sirven de una diversidad de procedimientos, algunos propuestos originalmente por distintos modelos y corrientes psicoterapéuticas.

A modo de ejemplo, durante las últimas décadas se ha producido un creciente interés en el uso potencial de las técnicas meditativas en las ciencias de la salud, lo cual se ha manifestado con gran fuerza en el campo de la psicoterapia, particularmente, en las terapias cognitivas. Varios autores ven la utilidad de la aplicación de la meditación en la psicoterapia y en la psicología occidental (Lau, 2005; Linehan, 1993, 2003; Young, 2005).

Atendiendo a la flexibilidad técnica característica de las terapias cognitivas, varios autores presentan estos enfoques como miembros activos de la tendencia integradora en psicoterapia (Alford y Norcross, 1991 citados en Baringoltz, 1998; Alford y Beck, 1997 tal como se citan en Fernández Álvarez, 2003a y en Cottraux y Blackburn, 2001; Feixas y Villegas, 1990 en Feixas y Miró, 1993).

6.1.2 Movimiento de la integración: la naturaleza unificadora de las terapias cognitivas

Desde hace muchos años, los terapeutas señalan una necesidad creciente por integrar la psicoterapia, con el fin de un mayor intercambio entre los modelos e incrementar la eficiencia de sus procedimientos. Así, hace alrededor de unos veinte años atrás surgió un movimiento que se dedicó a explorar las posibilidades de la integración en el campo de las psicoterapias. Siguiendo a Arkowitz (1991 citado en Feixas y Miró, 1993) en su escrito inaugural del *Journal of Psychotherapy Integration*, se entiende que el movimiento integrador aglutina esfuerzos en tres grandes áreas de trabajo:

- 1) la **integración técnica**, que consiste en la selección de tratamientos clínicos sobre la base de su eficacia predecible más que sobre consideraciones teóricas;
- 2) la **integración teórica**, que se esmera por realizar una síntesis conceptual de diversos sistemas teóricos;
- 3) y el área de los **factores comunes**, en la que se buscan factores centrales que diferentes terapias tienen en común, con el objeto de desarrollar tratamientos más eficaces basados en esos componentes.

En los últimos años, se ha prestado mucha más atención a este tema de la integración y, en particular, la terapia cognitiva está en el centro de las controversias. Se ha afirmado que las terapias cognitivas ocupan un lugar especial en estos desarrollos, dada su naturaleza unificadora señalada por Alford y Norcross (1991 citados en Baringoltz, 1998), Alford y Beck (1997 citados en Fernández Álvarez, 2003) y Lyddon (1993, tal como se citan en Baringoltz, 1998). Asimismo, se plantea que «las terapias cognitivas han nutrido el movimiento hacia la integración en psicoterapia» (Arnkoﬀ y Glass, 1992 citados en Baringoltz, 1998 p.17).

De acuerdo a Fernández Álvarez (2003a), existen muchas razones para suponer que las terapias cognitivas son poseedoras de las propiedades más firmes como para aglutinar una perspectiva integradora. Este autor señala que dos de sus características parecen reunir ese carácter: la naturaleza procesal de sus enunciados teóricos y su configuración epistemológica, situada en una óptica que trasciende los enunciados de los enfoques clásicos.

Baringoltz (1998) plantea que más allá de las controversias acerca de si la terapia cognitiva es “pura” o “integrativa”, la eficacia terapéutica puede verse beneficiada con la integración de los aportes.

En la actualidad, la integración de la psicoterapia es una realidad concreta en diferentes niveles y se expresa a través de numerosas propuestas y modelos que abarcan un espectro muy variado (Fernández Álvarez y Opazo, 2004). En efecto, algunos de los programas terapéuticos de corte cognitivo, evolucionaron como enfoques declaradamente integrativos. De allí que en este trabajo se hable de **«terapias cognitivas e integrativas»**.

6.2 Breve historia de las terapias cognitivas e integrativas para abordaje del trastorno límite de la personalidad

La terapia de pacientes con trastornos de personalidad en general, y en particular los que padecen el trastorno límite de la personalidad, constituye uno de los retos más importantes entre los profesionales de salud mental (Díaz Curiel, 2001). Lo típico es que la terapia de pacientes límites sea muy complicada y existe el riesgo significativo de un desenlace psicoterapéutico negativo, cualquier que sea el enfoque empleado en el tratamiento (Mays, 1985 citado en Beck y Freeman, 1995). Tal como señalan Lingardi, Filippucci y Baicco (2005), el tratamiento de pacientes con la patología límite es especialmente difícil dado sus problemas en las relaciones interpersonales, que interfieren con la construcción y el mantenimiento de la alianza terapéutica.

Hasta cerca de los '90, se creía que los pacientes con trastorno límite de la personalidad no podían ser tratados eficazmente con terapia cognitiva (Rush y Shaw, 1983 citados en Beck y Freeman, 1995), ya que este tipo de terapia había sido desarrollada para individuos sin serios trastornos de personalidad y resultaba ineficaz para tratar a estos pacientes difíciles (Linehan, 1993).

Por aquel entonces, la terapia cognitiva ya había probado ser efectiva para aliviar síntomas de depresión y ansiedad en un período de tiempo relativamente corto. Sin embargo, muchos terapeutas comenzaron a observar que los trastornos de personalidad no parecían responder a terapias breves ni a la cognitiva (Loockwood y Young, 1992).

Ante este panorama, era evidente que los enfoques psicoterapéuticos necesitaban modificaciones significativas de sus prácticas estándar (Gunderson, 2004). Esta situación fue cambiando sustancialmente con el desarrollo de enfoques cognitivos (Livesley, 2005). Se empezaron a concebir los primeros desarrollos de la terapia cognitiva para el abordaje de pacientes con trastornos de personalidad. Casi paralelamente, se modificó el modelo cognitivo estándar de Aaron Beck para el abordaje de trastornos de la personalidad, mientras que Jeffrey Young iba exponiendo sus ideas sobre cómo abordar este tipo de pacientes y Marsha Linehan esbozaba la terapia dialéctica conductual, especialmente diseñada para pacientes límites. En el continente europeo, también se fueron perfilando modelos cognitivos para los trastornos de la personalidad de la mano de Vittorio Guidano.

Las aplicaciones de las terapias cognitivas a pacientes con el trastorno límite de la personalidad ha requerido cambios tanto en las bases teóricas como en los procedimientos técnicos (Linehan, 1993). Según Beck y Freeman (1995), en la terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad fue imprescindible modificar la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, las metas y expectativas de terapeuta y paciente, y las técnicas y estrategias necesarias.

En líneas generales, puede decirse que existen diferencias considerables entre los abordajes cognitivos de los trastornos del Eje I y de los diseños aplicados a los trastornos de la personalidad, que son particularmente importantes en el caso del trastorno límite de la personalidad. La terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad se caracteriza por un mayor énfasis en los factores históricos y en la génesis del trastorno, mayor uso de la relación terapéutica como vehículo de cambio prestándose una mayor atención a los factores transferenciales y contratransferenciales y por una mayor duración del tratamiento. Esto se debe a que los trastornos de personalidad se oponen, directa e intrínsecamente, a la tendencia vigente hacia terapias cada vez más breves (Beck y Freeman, 1995; Judith Beck, 1998; Griffith, 2003; Layden et al., 1993 citados en Keegan 2004; Millon, 1998). Asimismo, se reconocen los componentes afectivos e interpersonales de la experiencia (Beck y Freeman, 1995; Cottraux y Blackburn, 2001; Magnavita, 1999). En la tabla 6.1 se resumen las principales diferencias entre los abordajes cognitivos para trastornos del Eje I y para el Eje II.

TABLA 6.1 Diferencias en la terapia cognitiva entre trastornos mentales y los trastornos de la personalidad

	Trastornos mentales	Trastornos de la personalidad
Extensión del tratamiento	3-4 meses.	9 meses o más.
Ritmo del tratamiento	Activo	Variable, según el ritmo del paciente
Problemas de escala de tiempo	Aquí y ahora	Aquí y ahora y toda la vida. Importancia de las experiencias tempranas.
Relaciones terapéuticas	De colaboración	De colaboración, con claros límites paciente-terapeuta.
Contenido del problema	Mundo del paciente presente y futuro	Mundo del paciente, pasado, presente y futuro; relaciones terapéuticas
Foco del problema	Conducta, cognición, emoción	Conducta, cognición, emoción, relaciones terapéuticas
Énfasis en la intervención	Pensamientos automáticos	Esquemas conductuales

Fuente: adaptación de Koldobsky, 2005b p. 371

Los enfoques cognitivos se asentaron cada vez más y se fueron desarrollando de métodos diseñados específicamente para tratar al trastorno límite de la personalidad y enfoques más eclécticos e integrativos (Livesley, 2004), como por ejemplo la terapia centrada en esquemas de Young (1994) en New York y el abordaje dialéctico conductual de Linehan (1993) en la Universidad de Washington.

El modelo del Dr Young (1994; 2005) integra la terapia cognitiva con la Gestalt, la teoría del apego y el enfoque psicoanalítico. Esto expande la terapia cognitiva tradicional colocando mayor énfasis en la relación terapéutica, en las emociones y las experiencias tempranas. Muy recientemente, ha también incluido técnicas de meditación para el trabajo con pacientes límites.

En lo que respecta a la terapia dialéctica conductual, Marsha Linehan (1993) ha desarrollado un modelo cognitivo-comportamental integrativo para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, especialmente para pacientes con comportamiento parasuicida. A diferencia de los enfoques de Beck y Young, éste no se basa en la teoría de los esquemas sino en una teoría biosocial. Este enfoque articula estrategias comportamentales cognitivas, psicoanalíticas, de la terapia centrada en el cliente e incorpora ciertas prácticas formales de meditación, que se ven limitadas, en parte, por la capacidad percibida o disponibilidad del grupo de pacientes para estar concientes y atender la experiencia presente (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Lau, 2005; Linehan, 1993). Éste es uno de los programas terapéuticos integrativos para el tratamiento de trastornos severos, que más difusión ha alcanzado en los últimos años (Fernández Álvarez, 2003a).

Puede decirse que desde principios de los '90 hasta la actualidad, cada vez más, se fueron asentando todas estas propuestas de orientación cognitiva. El desarrollo de los modelos cognitivos del trastorno límite de la personalidad y de las terapéuticas derivadas de ellos en las últimas dos décadas ha sido notable. Uno de los factores que ha contribuido al auge de las terapias cognitivas tiene que ver con el notable nivel de sistematización que presentan. Por lo general, cada terapia cuenta con una obra básica que constituye un manual donde se indican con precisión, además de las bases conceptuales, los pasos específicos a realizar por el terapeuta con clientes de una patología concreta (Feixas y Miró 1993). Millón (1998) señala que estos esfuerzos dedicados a desarrollar terapias que pueden ser aplicadas de forma automática permiten ofrecer mayores ganancias en comparación con el pasado clásico y desestructurada de la psicoterapia.

Asimismo, los modelos cognitivos e integrativos han generado enfoques novedosos sobre la génesis del trastorno límite de la personalidad, dando lugar a intervenciones terapéuticas que han mostrado eficacia y un desarrollo continuo que permite abrigar esperanzas de mayores logros. Los tratamientos son multicomponentes e involucran diversos tipos de intervención, con distintas modalidades. La habitual complejidad de estos casos debe encontrar un abordaje igualmente complejo, ni reductivo ni simplista, que incluya también intervenciones orientadas a mantener la motivación del terapeuta (Keegan, 2004)

En los capítulos que siguen se analizarán los postulados teóricos que sustentan a estos abordajes cognitivos e integrativos, las etapas y estrategias de tratamiento derivadas de los mismos. Se comenzará presentando el enfoque centrado en los esquemas. Seguidamente, se hará lo propio con el enfoque dialé-

ctico-conductual de Marsha Linehan. Por último, se examinarán algunos de los estudios de investigación que contamos hasta la fecha sobre la eficacia de estos tratamientos.

Capítulo 7. La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young

“El pasado es arcilla que el presente labra a su antojo”.

J. L. Borges

7.1 Introducción

En sus comienzos, la terapia centrada en esquemas representó una nueva e innovadora ampliación del modelo de la terapia cognitiva para la depresión y ansiedad de Beck (Gluhoski y Young, 1997). Su creador, Jeffrey Young, fue uno de los primeros terapeutas cognitivos que se ocupó de desarrollar una terapia para los trastornos de personalidad, alrededor de 1987 (Tineo, 1998).

Esto ocurrió cuando Young (1994) comenzó a tratar casos crónicos con el protocolo de tratamiento original de Beck, llegando a la conclusión de que las técnicas tradicionales de la terapia cognitiva eran con frecuencia ineficaces para pacientes con trastornos de la personalidad. De modo que empezó a reconocer que esos pacientes con trastornos crónicos, a menudo, no alcanzaban los requerimientos básicos del modelo cognitivo tradicional en varias áreas: 1) tenían dificultades para identificar emociones y cogniciones; 2) no articulaban sus problemas de forma centrada; 3) no asumían las tareas para el hogar; 4) se resistían a una relación terapéutica colaboradora; 5) tenían dificultades para modificar creencias rígidas.

En líneas generales, se puede decir que el modelo centrado en esquemas contiene varias modificaciones importantes del modelo de terapia cognitiva para trastornos mentales del Eje I, que incluyen: un mayor énfasis en la relación terapéutica como indicador clave del funcionamiento interpersonal del paciente, principal área de dificultad en los casos de pacientes con trastorno de personalidad y al trabajo sobre la emoción que se genera como resultado de la activación del esquema como elemento fundamental del cambio. Este enfoque presta también una mayor atención a los acontecimientos de la primera infancia como determinantes de los problemas del adulto (Gluhoski y Young, 1997; Tineo, 1998; Young y Lindemann, 1992).

Ahora bien, esta terapia desarrollada por Jeffrey Young ha evolucionado a lo largo de estos años. Actualmente, la terapia centrada en esquemas es un modelo integrativo que articula sistemáticamente tanto elementos de la terapia cognitiva como de terapias experienciales (especialmente, de la terapia gestáltica), de la teoría de apego (en particular, de los trabajos de Bowlby y Ainsworth) y del enfoque psicoanalítico de las relaciones objetales (Young, 1994, 2005). Recientemente, este enfoque se ha combinado también con técnicas de la meditación basadas en la *conciencia plena* (Young, 2005).

Por otra parte, esta terapia fue desarrollada para la conceptualización y el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad en general; pero, a comienzos de este milenio, Young (2005) ha diseñado un tratamiento específico para el trastorno límite de la personalidad.

En este capítulo se revisará el modelo terapéutico centrado en esquemas de Jeffrey Young. Primero se discutirá la teoría explicativa del trastorno límite de la personalidad. Luego, se hará especial hincapié en la importancia de la relación terapéutica. Posteriormente, se describen las etapas del tratamiento y las intervenciones más específicas.

7.2 Teoría de los esquemas

Como ya se ha mencionado en el sexto capítulo de este trabajo, el concepto de *esquema* ocupa un lugar central en el modelo de Young. Este autor adaptó la teoría del esquema para su uso, como herramienta clínica, en el trabajo con los pacientes que padecen trastornos de la personalidad. Mientras que la terapia cognitiva estándar se centra en la modificación de pensamientos automáticos, de distorsiones cognitivas y los supuestos subyacentes; la terapia centrada en los esquemas postula una propuesta dirigida a abordar lo que Young considera el nivel más profundo en el fenómeno de las cogniciones, al que evalúa como esencial en el trabajo con este tipo de trastornos y denominó «*esquemas desadaptativos tempranos*» (Griffith, 2003, Young, 1994; Young y Lindemann, 1992; Tineo, 1998).

Para este autor, los *esquemas desadaptativos tempranos* constituyen el tema central en la definición de los trastornos de la personalidad por la vasta incidencia que estos tienen tanto en la constitución del self como de las relaciones interpersonales (Tineo, 1998; Young, 1994).

7.2.1 Definición de los esquemas desadaptativos tempranos

Los esquemas desadaptativos tempranos son temas amplios, concernientes al sí mismo y sus relaciones con los demás. Son estructuras extremadamente estables y duraderas. Suelen desarrollarse prematuramente en la infancia y sirven como patrones para el procesamiento de experiencias futuras. Son disfuncionales en un grado significativo y llevan a problemas relacionados con la personalidad en distintos aspectos. Además, son multifacéticos, con componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y conductuales. Generalmente, los esquemas desadaptativos tempranos están fuera de la conciencia, aunque las personas pueden ser entrenadas para identificarlos mediante un amplio rango de técnicas terapéuticas (Young, 1994; Gluhoski y Young, 1997). Young (1994) postula una lista de dieciocho esquemas de este tipo (véase el punto 8.2.2).

Los diversos rasgos que definen a los esquemas desadaptativos tempranos pueden sintetizarse en los siguientes ítems:

- Se originan en los primeros años de vida y son crónicos a menos que sean tratados. Normalmente se desarrollan por la acumulación de interacciones negativas tempranas con otras personas significativas (padres, hermanos, miembros de la familia y amigos), más que por un único acontecimiento traumático aislado (Young, 1994; Gluhoski y Young, 1997). En otras palabras, las relaciones tempranas de la infancia son una fuente de los esquemas desadaptativos tempranos (Young y Lindemann, 1992).
- Pueden estar inactivos durante mucho tiempo y ser activados por eventos estresantes. Cuando son activados por acontecimientos que guardan relación con ellos, resultan distorsiones del pensamiento, fuertes respuestas emocionales y conducta problemática (Young, 1994).
- Llevan a emociones intensas y disfuncionales, conductas autodestructivas, experiencias interpersonales negativas, o perjudicar a los demás (Young, 1994; Gluhoski y Young, 1997).
- Interrumpen poderosamente la habilidad de los individuos para lograr sus necesidades básicas incluyendo: autodeterminación, independencia, relación interpersonal, validación, espontaneidad y límites realistas (Gluhoski y Young, 1997).
- Los esquemas desadaptativos tempranos se mantienen rígidamente. Son resistentes al cambio porque son desarrollados en los primeros años de vida (Young, 1994). Se perpetúan mediante patrones autodestructivos, y normalmente no son susceptibles de cambio mediante las estrategias cognitivo-conductuales tradicionales (Gluhoski y Young, 1997). Carecen de la flexibilidad, variabilidad y creatividad necesarias para ser funcionales en su vida actual (Tineo, 1997). Desafiarlos implica inseguridad y peligro, puesto que durante su evolución y maduración natural desde el nacimiento hasta aproximadamente los diez años, implicaron pautas de supervivencia (Tineo, 1998)
- Implican aprendizajes complejos con componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y de comportamiento, que resultaron eficaces y adaptativos en su entorno infantil para evitar el peligro de situaciones, como por ejemplo, la indefensión y abandono, por lo que persisten a lo largo de la vida sin que el individuo "se dé cuenta" que inciden en la conformación y persistencia de sus problemas actuales (Tineo, 1998).
- Predisponen a la persona a experimentar sentimientos negativos persistentes. Esto lleva al paciente a comportarse de modo contrario a sus propios intereses en forma continua (Keegan, 2004).

De acuerdo a Keegan (2004), que los esquemas desadaptativos se generan en los estadios tempranos de la existencia, tal como lo sostiene Young, es congruente con el hecho de que una gran proporción de los pacientes con trastorno límite ha sufrido maltrato, abuso, o alguna forma de trauma durante la infancia.

7.2.2 Los dominios y sus esquemas desadaptativos tempranos específicos: orígenes del trastorno límite de la personalidad

De acuerdo a Young (1994), los dieciocho esquemas desadaptativos tempranos se agrupan en cinco dominios (o esquemas dominantes). Cualquiera de éstos refleja una necesidad crítica de los niños para un funcionamiento adaptativo. A su vez, los dominios describen relaciones tempranas disfuncionales con padres, hermanos y amigos, donde radican los orígenes del esquema y el funcionamiento interpersonal adulto (Gluhoski y Young, 1997).

Según Young y Lindemann (1992), los dominios y esquemas desadaptativos tempranos reflejan el hecho que las expectativas derivadas de las necesidades propias no alcanzan a ser satisfechas por los otros en forma predecible, con seguridad, protección, estabilidad, cuidado, empatía, compartiendo sentimientos, aceptación y respeto. Las familias de origen son lejanas, frías, rechazan, apartan, son solitarias, explosivas, impredecibles o abusivas.

A continuación, se enumeran y describen los cinco dominios y cada uno de los dieciocho esquemas que los integran:

4) El dominio de *desconexión y rechazo* comprende individuos que fueron criados en entornos que carecían de figuras de apego, afecto, contención, respeto y estabilidad, lo que interfirió con las necesidades de aceptación y relación del niño. Como adultos, asumen que no encontrarán sus deseos de amor, aceptación, seguridad y empatía. A este dominio lo configuran los siguientes esquemas:

- El *abandono/inestabilidad*, que hace referencia a la creencia en que la capacidad de los demás para dar apoyo será poco fiable e inestable (Gluhoski y Young, 1997). La persona cree que, de una u otra forma, las relaciones estrechas terminarán inmediatamente. Es probable que estos individuos hayan atravesado en su infancia experiencias tales como el divorcio o muerte de sus padres. Este esquema puede también despertarse cuando los padres han sido inconsistentes para atender a las necesidades de sus hijos. Probablemente, existieron frecuentes ocasiones en las cuáles los niños hayan sido dejados solos o sin ser atendidos por períodos extensos (Young, 1994).
- El esquema de *desconfianza/abuso*, la cual incluye la expectativa de que el individuo será herido o los demás se aprovecharán de él. A menudo, piensan en atacar primero o tomar revancha después. En la niñez, muchos de estos individuos fueron abusados o maltratados por sus padres, cuidadores o pares (Young, 1994).
- El esquema de *pérdida emocional* refleja la creencia que no se cubrirán sus necesidades de apoyo emocional. Las tres formas particulares de pérdida comprenden la alimentación, la empatía y la protección (Gluhoski y Young, 1997).
- El cuarto esquema es el de *imperfección/vergüenza*, que recoge la visión de sí mismo como antipático e indeseable socialmente (Gluhoski y Young, 1997). Generalmente, los padres fueron muy críticos de sus hijos e hicieron que ellos se sintieran como si no fueran merecedores de amor (Young, 1994)
- El último esquemas en esta área, es el de *aislamiento social/alienación*. Éste describe la creencia en que uno no es parte del grupo o la comunidad, que uno está solo y es diferente de los demás (Gluhoski y Young, 1997; Young, 1994).

5) El segundo dominio se denomina *perjuicio en autonomía y desempeño*. Suele reflejar ambientes complicados y sobreprotectores en la infancia, que interfirieron en la percepción sobre la propia capacidad (autoeficacia). En las relaciones de adulto, estos individuos son demasiado dependientes de los demás y no creen que tengan habilidades adecuadas de afrontamiento (Gluhoski y Young, 1997; Young, 1994). Este esquema dominante incluye cuatro esquemas que impiden al niño llegar a ser independientes y alcanzar algo fuera de la familia. Ellos son:

- El esquema de *dependencia/incompetencia*: supone la creencia de que se es incapaz de manejar sus responsabilidades cotidianas de modo competente sin una ayuda considerable de los demás. Usualmente, los padres no estimularon a los niños para actuar independientemente y desarrollar confianza en sus habilidades para cuidarse a sí mismos (Young, 1994).
- Esquema de *vulnerabilidad al daño o la enfermedad*: los individuos con este esquema esperan tener experiencias negativas que no controlarán, tales como un ataque cardíaco, el virus del SIDA, o crisis de tipo emocionales como volverse loco o de tipo fóbico como catástrofes naturales, fobia a los aviones, a los ascensores, etcétera (Tineo, 1998). Estos individuos tienen la creencia extrema de que cualquier suceso ocurre en forma aleatoria y les puede afectar en cualquier momento (Gluhoski y Young, 1997).
- El esquema *inmaduro/complicación* aparece en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas a costo de su propio desarrollo. No desarrollan una identidad individual segura (Gluhoski y Young, 1997). A menudo, este esquema se presenta cuando los padres son abusivos o sobreprotectores (Young, 1994).
- El esquema de *fracaso* refleja la visión que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades (Gluhoski y Young, 1997). Se origina, habitualmente, cuando los padres no les dieron a los niños suficiente soporte, disciplina y estímulo.

3) Otro dominio es el de los *límites inadecuados*. Abarca a aquellos individuos que fueron criados por padres permisivos, demasiado indulgentes y no ponen límites acerca de lo que es socialmente apropiado. Consecuentemente, pueden haber aprendido un sentido de superioridad. Como adultos, carecen de autodisciplina y pueden tener un sentimiento de autoridad. También, pueden ser insensibles hacia las necesidades y deseos de los demás. Este dominio consta de dos esquemas que bloquean al niño a desarrollar sus límites:

- El esquema de *derecho/grandiosidad* almacena la creencia de que el individuo es superior a los demás. Estos individuos pueden ser extremadamente competitivos o dominantes (Gluhoski y Young,

1997). No están interesados en las necesidades de las otras personas. No obstante, algunos niños desarrollan este esquema para compensar sus sentimientos de privación emocional, imperfección o indeseabilidad social (Young, 1994).

- El esquema de *autocontrol insuficiente/autodisciplina* se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones. Presentan incapacidad para tolerar la frustración (Young, 1994).

4) La *tendencia hacia el otro* es el cuarto dominio. Está fomentada por experiencias tempranas en las que las necesidades del niño son secundarias a las necesidades de los demás. En las interacciones de adulto, se preocupan por el bienestar de los demás y por ganar su aprobación. Los tres esquemas que integran este dominio son:

- El *esquema de subyugación*, que supone abandonar el control a causa de sentimientos externos de coerción. Estos individuos esperan que los demás sean agresivos, revanchistas o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos. Típicamente sus necesidades o emociones son suprimidas (Gluhoski y Young, 1997). A menudo, en la infancia tuvieron padres muy controladores (Young, 1994).
- El esquema de *autosacrificio*, que aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que puedan ahorrar el dolor a los demás (Gluhoski y Young, 1997).
- Y la *búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento*. Este esquema consiste en tratar de ganarse la aceptación de los demás, a costa del desarrollo de la propia identidad (Gluhoski y Young, 1997).

5) El último dominio es el que se denomina *sobrevigilancia e inhibición*. Generalmente, se desarrolla cuando se cría a los niños con perfeccionismo, en el seno de una familia rígida, inflexible y, algunas veces, punitiva. Estos niños internalizan reglas y normas éticas a expensas de la infelicidad, la relajación y relaciones saludables. Cuando llegan a la adultez son demasiado controlados, con reglas extremadamente elevadas (Gluhoski y Young, 1997; Young, 1994). Este dominio incluye cuatro esquemas que interfieren con la satisfacción y la espontaneidad de los niños:

- La *negatividad/vulnerabilidad al error* refleja la atención sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada les irá bien. Éstos se desentienden de los aspectos positivos de las situaciones. Se caracterizan por un pesimismo omnipresente, tristeza y preocupación (Gluhoski y Young, 1997).
- El *control excesivo/inhibición emocional* se encuentra en individuos que evitan la espontaneidad para mantener un sentido de previsibilidad y controlabilidad en sus vidas, o evitar la vergüenza (Gluhoski y Young, 1997).
- *Reglas implacables/hipercrítica*, recoge la creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica (Gluhoski y Young, 1997). Usualmente, los padres de estos individuos nunca estaban satisfechos y el amor que daban a sus hijos eran condicionados a los logros de éstos (Young, 1994).
- El último esquema, *condena*, recoge la visión de que los individuos deberían ser fuertemente castigados por sus errores. Estos individuos no toleran sus propios errores ni los de los demás (Gluhoski y Young, 1997).

Sintetizando, cada uno de los cinco dominios descriptos implican necesidades críticas que el niño no ha podido desarrollar y satisfacer adecuadamente durante su desarrollo evolutivo en el contexto de su entorno infantil para alcanzar un funcionamiento adaptativo posterior (Tineo, 1997). En consecuencia, la hipótesis de la terapia centrada en esquemas es que hay cuatro *características del ambiente familiar* durante la infancia que contribuyen al desarrollo del trastorno límite de la personalidad (Young, 2005). Ellas son:

- 1) un *ambiente peligroso e inseguro*, que durante la infancia fue físico, sexual o verbalmente abusivo, o bien un lugar donde explotaba la cólera o la violencia.
- 2) un *ambiente privativo e inestable*, en el que los padres poco empáticos, estaban ausentes o fueron inconstantes en el cuidado de los niños.
- 3) un *ambiente punitivo y rechazante*, en donde los padres, a menudo, trataban al niño de una manera dura, con críticas y castigos. Asimismo, uno o ambos padres pudieron haber rechazado de niño al paciente límite.
- 4) y un *ambiente subyugante*, en el que los padres, usualmente, han castigado a los pacientes con trastorno límite de la personalidad o le habían retirado el amor cuando éstos, siendo niños, expresaban sus necesidades o sus sentimientos.

Por otro lado, es necesario considerar la importancia de la biología, como un factor constitucional muy relevante. Así, la habilidad del niño para afrontar cada uno de los retos señalados puede en parte ser determinado por el temperamento innato del niño, en combinación con los estilos parentales y las influencias sociales a las cuales se ha expuesto.

En lo que respecta a los esquemas característicos de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, si bien todos ellos pueden estar presentes los más frecuentes son: dependencia, abandono, falta de individuación, privación emocional, desconfianza, imposibilidad de ser amado e incompetencia (Keegan, 2004). Siguiendo el pensamiento de Young, Beck y Freeman (1995) señalan que se podría suponer que la gran cantidad de esquemas inadaptados tempranos postulados para los pacientes límites explica la amplia gama de síntomas que ellos experimentan y sus frecuentes crisis (véase tabla 7.1).

TABLA 7.1 Esquemas inadaptados tempranos postulados por Young como características del trastorno límite de la personalidad

Esquemas inadaptados tempranos	Expresión posible
<i>Abandono/pérdida</i>	“Siempre estaré solo. Nunca podré contar con nadie”
<i>No merecer ser amado</i>	“Nadie me amaría o querría estar cerca de mí si realmente me conociera”
<i>Dependencia</i>	“No puedo valerme solo. Necesito a alguien en quien pueda apoyarme”
<i>Sometimiento/falta de individuación</i>	“Debo someter mis deseos a los deseos de los otros, o ellos me abandonarán o atacarán”
<i>Desconfianza</i>	“La gente me hará daño, me atacará, se aprovechará de mí. Tengo que protegerme”.
<i>Autodisciplina inadecuada</i>	“No puedo controlarme o adoptar una disciplina”
<i>Miedo a perder el control emocional</i>	“Debo controlar mis emociones o sucederá algo terrible”.
<i>Culpa /castigo</i>	“Soy una mala persona. Merezco ser castigado”.
<i>Privación emocional</i>	“Nunca hay nadie que satisfaga mis necesidades, que vele por mí, que me cuide”.

Fuente: Beck y Freeman, 1995: p. 271

Por otra parte, Keegan (2004) especifica que suele darse la coexistencia de esquemas de contenido antagónico, lo que hace aún más difícil su modificación. Tal sería el caso de un paciente que es dependiente pero que, a la vez, tienen una desconfianza básica para con los otros (Keegan, 2004).

Otro dato que podría tenerse en cuenta, es que en un estudio realizado en nuestro país, con una muestra de pacientes que padecían el trastorno límite de la personalidad límite comórbido con la bulimia (Góngora, 2005), los resultados obtenidos indicaron que el trastorno límite se relaciona significativamente con los esquemas desadaptativos de temor al fracaso y vulnerabilidad.

7.3.3 Procesos de los esquemas y estilos de afrontamiento

Existen tres mecanismos automáticos asociados a los esquemas desadaptativos tempranos: *mantenimiento*, *evitación* y *compensación*, a partir de los cuales dichos esquemas son reforzados sistemáticamente a largo de la vida del individuo (Gluhoski y Young, 1997; Tineo, 1997; Young y Lindemann, 1992; Young, 1994). Es conveniente aclarar que se trata de procesos que sirven al esquema, pero que no favorecen la adaptación y el funcionamiento adecuado del individuo. Estos tres procesos se diferencian según su objetivo, a saber:

- 1) *Procesos de mantenimiento del esquema*: tienen por objetivo mantener y perpetuar los esquemas desadaptativos tempranos (Tineo, 1997). El mantenimiento puede darse a nivel conductual, cognitivo y afectivo. En lo cognitivo actúan maximizando información congruente y minimizando o ignorando información contraria. A nivel conductual, los esquemas se mantienen a través de patrones de conducta autoderrotista (Tineo, 1997).

Por ejemplo, una mujer con un esquema de desconfianza/abuso puede casarse con un hombre que tenga aventuras amorosas continuamente. Entonces, se confirman sus creencias de que la traicionarán y que no se puede confiar en la gente (Gluhoski y Young, 1997).

2) *Procesos de evitación del esquema*: intentan evitar que el esquema desadaptativo temprano en cuestión se active (Tineo, 1997). La *evitación del esquema* ocurre cuando el individuo se dedica a evitar cogniciones afectos o conductas de manera que no se active el esquema. Mediante este proceso, el individuo está intentando evitar el malestar que aparecen con la activación del esquema (Gluhoski y Young, 1997). A nivel cognitivo la evitación se refiere a procesos que buscan bloquear imágenes que podrían activar los esquemas; ejemplo de esto son los mecanismos de defensa, la desrealización y la despersonalización, el comportamiento compulsivo. A nivel afectivo se alude a los intentos, tanto automáticos, como voluntarios, que buscan neutralizar los sentimientos disparados por los esquemas, bajo la forma de adormecimiento o mareos en situación conflictiva, mediante la disociación del afecto suscitado por la situación. A nivel conductual se refiere a la tendencia de muchas personas a evadir situaciones de la vida real que puedan activar los esquemas. Así, se puede acudir al aislamiento social y otros mecanismos que buscan mantener al sujeto alejado del estímulo detonante. Por ejemplo: puede engancharse a ver la televisión haciendo "zapping" por horas, o con juegos de computadora (Tineo, 1997).

3) *Procesos de compensación del esquema*: consisten en eludir el afecto doloroso que la creencia central que configura el esquema en cuestión desata en el individuo (Tineo, 1997). En consecuencia, no se experimenta el afecto desagradable asociado con el esquema. En principio, puede ser útil pero termina fallando, dejando al sujeto sin protección y expuesto a su esquema (Young, 1994). Por ejemplo, una mujer influida por un esquema de imperfección/vergüenza puede fanfarronear sobre sus habilidades y parecer arrogante. Este es un intento de superar su creencia de imperfección (Gluhoski y Young, 1997).

Recientemente, se han perfilado los tres procesos de los esquemas en estilos de afrontamiento específicos. Los estilos de afrontamiento hacen referencia a las conductas reales que la gente utiliza para arreglárselas cuando se activan sus esquemas (Gluhoski y Young, 1997). Así, los recuerdos y las experiencias afectivas asociadas con esquemas desadaptativos tempranos perturban y llevan a que los individuos desarrollen estilos de afrontamiento desadaptativos como puede ser el abuso de drogas (Ball, Rounsaville, Tennen y Kranzler, 2001 citados en Koldobsky, 2005b).

Asimismo, se cree que estos estilos de afrontamiento son crónicos y se desarrollan en la infancia como resultado del temperamento innato y el tipo de ambiente familiar (Gluhoski y Young, 1997). Esto explica, en gran parte, el porqué los niños criados en el mismo ambiente pueden ser tan diferentes. Por ejemplo, dos niños con los padres abusivos pueden responder muy diferentemente. Uno se convierte en una víctima derrotista y dependiente, conduciéndose de esa manera toda su vida. El otro niño puede ser rebelde y desafiante, pudiendo incluso abandonar el hogar para sobrevivir como adolescente en las calles.

7.2.4 Modos de los esquemas

Los modos de esquema representan otro desarrollo reciente en la terapia centrada en esquemas. Éstos son como los estados de humor o del ego. Particularmente, hacen referencia a las partes del sí mismo- incorporando esquemas específicos y estilos de afrontamiento- que no han sido integrados consistentemente en una personalidad estable. Los modos consisten en pensamientos, emociones y conductas relacionadas. Asimismo, los modos son temporales y se activan normalmente mediante algún tipo de estresor. Los individuos pueden cambiar de modo rápidamente, o puede predominar uno de ellos. El modo específico que se experimenta puede reflejar aspectos del estresor (Gluhoski y Young, 1997).

Según Young (2005), el trastorno límite de la personalidad está caracterizado por cuatro modos específicos:

- a) el de niño abandonado y abusado.
- b) el de protector independiente (desapegado).
- c) el de padre castigador.
- d) y el modo de niño enfadado e impulsivo

a)- *El modo del niño abandonado y abusado.*

En este modo, el paciente límite experimenta todas las emociones vulnerables, inclusive la tristeza y el temor (Young, 2005). Young, Klosko y Weisshaar (2003 citados en Young, 2005) señalan que en el modo abandonado, los pacientes aparecen frágiles e infantiles. Ellos se sienten totalmente solos y están obsesionados con encontrar una figura de padre que los cuide. En este modo, los pacientes son vistos como niños inocentes y dependientes. Idealizan a sus cuidadores y fantasean con ser rescatados por ellos. Realizan esfuerzos desesperados para prevenir que no los abandonen.

b)- El modo de protector independiente (desapegado)

De acuerdo a Young (2005), en el modo de protector independiente, el paciente con trastorno límite de la personalidad restringe sus necesidades y sus sentimientos, manteniendo una distancia emocional considerable para protegerse de que lo dañen. Asimismo, Young y sus colaboradores (2003 citados en Young, 2005) indican que cuando los pacientes límites están en el modo de protector independiente, a menudo se exhiben como personas normales, ya que realizan las cosas que se les proponen y se desenvuelven adecuadamente. Además, actúan como “buenos pacientes”. El problema es que, cuando los pacientes están en este modo, reprimen sus propias necesidades y sentimientos; entonces, la terapia no avanza. Los signos y los síntomas que se observan cuando los pacientes están en este modo incluyen: la despersonalización, el vacío, el aburrimiento, el abuso de sustancias, las juergas, las automutilaciones, las quejas psicósomáticas, etc. Frecuentemente, en las sesiones, los pacientes cambian a este modo cuando emergen sentimientos que los conmocionan.

c)- El modo de padre castigador

Young (2005) señala que el paciente, en el modo de padre castigador, internaliza el castigo y la conducta crítica de sus padres durante su infancia y entonces se autocastiga. Young y sus colaboradores (2003 citados en Young, 2005) sugieren que los pacientes, cuando están en este modo, llegan a ser su propio castigador. Agregan que los pacientes límites tienen diversas formas de castigarse a sí mismos cuando están funcionando en este modo. Por ejemplo, se castigan a través de sus conductas autodestructivas, las automutilaciones o se autocritican y aborrecen con tonos muy duros, diciéndose cosas tales como que ellos son “perversos”, “malos” o “sucios”.

d)- El modo de niño enfadado e impulsivo.

Desde la teoría centrada en esquemas, se cree que el modo de niño enfadado e impulsivo es, probablemente, el modo que más asocian los terapeutas cuando piensan en los pacientes con trastorno límite de la personalidad (Young, 2005). Mientras que en el modo de protector independiente el paciente inhibía sus sentimientos; en este modo, el paciente límite estalla de ira de una manera extremadamente inadecuada. Así, aparecen intensamente furiosos, demandantes, desvalorizadores, controladores o abusivos. Además, actúan impulsivamente para obtener sus necesidades, pareciendo manipulativos o insensibles (Young et al., 2003 citados en Young, 2005).

7.3 Tratamiento centrado en esquemas**7.3.1 El dispositivo del tratamiento**

La terapia centrada en esquemas para el abordaje de trastornos de la personalidad es individual. Puede extenderse nueve meses o incluso alargarse más de dos años, como suele suceder en el caso de los pacientes límites. La mayoría de los pacientes son vistos una vez a la semana, aunque algunos de ellos acuden, inicialmente, dos veces a la semana.

7.3.2 Objetivos del tratamiento

En el caso particular del tratamiento para el trastorno límite de la personalidad, el objetivo general consiste en ayudar al paciente límite a incorporar el «*modo de adulto saludable*», logrando la remisión o el control de los modos disfuncionales. Esto ocurre después del modelado del terapeuta, que puede lograrse a través de las siguientes operaciones:

- 1) Empatizar y proteger al paciente en el *modo de niño abandonado*.
- 2) Ayudar al *niño abandonado* a dar y a recibir amor.
- 3) Luchar contra el *padre punitivo* hasta expulsarlo.
- 4) Re-canalizar al *niño enojado e impulsivo* para expresar emociones y necesidades apropiadamente; y, de esta manera, reafirmar los derechos fundamentales del niño.
- 5) Reasegurar los vínculos y sustituir, gradualmente, el *modo de protector independiente*.

Siguiendo los pasos descriptos se lograría la debilitación de los esquemas desadaptativos tempranos tanto como sea posible y construir, en su lugar, esquemas saludables y desarrollar estilos de afrontamiento más adecuados. Se trata de posibilitar al paciente las experiencias y medios necesarios para que pueda reconocer y modificar sus esquemas desadaptativos tempranos. También los distintos tipos de procesos de mantenimiento, evitación y compensación derivados de los esquemas, que permiten su vigencia (Young, 1994).

Tineo (1998) sugiere que casi siempre la modificación de los esquemas desadaptativos tempranos más primitivos y centrales en cuanto a la identidad del individuo, requiere la existencia de una relación terapéutica lo suficientemente profunda que permita generar en el paciente, las condiciones de confianza

y seguridad necesarias, para que pueda abandonar un aprendizaje que en su origen fue adaptativo para su supervivencia y ha sido reforzado a lo largo de su vida en la relación con su entorno.

7.3.3 La relación terapéutica

Como ya se mencionado, la terapia centrada en esquemas pone mayor énfasis en la relación terapéutica (Gluhoski y Young, 1997). Si bien en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad es un desafío establecer una buena relación terapéutica, a la vez, es una condición para que el tratamiento sea exitoso (Keegan, 2004)

Especialmente, con los pacientes límites, Young (2005) subraya que el terapeuta debe esforzarse por crear un tipo de relación especial, a la que denomina «*Reparentalización Limitada*». Ésta podría consistir en apoyo, estabilidad, aceptación o cualquier otra experiencia que sea necesaria para contrarrestar las experiencias negativas de la infancia del paciente. Implicaría mantener cierto grado de dependencia con el terapeuta, lo cual podría incluir contactos más frecuentes (quizás, a través de e-mail o por teléfono) y brindarle al paciente un fuerte estímulo para que exprese sus sentimientos (por ejemplo, a través de halagos). Por supuesto, que la *reparentalización* se limita a lo que considere apropiado el terapeuta. En otras palabras, la «*reparentalización limitada*» es una experiencia emocional correctiva que les ayuda a creer en la parte saludable en un nivel emocional (Gluhoski y Young, 1997)

Young (2005) detalla que los pacientes límites en la «*reparentalización limitada*» se caracterizan por:

1. Un desapego inicial y desconfianza.
 2. Luego, van abandonando gradualmente la guardia hasta conectarse y, consecuentemente, se hacen un poco dependientes del terapeuta.
 3. Posteriormente, intentan tener mayor contacto con su terapeuta. Esto le da la oportunidad al terapeuta de jugar al rol de padre o madre y satisfacer las necesidades de los pacientes que en la infancia fueron insatisfechas, siempre y cuando sea dentro de límites apropiados de la relación terapéutica (“experiencia emocional correctiva”). Este comportamiento del terapeuta sirve como antídoto a las experiencias de la niñez del paciente.
- Vale la pena aclarar, que los pacientes con trastorno límite de la personalidad, a menudo, estallan de ira cuando el terapeuta no puede atenderlos lo suficiente.
4. También, estos pacientes temen a que el terapeuta los abandone si le dicen lo que realmente quieren o sienten.
 5. Gradualmente, aceptan la *reparentalización* por parte del terapeuta. Esto usualmente coincide con un proceso de regulación emocional, crecimiento y estabilidad. El paciente siente que es cuidado por el terapeuta y se abre a sus necesidades y emociones.
 6. Por último, se observa una gradual individuación y separación del terapeuta.

7.3.4 Recursos Técnicos

La terapia de esquemas es integrativa e incorpora técnicas desarrolladas desde la terapia cognitivo-conductual, las terapias experienciales (fundamentalmente de la terapia gestáltica, pero también del psicodrama), la teoría de apego (específicamente, los trabajos de Bowlby y Ainsworth), de las relaciones objetales y, recientemente, incorporó técnicas de meditación (Young, 2005).

Con el fin de lograr los objetivos propuestos para el cambio, se utilizan cuatro tipos de estrategias: a) *técnicas cognitivas*; b) *ejercicios experienciales*, para aumentar la activación afectiva; c) *técnicas interpersonales*; d) *técnicas conductuales* para romper los patrones de conducta que refuerzan los esquemas; y e) *entrenamiento de habilidades de regulación emocional*. Como luego se verá, estas intervenciones se utilizan durante las tres etapas del proceso terapéutico: 1) el establecimiento del vínculo y la regulación emocional, 1) el cambio de modo del esquema, y 3) el desarrollo de la autonomía.

a) Técnicas cognitivas

Las técnicas cognitivas son bastante útiles para producir cambios en los esquemas. El propósito de la utilización de estas técnicas es demostrar, lógicamente y racionalmente, que las creencias no tienen sentido a nivel empírico. Los pacientes aprenden que sus esquemas no se apoyan en ninguna evidencia. Una estrategia incluye *revisar evidencia a favor del esquema, que consiste en obtener* la información que el paciente emplea para sustentarlo, haciendo una revisión de la vida del sujeto (niñez, adolescencia y adultez), que actúe como “abogado del diablo” defendiendo el esquema (Young, 1994).

También, se anima a los pacientes a *generar respuestas alternativas a sus pensamientos negativos y sistemas de creencias*. Así, aprenden a reestructurar las situaciones del pasado y reconocer que aquél no tiene influencia en su futuro. En particular, reatribuyen los comportamientos negativos de sus padres a otras causas, tales como los problemas de sus padres, más que por algún defecto de sí mismos (Gluhoski y Young, 1997).

Otra técnica efectiva es la *elaboración de tarjetas de aviso de los esquemas* (flashcard). Estas tarjetas de aviso incluyen afirmaciones escritas, generadas por el terapeuta y el paciente, que desafían directamente al esquema desadaptativo. Estas tarjetas deben incluir la evidencia y los contra argumentos más poderosos contra el esquema. Los pacientes llevan esas tarjetas con ellos mismos y las leen cuando los esquemas se activan, para disminuir la intensidad del mismo. Por ejemplo, una mujer con un esquema de abandono/inestabilidad puede creer que su marido la dejará en cualquier momento en que discutan. En su tarjeta de aviso de esquema podría leerse: «Temo que él me deje a causa de mi esquema de abandono. Sin embargo realmente sé que él siempre ha sido de fiar y que verdaderamente me quiere. Mi esquema es erróneo». Leyendo esas tarjetas, los pacientes pueden ver su situación de manera más real y se reduce el afecto negativo (Gluhoski y Young, 1997).

Otra estrategia es el *diálogo de esquemas* (conocida como la técnica punto-contrapunto). En este ejercicio el paciente desarrolla una «voz saludable» que argumenta en contra de la «voz del esquema». Inicialmente, para cambiar el esquema desadaptativo, los pacientes pueden tener alguna dificultad en generar alternativas positivas. El terapeuta puede dirigir al paciente en este aspecto, ayudándole a generar afirmaciones que debiliten el esquema. Gradualmente, a medida que el paciente cree más en la visión saludable, pueden atacar fácilmente los esquemas por ellos mismos (Gluhoski y Young, 1997; Young, 1994).

Por último, otra estrategia cognitiva que puede ser de utilidad es la recomendación de la lectura de textos específicos que refuercen el conocimiento cognitivo del problema por parte del paciente. Existe una diversidad de libros de autoayuda. En la terapia centrada en esquemas se suele recomendar, en especial, el libro *«Reinventando su vida»* (escrito por el creador de este enfoque terapéutico), en donde se describen los diferentes esquemas desadaptativos tempranos como trampas de vida. En algunos casos, puede ser otro valioso auxiliar terapéutico (Young, 1994).

b) Técnicas experienciales

Las técnicas experienciales, como las desarrolladas desde la terapia gestáltica, también se utilizan para flexibilizar los esquemas en pos al cambio y trabajar con las emociones profundas (Young, 1994). La lógica de estas técnicas es provocar el lado emocional del paciente en sincronía con los cambios intelectuales facilitados por las estrategias cognitivas. Mediante esos ejercicios comienzan a sentir que lo que se dicen cognitivamente es realmente verdadero. Con posterioridad comienzan a experimentar sus relaciones de formas distintas. Esas intervenciones incluyen la imaginación, los juegos de roles, catarsis del afecto y trabajo del niño interior (Gluhoski y Young, 1997).

En los *ejercicios de imaginación*, los pacientes pueden recrear escenas dolorosas de su niñez en las interacciones con sus padres. Entonces la escena se puede alterar corrigiéndola, para facilitar el cambio en el esquema. Por ejemplo, un hombre con un esquema de privación emocional puede recordar primera una situación en la que quería el cariño de su madre, pero que le fue denegado. En la imagen corregida, puede expresar ira hacia su madre y entonces, en la siguiente imagen, pide y recibe afecto de su mujer. Este tipo de ejercicios facilita la solicitud de apoyo en su vida adulta fuera de las sesiones que en cambio reduce el esquema (Gluhoski y Young, 1997).

En el caso del tratamiento con pacientes límites, Young (2005) utiliza a menudo la *técnica de la silla vacía* (técnica gestáltica) cuando aquellos están en el modo de niño protector independiente. Se pide al paciente que se siente en una silla y frente a él está otra vacía. Se trata de establecer un diálogo entre el modo de niño protector independiente y el modo adulto saludable con el fin de generar y expresar nuevos significados que puedan resolver el conflicto entre la ambivalencia dependencia-independencia.

El *juego de roles* (role-playing), es una técnica psicodramática que se utiliza frecuentemente para producir un cambio en el esquema. En contraste con la imaginación, los ojos del paciente permanecen abiertos durante el juego de roles. Por ejemplo, el juego de roles podría consistir en el diálogo entre el paciente y su padre o su madre, centrado en las relaciones actuales entre ellos. El paciente actúa en ambas partes, cambiando de un rol a otro, y el terapeuta puede dirigirle en el caso de que el paciente se paralice. Por ejemplo, un paciente con un esquema de imperfección podría empezar jugando el papel de su padre crítico. Entonces, cambia de papel y hace de sí respondiendo de manera asertiva, hablando a su padre e insistiendo que no dejará que él la critique, y en lugar de eso necesita su apoyo y sus alabanzas. Este ejercicio disminuye el peso de la visión negativa de su padre sobre {el y fortalece un esquema adaptativo (Gluhoski y Young, 1997).

Frecuentemente, en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, los esquemas y procesos desadaptativos inhiben una expresión adaptativa del afecto. Los pacientes pueden ser incapaces de expresar sus emociones o las pueden dirigir de manera inapropiada a través estallidos de ira. Mediante los *ejercicios de catarsis emocional*, el terapeuta prescribe expresiones emocionales apropiadas, estruc-

turadas y contenidas. Estos ejercicios se pueden acompañar de otros, tales como *hacer que los pacientes escriban cartas a sus padres expresando sus sentimientos negativos con todo detalle*. Normalmente esas cartas no se envían a sus padres: el hecho de escribir, y de leerla en voz alta al terapeuta, a menudo es suficiente para generar un efecto beneficioso para reafirmar los derechos del paciente (Gluhoski y Young, 1997; Young, 1994)

c) Técnicas interpersonales

Uno de los más potentes métodos para cambiar algunos esquemas es a través de la relación terapéutica (Young, 1994). Así, Gluhoski y Young (1997) indican que la relación terapéutica puede utilizarse de dos maneras para producir un cambio en los esquemas: 1) para una «*reparentalización limitada*» (véase 7.3.3, «la relación terapéutica»), o 2) para *corregir esquemas cuando surjan en la interacción interpersonal*

La relación entre los estilos interpersonales negativos en la sesión, y las interacciones fuera de la sesión, ayudan al paciente a ver de qué manera afectan a los demás sus esquemas y sus estilos de afrontamiento (Gluhoski y Young, 1997).

En algunos casos, Young (1994) señala la necesidad de *propiciar experiencia de terapia grupal*, esto es, un ambiente que contrarreste los esquemas y ayude a romper con patrones interpersonales autode-rotistas.

d) Técnicas conductuales

Tan importante es el cambio de los aspectos conductuales de los esquemas como cambiar los componentes emocionales y cognitivos. A menudo esas conductas son automáticas y habituales y continúan reforzando las partes cognitivas y emocionales de los esquemas. Por tanto, es necesario cambiar los patrones de conducta que perpetúan el esquema. Esto implica presionar al paciente para que cambie patrones conductuales de vieja data que han reforzado los esquemas durante la mayor parte de su vida (Gluhoski y Young, 1997; Young, 1994).

Típicamente, los pacientes exhiben unos patrones de conducta crónicos de autorrechazo tales como: elección inapropiada de compañeros, abusar de sustancias ilícitas, utilizar un juicio pobre, ser demasiado agresivo cuando se es criticado y no implicarse en desafíos por miedo al fracaso. El paciente, junto al terapeuta, identifica esos patrones, acordando las tareas conductuales. Generalmente, se asigna a los pacientes una lista jerárquica de tareas para cambiar sus viejos patrones (Gluhoski y Young, 1997).

e) Entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

Recientemente, Young (2005) ha incluido *técnicas de meditación de la conciencia plena* para trabajar con los pacientes límites. *La conciencia plena (mindfulness) puede ser definida como la auto-regulación de la atención con una actitud de aceptación de las propias experiencias y habitualmente se cultiva a través de la práctica de la meditación (Lau, 2005)*.

Toma, particularmente, los aportes de Marsha Linehan sobre el *entrenamiento en habilidades de regulación emocional*. La terapia dialéctica conductual, creada por esta terapeuta, incluye las habilidades de conciencia, tolerancia al malestar y, también, el participar de actividades interpersonales placenteras (véase el noveno capítulo del presente trabajo).

7.3.5 El proceso terapéutico

En términos generales, Young (2005) señala que el proceso terapéutico con el trastorno límite de la personalidad es altamente variable y no sigue ninguna estructura rígida. El terapeuta debe averiguar en qué *modo* está el paciente en cada momento de la sesión para utilizar estrategias adecuadas para cada uno de esos *modos*. No obstante, este autor describe tres etapas en el proceso de cambios:

- (1) el *establecimiento del vínculo y la regulación emocional*,
- (2) el *cambio de modo del esquema*,
- (3) y el *desarrollo de la autonomía*

- Primera etapa: Establecimiento del vínculo y regulación emocional

En esta primera etapa, Young (2005) indica que el terapeuta tiene que intentar vincularse con el paciente en el *modo de niño abandonado y abusado* para construir una relación de confianza. Al principio del tratamiento con un paciente límite, el terapeuta tiene que centrarse en escuchar empáticamente cualquier tema que el paciente quiere discutir y, luego, explicarle cómo la terapia puede ayudarlo a resolver cada uno de ellos.

El vínculo con el paciente en el *modo de niño abandonado*, frecuentemente, implica negociar con el *protector independiente* que crea una pared entre el terapeuta y el paciente. Por lo tanto, la empatía, la validación y la reparentalización limitada son cruciales para el éxito en este proceso. Las habilidades de regulación emocional, también, son enseñadas durante este estadio en el marco de la terapia individual.

En la tabla 7.2 se detallan los pasos que debe seguir el terapeuta en esta primera etapa del proceso terapéutico para el abordaje de pacientes límites.

- Segunda etapa: El cambio de modo de esquema

Young (2005) señala que, en esta etapa, se realiza un intenso trabajo para combatir al *modo de padre castigador* y ayudar al paciente para que acceda al *modo de niño enojado*. Luego, al paciente se lo ayuda a transferir el trabajo hecho dentro de la sesión a su vida cotidiana. El terapeuta, también, tiene que negociar y poner límites durante esta etapa. En la tabla 7.2 se describen, con mayor detalle, los pasos a seguir en esta segunda etapa del proceso terapéutico.

Asimismo, se sugiere que la *supervisión* es necesaria, ya que a través de ella el terapeuta trabaja en sus esquemas que son activados por el paciente para que ellos no interfieran con la terapia. La supervisión puede ayudarle al terapeuta a comprender y trabajar con sus propios esquemas.

TABLA 7.2 Etapas del proceso terapéutico para el abordaje de pacientes con trastorno límite de la personalidad desde la terapia centrada en esquemas

Etapa I: Establecimiento del vínculo y regulación emocional

- a) *Establecer el vínculo con el paciente*
 - empatizar con sus problemas corrientes
 - preguntar sobre experiencias terapéuticas previas
 - acordar mutuamente los objetivos terapéuticos
 - preguntar sobre la historia de su vida, incluyendo la niñez.
 - Explicar los modos de esquema
- b) *Pasaje al modo independiente/desapegado al modo abandonado*
 - Ayudar al paciente a sentir el modo independiente.
 - Explicar el desarrollo de este modo en la niñez
 - Rever los pro y los contra del modo independiente/desapegado en el presente adulto
 - Ejercicios de imaginación
 - Continuar con otras técnicas experienciales, dependiendo de cuáles son los modos que emergen en la imaginación
- c) *Sanar el modo de niño abandonado a través de la Reparentalización limitada*
 - Validación de las necesidades y los sentimientos
 - Crianza: dar una base segura
 - Construir la confianza a través de halagos
 - Reciprocidad y autodescubrimiento
- d) *Enseñar habilidades de regulación emocional y estrategias de afrontamiento adecuadas*
 - Habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar
 - Técnicas de meditación.
 - Elaboración de tarjetas de aviso de los esquemas (Flashcards)
 - Entrenamiento asertivo

Etapa II: El cambio de modo de esquema

- a) *Combatir el modo de padre punitivo*
 - Educar sobre las necesidades y sentimientos universales
 - Pelear con los padres punitivos a través de diálogos imaginarios
- b) *Recanalizar la ira y la impulsividad a través de la relación terapéutica*
 - Fijar los límites cuando son abusivos o destructivos
 - Empatizar con los esquemas subyacentes
 - Test de realidad: realidad vs exageración
 - Practicar conductas asertivas
- c) *Establecer límites*
 - Limitar los contactos fuera
 - Limitar conductas impulsivas y destructivas
 - Limitar ausencias a las sesiones
 - Contactar con el terapeuta cuando tienen crisis suicidas y seguir las instrucciones
 - Comunicarse con el paciente de manera personal, ni rígido ni punitivo
- d) *Manejar las crisis*
 - Establecer límites. El paciente debe seguir las instrucciones del terapeuta cuando entra en crisis (suicidas) o la terapia será terminada después de éstas.
 - Evaluar el riesgo de suicidio en cada contacto

- Aumentar la frecuencia de contactos con el paciente
- Internar si es necesario

- Tercera Etapa: Autonomía

- Desarrollar relaciones interpersonales saludables
- Individuación
- Terminación gradual de la terapia
- Contactos luego de la terminación de la terapia.

Fuente: Young, J.E. (2004). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder.

- Tercera etapa: Autonomía

Young (2005) propone que la última etapa debe focalizarse en ayudar al paciente a desarrollar un sentido de identidad estable, incluyendo la comprensión de sus necesidades, sentimientos y preferencias (por ejemplo, en la resolución de la confusión sexual muchas veces presente en pacientes límites).

El énfasis final está en el trabajo con el paciente para desarrollar relaciones saludables fuera de la terapia. Como consecuencia, le paciente se vuelve menos dependiente del terapeuta y la frecuencia de las sesiones disminuye gradualmente hasta que el paciente no requiere sesiones regulares.

Una vez concluida la terapia, el paciente es animado a contactarse con el terapeuta cuando lo necesita, por lo tanto esta finalización no lo hace sentir otra vez abandonado (véase tabla 7.2)

Capítulo 8. La terapia dialéctica conductual de Marsha Linehan

“Nuestra idea no es que la gente viva vidas que no quiere vivir, sino ayudarles a construir las que sí desean”.
Linehan, 2003

8.1 Introducción

La terapia dialéctica conductual es un tratamiento cognitivo-conductual e integrativo, desarrollado a fines de la década del '80, especialmente para pacientes con trastorno límite de la personalidad con conductas suicidas (Linehan, 1993, 2003; McMain, Korman y Dimeff, 2001).

Este abordaje es el fruto de más de veinte años de trabajo de Marsha Linehan y su equipo de colaboradores de la Universidad de Washington (Linehan, 2003). Su desarrollo estuvo, en gran medida influido por la doble tarea de encontrar un tratamiento que fuese efectivo para ayudar a los individuos con trastorno límite de la personalidad y que, a su vez, los terapeutas pudiesen aplicar diariamente sin quedarse estancados en «callejones sin salida» al tratar a los pacientes límites, o sin contribuir a serios e incluso fatales deterioros del bienestar del paciente (es decir, a efectos iatrogénicos). Por otra parte, este tratamiento además incluye intervenciones orientadas a reducir el desgaste (*burnout*) que normalmente padecen los terapeutas que tratan este tipo de pacientes. Se piensa que al intervenir sobre ambos polos de la relación se logra un impacto positivo y sinérgico sobre los resultados terapéuticos (Linehan, 1993, 2003; Nee y Farman, 2005).

En lo que respecta al programa terapéutico, éste se presenta como un conglomerado particularmente heterogéneo de elementos teóricos, técnicos y prácticos. En la teoría se pueden reconocer diversas influencias fuera de la tradición cognitivo-conductual, tales como la terapia centrada en el cliente de Carl Roger, la terapia gestáltica, la terapia psicodinámica y la terapia estratégica en el estilo desarrollado por Whitaker (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Linehan, 1993; Robins, Ivanoff y Linehan, 2001).

Desde el punto de vista técnico combina la psicoterapia individual y un programa grupal de formación de habilidades, aparte de otros procedimientos (Linehan, 2003). La terapia dialéctica conductual aplica un arsenal de estrategias terapéuticas cognitivas, conductuales y de las prácticas de la meditación de *Zen*; estas últimas sirven para fortalecer los aspectos espirituales considerados como una parte importante del tratamiento (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Linehan, 1993, 2003). Asimismo, se requiere que todas las técnicas queden dentro de un «armazón dialéctico» que vaya más allá del eclecticismo y sintetice los polos del enfoque cognitivo-conductual por un lado y ciertas ideas claves tomadas de la práctica de *Zen* en el otro (Norcross y Newman, 1992 citados en Heard y Linehan, 1994).

Linehan (1993, 2003) indica que al igual que los programas cognitivos terapéuticos estándares, este abordaje da mucha importancia a la evaluación continua y a la recolección de datos sobre las conductas actuales, una definición clara y precisa de los objetivos de tratamiento y una relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente, que incluye la orientación al paciente acerca del programa de tratamiento y el establecimiento de un mutuo compromiso ante los objetivos del mismo. Muchos componentes de la terapia dialéctica conductual –solución de problemas, exposición, formación en habilidades, gestión de la

contingencia y modificación cognitiva- son piezas importantes en las terapias cognitivas y conductuales desde hace muchos años.

Sin embargo, en otros aspectos la concepción del tratamiento se aleja de la tradición cognitiva conductual, especialmente porque se desvía del principio de que el *objetivo* de la terapia es combatir las ideas o creencias erróneas. Así, el énfasis del enfoque cognitivo clásico en la *racionalidad* es sustituido por una visión más de tipo evolucionista que rescata como importantes y válidos los aspectos *intuitivos* e *irracionales* (Belloch y Fernández Álvarez, 2002).

Por lo tanto, el programa de tratamiento se apoya en la idea que la solución a la que puede aspirar el paciente está contenida dentro de sí mismo. Es él mismo quien transporta los recursos que la terapia buscará desplegar. Como consecuencia de lo antedicho, el objetivo central de la terapia es lograr un equilibrio dialéctico entre dos fuerzas en la experiencia del padecimiento: la *necesidad de aceptación* y la *necesidad de cambio*, que atrapan al paciente en un juego dialéctico muy profundo (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Linehan, 1993, 2003).

Para Linehan (1993, 2003), la aceptación es un principio bastante radical: no se trata de una mera estrategia para conseguir el cambio. La importancia que le da a la aceptación del paciente es fruto de la integración de prácticas espirituales y psicológicas orientales (especialmente del *Zen*) en los enfoques de tratamiento occidentales.

Asimismo, esta autora explica que la incorporación de las prácticas *Zen* surge de una fuerte necesidad de desarrollar en los pacientes una actitud de gran aceptación de la realidad, lo aquello que es doloroso. El *Zen* desarrolló métodos para esto, donde se da importancia a la atención del momento actual, aceptando la realidad sin críticas y dejando a un lado aquellos vínculos que causan sufrimiento. Así, para facilitar progreso en terapia, el terapeuta se esfuerza integrar los principios de la aceptación de *Zen* con el cambio de la terapia del comportamiento (Heard y Linehan, 1994).

Otro aspecto que según Linehan (2003) separa a la terapia dialéctica conductual de la cognitiva-conductual, es la atención a los procesos dialécticos. Refiere que los pacientes límites no son dialécticos en sus pensamientos y conductas sino que muestran una polarización extrema en las creencias y las acciones. Por tanto, se debe lograr que hagan uso de modelos para pensar y conducirse más balanceados. Así, la visión dialéctica del mundo permeabiliza el tratamiento y determina un cambio en ambos: terapeuta y paciente.

En síntesis, los principios centrales de la terapia dialéctica conductual son: el apoyo en la filosofía *Zen*, el uso de la dialéctica y los principios de aprendizaje (Koldobsky, 2005b).

En las siguientes secciones de este capítulo se hará una breve revisión de la visión dialéctica del mundo y de los supuestos inherentes a tal visión. Seguidamente, se presentará la teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad y su desarrollo. Después, se discuten los objetivos y modalidades de tratamiento dialéctico conductual, las etapas del proceso terapéutico y se examinarán las estrategias básicas. Finalmente, se presentan los lineamientos básicos del programa de formación de habilidades psicosociales.

8.2 Estructura teórica de la terapia dialéctica conductual

8.2.1 La visión dialéctica del mundo y sus supuestos básicos

Marsha Linehan (1993, 2003) explica que cada teoría sobre el funcionamiento de la personalidad y sus trastornos está basada en una cosmovisión determinada. En el caso de la terapia dialéctica conductual, tal como lo sugiere su nombre, se basa en una visión dialéctica del mundo.

Siguiendo a esta autora, la «dialéctica» tiene dos significados en el marco de esta terapia. Por dialéctica se entiende tanto el modo de comprender la naturaleza de la realidad y el cambio conductual, como el método orientado a la persuasión para producir el cambio. De acuerdo a Linehan, la dialéctica proporciona una visión fundamental de la realidad que representa la síntesis de la práctica de *Zen* con terapia cognitiva comportamental (Heard, y Linehan, 1994). En pocas palabras, esta visión dialéctica provee un marco ontológico y epistemológico para la teoría y el tratamiento, dando lugar, a aplicaciones y estrategias de intervención específicas (Keegan, 2004).

Ahora bien, la perspectiva dialéctica de la naturaleza de la realidad y de la conducta humana tiene tres características principales, que son esenciales para entender el trastorno de límite de la personalidad. La primera refiere al *principio de interrelación*, que consiste en la interrelación fundamental que se da en la realidad (entendiéndosela como una «totalidad»). Esto significa que, según el enfoque dialéctico, los análisis de cada una de las partes de un sistema no tienen mucho valor si no se relacionan las partes con el todo. Por lo tanto, la dialéctica dirige nuestra atención a los contextos inmediatos y más amplios de conducta, así como a la interrelacionalidad de las pautas de conducta de un sujeto (Linehan, 1993, 2003).

La segunda característica se refiere al *principio de polaridad*. Según la visión dialéctica, la realidad no es algo estático, sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (tesis y antítesis), de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes. Por tanto, desde esta perspectiva, el pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas características son fracasos dialécticos. El paciente límite queda atrapado en polaridades, incapaz de conseguir la síntesis. El terapeuta debe prestar atención a cada una de esas polaridades y ayudar al paciente a que lleve a cabo una síntesis viable. En líneas generales, pueden darse tres tipos de polaridades:

- 1) La primera de esas polaridades es la dialéctica entre *la necesidad que tiene el paciente de aceptarse a sí mismo tal como es en ese momento y la necesidad de cambio*. Esta dialéctica particular es la principal tensión que se experimenta en cualquier psicoterapia y el terapeuta debe resolver con habilidad si quiere obtener algún éxito.
- 2) La segunda es la *tensión que vive el paciente entre obtener lo que necesita y perder la ayuda o apoyo si se hace más competente*.
- 3) Una tercera y muy importante polaridad tiene que ver con el mantenimiento de la integridad personal por parte del paciente y la confirmación de sus propios puntos de vista acerca de sus dificultades frente al aprendizaje de las nuevas habilidades que lo ayudarían a salir del sufrimiento. La cuestión es que si el paciente mejora aprendiendo nuevas habilidades, estará confirmando el punto de vista que suele tener del problema, consistente con que no podía ayudarse a sí mismo. No ha intentado manipular a la gente, acusación formulada por algunos. El problema no es tampoco que quiera herir a los demás. Pero el aprendizaje de nuevas habilidades por parte del paciente puede también validar las opiniones de los demás, puede demostrar que estaban en lo cierto (y el paciente equivocado); que el problema era el paciente y no su entorno.

Ahora bien, la dialéctica no sólo concentra la atención del paciente en esas polaridades, sino que le sugiere maneras de escapar de ellas (Linehan, 2003). Terapeuta y paciente utilizan las contradicciones implícitas en posiciones opuestas, más que intentar utilizar la lógica para refutar puntos de vista puestos. Ambos deben plantearse continuamente qué otros elementos pueden ser incluidos en la formulación presente del problema, más que intentar decidir lógicamente entre tesis y antítesis (Keegan, 2004). Partiendo de dos posiciones contradictorias, tanto el paciente como el terapeuta pueden llegar a nuevos significados. La filosofía básica es no aceptar nunca una proposición como verdad final o indiscutible (Linehan, 1993).

En lo que se refiere a la tercera característica de la dialéctica, ésta se refiere al *principio del cambio continuo*. Es la tensión entre las fuerzas de la tesis y las de la antítesis dentro de cada sistema (positivo/negativo, malo/bueno, niños/padres, terapeuta/paciente, etc.) la que produce el cambio. El estado nuevo que sigue el cambio (la síntesis), también abarca fuerzas polares, por lo que el cambio es continuo. La implicación más importante de esto es que tanto el individuo como el ambiente llevan a cabo una transición continua. Por lo tanto, la terapia no se concentra en mantener un ambiente estable y consistente, sino que quiere ayudar al paciente a estar cómodo con el cambio (Linehan, 1993, 2003).

8.2.2 Teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad

La teoría biosocial sostiene que el principal problema del trastorno límite de la personalidad es la desregulación de las emociones, resultante de la transacción entre cierta disposición biológica y un «ambiente invalidante» (Linehan, 1993, 2003; McMain, Korman y Dimeff, 2001).

Marsha Linehan (1993, 2003) especifica que esta desregulación está producida por una «vulnerabilidad emocional» y por el uso de estrategias de «modulación de las emociones» inadecuadas y poco adaptativas. Por ejemplo, la conducta impulsiva y especialmente la parasuicida puede ser entendida como poco adaptativa pero, a su vez, muy eficiente como estrategia de regulación de las emociones. Aunque no está claro cuál es el mecanismo por el cual la automutilación ejerce propiedades reguladoras del afecto, es muy común que los pacientes límites hablen de un alivio sustancial de la ansiedad y otros estados emocionales negativos tras estos actos. La conducta suicida también es muy efectiva a la hora de evitar o cambiar situaciones que producen dolor emocional. Asimismo, un acto parasuicida (y sus efectos posteriores, si se hace público) puede reducir las emociones dolorosas con la distracción absorbente que proporciona (Linehan, 2003).

De acuerdo a la teoría biosocial, se cree que la desregulación de las emociones en los pacientes límites es la combinación de un sistema de respuesta emocional hipersensitivo (demasiado reactivo) con una incapacidad de modular las fuertes emociones resultantes y las acciones asociadas a ellos. Además, se sugiere que la disposición a la desregulación de las emociones tiene una base biológica (aunque no necesariamente hereditaria). Aún más, se hipotetiza que estas irregularidades biológicas en el trastorno límite de la personalidad son causadas por acontecimientos intrauterinos y/o por factores genéticos (Linehan, 1993, 2003; McMain, Korman y Dimeff, 2001).

Por otra parte, Linehan (1993, 2003) expone que otro factor importante que influye en la producción de la desregulación de las emociones es el «ambiente invalidante». La característica definitoria de éste es la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia personal (por ejemplo, a las creencias, pensamientos, sentimientos y sensaciones del niño) y, en particular, a ser insensible frente a la experiencia personal no compartida por el grupo. Igualmente, los ambientes invalidantes también tienden a responder de una manera extrema (por ejemplo, reaccionando exageradamente o demasiado poco) a la experiencia personal que sí es compartida por el grupo.

Keegan (2004) es muy claro y sintético al explicar esta cuestión. Dice que un ambiente es considerado invalidante cuando sistemáticamente critica, castiga, ignora o responde erráticamente a las conductas legítimas de una persona determinada. Esto incluye sus deseos, emociones, pensamientos y conductas.

Además, el ambiente invalidante promueve el control de la expresividad emocional, especialmente la expresión del afecto negativo. Las experiencias negativas son trivializadas y atribuidas a rasgos negativos como la falta de motivación, falta de disciplina y fracaso a la hora de adoptar una actitud positiva. Las emociones positivas fuertes y asociadas a preferencias pueden ser atribuidas a rasgos como falta de juicio, falta de reflexión o mera impulsividad. Otras características puede hacer el entorno, la discriminación del niño en base al género u otras características arbitrarias y el uso del castigo para controlar la conducta (Linehan, 2003).

Según Linehan (1993), los entornos invalidantes contribuyen a la desregulación emocional:

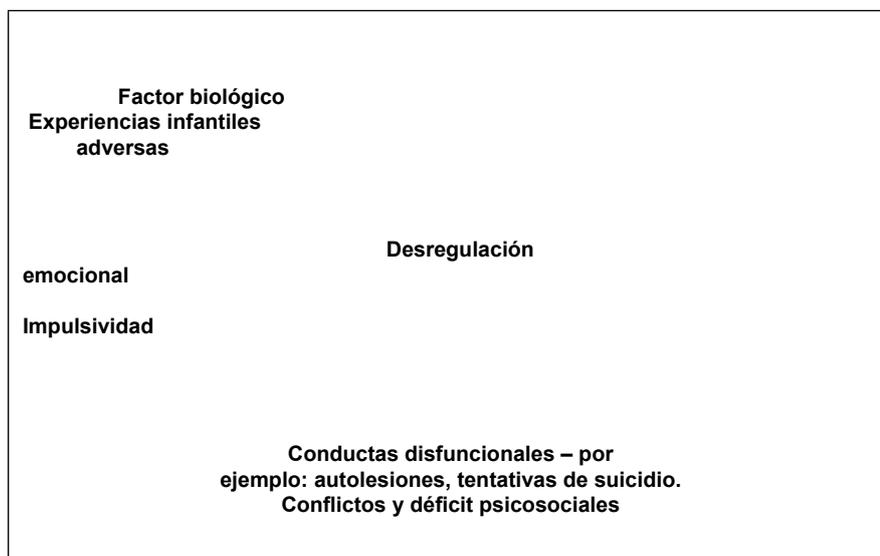
- a) no enseñando al niño a categorizar y modular la activación,
- b) no enseñando al niño a tolerar el malestar,
- c) no enseñando al niño a confiar en que sus respuestas emocionales son interpretaciones válidas de los acontecimientos
- d) y enseñando activamente al niño a invalidar sus propias experiencias, lo que hace necesario que examine el entorno para encontrar pistas sobre cómo actuar y cómo sentirse.

Por otra parte, las dificultades para regular las emociones interfieren en un sentido estable del ego y en la expresión emocional normal. Sin tales capacidades, se entiende el porqué los individuos con trastorno límite de la personalidad desarrollen relaciones caóticas. Esas dificultades a la hora de controlar las conductas impulsivas y la expresión de emociones negativas extremas causan estragos en su vida social; en particular, las dificultades con la ira y la expresión de la ira les impiden el mantenimiento de relaciones estables (Linehan, 2003).

Por lo antedicho, esta visión transaccional del desarrollo del paciente con trastorno límite de la personalidad no debe quitarle importancia a los ambientes abusivos en la etiología de este trastorno. Una de las experiencias invalidantes más traumáticas en la infancia es el abuso sexual (Linehan, 1993, 2003; Apfelbaum y Gagliesi, 2004). La alta prevalencia de maltrato físico y abuso sexual en la población sugiere que estos pacientes crecen en ambientes invalidantes (Keegan, 2004)

Ahora bien, las estrategias de control emocional que usan las familias invalidantes pueden tener poco impacto negativo e incluso ser positivas en algunos niños que están fisiológicamente bien preparados para regular sus emociones. Así pues, se hipotetiza que tales estrategias tienen un efecto devastador en los niños emocionalmente vulnerables. Se piensa que esa interacción entre biología y medio ambiente es lo que produce el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993, 2003; McMain, Korman y Dimeff, 2001).

Los factores biológicos y las experiencias adversas de la infancia quizás causen desregulación emocional e impulsividad que llevan a conflictos y déficit disfuncionales de comportamientos y psicosociales en los que otra vez quizás se refuerce la desregulación emocional e impulsividad (Lieb, Zanarini, Schmah, Linehan, Bohus, 2004). Por tanto, la teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad es un modelo de su etiología pero también explica el mantenimiento de las conductas y de las transacciones que realizan los pacientes límites (véase figura 8.1).

FIGURA 8.1 Factores influyentes en la etiología y el mantenimiento del trastorno límite de la personalidad

Fuente: Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004

8.3 Programa del tratamiento dialéctico conductual

8.3.1 Estructuración del tratamiento

8.3.1.1 Modalidades del tratamiento dialéctico conductual

El programa de la terapia dialéctica conductual es multimodal, ya que incluye:

- 1) psicoterapia individual,
- 2) un programa de entrenamiento de habilidades psicosociales
- 3) encuentros terapéuticos de consulta y supervisión
- 4) consultas telefónicas.

Cada una de estas modalidades de intervención apuntan a un aspecto específico de las dificultades del paciente límite (Linehan, 1993). Así, el programa de tratamiento destina una hora por semana a sesiones individuales para tratar cuestiones sobre los problemas vinculados a la motivación a los factores motivacionales, incluida la motivación de seguir con vida, de sustituir las conductas desadaptativas por conductas competentes y de construir una vida que valga la pena vivir; mientras que un encuentro de dos horas y media semanales está preparado, especialmente, para el entrenamiento de habilidades psicosociales donde se trata el déficit en una serie de capacidades. Linehan (2003) explica que decidió dividir el entrenamiento de habilidades en un componente separado del tratamiento, generalmente en formato grupal, para liberar la terapia individual de estos temas y para ayudar al paciente a manejar las crisis, reforzar al uso de habilidades y lidiar con los aspectos motivacionales que interfieren con el uso de las que ya poseen.

Es necesario aclarar que, en la terapia dialéctica conductual, el psicoterapeuta individual sirve como el terapeuta primario que maneja, con el paciente, el uso de otras modalidades del tratamiento (Linehan, 1993). El modelo de tratamiento propuesto es similar al del *médico de cabecera* que manda al paciente a un especialista para que le aplique un tratamiento especializado. La diferencia está en que en la terapia dialéctica conductual los encuentros rutinarios (posiblemente semanales) entre terapeuta individual y monitores de habilidades son esenciales para que el programa tenga éxito (Linehan, 2003).

Además, uno de los aspectos más importantes de la terapia dialéctica conductual son las reuniones semanales de supervisión y consulta, de aproximadamente una hora y media a dos horas, cuyos objetivos es compartir información y mantener a los terapeutas dentro del marco de referencia de la filosofía dialéctica (Lieb et al., 2004; Linehan, 1993, 2003; Swales, Heard y Williams, 2000). Durante el encuentro se habla de los pacientes individuales. Los terapeutas formadores de habilidades informan al terapeuta individual de cuáles son las habilidades que se están enseñando en cada momento en las sesiones grupales. Además, en estas reuniones también se puede mencionar cualquier posible dificultad que experimenta el paciente para aplicar las habilidades o, en general, sus problemas de interacción grupal. Los terapeutas individuales consultan con los formadores en habilidades y toman toda la información que puede ser de utilidad para planificar el tratamiento individual (Linehan, 2003). El equipo de consulta provee

sostén, estimula el movimiento y el balance, valida las reacciones, los sentimientos y las experiencias del terapeuta, mejora la integridad y seguridad del tratamiento (Koldobsky, 2005b).

De acuerdo a Linehan (2003), cuando la unidad terapéutica está definida como un grupo de gente (incluidos terapeutas individuales y formadores de habilidades), un centro, una unidad de internos o cualquier entidad en la que participan múltiples terapeutas de manera coordinada, es esencial que haya colaboración entre ellos, teniendo en cuenta que el paciente debe ser informado de ello. Pero, a su vez, los terapeutas deben evitar caer en la trampa de servir de intermediarios al paciente.

Swales, Heard, y Williams (2000) explican que el contacto entre sesiones es un componente integral de la terapia dialéctico comportamental porque cumplen con tres funciones, que son:

- 1) Proveer de un entrenamiento en vivo y promover la generalización de las habilidades a la vida cotidiana.
- 2) Promover intervenciones en crisis de manera continente. Por ejemplo, los pacientes son estimulados a llamar antes de dañarse. Pero una vez cometido el daño, no pueden llamar al terapeuta por veinticuatro horas. Esto refuerza el afrontamiento adaptativo y las consecuencias realistas, luego de haber llevado a cabo un comportamiento disfuncional.
- 3) Brindar la posibilidad de impedir malos entendidos y conflictos sin la necesidad de esperar hasta la siguiente sesión para lidiar con las emociones.

En el comienzo del tratamiento, se les incentiva a los pacientes a llamar a sus terapeutas individuales ya que la imposibilidad de hacerlo es considerada como una interferencia en el tratamiento y se convierte en un tema a examinar. Si los pacientes son reticentes a llamar al terapeuta, las llamadas programadas están prescritas. El terapeuta puede comenzar por pedirle al paciente reticente que llame en un horario determinado y que deje un mensaje en un contestador automático; así son abordados el pedido de asesoramiento y la resolución de conflictos interpersonales (Linehan, 1993).

8.3.1.2 Duración y frecuencia del tratamiento

La terapia individual se lleva con una frecuencia semanal de una hora, mientras que las sesiones del programa del entrenamiento de habilidades también son semanales: duran dos horas y media, generalmente con una pausa de descanso de diez a quince minutos a mitad de sesión (durante seis meses como mínimo hasta un año). El programa de tratamiento, incluidas todas las modalidades, está previsto que tenga un mínimo de un año de duración. Al finalizar el año, el paciente y el terapeuta acuerdan si renuevan o no el contrato terapéutico (Heard y Linehan, 1994; Linehan, 1993; Swales, Heard, Williams, 2000).

8.3.2 Etapas del tratamiento y objetivos terapéuticos

- Los objetivos terapéuticos

El objetivo general es ayudar a los pacientes a crear y mantener una vida que valga la pena ser vivida, de acuerdo a sus valores básicos (Linehan, 1993; Keegan, 2004). Esto implica reemplazar la conducta ineficaz, desadaptativa y poco diestra por todo lo contrario y ayudar al individuo a adquirir las habilidades necesarias. Pero la terapia dialéctica conductual no sólo busca el cambio sino que va un poco más lejos a la hora de enseñar a los pacientes a que se acepten a sí mismos y a su mundo tal como son el momento (Linehan, 2003).

Como ya se ha dicho, la terapia dialéctica conductual enfatiza la importancia de encontrar *un equilibrio entre la tecnología del cambio y la tecnología de la aceptación*. Swales, Heard y Williams (2000) explican que la noción de Linehan acerca de la *tecnología de la aceptación* conlleva:

- a) la aceptación del paciente de las circunstancias actuales de su vida
- b) la aceptación de sí mismo en ese momento,
- c) aceptación por el terapeuta del paciente mientras el paciente está en ese momento
- d) y la aceptación de la relación terapéutica en ese momento.

- Estadios del tratamiento

De acuerdo a Linehan (1993), el tratamiento individual está organizado en cinco etapas ordenadas jerárquicamente en función de los objetivos a cumplir y la progresión de una etapa a la otra representa un cambio notable en la patología del paciente. Las etapas son: una de pretratamiento y cuatro etapas activas de tratamiento – control, orden, síntesis y trascendencia-. Cada etapa del tratamiento se focaliza en las conductas que más interfieran con los objetivos de esa fase. Se evalúa qué conductas específicas o qué hechos ambientales – objetivos secundarios- están en la cadena que conduce hacia el objetivo primario como, por ejemplo, cortarse (Keegan, 2004).

Asimismo, los terapeutas necesitan saber cómo progresan los pacientes (o cómo no lo hacen) entre las sesiones. Linehan (2003) señala que ella utiliza una serie de técnicas de recogida de datos. Así, al paciente se le dan fichas de control diario donde debe registrar las actividades que ha practicado. Por ejemplo, cómo se sintió, si se autolesionó o si consumió drogas o alcohol durante la semana, etcétera.

A continuación, se describen cada una de las etapas del tratamiento dialéctico-conductual.

a) Pre-tratamiento

Por lo general, esta etapa demanda entre dos y cuatro entrevistas. En estas se desarrolla un enfoque psicoeducativo referido a la naturaleza del trastorno y del tratamiento. Se exponen las bases del tratamiento, describiéndolo como una terapia cognitivo-conductual, que pone especial énfasis en el aprendizaje de habilidades. Además, se aclara que este tratamiento no es un programa de prevención de suicidio, sino que pretende, a través del trabajo en equipo, crear una vida que merezca la pena vivirse.

Se evalúan, junto con el paciente, los pro y los contra de realizar o no realizar el tratamiento y se discute el contrato terapéutico (acuerdo de objetivos y metas). Para esto último, el terapeuta utiliza técnicas de la psicología social tales como el *“pie en la puerta”*, *“puerta en la cara”* y una evaluación realista que se introduce gradualmente. Una variante de *“pie en la puerta”* es destacar los compromisos previos y conectarlos con las conductas actuales. Hay que establecer principios que permitan redondear las estrategias de compromiso. Esto requiere del modelado, la construcción en pequeños pasos de los compromisos amplios y el uso intensivo del estímulo y el refuerzo (Linehan, 2001 citada en Koldobsky, 2005b).

Asimismo, el paciente debe acordar, en esta etapa, trabajar para disminuir las conductas parasuicidas y aquellas que interfieren con la terapia. Sin el acuerdo de estas metas, la terapia no puede comenzar (Linehan, 1993; Keegan, 2004).

Durante el pre-tratamiento, el terapeuta debe trabajar en el establecimiento de una buena relación terapéutica, ya que esto será un reforzador primario para mantener al paciente en el tratamiento y también para ayudarlo Swales, Heard y Williams, 2000).

b) Primera etapa: lograr capacidades básicas

El objetivo primordial en este estadio es la superación del descontrol conductual. Se busca la seguridad y estabilidad del comportamiento en tres áreas; a) conductas que pongan en peligro la conducta suicida y parasuicida, agresión y violencia, abuso y descuido de niños; b) conductas que interfieren con la terapia (ausencias, conducta inapropiada respecto de otros pacientes, conductas que conduzcan al desgaste del terapeuta que éste intervenga de modo iatrogénico); c) conductas severas disruptivas que interfieren en la calidad de vida, como por ejemplo el abuso de drogas, trastornos graves de la conducta alimentaria, conductas sexuales de alto riesgo y fuera de control, dificultades financieras extremas (jugar o gastar de forma incontrolada), conductas criminales que pueden llevar a la cárcel, o conductas relacionadas con el trabajo o la escuela (como faltar, no hacer nada productivo, abandonar prematuramente, etcétera), conductas disfuncionales relacionadas con el hogar (como vivir con gente que abuse de ellos, no tener casa estable), con la salud mental (como no tomar los medicamentos prescritos o bien abusar de ellos), y con la salud en general (como no tratarse problemas médicos serios) (Keegan, 2004; Swales, Heard, Williams, 2000).

El énfasis en este estadio es el desarrollo de habilidades para desempeñarse autónomamente en estas áreas. El logro de este objetivo da lugar a la siguiente fase del tratamiento (Keegan, 2004).

c) Segundo Estadio: reducción de la angustia postraumática

Keegan (2004) explica que el objetivo primario en esta fase es el malestar emocional, que la teoría vincula con dificultades en la experiencia emocional. Un blanco típico de esta fase son las experiencias emocionales traumáticas. Aunque en la primera etapa se han podido explorar la relación entre la conducta presente y eventos traumáticos previos, incluidos los de la niñez, es en la segunda etapa donde el foco se dirige específicamente a elaborar (*“procesar”* es el término que usan) hechos traumáticos anteriores. Se trata de recordar y aceptar los hechos traumáticos tempranos, reducir la estigmatización y autoinculpación que suele asociarse con ellos (se da un alto índice de abuso sexual infantil entre estos pacientes), reducir la negación y resolver las tensiones dialécticas en cuanto a la atribución de la culpa que produce el trauma. Pero para pasar a esta etapa, es necesario haber superado los objetivos de la primera etapa, ya que de lo contrario el paciente no podrá afrontar la ansiedad que desencadena este nuevo proceso (Swales, Heard, Williams, 2000).

d) Tercera etapa: resolver problemas de la vida e incrementar el autorrespeto

Swales, Heard y Williams (2000), colaboradores de Marsha Linehan, explican que esta etapa se centra en el aumento de la autoestima y la realización de metas individuales. La terapia apunta a que

pacientes aprenden a confiar en sí mismos, validar sus propios pensamientos, opiniones y emociones y a autorespetarse. El paciente debe conseguir que su autorrespeto sea razonablemente independiente de la valoración externa. Esto significa que deben promoverse, también, la independencia para con el propio terapeuta, quien irá estimulando los pasos hacia la autonomía del paciente respecto a él mismo.

En esta etapa, también, se trabaja sobre los atender problemas vitales significativos, tales como estudios o trabajo. Así, las estrategias que se utilizan son las de resolución de problemas (Keegan, 2004).

e) Cuarta etapa: lograr la capacidad de sostener la alegría

La cuarta etapa se centra en la superación de los problemas de la vida de cada día y, en lugar, la resolución de las aplicaciones existenciales la vida. Las tareas son la ampliación de la conciencia, la satisfacción espiritual, el movimiento hacia una experiencia plena de continuidad (Swales, Heard, Williams, 2000). El objetivo aquí es incrementar la capacidad para disfrutar y sentirse satisfecho de modo estable, aún frente a la incompletud de la condición humana. Es decir, el paciente debe aprender a aceptar que aún habiendo tenido éxito en todos los objetivos precedentes, todos los seres humanos se enfrentan a cuestiones vinculadas con el sentido de la vida, el aislamiento y la intimidad (Keegan, 2004).

8.3.3 Estrategias y relación terapéutica

- Estrategias del tratamiento

Linehan (1993, 2003) expone que para conseguir los objetivos del tratamiento, el programa dispone de diversas estrategias que se irán aplicando de manera flexible y de acuerdo con la evolución que cada paciente exhibe. Especifica que las estrategias de la terapia dialéctica conductual se pueden agrupar en cinco categorías:

- 1) *estrategias dialécticas*
- 2) *estrategias nucleares*
- 3) *estrategias estilísticas*
- 4) *estrategias de gestión de casos*
- 5) *estrategias integradoras*

Como se ha mencionado anteriormente, la terapia dialéctico-conductual supone un equilibrio entre estrategias orientadas al cambio y las estrategias de aceptación (Heard y Linehan, 1994). A excepción de las estrategias dialécticas que contienen elementos de ambos, todas las estrategias y habilidades en terapia dialéctica conductual se pueden dividir entre las que promueven la aceptación y las que promueven el cambio. Por ejemplo, las habilidades del cambio se centran en aprender cómo cambiar emociones o relaciones interpersonales y entre ellas se cuentan el análisis conductual, el análisis de soluciones, el entrenamiento en habilidades, las estrategias de compromiso y las propias de la terapia cognitiva y la terapia conductual. En cambio, las estrategias de aceptación deben ser aprendidas por medio de habilidades de reflexión o conciencia plena (*mindfulness*). Éstas suponen el aprender a observar, describir o participar de una situación, haciéndolo gradualmente, paso a paso, de modo eficaz, con una actitud no crítica (Heard y Linehan, 1994; Keegan, 2004; Swales, Heard y Williams, 2000).

1) Estrategias dialécticas

Marsha Linehan (2003) explica que las estrategias dialécticas deben estar presentes en el tratamiento en dos niveles. En el primero, el terapeuta tiene que estar alerta al equilibrio dialéctico que existe dentro del ambiente terapéutico. El segundo nivel en el debe contemplarse la cuestión dialéctica, es el de enseñar y modelar el pensamiento dialéctico como sustituto del pensamiento dicotómico (blanco o negro) tan característico de los pacientes límite. Concisamente, se intenta que el paciente abandone su pensamiento dicotómico y vaya haciendo suya una forma de pensamiento que ve la realidad como compleja y múltiple, tolerando sus contradicciones internas.

Entre las *estrategias dialécticas* que se utilizan, se pueden mencionar al uso de la paradoja, el empleo de metáforas, la técnica del «abogado del diablo», «extremar o extender significados», la activación de la «mente sabia», «hacer limonada con los limones», favorecer el cambio natural y la evaluación dialéctica (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Keegan, 2004; Linehan, 2003).

A modo de ejemplo, con la estrategia del uso de la paradoja, Linehan (1993) indica que el terapeuta no niega las paradojas de la vida del paciente sino que las resalta sin intentar brindar una explicación racional, dejándose que sea el paciente mismo el que busque la síntesis de las polaridades. También se emplean parábolas, mitos, analogías o se le relatan cuentos al paciente para que comprenda algo que en principio le cuesta. La técnica del abogado del diablo es una estrategia que proviene de las terapias cognitivas y se trata de que el terapeuta se coloque en la posición de quien defiende creencias disfuncionales del propio paciente, en una versión extrema. Sin embargo, Linehan advierte que la estrategia de

abogado del diablo puede volverse en contra si el terapeuta no tiene suficiente sensibilidad como para sentir cuándo está llegando al límite de la tensión que la paciente puede soportar. Y, en lo que se refiere a «hacer limonada con los limones» es una estrategia dialéctica que consiste en ver los problemas como oportunidades para que el paciente se desarrolle.

2) Estrategias nucleares

Las estrategias nucleares son: la validación y la resolución de problemas.

- Estrategias de validación

Las estrategias de validación son aquellas que buscan proporcionar aceptación y confirmación (Belloch y Fernández Álvarez, 2002). Este tipo de estrategias se usan tanto en la terapia individual como en las sesiones de formación de habilidades.

De acuerdo con Linehan (2003), implican una actitud terapéutica no sentenciosa y una continua búsqueda de la validez esencial de las respuestas del paciente. Así, la primera tarea general para validar a los pacientes es ayudarles a observar a describir con precisión sus propias emociones, pensamientos y pautas conductuales. Inmediatamente, el terapeuta y los formadores deben comunicar su empatía con los pacientes mediante un tono emocional, haciendo hincapié en que entienden (aunque no necesariamente aprueban) sus creencias y expectativas y/o haciendo claras observaciones sobre sus pautas de conducta. Posteriormente, se les debe comunicar a los pacientes que sus creencias, expectativas y respuestas emocionales son comprensibles y tienen sentido en el contexto de sus vidas y en el momento actual.

Según Linehan (2003), la validación de los pensamientos, sentimientos y acciones del paciente requiere que el terapeuta busque la parte de sabiduría o de verdad inherente en cada respuesta del paciente. En la base del tratamiento está la creencia del terapeuta de que el paciente desea crecer y progresar y de que tienen una capacidad inherente de cambio.

Esta autora expone que, en todo momento, se busca «la pepita de oro en la arena»: validar una respuesta que de otra forma sería claramente disfuncional. Se trata de hacer lo opuesto al «ambiente invalidante» al que se han enfrentado el sujeto durante la mayor parte de su vida. Por lo tanto, acentúa que a los pacientes límites se los debe animar constantemente.

- Estrategias de resolución de problemas

En contrapartida a las estrategias de validación que se centran en la aceptación de la situación presente, las estrategias de resolución de problemas buscan promover cambios en el paciente (Belloch y Fernández Álvarez, 2002).

En la terapia dialéctica conductual se proponen una serie de pasos para lograr cambios (Linehan, 2003). En primer lugar está el *análisis conductual*, en el que el terapeuta selecciona un problema, normalmente a través del relato del paciente o de lo que escribe en su tarjeta diaria. A partir de ahí, se realiza un análisis exhaustivo de toda la cadena de eventos que se suceden unos a otros hasta llegar a la conducta. El terapeuta va construyendo un esquema general que es como un mapa, en el que se ve cómo el paciente llega a sus respuestas disfuncionales, cómo empieza el proceso, y también señala qué posibles vías alternativa hubieran llevado a otra posible solución. El objetivo aquí es determinar qué función tiene la conducta en el contexto de una serie de conductas. El *análisis de la solución* es la segunda estrategia de resolución de problemas y consiste en un intento activo de encontrar soluciones alternativas al problema que ya se ha identificado y analizado. Para procedimientos de cambio se utilizan las técnicas de modificación cognitiva (por ejemplo, la reestructuración cognitiva), procedimientos de aprendizaje operante (técnicas de refuerzo positivo, extinción y castigo, y modelado) y técnicas de exposición para la generalización de habilidades a nuevos contextos relevantes.

Por otra parte, las estrategias de resolución de problemas son la médula del componente práctico de la formación de habilidades. Son cruciales a la hora de describir pautas en el tiempo, analizar situaciones problemáticas particulares y desarrollar estrategias más efectivas para tratar con ellas. Aquí el objetivo es conseguir que los pacientes empiecen a usar estrategias de resolución de problemas entre sí y, en un momento dado, consigo mismo (Linehan, 2003).

3) Estrategias estilísticas

Las *estrategias estilísticas* describen cuáles son los estilos comunicativos e interpersonales necesarios para llevar esta terapia a buen término. Se presentan dos estilos diferentes y contrapuestos para aplicar en distintas ocasiones, pero entre ambos tiene que haber equilibrio (Linehan, 2003)

- Estrategias de comunicación recíproca

Esta estrategia está orientada a reducir las diferencias entre paciente y terapeuta y alcanzar el mayor acuerdo posible en la comprensión mutua. Se caracteriza por el interés genuino, un compromiso cálido y niveles de respuesta adecuados. La comunicación recíproca requiere que los terapeutas se muestren vulnerables, empáticos ante sus pacientes y expresen esa vulnerabilidad de manera que estos lo entiendan. La reciprocidad está al servicio de los pacientes no al servicio de los terapeutas. El objetivo no es sólo compensar el desequilibrio de poder que experimentan todos los pacientes, sino también servir como un importante hecho modelador, cómo experimentar estados de vulnerabilidad sin vergüenza y cómo manejar sus propias limitaciones. Además, proporciona una mirada al mundo de la llamada «gente normal», normalizando la vulnerabilidad y la vida con limitaciones. La exposición por parte del terapeuta es utilizada para validar y modelar sus estrategias de afrontamiento. (Belloch y Fernández Álvarez, 2002; Linehan, 2003; Swales, Heard y Williams, 2000).

- Estrategia de comunicación irreverente

Linehan (2003) enfatiza que el objetivo de esta estrategia de comunicación es empujar a los pacientes a ver las cosas desde una nueva perspectiva. La idea es que los sujetos vean su conducta disfuncional no como fuente de vergüenza y ridículo sino como algo inconsecuente, incluso gracioso o humorístico. Es importante no confundir la actitud irreverente con la insensibilidad; esta estrategia no es excusa para ser hostil o degradante.

4) Estrategias de gerencia

Las *estrategias de gerencia* especifican cómo ha de interactuar y responder el terapeuta a la red social en la que está inmerso el paciente. El terapeuta asesora y orienta al paciente a lograr interacciones efectivas con su ambiente, trabajando para generalizar las habilidades. Esto implica que el terapeuta no interviene en el entorno (por ejemplo, la familia) para que éste se ajuste al paciente, sino que asesora al paciente para que éste trate con aquél (Swales, Heard y Williams, 2000).

5) Estrategias integradoras

Las *estrategias integradoras* nos hablan de cómo se deben manejar las distintas situaciones problemáticas que suelen surgir cuando se trabaja con pacientes límites, tales como problemas en la relación terapéutica, conductas suicidas, conductas que interfieren con la terapia y tratamientos auxiliares. Las *estrategias estructurales*, una categoría especial de las estrategias integradoras, hacen referencia a la estructuración del tiempo de la terapia (por ejemplo, hay estrategias de inicio de la sesión, de finalización de sesión y del tratamiento, entre otras). Algunas estrategias se usarán más que otras y es posible que algunas de ellas sólo se necesiten en ocasiones excepcionales (Linehan, 2003).

- La relación terapéutica

El énfasis en la relación terapéutica es crucial en la terapia dialéctica conductual (Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Böhme y Linehan, 2000; Linehan, 1993, 2003). La doctora Marsha Linehan (2003) sostiene que, sin duda, la importancia que le da la relación terapéutica en la terapia dialéctica conductual procede principalmente de su trabajo con individuos suicidas. Explica que, a veces, es la relación con el terapeuta lo único que mantiene a la persona con vida.

Por otra parte, los pacientes con trastorno límite de la personalidad suelen dejar las terapias antes de tiempo; por lo tanto, esta autora enfatiza el prestar atención a los factores que incrementan su compromiso con la terapia y con la vida misma. Así, apunta al uso de estrategias de mejora de la relación que refieren a las conductas de los terapeutas que hacen de la relación más que una simple amistad. Una característica fundamental de la relación terapéutica es que el terapeuta es consultor del paciente, no consultor de terceras personas. El terapeuta está, pues, de la parte del paciente.

Asimismo, en todo momento, el tratamiento promueve la construcción y mantenimiento de una relación colaborativa, interpersonal y positiva entre el paciente y el terapeuta. En cuanto al estilo de la relación, se combina una actitud realista, con una destacada calidez, flexibilidad, atención al paciente y autorrelación estratégica del terapeuta.

Otro punto a destacar es la atención que dedica la terapia dialéctica conductual a las conductas que interfieren en la terapia. Ésta es muy similar a la idea psicodinámica de la «transferencia» y «contratransferencia».

8.3.4 El programa de formación de habilidades psicosociales

La terapia dialéctica conductual asume que muchas de las conflictivas del trastorno límite de la personalidad resultan de una combinación de problemas de motivación y déficit de habilidades. En efecto, los

pacientes límites carecen de importantes habilidades de autorregulación, de relación interpersonal y de tolerancia al malestar. En particular, son incapaces de inhibir las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo o de iniciar conductas independientes del estado de ánimo actual necesarias para plantearse objetivos a largo plazo. Además, las emociones intensas, las creencias y supuestos disfuncionales asociados y aprendidos en el entorno invalidantes original (junto con el encuentro del entornos constantemente invalidantes) forman un contexto motivacional que inhibe el uso de las habilidades conductuales que la persona tienen y frecuentemente refuerza conductas inapropiadas. Por las razones antedichas, se hace necesaria la enseñanza de habilidades psicosociales en los pacientes límites (Linehan, 2003).

De acuerdo con Linehan (2003), la formación de habilidades se concentra en enseñar habilidades generales que los pacientes pueden aplicar a sus problemas actuales. Es un complemento de la psicoterapia individual, ya que proporciona la llave para que el terapeuta individual y el paciente puedan modelar juntos una nueva personalidad más funcional. Y, aunque en el grupo de formación se comparte mucho, su objetivo fundamental es la práctica de habilidades, no la última crisis de tal o cual paciente.

La premisa central de la terapia dialéctica conductual es que la adquisición de habilidades conductuales requiere mucha práctica. Por lo tanto, se utilizan las técnicas estándar de la terapia comportamental, como por ejemplo ensayos supervisados de las nuevas habilidades, trabajo con feedback, tareas para el hogar, etcétera.

La autora señala que la manera estándar de conducir el programa de formación de habilidades es la terapia grupal por una serie de ventajas. En primer lugar, los terapeutas tienen la oportunidad de observar y trabajar las conductas interpersonales que surgen en las relaciones entre los componentes del grupo, cosa que no ocurre en las sesiones individuales. En segundo lugar, los pacientes pueden interactuar con otra gente como ellos y la validación resultante y el apoyo del grupo son muy terapéuticos. En tercer lugar, los pacientes tienen la oportunidad de aprender unos con los otros, lo cual aumenta las fuentes de aprendizaje. En cuarto lugar, los grupos reducen la intensidad de las relaciones entre cada uno de los pacientes individuales y el psicoterapeuta del grupo. Por último, los grupos de habilidades ofrecen a los sujetos la oportunidad no amenazante de aprender cómo estar en grupo. Esto es muy importante por dos razones: 1) porque la gente en general y también los sujetos con trastorno límite de la personalidad tienen que ser capaces de funcionar bien en grupo, 2) y porque en el programa de formación de habilidades de la terapia grupal es más larga que la individual. Los grupos no son sólo terapéuticos combinados con la terapia individual sino que también pueden ser más económicos y fiables a largo plazo.

En lo que se refiere a la composición de los grupos terapéuticos, Linehan (2003) sugiere que se incluyan entre seis a ocho personas por grupo. Agrega que prefiere organizar grupos abiertos, ya que el mantener un grupo abierto, con un cambio controlado pero continuo, permite la exposición terapéutica al cambio en contextos donde los pacientes pueden ser ayudados a responder con eficiencia. Asimismo, los miembros de grupos de formación de habilidades que pasan por su centro son homogéneos respecto al diagnóstico: se circunscriben a individuos que cumplen los criterios del trastorno límite de la personalidad y que han llevado a cabo actos parasuicidas (conductas intencionales autopunitivas). Por lo que respecta a otras circunstancias, no son especialmente homogéneos. Las edades van de los 16 a los 48 años; algunos grupos incluyen pacientes de ambos sexos y la situación socioeconómica, el estado civil y la relación con los padres varía.

En la experiencia de esta autora, se necesitan dos monitores para conducir un grupo de habilidades. El principal motivo es el agotamiento de los terapeutas.

En la terapia dialéctica conductual se han desarrollado cuatro módulos de formación de habilidades: 1)- **habilidades básicas de conciencia** (*mindfulness skills*), 2)- **habilidades de efectividad interpersonal**, 3)- **habilidades de regulación de las emociones** y 4)- **habilidades de tolerancia al malestar**.

Los módulos de efectividad interpersonal, de regulación de las emociones y tolerancia al malestar pueden llevar alrededor ocho semanas cada uno. Las habilidades básicas de conciencia pueden ocupar dos o tres sesiones, pero se revisan y se amplían al inicio de cada uno de los otros módulos.

Dado que las habilidades básicas de conciencia están repartidas a través de cada uno de los tres módulos restantes, obviamente, es el primer módulo en ser presentado. En orden de presentación le siguen: las habilidades de efectividad interpersonal, las habilidades de regulación de las emociones y, por último, las habilidades de tolerancia al malestar. La razón de ello se basa en que las habilidades se van haciendo cada vez más abstractas. Además, con este orden Linehan (2003) explica que se da un descenso del grado de validación del dolor emocional del paciente.

Como ya se ha mencionado, los encuentros del entrenamiento de habilidades son semanales y duran aproximadamente dos horas y media. La primera hora está dedicada a los rituales de apertura. Después los miembros comparten sus intentos de practicar las habilidades conductuales (o su incapacidad para

hacerlo) durante la semana anterior. Luego de un descanso, se dedica una segunda hora a presentar las nuevas habilidades y a hablar de ellas. Finalmente, es importante dedicarle un tiempo al cierre de la sesión. Las sesiones son casi siempre emocionalmente duras y dolorosas. Los pacientes límites se dan cuenta de los efectos negativos de su propio déficit de habilidades. De esta forma, un período de oxigenación y relax también proporciona a los paciente que se han disociados (a causa de recuerdos dolorosos) el tiempo necesario para volver a la sesión antes de marchar.

- Modulo de habilidades básicas de conciencia

Las habilidades de conciencia son una parte fundamental de la terapia dialéctica conductual, de ahí que las denominen «básicas». Son las únicas habilidades que se trabajan durante todo el año se revisan al inicio de cada uno de los otros tres módulos. Estas habilidades son versiones psicológicas y conductuales de prácticas espirituales orientales. Linehan (2003) las ha extraído fundamentalmente del *Zen*, pero son compatibles con la mayoría de las prácticas contemplativas occidentales.

En la terapia dialéctica conductual se plantean tres estados mentales fundamentales: la «mente racional», la «mente emocional» y la «mente sabia». Una persona se halla con una «mente racional» cuando se enfrenta al conocimiento de forma intelectual, piensa de forma racional y lógica, atiende a hechos empíricos, planea su conducta, concentra su atención y permanece «fría» frente a los problemas. La persona se encuentra en una «mente emocional» cuando su pensamiento y su conducta están controlados fundamentalmente por su estado emocional actual. La «mente sabia» es la integración de la «mente emocional» y la «mente racional». Además, va más allá de ellas: la «mente sabia» añade conocimiento intuitivo a la experiencia emocional y al análisis lógico.

La habilidades de conciencia son el vehículo que usan para equilibrar la «mente emocional» y la «mente racional», es decir, para conseguir la «mente sabia». Se trata de tres habilidades «qué» (observar, describir y participar) y de tres habilidades «cómo» (adoptar una postura no sentenciosa, centrarse en una cosa en el momento y ser efectivo). Esta síntesis entre mente razonable y mente emocional facilita respuestas apropiadas; uno responde acorde a lo requerido dada la situación.

- Modulo de habilidades de efectividad interpersonal

Linehan (2003) declara que las pautas de respuesta interpersonal que enseña la formación de habilidades de esta terapia son muy similares a las que se enseñan en los cursos de asertividad y de resolución de problemas interpersonales. Incluyen estrategias efectivas para pedir lo que uno necesita, para decir “no” y para manejar un conflicto interpersonal. Aquí, la “efectividad” tiene que ver con obtener los cambios que uno desea, mantener las relaciones y el asegurarse el respeto personal.

- Modulo de habilidades de regulación de las emociones

La autora, antes citada, expone que enseñar habilidades de regulación de emociones puede ser enormemente difícil porque al paciente límite lo han bombardeado con la idea de que tiene un problema de actitud. Si “variase su actitud”, cambiarían sus sentimientos. Entonces, sólo se pueden enseñar habilidades de regulación de las emociones en un contexto de autovalidación emocional.

Dentro de las habilidades específicas de regulación de las emociones, se incluyen:

- *identificar y etiquetar emociones*: el primer paso a la hora de regular las emociones es aprender a identificar y etiquetar las emociones actuales.
- *Reducir la vulnerabilidad de la “mente emocional”*. Todo el mundo tiende a reaccionar de una manera demasiado emocional cuando nos encontramos en situaciones de estrés físico o ambiental. En este sentido, la terapia dialéctica conductual se preocupa que el paciente tenga un correcto equilibrio de su nutrición, que duerma lo necesario pero tampoco demasiado, que haga suficiente ejercicio, que trate sus enfermedades físicas, que evite la ingesta de drogas que no le hayan recetado e incremente la sensación de competencia realizando actividades que aumenten su sensación de autoeficacia. Esto es muy similar a la programación de actividades en la terapia cognitiva de Beck.
- *Incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos*.
- *Incrementar la conciencia ante las emociones del momento*
- *Llevar a cabo una acción opuesta*: Una estrategia para cambiar o regular una emoción es cambiar su componente conductual-expresivo actuando de una manera que se oponga o sea incoherente con la emoción. Esto debería incluir tanto acciones (por ejemplo, hacer algo agradable por una persona con la que estamos enfadados) como expresividad facial o postural. Los pacientes deben aprender que la idea no es bloquear la expresión emocional sino expresar otra emoción.

- Modulo de habilidades de tolerancia al malestar

Linehan (2003) expone que la mayoría de los otros tratamientos se centran en cambiar los sucesos que causan malestar o sus circunstancias y que no se ha prestado suficiente atención a aceptar, encontrar significado y tolerar el malestar. Para la terapia dialéctica conductual es muy importante aprender a manejar el dolor con habilidad. La capacidad de tolerar y aceptar el malestar es un objetivo esencial para la salud mental por, al menos, dos razones. Primero, porque el dolor y el malestar son parte de la vida; no pueden ser evitados o eliminados (por completo). La segunda razón reside en que la tolerancia al malestar es parte de cualquier intento de cambio de uno mismo; de otra manera, los impulsos contrarios al cambio interferirán en todos los esfuerzos que pongamos en marcha para establecer los cambios deseados.

La autora sostiene que las habilidades de tolerancia al malestar constituyen una progresión natural de las habilidades básicas de conciencia. Tienen que ver con la capacidad de aceptarse a uno mismo y a la situación actual. Básicamente, la tolerancia al malestar es la habilidad para percibir el propio ambiente sin querer que sea diferente, para experimentar el estado emocional actual sin intentar cambiarlo y para observar las pautas de los pensamientos y acciones propios sin intentar controlarlos o detenerlos.

Por un lado, las conductas de tolerancia al malestar que persigue la terapia dialéctica conductual van dirigidas a tolerar y sobrevivir a las crisis y, por el otro, a aceptar la vida tal como es en un momento dado. Así, existen cuatro grupos de estrategias de supervivencia a las crisis: distraerse, proporcionarse estímulos positivos, mejorar el momento y pensar en los pros y contras. Y las tres habilidades de aceptación, que incluyen aceptación radial (por ejemplo, aceptación completa desde el interior), dirigir la mente una y otra vez hacia la aceptación (por ejemplo, escoger la realidad tal como es) y buena disposición frente a terquedad.

Capítulo 9. Eficacia de los tratamientos cognitivos e integrativos

Desde hace más de una década que se vienen proponiendo varios tratamientos para el trastorno límite de la personalidad y se han llevado a cabo diversos estudios para evaluar la eficacia de las intervenciones con la finalidad de demostrar qué programas psicoterapéuticos funcionan mejor.

Las terapias cognitivas e integrativas han liderado el movimiento en pro de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. A pesar de las dificultades que los pacientes afectados por el trastorno límite de la personalidad suelen plantear a la investigación empírica en psicoterapia, los terapeutas han logrado desarrollar tratamientos que han demostrado eficacia (Keegan, 2004).

Aunque, si bien los tratamientos de corte cognitivo e integrativos cuentan con mayor investigación empírica tanto en lo relativo al campo teórico como al terapéutico, existen escasos datos sobre comprobaciones de resultados positivos en la terapéutica de los trastornos de la personalidad. Además, los estudios controlados sobre la eficacia de estos tratamientos son muy limitados (Sanislaw y Mc Glashan, 1998 citados en Belloch, 2000; Target, 1998).

Tal como lo sugieren Belloch y Fernández Álvarez (2002), parece que al día de hoy ningún procedimiento alcanzó los estándares requeridos para ser considerada una «*Terapia Empíricamente Validada*»; esto es, un tratamiento de corta duración, que esté bien operacionalizado (manualizado), que pueda dar cuenta de cambios específicos y que pueda comprobarse mediante ensayos controlados.

Los autores, antes citados, exponen que la terapia dialéctica conductual de Marsha Linehan es una excepción, ya que ofrece un manual de tratamiento donde se detallan guías definidas, tanto para terapeutas y pacientes, y su eficacia fue documentada sobre la base de sólidos diseños experimentales. Sobre estos supuestos fue validada como un «*Tratamiento Probablemente Eficaz*».

En la literatura existen una gran cantidad de trabajos que avalan la superioridad de la terapia dialéctica conductual sobre otros enfoques de tratamiento para pacientes límites. En la última década, varios ensayos controlados han demostrado la eficacia de esta terapia para los pacientes con trastorno límite de la personalidad (McMain, Korman y Dimeff, 2001). Los resultados con esta terapia son, en general, satisfactorios y esperanzadores (Belloch, 2000).

A modo de ejemplo, se citan dos estudios en donde se demuestra que dicha terapia arroja mejores resultados en comparación con «tratamientos habituales» (incluidos los tratamientos cognitivo-conductuales, los cognitivos, la terapia centrada en el cliente, las terapias psicoanalíticas y enfoques eclécticos):

- (i) En 1991, Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard (citados en Target, 1998), en uno de los muy pocos ensayos controlados de la psicoterapia, compararon la terapia dialéctica con un tratamiento habitual mediante un diseño con asignación aleatoria de 44 sujetos a los dos grupos de tratamiento. Hallaron que la terapia dialéctica ofrecía mejores resultados tanto en la modificación de conductas

parasuicidas (suicidio, automutilaciones, mejora del ajuste social, etc.) como de los síntomas propios de los criterios para el trastorno límite de la personalidad.

- (ii) En otro estudio que duró un año, Linehan, Tutek, Heard y Armstrong (1994), asignaron aleatoriamente 16 pacientes de sexo femenino con trastorno límite de la personalidad a dos grupos. En un grupo los pacientes recibían la terapia dialéctica conductual y en el grupo control el tratamiento habitual. Todos los sujetos de la muestra cumplían criterios del *DSM-III* y de la *Diagnostic Interview for Borderline* (DIB); además presentaban conductas suicidas crónicas. En este estudio, los investigadores, también afirmaban que se habían obtenido mejores resultados en los pacientes tratados con la terapia cognitiva conductual. Se observó en los pacientes una mayor capacidad para controlar los impulsos con la consecuente reducción en la frecuencia y la severidad de conductas parasuicidas y, también, una disminución del número de días de hospitalización. Esos cambios fueron mantenidos en un estudio de seguimiento durante un año posterior al tratamiento. La excepción fueron los síntomas de depresión que no indicaron ninguna diferencia en cuanto a la eficacia entre la terapia dialéctica conductual y los otros enfoques.

La terapia dialéctica conductual, también, ha demostrado ser eficaz en la reducción del abuso de drogas (Linehan et al., 1999 citado en Koerner y Linehan, 2000). Este tipo de tratamiento está, también, asociado con una tasa de deserción significativamente inferior y conductas significativamente menos autodestructivas que los sujetos de los grupos control. No obstante, en doce meses de tratamiento con ambos enfoques sólo hubo pequeñas mejorías en las depresiones y otras sintomatologías; ninguno demostró una clara superioridad general (Koerner y Linehan, 2000).

Algunos señalan que las características clave para su eficacia son los encuentros semanales con un terapeuta individual, una o dos sesiones semanales de terapia grupal y las supervisiones o asesoramientos entre terapeutas (APA, 2001; Koldobsky, 2005b). Según Linehan (2003) el entrenamiento de las habilidades parece ser un ingrediente crucial en producir reducciones en comportamiento parasuicidas.

En definitiva, con todos estos avales, hoy por hoy, la terapia dialéctica conductual llega tan sólo a ser una terapia de «probablemente eficaz» para el trastorno límite de la personalidad. La única dificultad, en lo que refiere al método utilizado en los estudios controlados de la terapia dialéctica conductual, es que pareciera ser que la mayoría de los estudios del tratamiento del trastorno límite de la personalidad implican sobre todo a mujeres. Ha habido poca investigación sistemática de las diferencias del género en respuesta del tratamiento (APA, 2001).

Asimismo, Paris (2005b) explica que el mayor problema es que la terapia dialéctica conductual es costosa. Por esta razón, a más de una década después de su introducción, su puesta en práctica ha sido casi suprimida en los servicios de salud mental. En los pocos lugares donde se encuentra disponible, hay generalmente largas listas de espera, por lo que no sorprende que la fase inicial del tratamiento dure un año completo.

Por otra parte, otros procedimientos de naturaleza cognitiva-comportamental también parecen ser eficaces; si bien los estudios son menos sistemáticos, refieren a la terapia cognitiva estándar de Beck adaptada a este trastorno y la terapia cognitiva centrada en los esquemas de Young (Belloch, 2000; Belloch y Fernández Álvarez, 2002).

A principios de la década del '90, Beck y Freeman (1995), planteaban que las investigaciones empíricas sobre la eficacia de la terapia cognitiva u otras terapias cognitivas-conductuales del trastorno límite de la personalidad estaban en sus etapas iniciales y que poco se sabía al respecto. Posteriormente, en 1998, Judith Beck señalaba que la mayor parte de la investigación en la eficacia de la terapia cognitiva o la terapia cognitiva-comportamental para trastornos de la personalidad habían sido de estudios de diseño de caso único e informes clínicos incontrolables; pero éstos demostraban generalmente una tendencia positiva, indicando que esta clase de la psicoterapia era un enfoque prometedor.

En lo que refiere específicamente a la terapia del esquema, ya en 1997, Glohoski y Young señalaban la necesidad de estudios empíricos a pesar de que un gran número de terapeutas centrados en esquemas habían acumulado un cuerpo sustancial de evidencia clínica descriptiva de que la terapia era efectiva. Comunicaban que estaban en su fase inicial distintos estudios importantes para examinar la efectividad del tratamiento, aunque los resultados pueden no estar disponibles en algún tiempo. Todavía no se ha probado formalmente y, actualmente, se está llevando a cabo un ensayo clínico controlado en los Países Bajos (Paris, 2004c, 2005b; 2005c). Por el momento, la terapia centrada en esquemas sólo puede ser descrita como una promesa, un tratamiento integrador que ya ha conseguido un alivio significativo en un extenso rango de clientes difíciles, aunque sean necesarios estudios empíricos que apoyen esas observaciones (Glohoski y Young, 1997)

Por otra parte, la experiencia clínica sugiere que existe un reconocimiento de que todos los procedimientos psicoterapéuticos comparten ciertos componentes curativos que explican una considerable

proporción de su efectividad (Frank, 1988; Millon, 1998). Estos factores comunes, en el caso de los abordajes para trastorno límite de la personalidad, incluyen la construcción de una alianza terapéutica fuerte y la supervisión de comportamientos autodestructivos y suicidas (Koldobsky, 2005b; Paris, 2005b). Así, algunos autores intuyen que las intervenciones de enfoques cognitivo-comportamentales con los pacientes límites son eficaces debido a una fuerte alianza terapéutica que se establece entre el terapeuta y el paciente (Eastwick y Grant, 2005).

Paris (2005b) propone que quizás, la investigación sobre la eficacia de los tratamientos del trastorno límite de la personalidad, puede requerir tomar diversas direcciones. Enfatiza la necesidad de examinar los efectos a largo plazo y, al mismo tiempo, se necesita demostrar que esos cambios se deben a resultados positivos de los tratamientos y no a la remisión natural que parece tener este trastorno de la personalidad una vez pasada la treintena.

De acuerdo a Linehan (1997, citada en Belloch y Fernández Álvarez, 2002), se requieren dos tipos de pruebas clínicas para la evaluación de los tratamientos y de las teorías que los sustentan:

- 1) de pruebas clínicas comparativas que permitan determinar si un tratamiento funciona mejor que otro o no,
- 2) y de pruebas de análisis de componente que pueden reunir información sobre cuáles son los elementos activos, necesarios y suficientes, para producir el progreso terapéutico en un tratamiento específico.

Magnavita (1999) plantea algunas recomendaciones para aumentar la eficacia en el campo de la psicoterapia. Ellas son:

- a) Desarrollar programas de tratamiento manualizados desde diversos abordajes terapéuticos.
- b) Mantener alto compromiso con la actividad terapéutica.
- c) Ser flexible: utilizar enfoques combinados, intervenciones transferibles.
- d) Movilizar los patrones de cambio en varios sistemas.
- e) Utilizar la teoría como un tobogán hacia intervenciones creativas.
- f) Intentar con un enfoque a corto plazo primero y cambiar a uno de largo plazo si fuera necesario.
- g) Trabajar en equipo: recurrir a la colaboración de otros profesionales siempre y cuando sea posible.

Para finalizar, Belloch y Fernández Álvarez (2002), remitiéndose a las pruebas empíricas destacan que, hasta el momento, existe un amplio consenso de que los abordajes integrativos permiten alcanzar resultados más exitosos en el caso del trastorno límite de la personalidad. Del mismo modo, Magnavita (1999) y Millon (1998) enfatizan que la terapia aplicada a los casos de perturbación de la personalidad tiene que ser necesariamente integradora.

Conclusiones

A través del presente trabajo se ha intentado explorar dos enfoques psicoterapéuticos cognitivos-integrativos para el abordaje de pacientes con trastorno límite de la personalidad. En pos de una mayor comprensión de los factores que influyeron tanto en el desarrollo teórico como en la terapéutica de los enfoques por revisar, se hizo necesaria una actualización clínica de dicha patología.

De este modo, en la primera parte, se presentó al lector una amplia visión de los desafíos especiales que plantean los pacientes límites a los terapeutas. Se abarcaron tópicos muy diversos como el dilema referido a la designación del constructo «límite» para este trastorno, su elevada comorbilidad con los trastornos del Eje I y otros del Eje II, la superposición de síntomas que hace difícil un diagnóstico diferencial con los trastornos del espectro bipolar, su alta tasa de prevalencia y su consecuente impacto masivo en los servicios sanitarios.

Asimismo, se prestó especial atención a las características particulares de estos pacientes, tales como sus actitudes extremas, sus conductas impulsivas y riesgosas, su preocupante propensión al suicidio, sus grandes dificultades para las relaciones interpersonales y confiar en los demás. En gran parte, esto se relacionó con historias donde los pacientes han experimentado abuso, rechazo, humillación o bien el descuido de sus padres en la temprana infancia.

Existe un gran consenso que los pacientes límites son portadores de historias de vida terribles y de muy altos niveles de sufrimiento. Se advirtió, también, que este trastorno puede brotar durante la temprana juventud, amenazando la normalidad y bienestar durante toda la vida, y destruyendo sobretodo la calidad de vida de los pacientes que lo padecen.

Por todo lo antedicho, el trastorno límite de la personalidad es, sin lugar a dudas, uno de los más complejos tanto desde la perspectiva diagnóstica como de la terapéutica. Su abordaje psicoterapéutico

constituye uno de los retos más importantes para los terapeutas. Keegan (2004 p.294) dice que « [...] La habitual complejidad de los pacientes límites requiere de abordajes igualmente complejos, que no sean ni reductivos ni tampoco simplistas».

A lo largo del trabajo se consideró que, hace una década atrás, las modalidades de tratamiento disponibles resultaban inadecuadas, por lo que no era de extrañar que muchos terapeutas estuvieran en busca de terapias eficaces. Actualmente, se ha avanzado sobre esta cuestión y se ha desarrollado una gran variedad de métodos diseñados específicamente para tratar al trastorno límite de la personalidad.

Al respecto, los modelos de corte cognitivo e integrativos como el centrado en esquemas de Jeffrey Young y la terapia dialéctico conductual de Marsha Linehan, son dos opciones de tratamientos para el trastorno límite de la personalidad que diferencian conceptualizaciones y estrategias específicas resultantes de la experiencia clínica. Esto los diferencia de otras terapéuticas, aportando mejores resultados provisionarios que abrigan esperanzas de mayores logros. Cabe agregar que estos tratamientos son multi-componentes e involucran diversos tipos de intervención, con distintas modalidades.

De allí, que en la segunda parte de este trabajo se ha intentado incursionar, particularmente, en estas dos propuestas para enfrentar el difícil desafío que implica abordar a los pacientes límites. Particularmente, se analizaron los postulados teóricos que sustentan a estos abordajes cognitivos e integrativos; también, se consideraron sus hipótesis explicativas sobre la génesis y el mantenimiento del trastorno límite. Luego, se presentaron las estructuras de estos tratamientos, describiéndose las etapas del proceso terapéutico y sus intervenciones más específicas. Posteriormente, se examinaron algunos de los estudios sobre la eficacia de estos tratamientos que se cuentan hasta la fecha de hoy.

En cuanto al modelo de Young (1994; 2005) éste integra la terapia cognitiva con la gestáltica, la teoría del apego y el enfoque psicoanalítico. Muy recientemente, ha también incluido técnicas de meditación para el trabajo con pacientes límites. La terapia es multifacética y cambia los esquemas mediante distintos mecanismos. Todavía no se ha probado formalmente y, actualmente, se está llevando a cabo un ensayo clínico controlado en los Países Bajos. Por el momento, la terapia centrada en esquemas sólo puede ser descrita como una promesa, un tratamiento integrador que ya ha conseguido un alivio significativo en un extenso rango de clientes difíciles, aunque sean necesarios estudios empíricos que apoyen esas observaciones. De esta manera, queda pendiente para otros trabajos reunir evidencias empíricas que demuestren verdaderamente (o no) la eficacia de esta terapia.

En lo que respecta a la terapia dialéctica conductual, Marsha Linehan (1993) ha desarrollado un modelo cognitivo-comportamental integrativo para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, especialmente para pacientes con comportamiento parasuicida. Este enfoque articula estrategias comportamentales cognitivas, psicoanalíticas, de la terapia centrada en el cliente e incluye principios y prácticas del Zen y una filosofía dialéctica que guían el tratamiento. De acuerdo con Fernández Álvarez (2003a) «[...] es uno de los programas terapéuticos integrativos para el tratamiento de trastornos severos, que más difusión ha alcanzado en los últimos años». Además, en estudios controlados es considerada una *terapia probablemente eficaz*.

Aunque los dos modelos resultan interesantes, por el momento, sólo existe evidencia empírica de la eficacia del modelo propuesto por Marsha Linehan. Por otra parte, es necesario continuar investigando qué componentes son responsables de su eficacia. Además, todavía se necesita aprender mucho sobre el trastorno límite de la personalidad y se requieren desarrollar estrategias de prevención.

Los dos modelos psicoterapéuticos revisados comparten la importancia dada a: 1)- las experiencias negativas en el desarrollo temprano; 2)- una relación colaborativa, interpersonal y positiva entre el paciente y el terapeuta; 3)- el papel activo por parte del terapeuta; 4)- contactos más frecuentes, ya sea a través de consultas telefónicas o e-mail 5)- la necesidad de poner unos límites claros en el encuadre como forma de evitar la interrupción prematura del tratamiento y el descontrol de impulsos; 6)- una actitud flexible por parte del terapeuta; 7)- la capacidad del terapeuta de crear una atmósfera de calidez, empatía y manejar de sus propios sentimientos, y 8)- intervenciones orientadas a reducir el desgaste (*burnout*) que normalmente padecen los terapeutas que tratan este tipo de pacientes. Se enfatiza la importancia de incluir en el dispositivo terapéutico la supervisión no sólo para mejorar la ayuda al paciente sino también para resguardar al terapeuta de la toxicidad que implica tratar a estos pacientes en particular.

Asimismo, tanto Linehan y Young ven la utilidad de la aplicación de la meditación en la terapia con pacientes límites, como un instrumento valioso tanto para el entrenamiento de los terapeutas como para la ayuda que pueden recibir los pacientes. Con estas técnicas de meditación proponen conectar lo mental con lo corporal, para que el paciente pueda alcanzar un dominio que le permita expandir su bienestar. En otras palabras, se intenta que el paciente pueda vivir una vida que, en vez de evitar el dolor, lo enfrente y le de un significado constructivo, logrando así su transformación, en algo positivo y digno de ser vivido.

Ambos enfoques comparten el integrar las técnicas de meditación oriental, en especial, las de conciencia plena con las técnicas más tradicionales y establecidas propias de la orientación cognitiva-conductual. Apuntan a un proceso terapéutico que sea dinámico, integrador y creativo, apelando a la combinación de una multiplicidad de técnicas provenientes de diversos enfoques.

Por todo lo expuesto, tal como lo plantea Fernández Álvarez (2003a), pareciera que los programas terapéuticos propuestos por Young y Linehan comienzan a moverse en dirección a la unificación de su territorio. Uno de los retos más apasionantes en la psicoterapia de nuestro tiempo es el de evolucionar desde la pluralidad hacia la exploración de un avance común. Los dos enfoques revisados partieron desde lineamientos teóricos distintos: Young basado en la teoría de los esquemas; mientras que Linehan en una teoría biosocial-transaccional. Pero ambos, no difieren demasiado en la práctica clínica y los dos enfoques parecen ser muy prometedores en cuanto a su eficacia.

En relación a lo anterior, Benjamín (1996) establece una analogía entre la música y la psicoterapia. Plantea que para que una psicoterapia funcione se necesita de una teoría genérica que, por lo menos, funcione como la comprensión del «*do-re-mi-fa-sol-la-si-do*» que posee un músico. Ya no hay tanta necesidad de preocuparse por agregar más “ciencia” a la psicoterapia y bombardear a los pacientes con una gran cantidad de tratamientos hasta fabricar *robots*. Esta autora agrega que, así como hay un arsenal de tipos de música e instrumentos musicales, también hay una enorme variedad de enfoques en psicoterapia. Por lo tanto, plantea que la necesidad actual no es agregar un enfoque más sino comprometerlos a transitar por el sendero de la creatividad y unicidad.

Por tanto, frente a la pregunta de si las dos terapias revisadas en este trabajo (que siguen una línea cognitiva-integrativa) transitan hacia un sendero común, se podría responder prematura y provisoriamente que sí. Pareciera que se desplazan hacia la misma dirección. No obstante, una respuesta más acabada constituiría los fines de otra investigación mucho más profunda, quedando así las puertas abiertas para futuros estudios sobre este tema.

Referencias bibliográficas

- Akiskal, H.S. (2004). Demystifying Borderline Personality: Critique of the Concept and Unorthodox Reflections on its Natural Kinship with the Bipolar Spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (6), 401-408.
- Apfelbaum, S. & Gagliosi, P. (2004). El trastorno límite de la personalidad: Consultantes, familiares y allegados. *Vertex*, 15 (58), 285-302.
- American Psychiatric Association (2001). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 158 (suppl. 10), 1-52.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª ed. revisada). Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed. revisada). Barcelona: Masson.
- Bagladi, V. (2005). Psicoterapia integrativa en trastornos límite de la personalidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (1), 19-35.
- Baringoltz, S. (1998). Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia. En Baringoltz, S. (Comp.), *Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia* (pp.15-25). Buenos Aires: Belgrano.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). The Development of an Attachment-Based Treatment Program for Borderline Personality Disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67 (3), 187-222.
- Beck, A. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. México: Paidós.
- Beck, J.S. (1998). Complex Cognitive Therapy Treatment for Personality Disorders Patients. *Bulletin of Menninger Clinic*, 62 (2), 170-195.
- Belloch, A. (2000). Psicoterapias cognitivo-conductuales en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 9 (3), 227-239.
- Belloch, A.; Martínez- Narváez, M.P. & Pascual, L.M. (1998). Psicopatología y personalidad. En García Martínez, J.; Garrido Fernández, M. & Rodríguez Franco, L. (Eds.). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia* (pp.133-159). Madrid: Fundamentos.
- Belloch, A. & Fernández Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Benjamin, L. (1996). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders* (2ª. ed.). New York: Guilford.
- Birnbaum, R.J. (2004). Borderline, Bipolar, or Both? *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (3), 146-149.
- Brodsky, B.S.; Malone, K.M.; Ellis, S.P.; Dulit, R.A. & Mann, J.J. (1997). Characteristics of Borderline

- Personality Disorder Associated with Suicidal Behavior. *American Journal Psychiatry*, 154 (12), 1715-1719.
- Conti, N. A. & Stagnaro, J.C. (2004). Personalidad normal y patológica y trastorno límite de la personalidad: Un enfoque histórico- nosográfico. *Vertex*, 15 (58), 267-273.
 - Cottraux, J. & Blackburn, I.M. (2001). Cognitive Therapy. En Livesley, W.J. (Ed.) *Handbook of Personality Disorders. Theory, research and treatment*. New York: Guilford.
 - Eastwick, Z. & Grant, A. (2005). The Treatment of People with Borderline Personality Disorder: A Cause for Concern?. *Mental Health Practice*, 8 (7), 38-41.
 - Díaz Curiel, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (78), 51-70.
 - Dolan-Sewell, R., Krueger, R. & Shea, T. (2001). Co-ocurrence with Syndrome Disorders. En Livesley, W.J. (Ed.) *Handbook of Personality Disorders. Theory, research and treatment*. New York: Guilford.
 - Feixas, G. & Miro, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
 - Fernández Álvarez, H. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.
 - Fernández Álvarez, H. (2000). Dependencia afectiva patológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 9 (3), 271-282.
 - Fernández Álvarez, H. (2003a). Claves para la unificación en psicoterapia (más allá de la integración). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12 (3), 229-246.
 - Fernández Álvarez, H. (2003b). Panorama de la terapia cognitiva. En Mesones Arroyo, H. (Ed.). *La psicoterapia y las psicoterapias* (pp.125-140). Buenos Aires: Ananké.
 - Fernández Álvarez, H. & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
 - Frank, J. (1988). Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En Mahoney, M.; Freeman, A. & Ibañez, E. (Eds.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós
 - Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3ª ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
 - Gluhoski, V.L. & Young, J. (1997). El estado de la cuestión en la terapia centrada en esquemas. En Caro, I. (Ed.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.
 - Golier, J.A.; Yhuda, R.; Bierer, L.M.; Mitropoulou, V.; New, A.S.; Schmeidler, J.; Silverman, J.M. & Siever, L.J. (2003). Relación entre el trastorno límite de la personalidad, el trastorno por estrés postraumático y los acontecimientos traumáticos. *American Journal of Psychiatry* (Ed. Esp.), 7 (2), 111-118.
 - Góngora, V. (2005, abril). *Creencias básicas y trastornos de personalidad en pacientes bulímicas argentinas*. Comunicación científica presentada en el IX Congreso de la Internacional Society for the Study of Personality Disorders, Mar del Plata, Argentina.
 - Griffith, L.F. (2003). Combining schema-focused cognitive therapy and psychodrama: A model for treating clients with personality disorders. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 55 (4), 128-141.
 - Gunderson, J (2004). Borderline personality disorder: New knowledge & new conceptions. *Psychiatric Times*, 21 (7), 41-42.
 - Gunderson, J., Berkowitz, C. & Ruiz- Sancho, A. (1997). Families of Borderline Patients: A psychoeducational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (4), 446-458.
 - Heard, H.L. & Linehan, M.M. (1994). Dialectical Behavior Therapy: An Integrative Approach to the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4 (1), 55-82.
 - Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (2001) Sinopsis de psiquiatría (8ª. ed.). Madrid: Médica Panamericana.
 - Keegan, E. (2004). Abordaje cognitivo del trastorno límite de la personalidad, *Vertex*, 15 (58), 287-294
 - Kernberg, O.F. (1998). *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. México: El Manual Moderno.
 - Klein, D.N. & Schwartz, J.E. (2002). The Relation between Depressive Symptoms and Borderline Personality Disorder Features Over Time in Dysthymic Disorder. *Journal of Personality Disorder*, 16 (6), 523-535.
 - Koerner, K. & Linehan, M.M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 151-67.
 - Koldobsky, N.M. (2004). Aspectos de la etiología de los desórdenes o trastornos borderline de la personalidad. *Revista Persona [En red]*, 2 (1). 25-34. Disponible en: <http://www.iaepd.com.ar>. (Fecha de acceso: 20/06/2005).
 - Koldobsky, N.M. (2005a). Cognición y personalidad. *Revista Persona [En Red]*, 3 (1). 29-34. Disponible

- en: <http://www.iaepd.com.ar>. (Fecha de acceso: 20/06/2005).
- Koldobsky, N.M. (2005b). *Trastorno borderline de la personalidad: Un desafío clínico*. Buenos Aires: Polemos.
 - Lau, M.A. (2005). **Terapia cognitiva basada en la conciencia plena: Integrando la conciencia plena, la meditación y la terapia cognitiva para reducir el riesgo de recaída en la depresión**. *Revista Argentina Clínica Psicológica*, [En red] 16 (2). Disponible en <http://www.aigle.org.ar> (Fecha de acceso: 11/12/2005)
 - Leiderman, E.A., Buchovsky, M.; Jiménez, M.; Nemirovsky, M.; Pavlovsky, F.; Giordano, S. & Lipovetzky, G. (2004). Diagnóstico y tratamiento del trastorno borderline de la personalidad: Una encuesta a profesionales. *Vertex*, 15 (58), 274-279.
 - Lieb, K.; Zanarini, M.C.; Schmahl, C.; Linehan, M.M.; Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364: 453-462.
 - Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
 - Linehan, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
 - Linehan, M.M.; Tutek, D.A.; Heard, H.L. & Armstrong, H.E. (1994). Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 151 (12), 1771-1776.
 - Linehan, M., Ivanof, A., Roins, R. (2001). Dialectical Behaviour Therapy. En Livesley, W.J. (Ed.) *Handbook of Personality Disorders. Theory, research and treatment*. New York: Guilford.
 - Lingardi, V.; Filippucci, L. & Baicco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy research*, 15 (1-2), 45-53.
 - Livesley, W.J. (2001). Conceptual and Taxonomic Issues. En Livesley, J.W. (Ed.) *Handbook of Personality Disorders. Theory, research and practice*. New York: Guilford.
 - Livesley, W.J. (2004). Changing Ideas about the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34 (3), 185-192.
 - Livesley, W. J. (2005a). Progress in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (8), 433-434.
 - Looockwood, G. & Young, J.E. (1992). Introduction: Cognitive Therapy for Personality Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6 (1), 5-10.
 - Magill, C.A. (2004). The Boundary between Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder: Current Concepts and Challenges. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (8), 551-556.
 - Magnavita, J.J. (1999). *Relational therapy for personality disorder*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
 - Mahoney, M.; Freeman, A. & Ibañez, E. (1988). *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós
 - Mazaira, S. (2004). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de la personalidad. *Vertex*, 15 (58), 303-308.
 - McMain, S.; Korman, L.M. & Dimeff, L. (2001). Dialectical Behavior Therapy and the Treatment of Emotion Dysregulation, *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2). 183-196.
 - Millon. T. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
 - Mohan, R. (2002). Treatment for Borderline Personality Disorder: Integrating Evidence into Practice. *International Review of Psychiatry*, 14 (1), 42-51.
 - Molina Ramos, R.; Carrasco Perera, J.L.; Pérez Urdaniz, A. & Sánchez Iglesias, S. (2002). Factores asociados al diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Actas españolas de Psiquiatría*, 30 (3), 153-160.
 - Nee, C. & Farman, S. (2005). Female prisoners with borderline personality disorders: Some promising treatment developments. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 15 (1), 2-15.
 - Oldham, J.M. (2005). *Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Arlington: American Psychiatric Association. Disponible en: http://www.psych.org/psych_pract/treat/pg/prac_guide.cfm. (Fecha de acceso 20/11/2005)
 - Oldham, J.M. (2006). *Borderline Personality Disorder and Suicidality*. *American Journal of Psychiatry* 163 (1), 20-26. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/1/20>. (Fecha de acceso: 24/02/2006).
 - *Organización Mundial de la Salud* (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Visor.
 - Organización Mundial de la salud (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
 - Paris, J. (2004a). Half in Love with Easeful Death: The Meaning of Chronic Suicidality in Borderline per-

- sonality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (1), 42-49.
- Paris, J. (2004b). Borderline or Bipolar? Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Spectrum Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (3), 140-146.
 - Paris, J. (2004c). Personality Disorders Over Time: Implications for Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 58 (4), 420-430.
 - Paris, J. (2005a). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172 (12), 1579-1584.
 - Paris, J. (2005b). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (8), 435-442.
 - Perez Urdaniz, A.; Santos García, J.M.; Molina Ramos, R.; Rubio Larrosa, V.; Carrasco Perera, J.L.; Mosqueira Terrón, L. & Romero, E.F. (2001). Aspectos socioculturales en la génesis de los trastornos de la personalidad. *Actas españolas de psiquiatría*, 29 (1). 47-58.
 - Perris, C. & McGorry, P. (2004) *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
 - Raine, A. (1993). Features of Borderline Personality and Violence. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (2), 277-282.
 - Sanislaw, C.A.; Grilo, C.M.; Morey, L.C.; Bender, D.S.; Skodol, A.E.; Gunderson, J.G.; Shea, M.T., Stout, R.L.; Zanarini, M.C. & McGlashan, T.H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *American Journal of Psychiatry*, 159 (2), 284-290.
 - Sansone, R.; Fine, M.A.; Seufferer, S. & Bovenzi, J. (1989). The Prevalence of Borderline Personality Symptomatology among Women with Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (4), 603-611.
 - Shaw Welch, S. & Linehan, M.M. (2002). High-Risk Situations Associated with Parasuicide and Drug Use in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16 (6), 561-569.
 - Siever, L.J. & Koenigsberg, M.D. (2004). La frustrante tierra de nadie de los desórdenes límites de la personalidad. *Revista Persona* [En red], 1 (1), 6-11. Disponible en: <http://www.iaepd.com.ar> (Fecha de acceso 20/06/2005).
 - Singleton, N., Meltzer, H. & Gatward, R. (1998) *Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales*. London: Stationery Office.
 - Skodol A.E., Gunderson J.G., Pfohl B., Widiger T.A., Livesley W.J. & Siever L.J. (2002). The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 933-5.
 - Smith, D.J.; Muir, W.J. & Blacwood, D.H. (2004). Is Borderline Personality Disorder Part of the Bipolar Spectrum?. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (3), 133-138.
 - Sperry, L (1995). *Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM-IV Personality Disorders*. New York: Brunner/Mazel.
 - Swales, M.; Heard, H.L. & Williams, J.M. (2000). Linehan's Dialectical Behavior Therapy (DBT) for Borderline Personality Disorder: Overview and Adaptation. *Journal of Mental Health*, 9 (1), 7-24.
 - Swartz M., Blazer D., George L. & Winfield I. (1990). Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community. *Journal of Personality Disorders*, 4 (3), 257-72.
 - Target, M. (1998). Outcome Research on the Psychosocial Treatment for Personality Disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62 (2), 215-230.
 - Tineo, L. (1997). El proceso terapéutico en la terapia centrada en esquemas. En Caro, I. (Ed.) *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 235-250). Barcelona: Paidós.
 - Tineo, L. (1998). Terapia cognitiva y desórdenes del personalidad. En Baringoltz, S. (Ed.) *Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia* (pp.123-153). Buenos Aires: Belgrano.
 - Young, J.E. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach* (ed. revised). Sarasota: Professional Resource Exchange.
 - Young, J.E. & Lindemann, M. (1992). An integrative Schema-Focused Model for Personality Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6 (1), 11-24.
 - Young, J.E. (fecha de acceso: 2005, 20 de junio). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. [En red] (Fecha de trabajo original: 2004). Disponible en: <http://www.schematherapy.com>.
 - Young, J.E. (2005). Schema-focused Cognitive Therapy and the Case of Ms.S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15 (1), 115-126.
 - Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R.; Dubo, E.D.; Sichel, A.E.; Trikha, A.; Levin, A. & Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155 (12). 1733-1739.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. & Silk, K. R. (2003). The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*; 160 (2), 274-284.
- Zlotnick C., Rothschild L. & Zimmerman M. (2002): The Role of Gender in the Clinical Presentation of Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal Personality Disorders*, 16 (3), 277-282

