

Capítulo 2: Una aproximación a la psicoterapia integrada del trastorno límite de la personalidad: Algunos principios generales.

Autor: Carlos Mirapeix Costas

ABORDAJE INTEGRADOR

DEL TRASTORNO LÍMITE

DE LA PERSONALIDAD

CARLOS MIRAPEIX COSTAS

JAVIER VÁZQUEZ-BOURGON

ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

JESÚS ARTAL SIMÓN

ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

EDITORES

CARLOS MIRAPEIX COSTAS

Fundación para la investigación en psicoterapia y personalidad (FUNDIPP), Santander.
Co-director del curso de especialista universitario en psicoterapia integrada de los trastornos de la personalidad, Universidad de Deusto.

JAVIER VÁZQUEZ BOURGON

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

JESÚS ARTAL SIMÓN

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria.

2 UNA APROXIMACIÓN A LA PSICOTERAPIA INTEGRADA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: ALGUNOS PRINCIPIOS GENERALES

Carlos Mirapeix Costas

1. INTRODUCCIÓN

Aún teniendo datos empíricos de la eficacia de algunos tratamientos en el Trastorno Límite de la Personalidad (en adelante TLP) (Bateman y Fonagy, 1999; Blum et al., 2008; Chanen et al., 2008; Clarke et al., 2013; Clarkin et al., 2007; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 1993; McMain et al., 2012) por mencionar algunos; aún estamos en los albores de la investigación sobre eficacia de los tratamientos de los Trastornos de la Personalidad (Clarkin, 2006). Ha habido recientemente algunas similitudes en la comparación de tratamientos especializados con abordajes clínicos estructurados que han arrojado resultados similares y que veremos más adelante. Valga como conclusión de esto que parece quedar clara la necesidad de que los tratamientos del TLP sean estructurados, con una serie de fases que se apliquen de forma organizada y ello va a facilitar la mejoría clínica del paciente.

Por lo tanto, de los datos derivados de la investigación podemos concluir que no hay una sola teoría psicológica ni un tratamiento psicoterapéutico que tenga el monopolio de la efectividad en el tratamiento de estos trastornos (Livesley, 2000). El reto del tratamiento de los trastornos de personalidad en general y del trastorno límite de la personalidad en particular, es el de ser capaces de aplicar diversas intervenciones terapéuticas de una manera integrada que permitan manejar la patología individual (Livesley, 2003).

Esto que resulta fácil de plantear, muy integrador y ecléctico, no debe de hacernos olvidar que implica en sí

mismo el desarrollo de un modelo metateórico sobre la etiología, patogenia y desarrollo de los trastornos de personalidad. Es decir, una visión integradora del tratamiento de los trastornos de personalidad, en última instancia, debe de estar sustentada en una comprensión integradora de la personalidad del individuo. A pesar de lo sensato de este planteamiento, desafortunadamente, el conocimiento científico actual es probablemente muy rudimentario para poder desarrollar una teoría integradora sobre la etiología y desarrollo de la personalidad del ser humano. Cada escuela opera desde su propio marco teórico, con una visión escotomizada y es necesario un abordaje biospsicosocial e integrador (Mirapeix, 1997). Hay todavía muchos vacíos y puntos oscuros y la única forma de seleccionar un modelo único integrador es asumiendo su valor heurístico (Livesley, 2003). Puede resultar de interés utilizar el concepto de consiliencia, que fue desarrollado por Edgar O. Wilson, en su texto “La unidad del conocimiento”. En él, el autor plantea la posibilidad de utilizar este método como forma de unificar las distintas ramas del conocimiento. Según esto, se hace referencia al principio de que la evidencia de fuentes independientes sin relación, pueden “converger a conclusiones firmes”. Cuando múltiples fuentes de evidencia están de acuerdo, la conclusión puede ser muy fuerte, incluso cuando ninguna de las fuentes individuales de pruebas sean muy fuertes por su cuenta. Es muy habitual que los conocimientos científicos más establecidos, lo estén apoyados por una convergencia de la evidencia. Modelos como el descrito por el autor mencionado, contribuyen a sustentar epistemológicamente y

teóricamente, este planteamiento integrador y ecléctico, que trasciende las divisiones escotomizadas de diferentes escuelas, apostando por un sumatorio coherente de conocimientos que contribuya a explicar la complejidad.

En relación a la evolución de los tratamientos de los trastornos de personalidad, podemos resumir diciendo que las tendencias históricas en el abordaje de estos trastornos pueden dividirse en tres fases.

1. La primera de ellas, anterior a 1990, en la que los tratamientos fundamentalmente estaban basados en orientaciones psicoanalíticas y tratamientos de tipo comunidades terapéuticas desarrollados fundamentalmente en entornos forenses. Una característica de este tipo de tratamientos es que no fueron objeto de evaluaciones extensas a excepción de algunos intentos aislados para la evaluación de la psicopatía.
2. Hay una segunda fase posterior a 1990 en la que se desarrollan distintos tipos de abordajes psicoterapéuticos. Así, en 1993 se publica el primer estudio aleatorizado que demuestra la eficacia de la terapia dialéctico conductual en el tratamiento de los pacientes *borderline* y con conductas suicidas (Linehan et al., 1993). En la actualidad hay aproximadamente unos 10 modelos de psicoterapia de trastornos de la personalidad contando algunos de ellos con estudios aleatorizados sobre su eficacia.
3. Actualmente, podríamos considerar que en pleno siglo XXI, estamos en una tercera fase en la que se están desarrollando modelos fundamentalmente integradores y que más que ceñirse a las orientaciones teóricas o técnicas de una sola escuela, lo que hacen es utilizar un referente teórico particular para armar el tratamiento y una flexibilidad técnica para conseguir los objetivos (Livesley, 2000; Livesley, 2005).

En el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad graves, tal y como actualmente defienden la mayor parte de los especialistas, es necesario un abordaje integrador desde el punto de vista teórico y ecléctico desde el punto de vista técnico. El modelo cognitivo analítico que guía nuestro programa de intervención multifásico (que describiré en el capítulo 7), es integrador, multicomponente y politécnico, ajustándose a los requisitos que plantea la mayor parte de los especialistas en trastornos de personalidad en el momento actual (Bateman et al., 2015; Dimaggio y Livesley, 2012; Livesley, 2012).

Hay una toma de posición en este planteamiento integrador, y considero la función reflexiva, la “mentalización” como un factor común en psicoterapia (Allen et al., 2008). En última instancia, no hay ninguna terapia que en su forma de actuación, no incluya la función reflexiva, sea cual fuere el modelo de terapia aplicado, la necesidad de fomentar una mayor capacidad de auto-observación en el individuo, es un elemento común a cualquier tipo de tratamiento. Y aunque lo veamos en otro capítulo, es importante señalar que la planificación estratégica y técnica, dependerá de la evaluación, manejo y evolución de la función reflexiva a lo largo del proceso terapéutico, planteando un modelo de intervención en fases, en las que el déficit de la función reflexiva establece un marcador de planificación estratégica, con una clara distinción en los procedimientos utilizados tanto a nivel de evaluación como de intervención (Luyten, 2011).

2. NUEVAS APORTACIONES AL DIAGNOSTICÓ DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por la presencia de cambios bruscos en los estados mentales de los que, con mucha frecuencia, el paciente ni es consciente, ni es capaz de controlar y tiene serias dificultades en el mantenimiento de una identidad coherente e integrada; asimismo presenta dificultades en el mantenimiento de relaciones interpersonales armónicas. Estos cambios bruscos en los estados mentales y la falta de conciencia del paciente sobre los mismos y las consecuencias de estos en los demás que le rodean, están en la base de la problemática del paciente.

Estos estados emocionales cambiantes de los que el paciente es difícilmente consciente, suelen ser estados dolorosos, cargados de angustia y desesperación, que pueden ir asociados a pérdida de control de impulsos, causando una seria interferencia en las relaciones con los demás. El sufrimiento que acarrea este trastorno para el individuo y las dificultades relacionales implícitas al mismo, hace necesario el desarrollo de modelos terapéuticos que permitan aliviar el sufrimiento.

He de explicar porqué me voy a detener en las nuevas aportaciones diagnósticas del DSM-V, y especialmente de su sección III. La introducción de una concepción dimensional, nos va a ayudar a identificar las conductas

vinculadas al temperamento del individuo, que están muy ligadas a la genética de la conducta y que son relativamente poco sensibles al cambio producido en los tratamientos psicoterapéuticos. Esta propuesta de la sección III, da una importancia nuclear a la identidad y a las relaciones interpersonales, suponiendo todo esto, la necesidad de construir un planteamiento terapéutico que, inevitablemente, debe de incluir en su estructura conceptual la importancia primordial del concepto de identidad y de relaciones interpersonales. Las aportaciones que se están haciendo en la CIE 11 giran en torno a utilizar también un modelo dimensional y, fundamentalmente, a establecer el grado de adaptación del funcionamiento de la persona, así como el índice de severidad, necesarios ambos tanto en el diagnóstico, como en la planificación terapéutica.

Más allá de una definición concreta de la personalidad y de sus trastornos, basada en criterios operativos, es necesaria la comprensión de los trastornos de personalidad como trastornos de la identidad y de las relaciones interpersonales, así como de la capacidad reflexiva del sujeto sobre sus estados mentales y los procesos relacionales.

Recientemente ha sido publicado un trabajo sobre cuáles son los distintos caminos a través de los cuales un individuo termina por desarrollar un trastorno límite de la personalidad (Chanen y Kaess, 2012). Nuestra comprensión actual de las vías evolutivas que llevan a un individuo al desarrollo de un trastorno límite de la personalidad, se ha mejorado recientemente con los estudios longitudinales, así como con el estudio de jóvenes diagnosticados de esta patología. Parece que hay una población con una carga genética que les hace tener un genotipo sensitivo y que presentan un mayor riesgo para el desarrollo del trastorno límite de personalidad, cuando coincide en su entorno la presencia de factores ambientales predisponentes, apoyando todo esto el modelo de diátesis stress propuesto hace ya más de 30 años. Desde este punto de vista, en jóvenes con trastorno límite de la personalidad, se han identificado una serie de factores de riesgo, como son: experiencias adversas, trauma psicológico, algunas características socio demográficas, tanto de padres como de hijos y dificultades relacionales, así como conductas parentales poco adaptativas, que sitúan al adolescente en un mayor riesgo de padecer un trastorno límite de personalidad. Por último comentar que el TDAH, TOC, abusos de sustancias, depresión, que parecen estar

vinculados a genotipos que pueden actuar como precursores del TLP, no hay ninguna demostración empírica que justifique su aparición. Lo que sí tenemos es datos cada vez más robustos que vinculan la presencia de rasgos y características de trastorno límite de personalidad en los adolescentes y probablemente en la infancia, que deben y pueden considerarse como uno de los mejores predictores de la aparición tardía en el adulto del trastorno límite de personalidad y un peor pronóstico del mismo.

2.1. LOS CRITERIOS CLÁSICOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Los pacientes con un trastorno límite de la personalidad presentan un patrón de comportamiento con una marcada inestabilidad en sus emociones, con relaciones interpersonales complejas, con una mala autoimagen y con una impulsividad en sus reacciones emocionales y manifestaciones conductuales. La visión que el paciente con TLP tiene de sí mismo, viene marcada por una profunda sensación subjetiva de vacío, de confusión en relación a su identidad, a sus objetivos vitales y generalmente vinculada a tristeza y a malestar con respecto a sí mismo a lo largo del tiempo. La visión que tienen de los demás, son como sujetos distantes, que no responden adecuadamente a sus demandas, que pueden ser amenazantes y que responden de forma arbitraria. La entrevista se caracteriza por el vaivén en los cambios de ritmo emocional de la relación terapéutica y el entrevistador ha de ser cauto en no desestabilizar al entrevistado y en no dejarse desestabilizar por él. Por otro lado, el terapeuta debe saber aprovechar estos cambios para situarlos en primer lugar, en el foco de evaluación y posteriormente, como foco de intervención.

Recientemente ha habido una revisión crítica de las aportaciones del DSM-V a la clasificación de los trastornos de personalidad (Echebura et al., 2014) donde en la clasificación oficial de los criterios de los trastornos de personalidad, lo único que se ha hecho ha sido suprimir el sistema multiaxial y conservar prácticamente todo los criterios diagnósticos categoriales del DSM –IV TR e incluirlos en el DSM-V, dejando de lado las aportaciones dimensionales que solo aparecen en las propuestas alternativas de la sección III que comentaremos a continuación.

La mayor parte de los profesionales ven inconvenientes en la clasificación categorial del DSM-IV-TR, y hay un mayor apoyo a la aproximación dimensional. La visión

integradora que sintetiza dimensiones y categorías tiene cada vez más apoyos y los planteamientos prototípicos cada vez son más cercanos a cómo, en la realidad clínica, los profesionales llegan al diagnóstico de un trastorno de personalidad. En el DSM 5 hay dos clasificaciones (una muy similar a la previa del DSM IV TR, que figura en la sección II) y otra innovadora que se presenta como alternativa al sistema actual y que viene recogida en la sección III. Esta última centrará una de las líneas argumentales, pues sus novedades son de gran relevancia para la comprensión mentalizadora que defiende en este capítulo y sobre todo, para el desarrollo de sistemas de evaluación de los nuevos planteamientos clasificatorios.

La capacidad “mentalizadora” o la deficiencia de la función reflexiva, tanto si es entendida como estado o como rasgo perteneciente a la estructura del individuo, es un elemento nuclear de este trastorno y ayuda a comprender gran parte de su psicopatología, la falta de coherencia, de integración de su identidad, las disfunciones relacionales en el terreno interpersonal y la propias de su deficiente adaptación social.

Antes de entrar en los criterios generales de la sección III del nuevo DSM 5, quiero sólo mencionar algo relativo al concepto de persistencia, que implica el mantenimiento a largo plazo y que es la esencia del concepto y diagnóstico de trastorno de personalidad. Esto está siendo cuestionado actualmente. Si bien clásicamente se entendió el trastorno límite de personalidad como un trastorno crónico, los estudios epidemiológicos longitudinales del presente siglo, arrojan datos que hacen pensar que algunos trastornos de personalidad no son tan estables y crónicos como inicialmente parecían y que hay algunos síntomas que son susceptibles a la mejoría progresiva con el paso de los años y otros que tienden a la persistencia y la estabilidad (Tracie et al., 2009; Zanarini et al., 2005). Quisiera aprovechar esta aportación de los estudios epidemiológicos longitudinales, para reflexionar brevemente sobre las implicaciones terapéuticas y pronósticas de estos hallazgos. Sobre todo, en el peso específico que estos hallazgos empíricos tienen sobre la evolución longitudinal de trastorno límite de personalidad. Esto tiene repercusiones en el terreno psicoeducativo y sobre todo en la esperanza que se transmite a muchos pacientes, con respecto a que la evolución natural de su trastorno, no es ni tan crónica ni tan pesimista, como anteriormente se pensaba.

Estos nuevos hallazgos epidemiológicos de los estudios longitudinales, aportan una visión más esperanzadora, contribuyendo a eliminar el estigma, la visión negativa y pesimista que afectaba a muchos pacientes, familiares y también, como no, a muchos profesionales.

2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TLP DE LA SECCIÓN II DEL DSM 5, COINCIDENTES CON LOS DEL DSM IV TR

Se conservan en el actual DSM-5 los criterios tanto generales como específicos de los trastornos de personalidad y ha desaparecido el sistema multiaxial de clasificación. Se mantienen los criterios generales de trastorno de la personalidad (p.646) no existiendo ninguna modificación con respecto a los criterios anteriores. Incluyo a continuación, los criterios específicos del trastorno límite de personalidad incluidos en el DSM-5.

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen 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:

Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

Impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria y atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez días).

Sentimientos crónicos de vacío.

Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante y peleas físicas recurrentes).

Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

2.3. LAS NUEVAS APORTACIONES DE LA SECCIÓN III DEL DSM 5

Parece de especial relevancia, hacer una breve mención al contenido de las propuestas alternativas de la sección III del DSM-5.

Como comentaba antes, nos vamos a centrar con más detalle en la descripción de los actuales criterios generales que se proponen en la sección III del nuevo DSM 5, y que tienen un planteamiento centrado en el “self” y en las relaciones interpersonales, en las que esta visión “mentalizadora” del trastorno límite de la personalidad adquiere un especial sentido y relevancia.

Estas nuevas aportaciones cubren tres áreas fundamentales:

1. La importancia de los nuevos criterios generales que se utilizan para el diagnóstico de trastorno de personalidad.
2. Aportaciones dimensionales incluidas en el DSM5.
3. Descripción del trastorno límite de la personalidad y los rasgos que debe presentar en el área dimensional.

2.3.1. LOS NUEVOS CRITERIOS GENERALES PARA EL DIAGNÓSTICO

Los criterios generales de esta sección III que figuran en la página 361 del nuevo manual de diagnóstico estadístico en su quinta edición. Simplemente quiero hacer hincapié en que entre las características fundamentales que se deben de considerar presentes para el diagnóstico de un trastorno de personalidad la primera de ellas, que figuran como criterio A, consiste en: un deterioro moderado o alto en el funcionamiento personal en las áreas vinculadas al “self” y a las relaciones interpersonales. Estos criterios vinculados al “self” y al funcionamiento interpersonal, influyen el resto de los criterios generales y son el eje central de los diferentes niveles de severidad del funcionamiento personal a los que nos referiremos a continuación.

Criterio A: nivel de funcionamiento de la personalidad

Estas alteraciones que se presentan en el “self” y el funcionamiento interpersonal, constituyen el núcleo de la psicopatología de la personalidad en este modelo de diagnóstico alternativo que se plantea en la sección III del ma-

nual DSM 5. En este modelo alternativo, las disfunciones del “self” y las relaciones interpersonales, se plantean en un continuo que viene reflejado de una forma muy sintética en la tabla 2 de las páginas 775 a 778 y que no voy a incluir aquí, pero si recomiendo su lectura. Hay cinco niveles de deterioro tanto relativos al “self”, como en el funcionamiento interpersonal, y van desde un nivel relativamente adaptado a otro extremo con un gran deterioro.

Lo realmente esencial del planteamiento del criterio A, es la importancia concedida al “self” y a las relaciones interpersonales. A efectos de plantear desde este momento una visión del “self” entendida desde la multiplicidad (Mirapeix, 2008), quiero resaltar que en el clima postmoderno de hoy en día, el concepto de self como una estructura psicológica coherente y perdurable es un concepto cuestionado. El “self” no es unitario sino múltiple, no es estático sino que fluctúa, no es un centro de iniciativa aislado sino constituido intersubjetivamente, como sostiene un grupo cada vez mayor de teóricos relacionales, intersubjetivistas y otros teóricos postmodernos (Ryle y Fawkes, 2007). Esta visión del “self” desde la multiplicidad da una riqueza a la comprensión clínica del mismo y a la comprensión y descripción de las circularidades interpersonales. De tal forma que el DSM 5, establece una categorización y definición de las mismas en los siguientes términos:

Self

1. *Identidad*: La experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los demás, la estabilidad de la autoestima y la exactitud de la autoevaluación; capacidad y habilidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales.
2. *Autodirección*: Persecución de objetivos y metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida; uso de normas internas de comportamiento constructivas y pro sociales; capacidad de auto reflexionar productivamente.

Interpersonal

1. *Empatía*: Comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes puntos de vista; discernir los efectos de la propia conducta en los demás.
2. *Intimidad*: La profundidad y la duración de la relación con los demás; el deseo y la capacidad de cerca-

nía; reciprocidad de la relación reflejada en el comportamiento interpersonal.

La dificultad en el funcionamiento de la personalidad predice la presencia de un trastorno de la personalidad, y la gravedad del deterioro predice si un individuo tiene más de un trastorno de la personalidad o si sufre uno de los trastornos de personalidad típicamente más graves. Se requiere un nivel moderado de dificultad en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad; este umbral se basa en la evidencia empírica de que el nivel moderado de deterioro maximiza la capacidad de los clínicos para identificar con precisión y eficiencia la patología del trastorno de la personalidad.

2.3.2. LA APORTACIÓN DIMENSIONAL DEL DSM 5

No es éste el lugar para entrar en profundidad en la aportación dimensional de la actual propuesta de clasificación innovadora de la sección III; simplemente valga decir que en esta nueva propuesta de diagnóstico, la especificación de la presencia de una serie de rasgos de personalidad se hace necesaria junto con el resto de los criterios mencionados. Al acuerdo al que se ha llegado, es establecer 5 dominios de rasgos específicos que son los siguientes: afectividad negativa, introversión (desapego), antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Cada uno de estos rasgos tiene una clasificación y descripción en diferentes facetas de cada uno de estos rasgos y viene claramente sintetizada en la tabla 3 de la última edición del manual de diagnóstico en la página 779 a 781. De nuevo, recomiendo su lectura, pues esta temática dimensional, en sí misma supone todo un desarrollo especializado, de gran futuro y con repercusiones en la psicoterapia. En el capítulo 3 de esta monografía, elaborado por Gutiérrez Zotes, se abordará además la temática específica de la evaluación dimensional.

2.3.3. EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, SEGÚN EL MODELO ALTERNATIVO DE LA SECCIÓN III DEL ACTUAL DSM 5

Trastorno límite de la personalidad

Las características típicas del trastorno de la personalidad límite son la inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de los afectos, acompañada por la impulsividad, el com-

portamiento de riesgo y/o la hostilidad. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, y la empatía y/o intimidad, tal y como se describen más adelante, además de los rasgos desadaptativos específicos de los dominios de afectividad negativa, antagonismo y/o desinhibición.

Criterios diagnósticos propuestos

Una de las grandes innovaciones de esta propuesta alternativa de la sección III, es que puede realizarse un diagnóstico de trastorno de personalidad especificado por rasgos, de tal forma que aunque no cumpla los criterios diagnósticos para un trastorno específico de tipo categorial, puede considerarse que presenta un trastorno de personalidad en el caso de que sus rasgos disfuncionales puntúen por encima de la media y presenten dificultades en su adaptación en las relaciones interpersonales, en el “Self” y en la adaptación social.

- A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:
1. *Identidad*: autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada a un exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.
 2. *Autodirección*: inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro.
 3. *Empatía*: capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables.
 4. *Intimidad*: relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación, que conlleva a la alternancia correspondiente entre sobre implicación y distanciamiento.
- B. Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) impulsividad, (6) la toma de riesgos, o (7) hostilidad:
1. *Labilidad emocional* (un aspecto de la afectividad negativa): experiencias emocionales inestables y

estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa y/o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.

2. *Ansiedad* (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
3. Inseguridad de separación (un aspecto de la afectividad negativa): temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía.
4. Depresión (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida.
5. Impulsividad (un aspecto de la desinhibición). Actuar en el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, dificultad para trazar o seguir los planes; sentido de urgencia y comportamiento auto lesivo en virtud de la angustia emocional.
6. Asunción de riesgos (un aspecto de la desinhibición): implicarse en prácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, innecesariamente y sin atender a las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad del peligro personal.
7. Hostilidad (un aspecto del antagonismo): sentimientos de enojo persistente o frecuente; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.

Los rasgos de personalidad y los especificadores de funcionamiento pueden emplearse para registrar otras características de personalidad que están presentes en el trastorno de la personalidad límite, pero que no son necesarios para

el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de psicoticismo (desregulación cognitiva y perceptiva) no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad (véase el Criterio B), pero se pueden especificar cuando sea apropiado. Por otra parte, aunque el deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad es imprescindible para diagnosticar el trastorno de la personalidad límite (Criterio A), también puede especificarse el nivel exacto de funcionamiento de la personalidad.

3. ALGUNOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Aunque nos refiramos en este epígrafe al trastorno límite de la personalidad, estos principios son aplicables al resto de trastornos de personalidad desde la perspectiva integradora que venimos defendiendo en este capítulo. Vamos a centrar este apartado en tres argumentos fundamentales: unos principios básicos de un abordaje integrador, una visión integrada del “self” y un modelo teórico de la circularidad interpersonal.

3.1 PRINCIPIOS BÁSICOS DE UN ABORDAJE INTEGRADOR

Los datos de los que disponemos actualmente, derivados de los diversos programas especializados del tratamiento de trastornos de la personalidad y sustentados en un conocimiento fundamentado empíricamente, nos permiten identificar algunos aspectos generales sobre la personalidad que tienen implicaciones en su tratamiento. Esto permite proponer algunos principios generales que pueden servir para orientar la estructura general del tratamiento (Livesley, 2003):

Principio 1: Los trastornos de personalidad implican múltiples áreas de la psicopatología.

La compleja patoplastia del trastorno límite de la personalidad implica que puede afectar sistemas a diferentes niveles: desde ansiedad a tristeza, autolesiones, síntomas psicóticos fugaces, dificultad en la regulación de los impulsos....Este amplio rango de psicopatología nos permite afirmar que no hay una intervención simple y única que aborde toda la variedad tan compleja de múltiples

manifestaciones dentro del trastorno. Solo será posible abordar dicha complejidad, utilizando intervenciones que se ajusten a las características de cada uno de los síntomas, permitiendo intervenir sobre ellos para producir una mejoría. Esto deberá estar sustentado en la evidencia empírica de la que disponemos en el momento actual.

Implicación de este principio: *Un tratamiento comprensivo y coherente requiere una combinación de intervenciones ajustadas a los problemas del paciente individual.*

Por lo tanto, estas consideraciones nos deben hacer pensar que una aproximación coherente al TLP con los conocimientos disponibles actualmente, deben de incluir intervenciones que provengan de por lo menos: modelos cognitivos conductuales, terapia interpersonal, psicoterapia psicodinámica, psicología del “Self” y farmacoterapia.

Principio 2: Los trastornos de personalidad implican en general manifestaciones y características comunes y nucleares a casi todos los casos y todas las formas de trastornos de personalidad. Algunas características específicas se observan en algunos casos y no en otros.

Tal y como señalaba, hemos tenido ocasión de ver en el apartado correspondiente a la sección III del DSMV, que hay una serie de elementos nucleares vinculados a todo trastorno de personalidad y que están siempre presentes: un deterioro en el establecimiento de una representación estable e integrada del “Self” y de los otros, dificultades en el desarrollo de una capacidad para las relaciones interpersonales cercanas y el desarrollo de una afiliación y vinculación interpersonal; así como una deficiencia en el desarrollo de conductas pro-sociales y relacionales cooperativas. Como vemos, podríamos concluir que, en esencia, todo trastorno de personalidad presenta dos áreas nucleares que finalmente fueron incluidas en esta sección III, y que inicialmente fueron descritas por Livesley en 1998: problemas crónicos a nivel interpersonal y deterioro en la estructuración y coherencia e integración del “Self”.

Desde nuestra perspectiva y asumiendo todo lo anterior y dirigiéndonos exclusivamente a factores generales comunes a todos los trastornos de personalidad, entendemos que un tratamiento integrado del trastorno límite de personalidad, debe de tener entre sus objetivos la búsqueda de una mayor integración y coherencia de la identidad y del “Self” y una mejora de la calidad de las relaciones interpersonales y por último, todo esto, debe de redundar en una mayor adaptación social.

Además de las intervenciones generales dirigidas a componentes comunes a todos los trastornos, se deberán de utilizar técnicas de intervención que permitan abordar características específicas del trastorno, que pueden ir desde una mayor gravedad, como las autolesiones o heteroagresiones, que requieren intervenciones reguladoras de tipo cognitivo conductual, muy bien estructuradas en el abordaje dialéctico conductual; a posteriores intervenciones dirigidas al manejo de los afectos y regulación de los mismos a través del entrenamiento en Mindfulness, o distintas técnicas de regulación emocional.

Implicación de este principio número 2: *Un modelo de tratamiento coherente y comprensivo requiere de 2 componentes: estrategias generales para manejar y tratar los elementos vinculados a la psicopatología general e intervenciones específicas diseñadas y ajustadas a las características de los casos individuales.*

A medida que se avanza en el tratamiento, como iremos viendo posteriormente, la estructura terapéutica va abordando secuencialmente síntomas de mayor complejidad.

Principio 3: El trastorno de personalidad es una condición biopsicosocial con una etiología compleja tanto biológica como psicosocial. Esto implica la necesidad de desarrollar estrategias y técnicas de intervención, que aborden esta complejidad a múltiples niveles: biológico, psicológico y social.

Cuando nos referimos a la necesidad de desarrollar intervenciones que tomen en consideración los aspectos biológicos, no solo nos referimos a la utilización de psicofármacos para regular la presencia de determinados síntomas. Nos estamos refiriendo también a que hay que tener en mente que algunos rasgos temperamentales están altamente vinculados a la herencia y solo pueden ser aliviados y modificados en pequeña medida. Por ejemplo, aquellos individuos que tienen una propensión hacia la labilidad afectiva, impulsividad y búsqueda de estímulos, van a continuar con esas tendencias a lo largo de su vida. Por esta razón, el tratamiento debe focalizar en ayudar a los pacientes a reconocer y a darse cuenta de la presencia de tendencias temperamentales básicas en su estructura de personalidad y ayudarles a que puedan expresarlas de una forma más adaptativa, en vez de intentar por parte de los terapeutas, cambiar la estructura de rasgos de personalidad sólidamente vinculados a factores genéticos.

Implicaciones del principio número 3

1. *Ambas de las intervenciones biológicas y psicológicas tienen un papel que jugar en el tratamiento de los casos individuales.*
2. *Los factores biológicos y de desarrollo implican unos límites en la extensión relativa a que características de la personalidad van a ser posible cambiar.*
3. *Un objetivo fundamental del tratamiento es facilitar la adaptación.*

Con esta aproximación, la meta de un tratamiento integrado, es facilitar la adaptación y construir una mayor competencia en el manejo de las disposiciones temperamentales de cada individuo.

Principio 4: La adversidad psicosocial, influencias contextuales de los procesos y de la organización influyen en la estructura de la personalidad. Con suma frecuencia en el Trastorno Límite de Personalidad, nos encontramos la presencia de experiencias traumáticas en la infancia y en la adolescencia, abuso, abandono, maltrato....

El contexto social de muchos de los pacientes que tratamos y la larga evolución de su enfermedad, ocasionan serios déficits en su capacidad de adaptación socio laboral, en términos de continuación de sus programas formativos o su incorporación mundo laboral, encontrándonos con frecuencia que muchos de estos pacientes tienen una adversidad en su adaptación psicosocial que les hace caer dentro de lo que hoy en día denominamos, personas en riesgo de exclusión social. El tratamiento de los Trastornos graves de personalidad, y concretamente trastorno límite de personalidad crónico y de larga evolución, debe de contemplar también en su estructura de intervención, la reinserción socio laboral.

Implicación del principio numero 4: *El tratamiento incorpora estrategias que permitan abordar todas las consecuencias derivadas de la adversidad.*

Esta concepción integradora del tratamiento requiere a su vez de unos elementos teóricos básicos referidos al “self” y a las relaciones interpersonales, que doten de coherencia a esta perspectiva integradora (Livesley, 2012) y lo veremos de forma sintética a continuación.

3.2. UNA VISIÓN INTEGRADA DEL “SELF”

Las terapias psicoanalíticas, las cognitivas y las terapias construccionistas, comparten la idea de que la peculiaridad de las estructuras cognitivas utilizadas para

interpretar la información sobre uno mismo, los otros y el mundo, son características esenciales del trastorno de personalidad. El “self” es un concepto esencial para la comprensión de la estructura psicológica íntima del funcionamiento de un sujeto. La mayor parte de los modelos terapéuticos que trabajan con los trastornos de la personalidad, tienen modelos teóricos en los que se incluyen aspectos vinculados a la representación del *self* y los otros y la relación “self-self” o “self-otros”, de tal forma que en esta estructura vinculada al *self* son entendidos como componentes de la personalidad y su expresión en el contexto interpersonal.

Los términos utilizados para describir estas representaciones de estructuras de significado han podido llamarse a lo largo de la historia de distintas formas: Relaciones objetales internalizadas (Fairbairn, 1994), Modelos internos de trabajo (Bowlby, 1988), Patrones relacionales internalizados generalizados (King y Stern, 1986), Esquemas del self (Guidano, 1987), Díadas relacionales (Kernberg et al., 2008), Roles recíprocos (Ryle, 1997), Esquemas interpersonales (Safran y Segal, 1996), Self dialógico (Hermans y Kempen, 2004).

Toda esta compleja variedad conceptual y lingüística intenta definir un elemento nuclear clave como es la estructura esquemática que sustenta el funcionamiento de los procesos psicológicos más íntimos. Todas las terapias que utilizan todos estos marcos conceptuales, comparten la idea que es a través del cambio de estas estructuras como se consigue la modificación del comportamiento del sujeto y ó el proceso de curación de su trastorno de personalidad. Una visión extensa e integradora del self en el TLP compila todos los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados (Kerr et al., 2015).

Es el propio Livesley (Livesley, 2005) quien comenta que el trabajo en terapia con pacientes con trastorno de la personalidad, se lleva a cabo a través del proceso de implicar al paciente en una descripción colaborativa acerca de lo que le sucede (Ryle, 1997). Este planteamiento es muy similar a la idea constructivista, en la que la terapia debe de ser entendida como un proceso a través del cual se produce una elaboración de la conversación. En base a esta conceptualización, la estructura fundamental de cualquier abordaje terapéutico que opere desde esta perspectiva, la tarea terapéutica es conseguir implicar, vincular, al paciente en ese proceso colaborativo de describir y entender

sus problemas, así como la forma en que estos problemas afectan a sus vidas y a sus relaciones interpersonales. A medida que las descripciones del paciente van siendo más elaboradas y reformuladas, surge una nueva comprensión que inevitablemente llevan al paciente a avanzar en el proceso de cambio. El rol del terapeuta es la de guía o consultor (Ryle, 1997) y el nivel de complejidad de lo abordado en la terapia dependerá de su capacidad reflexiva.

Es a través de este proceso que el paciente aprende a reestructurar la imagen de si mismo, de su vida, y de sus problemas, en formas y maneras que le sean menos generadoras de malestar y más adaptativas.

Todo lo que se ha venido defendiendo en este capítulo en relación a la importancia de la función reflexiva, de la capacidad “mentalizadora”, adquieren todo su sentido y utilidad cuando tomamos en consideración la importancia que se concede en el nuevo sistema de clasificación al concepto de “*self*”, a la identidad y autodirección como facetas del mismo, así como a la empatía y a la capacidad del intimidad en las relaciones interpersonales.

Ninguno de estos aspectos innovadores en los criterios generales de diagnóstico de trastornos de personalidad presentes en esta propuesta innovadora y alternativa de la sección III del DSM 5, así como los nuevos criterios específicos del TLP, pueden ser comprendidos en profundidad y evaluados con sutileza, si no se incorpora el concepto de “mentalización” y función reflexiva (Mirapeix, 2014).

En muchas de las descripciones tanto del “*self*”, como de las relaciones interpersonales, que hemos descrito, está presente con toda nitidez la necesidad de una capacidad de auto-observación, de hetero-observación y de reciprocidad en las relaciones interpersonales. Esta función auto y hetero observadora no es posible sin una adecuada mentalización o función reflexiva.

El modelo integrador y multifásico de orientación cognitivo analítica utiliza múltiples componentes terapéuticos, que son aplicados de forma simultánea o secuencial en función de la fase evolutiva del paciente, pero siguiendo todo ello el eje teórico del modelo cognitivo analítico centrado en los múltiples estados del self y en los roles recíprocos así como en las intervenciones dirigidas a favorecer la auto-observación, hetero-observación, procesos relacionales y análisis contextual (PAHORC) (Mirapeix, 2014). Tendremos ocasión de profundizar en ello en el capítulo correspondiente.

3.3. MODELOS TEÓRICOS DE LA CIRCULARIDAD INTERPERSONAL

La importancia concedida a las relaciones interpersonales en los trastornos de personalidad en general y en el trastorno límite de personalidad en particular, están presentes en toda la literatura internacional, a lo largo de este capítulo hemos mencionado su importancia en varias ocasiones, teniendo recientemente una buena síntesis (Dimaggio et al., 2013).

Sin embargo, aún no hemos descrito un marco teórico que ayude a comprender no sólo el valor fundamental a nivel teórico y técnico de las relaciones interpersonales, sino que además ayude a comprender el soporte teórico de la importancia de las relaciones interpersonales y, lo que es más importante, los procesos de circularidad que contribuyen a su mantenimiento.

Aunque no podamos extendernos en este punto por limitaciones de espacio, al menos mencionaremos tres modelos teóricos relevantes para la comprensión de esta circularidad: el modelo CAPS, el modelo cognitivo interpersonal y la hipersensibilidad interpersonal.

3.3.1. EL MODELO DEL SISTEMA DE PROCESAMIENTO COGNITIVO AFECTIVO (CAPS, MISCHEL Y SHODA 1994)

El modelo CAPS es un modelo diádico e interpersonal y está interesado en la explicación de los procesos que llevan a explicar los comportamientos interpersonales de un sujeto a través de lo que los autores denominan firmas conductuales (Mischel y Shoda, 1995). Es un modelo conceptual socio cognitivo, ambiental y centrado en el contexto relacional en el cual el sujeto desarrolla su conducta. Intentando sintetizar: la conducta del otro es el estímulo para mi propio comportamiento, de tal forma que de manera muy resumida el modelo CAPS sintetiza su planteamiento en el concepto que denomina: “*firmas conductuales*”. Estas, se constituyen en restricciones del comportamiento interpersonal, desarrolladas en la historia de aprendizaje interpersonal del sujeto y configuradas a través de un enunciado del estilo: Si....., entonces..... Donde los puntos suspensivos detrás del si, es la situación en la que se encuentra el sujeto y los puntos suspensivos detrás del entonces, hace referencia a cuál será el comportamiento del individuo.

Estas firmas conductuales son las que explican que sujetos con los mismos rasgos o dimensiones y pertenecientes a la misma entidad categorial de trastorno de personalidad, tengan comportamientos diferentes en función de que estén en una situación A o en una situación B.

Al fin y al cabo, el modelo CAPS, no hace otra cosa que abrir la caja negra que los conductistas primigenios establecían como elemento intermedio entre el estímulo y la conducta. El modelo CAPS es un avance con respecto a la introspección cognitiva y está centrado en una comprensión psicológica, sustentada neurobiológicamente, de los procesos intrapsíquicos complejos que utiliza el individuo para procesar la información, predecir las consecuencias y organizar su conducta en función de las necesidades adaptativas al medio. En este sentido, y aunque los autores no lo plantean con claridad, el modelo CAPS es también un modelo evolucionista cuya finalidad es la óptima adaptación al entorno en el cual se desenvuelve el sujeto.

3.3.2. EL MODELO COGNITIVO INTERPERSONAL DE SAFRAN (1992)

Propone el autor un modelo de ciclo cognitivo interpersonal, según este, el funcionamiento social de los pacientes con trastorno de personalidad se entiende desde los procesos de construcción de uno mismo que conducen a comportamientos y comunicaciones tipo que activan en el otro respuestas previsibles. Para este autor existirían una serie de esquemas de base sobre uno mismo y los demás que dirigen la marcha de las relaciones y cuya motivación subyacente serían el deseo de mantener las relaciones (Safran y Segal, 1996). Los ciclos que se ponen en marcha pueden acabar volviéndose rígidos y disfuncionales de varias formas: a) las personas seleccionan a los otros para que jueguen papeles complementarios a los asumidos por el self (si el self presta cuidados seleccionara a otros necesitados de ayuda) recibiendo así respuestas por parte de los otros que confirmen las suposiciones subyacentes (en este ejemplo, los demás tienen necesidad de mí); b) la persona anticipa las reacciones de los otros con los que interactúa y reacciona de modo consecuente con estas previsiones, activando finalmente las reacciones previstas; c) el sujeto disocia algunos aspectos de sí, aunque estos aspectos disociados emergen en el comportamiento no verbal y activan respuestas en el otro. A su vez, las respuestas de los otros refuerzan las creencias que habían llevado a disociar esos

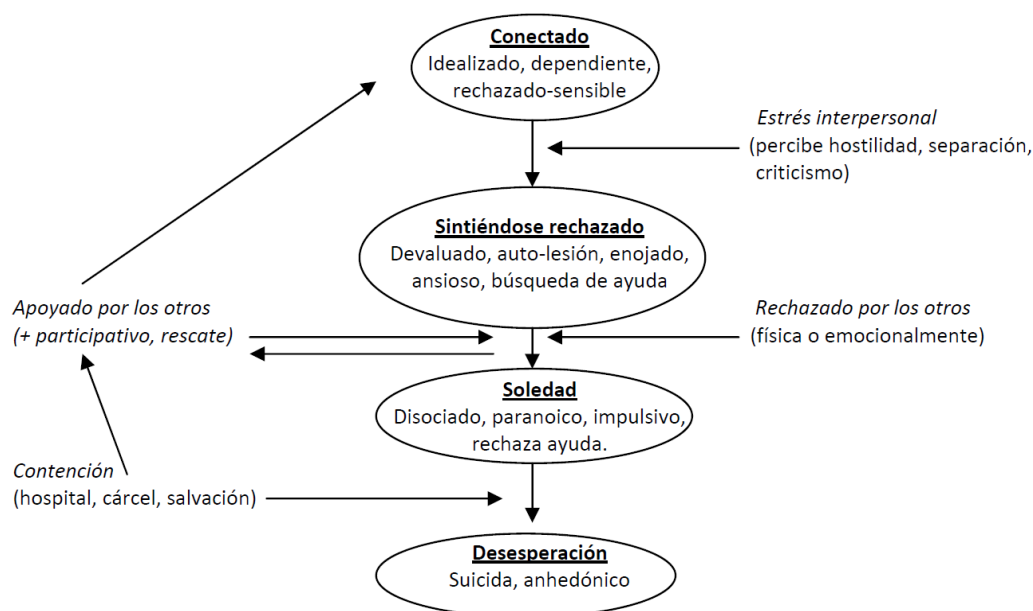
aspectos (por ejemplo, una persona que se siente injustamente víctima, disociará la rabia, y esta rabia emergerá en los comportamientos y en las expresiones, activando en los demás rabia que reforzará la creencia de ser víctima de ataques sin motivos); d) ante la espera de acontecimientos temidos, la persona activará defensas que promuevan en el otro la respuesta temida (por ejemplo, ante la espera de un posible abandono la persona pondrá en funcionamiento defensas de congelación emocional que activarán en el otro la distancia). Según este modelo, los pacientes con trastorno de la personalidad pondrán en funcionamiento ciclos interpersonales que perpetúan la patología. Otros autores más recientes (Dimaggio et al., 2013), proponen un modelo de perpetuación de los trastornos de personalidad en el que entren en juego diferentes aspectos entrelazados, como son los estados mentales dominantes, las disfunciones metacognitivas, los ciclos interpersonales disfuncionales, los patrones recíprocos de rol (Ryle y Kerr, 2003), el proceso de regulación de las emociones y la regulación de la autoestima.

3.3.3. TEORÍA DE LA HIPERSENSIBILIDAD INTERPERSONAL DE GUNDERSON

Este constructo explica la psicopatología “borderline” y sirve de guía en la intervención de manejo psiquiátrico estándar que defiende el autor (Gunderson y Links, 2015). Fenomenológicamente, las personas con TLP, cambian dramáticamente en respuesta a su propio contexto interpersonal. Dentro del “setting” del tratamiento, los pacientes con trastorno límite de la personalidad, frecuentemente vacilan entre sentirse conectados o sostenidos cuando se muestran complacientes y atractivos, y sentirse amenazados cuando perciben hostilidad o rechazo, momento en que se evidencian muchos de sus diagnosticados síntomas (ira, autolesiones). Los clínicos que respondan dando soporte al paciente podrán calmarlo, mientras que aquellos que respondan con enfado o distanciándose activarán respuestas potencialmente dañinas de angustia en ellos.

Durante el tratamiento y la relación, los clínicos (y otros) pueden crear un “ambiente de soporte” (contenedor) (i.e. el paciente desarrolla la creencia de que él o ella se siente cuidado) mostrándose preocupado, consistente, sensible, no-punitivo, curioso y no-reactivo. A través de estas experiencias de sentirse cuidado, la identidad negativa que percibe de sí mismo el paciente puede cambiar

Fig. 1.1. La hipersensibilidad Interpersonal de Gunderson



hacia un sentido de una identidad digna, buena y loable (“estoy bien”, “no soy malo”, “es suficiente”) y sentirse comprendido (soy comprensible, coherente, no raro). Este sentido del self como “suficientemente bueno” puede ser internalizado desde una relación sostenida y consistente.

Disminuir las experiencias de los pacientes TLP relacionadas con sentirse rechazado y solo, no depende por lo general de los terapeutas. Para los pacientes “límite” que viven en situaciones estresantes con inesperadas separaciones u hostilidad, su cambiante pero negativa percepción de sí mismo como negativo, se mantiene inmodificable. Algunos pacientes con un TLP, pueden paradójicamente apegarse a relaciones o situaciones estresantes; pero ayudando a estos pacientes a alcanzar ambientes más estables y que les den más apoyo, con los que puedan ganar una visión más positiva de sí mismo, puede ser una ayuda sustancial y duradera.

Esta concepción interpersonal, implica al terapeuta en la relación, que puede ser utilizada como elemento experiencial, con repercusiones tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Desde esta concepción bipersonal, el terapeuta forma parte de la díada relacional paciente-terapeuta y es en esta díada relacional, donde se van a poner en juego muchas de las manifestaciones psicopatológicas y de las características del comportamiento del paciente con un trastorno de personalidad (o sin él). Ambos: terapeuta y paciente, han de ser conscientes de los procesos psíquicos

implicados en esta relación interpersonal y esta capacidad “mentalizadora”, reflexiva, es un elemento fundamental. Quiero con esto decir que, el poder comprender el complejo mundo relacional del paciente con trastorno de personalidad (o sin él), exige que el terapeuta se muestre también atento a sus estados mentales, a sus reacciones emocionales y a cuáles son los procesos relacionales que se despliegan en el aquí y ahora de la relación terapéutica. Esta actitud y capacidad “mentalizadora” y reflexiva del terapeuta, es la que invita al paciente a seguir ese mismo camino de comprensión de los estados mentales, de sus emociones, de sus transiciones y de los procesos relacionales con un otro con una mente diferente a la suya (Mirapeix, 2014).

4. ALGUNAS CUESTIONES TÉCNICAS FUNDAMENTALES

Esta forma de conceptualizar el abordaje terapéutico general y la visión del cambio que se produce a través de este proceso, es consistente con intervenciones genéricas que enfatizan el apoyo, la empatía y la validación. El proceso terapéutico facilita el desarrollo de formas de relacionarse más cooperadoras o colaboradoras, implicando al paciente en este proceso desde el comienzo del tratamiento. Es a través de este proceso que el paciente aprende a reestructurar la imagen de sí mismo, de su vida, y de sus problemas, en formas y maneras que le sean menos

generadoras de malestar y más adaptativas (Ryle, 1997). Al mismo tiempo, esta aproximación reduce la tendencia a reactivar conductas maladaptativas, de tal manera que la terapia está dirigida también a ello.

En un artículo clarificador y sintético se describían las características en términos de dosis y estructura necesarias en el tratamiento de los TP's (Bateman y Fonagy, 2000).

Dosificación: Son tratamientos relativamente largos en cuanto a la duración y que requieren una dosificación elevada en cuanto a la intensidad y componentes. Las terapias de continuación y los cuidados después del alta son recomendables hasta la recuperación total.

Estructura: Claridad sobre las condiciones y expectativas; metas explícitas, setting concreto y monitorización e integración con otros componentes terapéuticos (por ejemplo: farmacoterapia, terapia familiar, terapias no verbales).

En relación a los componentes eficaces los autores señalaban:

Componentes eficaces

Hay unos componentes universales no específicos: atención a los aspectos motivacionales; atención a la alianza terapéutica, a la adhesión al tratamiento y favorecer una actitud activa por parte del terapeuta. Y otros factores técnicos específicos: Atención a la adhesión al tratamiento, que resulte consistente con la aplicación de un modelo terapéutico coherente en su orientación. Esto conlleva la estructuración de un tratamiento, que más allá de su orientación teórico técnica, resulta eficaz.

La organización de un tratamiento ecléctico e integrado requiere de un marco teórico que sirva de guía y propone el siguiente (Livesley, 2003). Esta concepción integradora del abordaje terapéutico del trastorno límite de personalidad, influenciada claramente por el modelo técnico de John Livesley, toma en consideración dos aspectos fundamentales a la hora de coordinar de manera ecléctica, toda una serie de intervenciones que pueden resultar útiles en el abordaje terapéutico: unas intervenciones generales y otras específicas.

Las intervenciones generales, van a proporcionar la estructura, el apoyo, y la motivación para explorar los pensamientos y sentimientos asociados con los problemas de conducta que presenta el paciente. Como intervenciones generales, se utilizan a lo largo del todo el tratamiento, de tal forma que facilite la implementación de un programa terapéutico coherente, integrado y consistente.

Por otro lado, las intervenciones específicas, se utilizan en el momento en el que se consideren establecidas las condiciones que han sido facilitadas por las estrategias generales, es decir, cuando ya esté en marcha un proceso terapéutico consistente, una buena alianza terapéutica, un paciente motivado, y unos objetivos terapéuticos que se hayan consensuado.

Las estrategias y técnicas específicas que se utilizan van a ser diferentes según el momento de tratamiento y los problemas que se consideren como foco en función de la fase en la que se encuentre el paciente. Hay que tener muy en cuenta, desde el principio, la presión que puede existir en el tratamiento de un paciente con un trastorno límite de personalidad grave para cambiar de una intervención a otra (en función de los múltiples cambios que pueden producirse en los estados mentales del paciente). Esto puede generar una desestructuración del tratamiento y un programa terapéutico incoherente, desorganizado, que va saltando de un foco a otro, en función de la variabilidad de la sintomatología que presenta el paciente. Este es un riesgo de gran calado y que solo una coherencia en la planificación va a poder evitar.

4.1. ESTRATEGIAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO

Los componentes genéricos del cambio, se dividen en 5 estrategias principales: establecer el marco básico de la terapia, construir y mantener una alianza terapéutica colaboradora, mantener un proceso de tratamiento consistente, construir la motivación para el cambio, y promover la auto reflexión (Livesley, 2012). Vamos a ir viendo de forma breve cada uno de los componentes señalados.

El establecimiento de un marco terapéutico para el desarrollo del programa terapéutico, resulta fundamental en éste y en cualquier otro tratamiento psicoterapéutico. En este caso, y teniendo en cuenta la egosintonía de muchos de los pacientes con trastorno límite de personalidad, su falta de motivación y disposición al trabajo psicoterapéutico, en esta fase inicial, la determinación conjunta de objetivos, la preocupación fundamental por el establecimiento de la alianza terapéutica, el señalamiento de los límites que van a balizar la relación y el tratamiento, y mantener por parte del terapeuta una actitud sustentada en la validación, apoyo y empatía, nos va a permitir, poder construir un inicio terapéutico en el que vayamos avan-

zando a través del reconocimiento inicial del sufrimiento del paciente, pactando los objetivos con el mismo y consolidando, desde el inicio, un patrón relacional de rescate que permita ganar la confianza del paciente.

La segunda estrategia, la construcción de la alianza terapéutica, en el caso de los pacientes con trastorno límite de personalidad, es algo complejo y de una importancia fundamental. Si en cualquier psicoterapia, el componente terapéutico que más se correlaciona con el éxito del tratamiento es la alianza terapéutica, en el caso del paciente con un trastorno límite de la personalidad, no va a haber posibilidad alguna de psicoterapia si no se construye una alianza terapéutica efectiva entre paciente y terapeuta. El concepto de confianza epistémica (Fonagy y Allison, 2014), contribuye a comprender de manera especial, la necesidad del establecimiento de una relación de confianza que permita la colaboración del desarrollo de un pensamiento reflexivo y mentalizador. Este contexto de confianza epistémica, de construcción de una alianza terapéutica sana y con un elemento de confianza entre paciente y terapeuta, es el requerimiento básico para el trabajo psicoterapéutico. Las intervenciones del terapeuta que vayan a consolidar la confianza, el sentimiento de esperanza y el optimismo realista, van a ser las fundamentales que permitan avanzar en el tratamiento. La aceptación y priorización de los problemas y preocupaciones del paciente, son un elemento nuclear para iniciar un tratamiento colaborador en una dirección compartida por paciente y terapeuta desde el inicio. Todas aquellas intervenciones que fortalezcan y consoliden la alianza terapéutica y la confianza epistémica, van a facilitar el proceso terapéutico.

En este contexto que vengo señalando, se entiende y tiene su peso específico, la aportación de la terapia dialéctica conductual de las intervenciones validantes de la experiencia psicológica del individuo, de tal forma que estas intervenciones son intrínsecamente empáticas y solidarias que ayudan a contrarrestar las experiencias que ha tenido el paciente de invalidación a lo largo de su vida (Linehan et al., 1993; Linehan et al., 2015; Linehan et al., 1993).

Pero no debemos de ser ilusos y pensar que una alianza terapéutica sólida y una confianza epistémica en desarrollo, van a tener una evolución lineal sin amenazas a las mismas. En el tratamiento con pacientes con trastorno límite de personalidad, es muy frecuente que se produzcan amenazas de ruptura de la alianza terapéutica y el manejo de las

mismas es fundamental para el tratamiento eficaz. La reparación de las amenazas de ruptura de la alianza terapéutica, pueden ser gestionadas utilizando el proceso de 5 etapas descrito por Jeremy Safran y sus colegas (disponemos de una versión en Castellano de esta aportación, (Safran y Muran, 2004). Si estos pasos no fuesen efectivos, el foco de la terapia no debe de modificarse, hasta que el foco de ruptura de la alianza terapéutica haya sido resuelto; de no hacerlo así, estamos ante un posible drop-out que no hemos gestionado de forma adecuada. Algo muy importante, relacionado con el abordaje de Safran, es la posibilidad de que el terapeuta pueda reconocer también cuales pueden haber sido sus aportaciones que han generado dificultad en la alianza terapéutica y qué es lo que el terapeuta podía haber hecho de forma diferente para consolidar la alianza y facilitar el progreso del tratamiento.

La tercera estrategia, mantener un proceso de tratamiento consistente, ha sido señalada por diversos autores (Critchfield, 2006). La consistencia solo es posible cuando el tratamiento está sustentado en un marco teórico explícito y en un contrato terapéutico bien definido. La consistencia supone la adhesión a un marco terapéutico, que resulta ser especialmente útil en la fase inicial del tratamiento, en la que la afectividad inestable, la impulsividad, los múltiples estados del Self cambiantes e inestables, la desconfianza, el miedo al abandono y los conflictos en relación a la dependencia, suponen comportamientos que desafían la dirección del tratamiento y provocan el riesgo de estar cambiando de objetivo de forma continua, generando una sensación de tratamiento poco consistente, variable y desorganizado.

La cuarta estrategia, la construcción de la motivación para el cambio, se basa en un concepto muy clásico en psicoterapia, la motivación predice el resultado. Es muy importante negociar con el paciente con trastorno límite de personalidad, pequeños objetivos al inicio del tratamiento que hayan sido pactados de forma colaboradora entre paciente y terapeuta, para poder construir una motivación intensa, para trabajar en la solución de objetivos que son altamente significativos para el paciente al inicio del tratamiento.

En el caso, bastante frecuente por cierto, que la motivación se debilite y preveamos dificultades en el avance del tratamiento, es necesario profundizar en mantener el apoyo y la empatía y explorar las razones de la baja

motivación y sus probables consecuencias, entre ellas, la más frecuente, un abandono prematuro del tratamiento. La habilidad del terapeuta en estos momentos, es fundamental para adaptar la consistencia del tratamiento a la flexibilidad necesaria para adaptarse a las dificultades que surgen en un momento concreto.

La quinta estrategia, el incremento de la capacidad reflexiva, la mejora de la capacidad mentalizadora, es una estrategia más instrumental y en cierto modo, puede considerarse como un factor común presente en todas las demás estrategias y en todo tratamiento psicoterapéutico (Allen et al., 2008). Estas dificultades metacognitivas asociadas con el trastorno límite de la personalidad, incluyen dificultades en la comprensión de los estados mentales propios y ajenos y visiones complementarias de diferentes modelos (Bateman et al., 2007), así como problemas más específicos con el reconocimiento y comunicación de las emociones, así como la consciencia deficiente de un sentido subjetivo de agencia y autoeficacia (Dimaggio et al., 2013) y van a condicionar el nivel de trabajo. Que el terapeuta tenga conciencia de estas deficiencias metacognitivas por parte del paciente, le va a ayudar a incorporar métodos terapéuticos que favorezcan y mejoren el funcionamiento metacognitivo a lo largo del proceso terapéutico. Promover una mayor actitud reflexiva a lo largo de la terapia es, como he dicho antes, un elemento común a cualquier tratamiento psicoterapéutico. El descentramiento que se obtiene de una mejora de la capacidad de auto-observación y de las funciones metacognitivas, es fundamental para aumentar la regulación emocional y para la reducción de la reactividad interpersonal (Dimaggio, 2015). Este proceso, sin duda, sienta a su vez las bases para un proceso reflexivo cada vez de mayor complejidad que facilita la estructuración del “self” y la mejora de las relaciones interpersonales que tal y como venimos defendiendo a lo largo de este capítulo, son elementos nucleares de cualquier abordaje terapéutico.

4.2. MÉTODOS ESPECÍFICOS DE TRATAMIENTO Y FASES DE CAMBIO EN LA PSICOTERAPIA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Una vez establecidos los sólidos fundamentos señalados en el apartado anterior podemos pensar en utilizar distintos tipos de intervenciones específicas en una secuen-

ciación terapéutica que vamos a dividir en fases en función de los objetivos terapéuticos de las mismas.

Las fases que señala Livesley en el abordaje secuencial del trastorno límite de personalidad son: 1.- Seguridad, 2.- Contención, 3.- Control y regulación 4.- Exploración y cambio 5.- Integración y síntesis. Veremos con un poco más de detalle el contenido de cada una de estas fases (Livesley, 2012).

Aunque en cada una de las fases se pueda utilizar intervenciones procedentes de modelos terapéuticos distintos: entrenamientos en habilidades procedente de la DBT (Linehan et al., 2015), técnicas para el incremento de la función reflexiva y la mentalización procedentes de la MBT (Bateman y Fonagy, 2004), intervenciones en el aquí y el ahora de la transferencia de la TFP (Kernberg et al., 2008), modificaciones de los esquemas disfuncionales procedentes de la SFT (Giesen-Bloo et al., 2006) o de los patrones de relación recíproca y de desintegración de la multiplicidad del Self derivados de la CAT (Ryle y Kerr, 2006), deben ser seleccionados y coordinados para intervenir en una fase o en otra en función de los diferentes objetivos que se vayan señalando (Livesley, 2003).

Desde mi punto de vista, es necesario realizar una integración asimilativa de las estrategias y técnicas utilizadas. Cada terapeuta tiene su propio marco teórico de referencia y podrá utilizar en diferentes fases diferentes intervenciones acopladas a su marco teórico de referencia que es el que va a dotar de coherencia a las intervenciones que puedan proceder de otros modelos y la integración coherente de estrategias y técnicas procedentes de marcos teóricos y técnicos diferentes solo pueden ser realizada desde esta perspectiva de la integración asimilativa (Messer, 2015).

Esta idea de las fases de cambio, está basada en la evidencia de las diferencias en la estabilidad y plasticidad de los diferentes dominios de la personalidad. Hay algunos objetivos que se tratan en las primeras fases por ser más urgentes y de mayor plasticidad y posibilidad de modificación terapéutica, mientras que hay otros más vinculados a la estructura de la identidad y patrones de relación interpersonal que son más sólidos y difícilmente modificables y cuyo cambio va a requerir más tiempo y se realizan en fases más avanzadas del tratamiento (Livesley, 2001).

FASE 1: SEGURIDAD

Con frecuencia, puede existir una presentación clínica de algunos pacientes con trastorno límite de personalidad,

que están en un periodo de crisis aguda caracterizada por una marcada inestabilidad emocional, síntomas psicóticos ocasionales, comportamientos regresivos y disociados y una desestructuración cognitiva que dificulta la capacidad de pensar y de procesar la información. En una situación como ésta, el objetivo fundamental es garantizar la seguridad del paciente y en ocasiones, situaciones críticas de esta magnitud pueden requerir ingresos hospitalarios breves y sin duda la utilización de fármacos que alivien la gravedad de la sintomatología que presenta el paciente.

FASE 2: CONTENCIÓN

Esta fase se funde con la anterior y en muchas ocasiones el objetivo es resolver emociones descontroladas, impulsos inestables, comportamientos auto o heterolesivos y conductas suicidas. Estas dos primeras fases tienen el foco puesto en la gestión de crisis y conductas altamente disfuncionales que dificultan el tratamiento propiamente psicoterapéutico. Debemos de llevar al paciente a un funcionamiento de pre-crisis, de tal forma que esto evite una escalada en la psicopatología y permita el establecimiento de los requerimientos señalados anteriormente para el progreso del tratamiento.

Pero aún ante el paciente más crítico, y quizás precisamente por eso, con una persona al borde del suicidio, está claro que el objetivo prioritario es salvar su vida. Pero más allá de otras consideraciones, en una situación así y sabiendo cual es la prioridad, es también absolutamente necesario que el terapeuta tenga en mente una concepción relacional del tratamiento del paciente con TLP y que, sea cual sea el modelo teórico que guíe sus intervenciones, no olvide que cualquier acto grave de autolesión, heteroagresivo o ideación suicida, lleva siempre implícita o explícitamente un contenido comunicativo de este comportamiento y que el paciente, aún en la mayor de las crisis, nos está queriendo decir algo con su comportamiento.

Las intervenciones de contención se basan en la idea de que en una crisis, la principal preocupación es el alivio de la angustia del paciente y transmitirle la sensación de que le comprendemos, validamos sus sentimientos, estamos a su lado para ayudarlo a resolverlo. También como terapeutas, estamos muy atentos a saber leer el contenido que está implícito en esta crisis. En ocasiones, en momentos de alta disfunción o descontrol, está justificada la utilización de psicofármacos siguiendo los algoritmos descritos (Soloff, 1998).

FASE 3: CONTROL Y REGULACIÓN

Es importante señalar que es en esta fase, en la que a veces hay diferencias notables en el planteamiento teórico a la hora de decidir sobre estrategias y técnicas a aplicar en este momento. Desde nuestra perspectiva, el análisis funcional de la conducta, el análisis en cadena de Marsha Linehan, la descripción secuenciada de procedimientos disfuncionales de la terapia cognitivo analítica, todas estas intervenciones focalizan de manera simultánea en la descripción detallada y secuencial del comportamiento disfuncional del paciente y en el incremento de una capacidad de auto-observación que permitan la regulación de dicho comportamiento. Venimos planteando a lo largo de este capítulo que, el incremento en la capacidad de auto-observación, la mejora de la función reflexiva y la capacidad mentalizadora son intervenciones que hoy en día se consideran factores comunes dentro de cualquier intervención psicoterapéutica. Durante esta fase, el tratamiento se guía por la premisa de que el control de las conductas autolesivas, heteroagresivas o ideación suicida son manifestaciones que deben de considerarse como un punto final de una secuencia de comportamientos que comienza con un hecho desencadenante, que generalmente suele tener características de índole interpersonal. Esto va a despertar en el paciente esquemas negativos de funcionamientos y toda una cascada de temores y comportamientos automatizados, que generan una escalada en su estado de ánimo disfórico y descontrol conductual. Un modelo coherente de incremento de la capacidad de autoobservación sin duda va a facilitar una mejora de la regulación emocional y del control del comportamiento.

La toma de conciencia de la secuencia de comportamientos disfuncionales, el análisis en cadena de los micro sucesos vinculados a comportamientos de riesgo y la descripción secuencial de patrones relacionales vinculados con cada uno de los pasos de estos comportamientos disfuncionales, van a incrementar la función reflexiva del paciente y la mejora de sus sintomatología (Mirapeix, 2014).

Las intervenciones de índole cognitivo conductual, la utilización de intervenciones como la distracción, la reestructuración cognitiva, la prevención de respuesta, intervenciones psicoeducativas, son todas ellas estrategias y técnicas concretas que van a ir dirigidas al incremento de la capacidad de auto-observación y en último extremo están basada en un planteamiento típico del Mindfulness: “si ob-

servas, paras el automatismo”. No es de extrañar pues que en los protocolos terapéuticos multifásicos de tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad, muchos programas terapéuticos hayan incorporado en su armamentario terapéutico la utilización del Mindfulness como herramienta terapéutica de alto valor y haya sido incluido en el programa terapéutico (Galen y Aguirre, 2013).

Muchas de las crisis que se presentan es esta fase, hemos dicho que tienen generalmente un desencadenante de carácter interpersonal, todo tipo de técnica utilizada que vaya dirigida a incrementar la capacidad del paciente es su proceso de auto-observación, hetero-observación, conocimiento y descripción atenta a los proceso interpersonales, son intervenciones que facilitan el autoconocimiento y la regulación de la conducta, de tal forma que estas intervenciones ayudan a las personas a mejorar y profundizar en el proceso reflexivo sobre la angustia que viven y que se desencadenan en múltiples situaciones interpersonales. En vez de reaccionar de forma impulsiva a ellas, esta capacidad de descripción minuciosa de la secuencia de comportamientos y el aprendizaje de técnicas de auto regulación va a facilitar la capacidad de descentrarse de estas experiencias emocionales y contribuirá a reforzar los procesos de auto-observación que son esenciales para aumentar la autorregulación.

FASE 4: EXPLORACIÓN Y CAMBIO

El objetivo de esta fase es la de explorar y modificar las estructura cognitivo emocionales que subyacen a los síntomas y problemas. Los problemas abordados en esta fase incluyen esquemas cognitivos disfuncionales, patrones interpersonales repetitivos y disfuncionales, expresión de rasgos que generan inadaptación en las relaciones con los demás y patrones reiterados de comportamientos interpersonal, fruto de experiencias traumáticas.

El trabajo con estos problemas, implica la movilización de material con una alta carga emocional. Con lo que este foco de intervención, debe de abordarse cuando el paciente haya desarrollado una adecuada capacidad de función reflexiva, de tal forma que sea capaz de auto observarse, regular su emoción y observar los patrones de relación interpersonal implicados en las circularidades interpersonales disfuncionales. Los elementos comunes a estos problemas de regulación emocional y disfunción interpersonal, son estructuras cognitivo emocionales desadaptativas, que diferentes escuelas les dan distintos nom-

bres, pero que están en la base de los comportamientos disfuncionales de los individuos (Livesley, 2012).

La integración compleja de intervenciones que facilitan un proceso de auto y hetero-observación relacional y contextual, que finalmente van a determinar un cambio duradero en el comportamiento interpersonal, está vinculado a la mayor capacidad del sujeto de entender sus propios estados mentales, los ajenos, la interrelación entre los mismos, y el contexto en que todo esto se da (Mirapeix, 2015).

FASE 5: INTEGRACIÓN Y SÍNTESIS.

En muchos casos el tratamiento finaliza antes de conseguir por completo la meta y construir un sentido integrado unificado, coherente de la identidad. Entre otros motivos, esto sucede porque en este proceso nos encontramos todos. El proceso de integración y síntesis de la identidad, no es algo que se termine con la fase 5 de las terapias del TLP, ni con la fase 32 de ninguna psicoterapia. Es un proceso de construcción permanente y evolución dinámica de la integración de la identidad de la síntesis de las experiencias y de construcción progresiva del sentido vital que cada uno quiera encontrar en su vida.

5. COMENTARIOS FINALES

Los datos de los que disponemos, nos hacen tener la certeza de que los programas especializados, organizados y estructurados según un marco teórico dirigido a un manejo clínico inspirado en las guías internacionales, son eficaces en el tratamientos de los trastornos límite de la personalidad. Por lo tanto, textos como “manejo clínico estructurado del trastorno límite de personalidad” (Gunderson y Links, 2015), son una buena guía, junto con otras guías que hay a nivel Nacional, elaboradas en distintas Regiones de este país (País Vasco y Cataluña).

Es necesario formar a los profesionales para una mejor identificación y normas de tratamiento básico para los pacientes con trastornos de personalidad en general y trastorno límite de personalidad en particular. La bajísima detección de trastorno límite de personalidad en atención primaria (Aragones et al., 2013), es a su vez pareja de la baja identificación y a los escasos recursos terapéuticos en los centros de salud mental.

Quiero hacer referencia a la necesidad del desarrollo de programas de intervención precoz, dirigidos a la de-

tección de rasgos disfuncionales de personalidad en niños y adolescentes y especialmente diagnosticando de forma precoz la presencia de trastorno límite de personalidad en personas jóvenes (Chanen et al., 2014). En la intervención precoz esta el futuro de poder resolver los problemas cuando hay una mayor plasticidad para el cambio de conducta en el adolescente y evitar la tendencia a la cronificación.

Monografías como esta van en la línea de promover modelos de intervención integradores (Lana et al., 2015) y programas de formación de profesionales con esta orientación (Gonzalez Torres y Mirapeix, 2010).

6. LECTURAS RECOMENDADAS

- **Practical management of personality disorder.** Livesley, W. J. (2003). Ed: Guilford. *Este es el manual más extenso y detallado sobre el modelo de abordaje integrador y ecléctico de los trastornos de la personalidad. (Hay una última edición de 2016 no incluida en la bibliografía).*
 - **Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder.** Gunderson, J. G. y Links, M. D. (2015). American Psychiatric Publishing. *Lo básico eficaz que sabemos que funciona en el tratamiento estructurado del Trastorno límite de la personalidad está recogido en este texto. Sirvió como referente para el tratamiento estándar del grupo control del estudio de McMain en 2012.*
 - **La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional.** Safran, J. D. y Muran, J. (2004). Ed: Desclée de Brouwer. *En cualquier psicoterapia, la alianza terapéutica es fundamental y en el tratamiento del TLP, especialmente importante. Este texto recoge lo fundamental y especialmente el manejo de las amenazas de ruptura.*
3. Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am.J Psychiatry*, 156, 1563-1569.
 4. Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br.J.Psychiatry*, 177, 138-143.
 5. Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *J.Pers.Disord.*, 18, 36-51.
 6. Bateman, A. W., Ryle, A., Fonagy, P., y Kerr, I. B. (2007). Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *Int.Rev.Psychiatry*, 19, 51-62.
 7. Bateman, A. W., Gunderson, J., y Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385, 735-743.
 8. Blum, N., St, J. D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J. et al. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am.J Psychiatry*, 165, 468-478.
 9. Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. Routledge.
 10. Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P. et al. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br.J.Psychiatry*, 193, 477-484.
 11. Chanen, A. M. y Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr. Psychiatry Rep.*, 14, 45-53.
 12. Chanen, A. M., McCutcheon, L., y Kerr, I. B. (2014). HYPE: A Cognitive Analytic Therapy-Based Prevention and Early Intervention Programme for Borderline Personality Disorder. In *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 361-383). Springer.
 13. Clarke, S., Thomas, P., y James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *Br.J.Psychiatry*, 202, 129-134.
 14. Clarkin, J. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research*, 16, 1-11.

7. BIBLIOGRAFÍA

15. Clarkin, J. F. P., Levy, K. N. P., Lenzenweger, M. F. P., y Kernberg, O. F. M. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
16. Critchfield, K. L. y B. L. S. (2006). Integration of therapeutic factors in treating personality disorders. In L.G.Castonguay y L.E.Beutler (Eds.) (Ed.), *Principles of therapeutic change that work* New York: Oxford University Press.
17. Dimaggio, G. y Livesley, J. (2012). Introduction to the special feature on the integrated treatment of personality disorder. *J.Pers.Disord.*, 26, 1-6.
18. Dimaggio, G., Nicolo, G., Semerari, A., y Carcione, A. (2013). Investigating the personality disorder psychotherapy process: The roles of symptoms, quality of affects, emotional dysregulation, interpersonal processes, and mentalizing. *Psychother.Res.*, 23, 624-632.
19. Dimaggio, G. (2015). Integrated treatment for personality disorders: An introduction. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25, 1.
20. Echebura, E., Salaberria, K., y Cruz-Saiez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicologica*, 32, 65-74.
21. Fairbairn, W. R. D. (1994). *Psychoanalytic studies of the personality*. Psychology Press.
22. Fonagy, P. y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy (Chic.)*, 51, 372-380.
23. Galen, G. y Aguirre, B. (2013). *Mindfulness for borderline personality disorder: Relieve your suffering using the core skill of dialectical behavior therapy*. New Harbinger.
24. Giesen-Bloo, J. M., van Dyck, R. M. P., Spinhoven, P. P., van Tilburg, W. M. P., Dirksen, C. P., van Asstelt, T. M. et al. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. [Article]. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
25. Gonzalez Torres, M. y Mirapeix, C. (2010). Una experiencia de formación integradora en psicoterapia multicomponente para los trastornos de la personalidad. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.
26. Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. Guilford Press.
27. Gunderson, J. G. y Links, M. D. (2015). *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Publishing.
28. Hermans, H. J. M. y Kempen, H. J. G. (2004). The Dialogical Self. *The dialogical self in psychotherapy*.
29. Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., y Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *Int.J Psychoanal.*, 89, 601-620.
30. Kerr, I. B., Finlayson-Short, L., McCutcheon, L. K., Beard, H., y Chanen, A. M. (2015). The 'Self' and Borderline Personality Disorder: Conceptual and Clinical Considerations. *Psychopathology*, 48, 339-348.
31. King, W. L. y Stern, D. N. (1986). The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. JSTOR.
32. Lana, F., Sanchez-Gil, C., Ferrer, L., Lopez-Paton, N., Litvan, L., Marcos, S. et al. (2015). [Effectiveness of an integrated treatment for severe personality disorders. A 36-month pragmatic follow-up]. *Rev. Psiquiatr.Salud Ment.*, 8, 3-10.
33. Linehan, M. M., Heard, H. L., y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch.Gen.Psychiatry*, 50, 971-974.
34. Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D. et al. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72, 475-482.
35. Linehan, M. M., Heard, H. L., y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. [Article]. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
36. Livesley, W. J. (2000). A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr.Clin.North Am.*, 23, 211-232.

37. Livesley, W. J. (2001). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. Guilford.
38. Livesley, W. J. (2003). *Practical management of personality disorder*. Guilford.
39. Livesley, W. J. (2005). Principles and strategies for treating personality disorder. *Can.J Psychiatry*, 50, 442-450.
40. Livesley, W. J. (2005). Principles and strategies for treating personality disorder. *Can.J.Psychiatry*, 50, 442-450.
41. Livesley, W. J. (2012). Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *J.Pers.Disord.*, 26, 17-42.
42. Livesley, W. J. (2012). Moving beyond specialized therapies for borderline personality disorder: the importance of integrated domain-focused treatment. *Psychodyn.Psychiatry*, 40, 47-74.
43. Livesley, W. J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York: Guilford Press.
44. Luyten, P. (1-4-2011). Integrating systematic process-outcome research in clinical practice: Why we all should do it. X Conferencia de la Escuela Española de Psicoterapia. Santander España.
45. McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., y Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am.J Psychiatry*, 169, 650-661.
46. Messer, S. B. (2015). How I Have Changed Over Time as a Psychotherapist. *J Clin.Psychol*, 71, 1104-1114.
47. Mirapeix, C. (1997). De la multicausalidad Biopsicosocial a una concepción integradora de la psicoterapia. *Editorial en: Arch de Neurobiología; vol 60* (1):1-3.
48. Mirapeix, C. (2008). Desarrollo del self, múltiples estados mentales y metodología de evaluación desde la psicoterapia cognitivo analítica. <http://www.revistadeapra.org.ar/mirapeix.htm>.
49. Mirapeix, C. (2014). Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incremento_de_la_fr.pdf.
50. Mirapeix, C. (2015). Conciencia reflexiva del self relacional: Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. *Revista Norte de Salud Mental* [On-line]. Available: <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/838>.
51. Mischel, W. y Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychol Rev.*, 102, 246-268.
52. Ryle, A. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder*. Wiley.
53. Ryle, A. y Fawkes, L. (2007). Multiplicity of selves and others: cognitive analytic therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 165-174.
54. Ryle, A. y Kerr, I. (2006). *Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica*. Desclee de Brouwer (en prensa).
55. Ryle, A. y Kerr, I. B. (2003). Cognitive analytic therapy. *Br.J.Psychiatry*, 183, 79.
56. Safran, J. D. y Muran, J. (2004). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Barcelona: Desclee de Brouwer.
57. Safran, J. y Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson, Incorporated.
58. Soloff, P. H. (1998). Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation. *Bull.Menninger Clin.*, 62, 195-214.
59. Tracie, S. M., Edelen, M. O., Pinto, A., Yen, S., Gunderson, J. G., Skodol, A. E. et al. (2009). Improvement in borderline personality disorder in relationship to age. *Acta Psychiatr Scand.*, 119, 143-148.
60. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., y Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J.Personal.Disord.*, 19, 505-523.

cibersam

Centro de Investigación Biomédica en Red
Salud Mental



UNIÓN EUROPEA

Fondos Europeo de Desarrollo Regional

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN
EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD

