

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Revisión de Trastorno Límite de la Personalidad y alianza terapéutica.

Helmich, Natalia, Giusti, Sheila Daiana,
Santoro, María Sol y Etchevers, Martin.

Cita:

Helmich, Natalia, Giusti, Sheila Daiana, Santoro, María Sol y Etchevers, Martin (2017). *Revisión de Trastorno Límite de la Personalidad y alianza terapéutica. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/267>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/pvV>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

REVISIÓN DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y ALIANZA TERAPÉUTICA

Helmich, Natalia; Giusti, Sheila Daiana; Santoro, María Sol; Etchevers, Martin
UBACyT, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Se presenta una revisión actualizada del estudio del apego y los trastornos de personalidad, con el objeto de introducir los avances psicoterapéuticos más recientes para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, especialmente del trastorno límite, basados en el estudio del apego. Realizamos un informe actualizado del estudio del apego y de su relevancia para la comprensión de la etiología, el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Describimos cuatro intervenciones terapéuticas: el Tratamiento conceptualizado por Gunderson, el modelo de Tratamiento Basado en la Mentalización, la Psicoterapia Centrada en la Transferencia y la Terapia de Esquemas.

Palabras clave

Trastorno Límite de la Personalidad, Apego, Alianza Terapéutica, Tratamiento Clínico

ABSTRACT

REVIEW OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND THERAPEUTIC ALLIANCE

An updated review of the study of attachment and personality disorders is presented in order to introduce the most recent psychotherapeutic advances for the treatment of personality disorders, especially borderline disorders, based on the study of attachment. We performed an updated report of the attachment study and its relevance for understanding the etiology, diagnosis and treatment of mental disorders. We describe four therapeutic interventions: the Treatment conceptualized by Gunderson, the model of Treatment Based on Mentalization, Psychotherapy Centered on Transfer and Scheme Therapy.

Key words

Borderline Personality Disorder, Attachment, Therapeutic alliance, Clinical treatment

1. Antecedentes

Kraepelin (1921) detalla los principales criterios diagnósticos actuales del trastorno límite de la personalidad: impulsividad, inestabilidad de la afectividad y de las relaciones interpersonales, ira intensa e inapropiada y actos autolesivos.

En 1938, Adolf Stern describe por primera vez la mayoría de los criterios diagnósticos del trastorno límite y denominó a los pacientes que cumplen con estos síntomas como "el grupo de la línea de la frontera." Asimismo, Kernberg (1975), utilizó el término «límite» para definir a las personas que cumplían con el carácter patológico mencionado.

Los autores de los años sesenta y setenta, se centraron en las experiencias transitorias psicóticas para describir a los pacientes límite, incluyéndose al trastorno dentro de los desórdenes esquizofrénicos (Wender, 1977; Zanarini y Frankenburg, 1997).

A lo largo de los años se realizaron diversas y múltiples descripciones del paciente límite, Kretschmer (1925, citado en Millon, 1998), supone un temperamento mixto cicloide-esquizoide (melancolía agitada, actitud hostil e hipocondríaca, nerviosismo, respuesta afectiva insuficiente).

Asimismo, Reich (1925, citado en Millon, 1998) puntualizó a estos pacientes como pacientes con una mayor tendencia de agresión infantil y un narcisismo primario con graves alteraciones del superyó. Desde los aportes de la psicología del yo, Robert Knight (1940), sugirió que las personas con trastorno límite tienen deficiencias en muchas de sus funciones reflexivas. En 1950, Schneider describe la personalidad lábil como cambios súbitos del estado anímico, señalando el componente constitucional en conductas disruptivas de irritabilidad.

Un aporte temprano y significativo que contribuye a la consolidación de esta conceptualización del paciente límite es el desarrollado por Balint (1993) que propone un nivel de falta o falla anterior al periodo del complejo de Edipo. Esta propuesta surge como una alternativa al modelo de conflicto en término de pulsiones, por lo que en la terapia la tarea principal no consistía en la interpretación o búsqueda de un contenido inconsciente reprimido. Las causas de esta falla o déficit bien pueden ser 1) de origen ambiental, como cuidados insuficientes, deficientes, fortuitos o una actitud demasiado ansiosa o sobreprotectora o áspera, rígida, groseramente incoherente por parte de los padres o cuidadores; o 2) de origen biológico.

En la década del 80, las investigaciones empíricas enfatizaron en la disforia crónica y la labilidad afectiva, considerándolo un trastorno afectivo (Akiskal, 1981; Stone, 1980; Zanarini et al., 1997). En 1984, Gunderson define el trastorno límite como una forma específica del trastorno de personalidad dentro de otros trastornos del Eje II del DSM IV TR, diferenciándolo de los trastornos esquizofrénicos y los estados neuróticos. De esta forma, se propusieron para el trastorno límite las siguientes características distintivas: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasipsicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Zanarini y Frankenburg, 1994; Millon, 1998).

Durante los años noventa se concibe al trastorno límite como una forma específica de trastorno de personalidad pero que aparece junto con otros trastornos del control de impulsos como ser los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, con el trastorno antisocial de la personalidad y, quizás, con los

trastornos de la alimentación (Zanarini y Frankenburg, 1997). Como se ha desarrollado, el concepto "límite" ha cobrado múltiples significados. De este modo, aunque ya en el DSM-III se lo incluye por primera vez como entidad diagnóstica oficial, a través de los años se han ido proponiendo otros términos para representar a todo un conjunto de rasgos sindrónicamente distintivos, como son: personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad, trastorno lábil de la personalidad, etc. De todas formas, el término "límite" continúa en vigencia constituyéndose como una entidad diagnóstica específica.

2. Descripción del TLP

El trastorno límite de la personalidad (TLP), también llamado límite o fronterizo, es definido por el DSM-IV-TR como "un trastorno de la personalidad que se caracteriza primariamente por inestabilidad emocional, pensamiento extremadamente polarizado y dicotómico, impulsividad y relaciones interpersonales caóticas" (p. 678). Se incluye dentro del grupo B de trastornos de la personalidad, los llamados "dramático-emocionales", el cual se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. El trastorno límite es el más prevalente del grupo. Se estima que su prevalencia es del 2%-3% en la población general. Afecta más a las mujeres que a los hombres (75%) y su mayor incidencia se halla entre los 19-34 años. Se presenta en todas las culturas del mundo. (DSM-IV-TR, 2008)

El TLP se caracteriza por muchas dificultades, entre ellas, los problemas intensos y persistentes en la autoimagen, la afectividad y las relaciones interpersonales, caracterizadas por la alternancia entre devaluación e idealización. Dichos problemas suelen potenciar otras dificultades como comportamientos impulsivos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, temor a la soledad, alteraciones de identidad y sensación de vacío. Todos estos factores están interrelacionados y se retroalimentan entre sí (Mosquera, 2010).

3. Teoría del apego

La teoría del apego fue creada por John Bowlby (1989) y hace referencia a que los sentimientos de seguridad, ansiedad o temor de un bebé son determinados, en parte, por el acceso y la respuesta de su principal figura de afecto. Este autor plantea la necesidad del niño de generar vínculos afectivos mediante abrazos, balbuceos, sonrisas, caricias, que brindarán una base segura para explorar el mundo, llegando a la conclusión que los bebés generan vínculos más sólidos con los adultos que se muestren sensibles y que respondan a sus interacciones.

Ainsworth y Bell (1970) realizaron una experiencia donde un infante de 12 meses comparte un momento de juego con su madre y con una persona que resulta extraña para el niño, el investigador. Luego la madre se retira por unos minutos y al volver a la habitación se pueden observar distintas reacciones del niño a partir de la separación, que le permitieron a la autora formular cuatro patrones básicos de apego.

En primer lugar, se hace referencia al Apego seguro. Los niños con este tipo de apego se muestran seguros explorando el ambiente en presencia de la madre. Cuando ocurre la separación, se los observa ansiosos por su ausencia y evitan la presencia del extraño. Al vol-

ver su madre, buscan rápidamente el vínculo con ella y vuelven a examinar el espacio y a jugar. Esto es así porque se sienten más confiados de que sus necesidades serán atendidas por esa figura de confianza. Son niños que se muestran más organizados ante situaciones de estrés y experimentan las situaciones negativas como menos amenazantes. A diferencia con éste, postula la existencia de un Apego ansioso- evitativo y de un Apego ansioso-resistente. En el primer caso, los niños no exploran demasiado el ambiente más allá de la presencia de la madre y muestran mucha menos ansiedad ante la separación de su figura de apego. Evitan o ignoran a la madre, y casi no expresan emoción cuando ésta se va o regresa. Se trata de niños cuyas necesidades no fueron cumplidas al punto que ya no creen que su pedido tenga influencia o bien que fueron sobreestimulados de forma intrusiva, y por este motivo, buscan evitar situaciones estresantes. En el segundo caso, el apego ansioso-resistente, se trata de niños que presentan niveles más elevados de ansiedad ante la presencia del desconocido, poco juego y exploración del ambiente, incluso con la madre presente. Ante la experiencia de separación, el niño se muestra con mucho estrés y al volver la madre la reacción de éste es ambivalente: por un lado quiere estar con la madre pero al mismo tiempo se opone a su contacto. Se trata de niños que subregulan sus afectos, buscando aumentar su comunicación de malestar como una manera de buscar una respuesta por parte de la madre. Finalmente, la autora plantea un tipo de Apego desorganizado: Se trata de niños con un patrón de desorganización, con conductas como llanto injustificado, paralización, mecerse, golpearse a sí mismo u otros. Estas conductas se pueden observar incluso en presencia de la madre. Al regresar ésta, el niño puede mostrarse evitativo e indiferente o bien buscarán acercarse a ella.

En consonancia con los aportes mencionados se llega a la conclusión que el sistema de apego es regulador de la experiencia emocional (Sroufe, 1996) a lo largo de toda la vida, por lo cual cumple un rol fundamental en el centro de los trastornos mentales y de la totalidad de la tarea terapéutica. Diversos autores entienden los problemas de apego temprano como un factor causal de primer orden para el desarrollo del TLP (Kernberg, Weiner & Bardenstein 2000; Bateman & Fonagy 2004; Rubio Larrosa 2008, Mosquera 2009).

Los síntomas del TLP a veces solo describen la conducta más aparente o problemática o la consecuencia final de un problema. En cualquier caso, el TLP es un trastorno en el que predomina una inestabilidad emocional, una alta reactividad a factores externos, una sensación de vulnerabilidad casi permanente y una gran dificultad para funcionar de manera adaptada y/o efectiva por largos periodos de tiempo. La mayoría de la personas con TLP llevan vidas caóticas y tienen la sensación de no encajar en la sociedad. Esto se observa y refleja en las múltiples dificultades que manifiestan en sus relaciones con los demás, en su visión de los eventos, del entorno y en el variable y frágil concepto que tienen de ellos mismos (Mosquera 2010). Se trata de sujetos con un alto nivel de autoengaño, incapacidad para escuchar, y entienden al otro como un ser manipulable (Rubio Larrosa, 2006).

Los estudios en neurobiología del desarrollo que analizan las capacidades de autorregulación muestran que la resiliencia del individuo depende en un grado importante de las experiencias tem-

pranas de apego (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Schore, 2003a, 2003b, Siegel, 1999; Teicher, 2002; Teicher et al, 1993). Los estudios longitudinales sobre apego muestran la persistencia de los patrones de apego de la infancia en la adolescencia y en la edad adulta (Carlson y Sroufe, 1995; Demos, 1998).

Fonagy (2000) y Fonagy et al, (2000) destacaron la importancia del apego en el desarrollo de la función simbólica y la forma en la que un apego inseguro y desorganizado puede generar vulnerabilidad. Todos estos abordajes teóricos, y otros, predicen que las representaciones del apego en personas con patología límite serán muy inseguras y desorganizadas (Fonagy & Bateman, 2007).

Para Bateman y Fonagy (2004), no hay duda alguna de que las personas con trastorno límite son inseguras en su apego pero consideran que las descripciones de apego inseguro desde la infancia o adultez no proporcionan un relato clínico adecuado por varios motivos, entre los que destacamos que el apego ansioso es muy común (Broussard y Northup, 1995), y que los patrones de apego ansioso de la infancia se corresponden con estrategias relativamente estables en la adultez (Main et al., 1985) mientras que la marca distintiva de los trastornos de apego de las personas con trastorno límite es la ausencia de estabilidad (Higgitt y Fonagy, 1992).

Los teóricos del apego sostienen que los patrones de apego son relativamente estables, y esto es debido principalmente a la persistencia de los modelos mentales del sí mismo y de los otros, que operan en un contexto de entorno familiar relativamente estable (Stein, et al., 2002). Por otro lado, reconocen que la conducta de apego no es algo fijado en el tiempo, sino que es susceptible de modificación. La revisión de Alexander, Feeney, Hohaus y Noller (2001) concluye que es válido considerar que algunas relaciones adultas son relaciones de apego. Las relaciones entre adultos y sus padres y, en psicoterapia, entre pacientes y terapeutas, es probable que presenten las propiedades de los vínculos de apego. El estilo de apego del paciente influye en los resultados y en el proceso terapéutico. Existen distintos estudios que examinan la relación entre el estilo de apego del paciente y los resultados en psicoterapia (Castonguay y Beutler, 2006). Los resultados convergen en tres hallazgos importantes: los pacientes con apego seguro tienden a obtener mejores resultados; los pacientes con apegos preocupados o inseguros tienden a responder más pobremente; los pacientes con estilos de apego seguros obtienen más beneficio con tratamientos breves. Más recientemente, algunas investigaciones se han centrado en estudiar la relación entre el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica. Se ha observado que el estilo de apego inseguro está asociado con evaluaciones más bajas de la alianza, mientras que el estilo de apego seguro lo está con las evaluaciones más altas (Eames y Roth, 2000). Este mismo estudio también indicó que la frecuencia de ruptura estaba asociada al tipo de apego: un apego ansioso con rupturas más frecuentes y un apego evitativo con una frecuencia menor de rupturas.

Por su parte, Lorenzini y Fonagy (2013) postulan que las características del apego de cada individuo influyen los resultados en la psicoterapia, y los estudios demuestran que los mejores resultados se hallan en los pacientes con apego seguro (Conradi, De Jonge, Neeleman, Simons, & Sytema, 2011; Levy et al., 2011; Meredith,

Strong, & Feeney, 2007; Meyer et al., 2001; Romano, Fitzpatrick, & Janzen, 2008; Sauer et al., 2010), mientras que los sujetos con apego ansioso tienden a obtener malos resultados y en los sujetos con apego evitativo parecen no tener efecto la terapia (Lorenzini y Fonagy, 2013)

A su vez, el tipo de apego está relacionado a la deserción en la psicoterapia. Los pacientes con un apego evitativo encuentran a la terapia como una amenaza para la apatía defensiva característica de estos sujetos, por lo que constituye un riesgo de deserción ya que no se comprometen con el proceso ni con el terapeuta (Levy, Meehan, Weber, Reynoso, & Clarkin, 2005; McGauley et al., 2011). Contrariamente, los sujetos con un apego ansioso son aquellos que suelen sentirse abandonados por el terapeuta o que tienden a sentirse demasiados cercanos o dependientes del terapeuta y del tratamiento (Chen-Chieh Huang, 2011). En consecuencia, al igual que con el apego evitativo, estos pacientes también presentan riesgo de abandonar la terapia. (Lorenzini y Fonagy, 2013)

4. Terapias

En este apartado se desarrollarán cuatro modalidades terapéuticas específicas para el TLP.

En primer lugar, Gunderson (2002) plantea que la psicoterapia no es una modalidad diseñada principalmente para frenar las “cosas negativas” como aliviar síntomas o disminuir conductas autodestructivas u otros comportamientos desadaptativos, aunque puede hacerlo. La psicoterapia para este autor debe caracterizarse por su intención de hacer cosas positivas como ayudar a los pacientes para que cambien a mejor o para que desarrollen nuevas capacidades psicológicas.

A su vez, tratamiento y terapia no son sinónimos. Los tratamientos son administrados a los pacientes, quien los recibe de manera pasiva (o bien se resiste a ellos) y no los pone en marcha. Por su parte, la terapia requiere de la participación activa de los pacientes, planteándose objetivos comunes entre terapeuta y paciente y mutua colaboración.

Gunderson (2002) propone una terapia para pacientes con trastornos límites de la personalidad cuenta con características particulares. En primer lugar, es necesaria la figura de un clínico responsable de la seguridad y la supervisión de la elección, la aplicación, la coordinación y el control de los componentes terapéuticos. El terapeuta no se encargará de estas cuestiones. Por otro parte, Gunderson (2002) propone un tratamiento dividido: por un lado el farmacológico por parte de un psiquiátrica, que a su vez haga de responsable del caso; y por otra parte, la psicoterapia. Es importante el trabajo en colaboración entre ambas partes lo cual permitirá mejores resultados en la contención de las disociaciones y proyecciones, reduciendo posibles abandonos.

Gunderson (2002) plantea ciertas características necesarias que deben hallarse en un paciente como la motivación, la disposición psicológica, la capacidad para la introspección, una tendencia favorable para ver el problema en sí mismo y desear el cambio y la posibilidad de asumir la responsabilidad básica de su seguridad. Asimismo, propone aptitudes favorables de hallarse en un terapeuta como la experiencia, la formación y determinadas cualidades personales de carácter y actitud. Deben mostrarse responsables,

audaces, alegres, receptivos y orientados hacia la acción. En esta línea, Gunderson (2002) desarrolla tres formas de Alianza Terapéuticas que se dan de forma consecutiva durante la terapia. En primer lugar, ubica la Alianza Contractual la cual hace referencia al acuerdo inicial entre el paciente y el terapeuta en cuanto a los objetivos terapéuticos y a su papel en la consecución de éstos, dicha forma de alianza se puede observar en la Fase I. En segundo lugar, ubica la forma relacional, dimensión afectiva y empática, en la cual el paciente considera que el terapeuta es atento, comprensivo, auténtico y amable, y se corresponde con la Fase II. En tercer y último lugar, ubica a la Alianza de trabajo, que resalta la dimensión cognitiva y emocional; y busca que el paciente considere al terapeuta como un colaborador, como una persona confiable. En el establecimiento de esta alianza se observa una mejoría significativa para los pacientes límite. Esta forma de alianza se corresponde con la Fase III y IV de la terapia.

En segundo lugar, según Bateman y Fonagy (2008, 2010), proponen el Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT), la cual es definida como el proceso a través del cual entendemos a los demás, y a nosotros mismos, de manera explícita e implícita, en términos de estados mentales. De esta forma, los trastornos mentales pueden ser la causa de una falla en la interpretación de la mente de la propia experiencia y de la experiencia de los otros.

De acuerdo con Lorenzini y Fonagy (2013) el concepto de mentalización tiene sus raíces en la teoría del apego. El niño debe haber contado con un apego seguro, es decir, con experiencias tempranas cariñosas y atentas para desarrollar el entendimiento de uno mismo y los demás. En contraposición, los vínculos tempranos de apego disfuncional conllevarían a una incapacidad de la función mentalizadora, relacionándose con una desregulación emocional y descontrol de la atención e impulsos, (Agrawal et al., 2004; Lyons-Ruth et al., 2005; Sroufe, Egeland, & Carlson, 2005). Asimismo, varios autores (Anthony Bateman & Peter Fonagy, 2008; Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy et al., 2011) señalan que los pacientes límites se encuentran asociados con un apego disfuncional que genera una pérdida temporal de la capacidad mentalizadora, provocando desregulación emocional.

El MBT tiene por objetivo estabilizar el self y mantener dentro del contexto de una relación terapéutica un óptimo nivel de tensión emocional, o sea, ni demasiado intensa ni demasiado distante (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Luyten, 2009). Las intervenciones del MBT se proponen abordar las relaciones de apego en condiciones controladas, considerando significativamente el desarrollo de la relación terapéutica dentro del tratamiento.

El terapeuta debe hacer hincapié en las situaciones de ansiedad social ya que estos pacientes son hipersensibles a éstas y pueden poner en riesgo la relación terapéutica (Bateman & Fonagy, 2010; Fonagy et al., 2010; Fonagy & Luyten, 2009; Gabbard & Horowitz, 2009; Gabbard et al., 1994; Prunetti et al., 2008).

En un estudio realizado por Bateman y Fonagy (2009) se comparó la terapia MBT y la terapia Clínica Estructurada (SCM) para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. En ambos grupos, el tratamiento psicoterapéutico fue combinado con medicación.

En los resultados se observaron que los pacientes de ambos grupos hicieron mejoras estadísticamente significativas, sin embargo, la

MBT se asoció con una mejoría mayor que la SMC para la mayoría de los resultados. Los pacientes asignados al azar a MBT mostraron una disminución mayor de los intentos de suicidio, incidentes graves de autolesión, las medidas de auto-reporte y la hospitalización. A su vez, se observaron que los efectos se mantuvieron cinco años después. En consonancia con los resultados obtenidos se infiere que la psicoterapia que se centra en las funciones psicológicas pertinentes a los síntomas del TLP (como lo es la capacidad para reflexionar sobre estados mentales de uno mismo y otros) puede mejorar un programa de tratamiento estructurado, integrado que proporciona apoyo psicológico genérico.

A su vez, el MBT ha demostrado tener mayor eficacia que el tratamiento psiquiátrico para pacientes con trastorno límite severo, disminuyendo síntomas depresivos, autolesiones e ideas suicidas y en la mejoría en general, reduciendo considerablemente los días de internación. Las mejorías comienzan a los 6 meses y se incrementan hacia el final del tratamiento, que dura aproximadamente 18 meses (Bateman & Fonagy, 1999). Seguimientos cada 3 meses demostraron que los pacientes continúan mejorando incluso 18 meses después de terminado el tratamiento (Bateman & Fonagy, 2001). Asimismo, se ha realizado un seguimiento 8 años después del inicio del tratamiento de MBT que demostró el sostenimiento de las mejoras emocionales, sociales y vocacionales que los tratamientos psiquiátricos (Bateman & Fonagy, 2008).

En tercer lugar, la Psicoterapia Centrada en la Transferencia (TFP) es un tratamiento psicodinámico manualizado para pacientes con trastorno límite de la personalidad (Levy et al., 2006). Tiene como base la teoría de las relaciones de objeto y la teoría del apego. Postulan que los individuos con TLP tienen afectado el nivel de diferenciación e integración de las representaciones del self y de la de otros, junto a sus valencias afectivas, las cuales se derivan de las relaciones de apego temprano del niño con sus cuidadores. (Kernberg, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008; Levy et al., 2012).

La TFP tiene por objetivo principal la reducción de la sintomatología y de las conductas autodestructivas, a través de la modificación de las representaciones del self y de los demás. Éstas son actuadas en la relación transferencial y buscan lograr un cambio en la estructura de la personalidad del paciente.

Las técnicas utilizadas por el terapeuta son la confrontación, la clarificación y la interpretación de la transferencia, y no busca evitar la activación del sistema de apego en el marco de la sesión (Hoglund et al., 2011; Levy et al., 2005). El objetivo es la emergencia de una mejor capacidad para poder pensar acerca de los pensamientos, sentimientos e intenciones de ellos mismos y de los otros, es decir, un aumento de la mentalización (Levy et al., 2006). Esto conllevará a una regulación más favorable de los afectos, coherencia de la identidad, mejores vínculos interpersonales, reducción de conductas autolesivas y una mejora general en las esferas sociales y vocacionales (Kernberg et al., 2008; Levy et al., 2006; Levy et al., 2012). El tratamiento se basa en dos sesiones semanales y tiene una duración de tres años aproximadamente. Su punto central son las relaciones afectivas que van surgiendo en el vínculo terapéutico (transferencial), al mismo tiempo que se va controlando los aspectos de la vida del paciente por fuera de las sesiones. Es una terapia bien tolerada por los sujetos con TLP y se han observado resultados

favorables como menores intentos de suicidios, menores urgencias hospitalarias, menor necesidad de internación y mejoras a nivel general del paciente (Clarkin et al., 2001). Después de tres años de tratamiento, se ha demostrado una reducción de la sintomatología y de los rasgos patológicos, como de la calidad de vida en general. (Doering et al., 2010; Giesen-Bloo et al., 2006).

Por último, la Terapia de Esquemas (SFT) tiene sus orígenes en el enfoque cognitivo-conductual y considera a los pacientes límites como niños, tanto en su esfera psicológica como emocional (Kellogg & Young, 2006).

El mundo interno del TLP está constituido por cuatro esquemas patológicos que debido a factores genéticos y un maternaje inadecuado, no han sido desarrollados de forma adulta (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Siguiendo los lineamientos de Kellogg & Young, (2006), los pacientes se muestran ambivalentes, con conductas evitativas o distantes de las relaciones interpersonales, impulsivos, con conductas autolesivas, expresando enojo en contra de quienes no son capaces de satisfacer sus necesidades o demandas emocionales según sus expectativas.

Según este enfoque, el terapeuta debe intentar compensar las necesidades emocionales del paciente siendo afectuoso, empático, revelando sus propios pensamientos y sentimientos y flexibilizando el encuadre (otorgando sesiones extras, contacto telefónico o por mail). Esta técnica es denominada "recianza limitada": tiene entonces por objetivo generar una relación terapéutica actúa tanto como contraste y como antídoto a las relaciones abusivas tempranas que el paciente experimentó en su infancia (Kellogg & Young, 2006; Young et al., 2003).

Una vez que se establece una relación sólida entre paciente y terapeuta, se utilizan distintas técnicas cognitivas para modificar esquemas patológicos, para que finalmente el paciente practique comportamientos nuevos fuera de la terapia. La SFT consiste en dos sesiones semanales durante al menos 2 años. Los resultados obtenidos con este enfoque han demostrado ser superiores que los TFP, reduciendo la sintomatología y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, tiene menores tasas de deserción y mejor calidad de la alianza terapéutica (Giesen-Bloo et al., 2006; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007).

En conclusión podemos considerar que en todas las patologías distintos tratamientos funcionan para distintos subgrupos. Mientras el MBT es un enfoque más general óptimo para pacientes con problemas en la personalidad, sin un foco particular en las relaciones de apego, la TFP y la SFT son más focalizadas y eficaces en explorar relaciones de apego significativas particulares. (Lorenzini & Fonagy, 2013).

5. Alianza terapéutica y Trastorno Límite de la Personalidad:

La conceptualización del término Alianza Terapéutica (AT) fue desarrollándose a lo largo del siglo XX y en términos generales ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico. La alianza terapéutica adquiere especial relevancia en el intento por definir y sistematizar los elementos que componen la relación terapéutica que resulten de mayor utilidad para el éxito de la terapia.

Diversos estudios (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1996; Gaston,

Marmar, Thompson y Gallager, 1991) encontraron que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la varianza del resultado al final de la terapia, así como los estudios en los que han encontrado que la alianza terapéutica es un buen predictor del resultado terapéutico (Henry y Strupp 1994; Horvath y Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; Corbella y Botella, 2004). Estos resultados han despertado el interés por la investigación de los componentes que influyen en la construcción y desarrollo de la alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2004).

Obegi (2008) expone cómo el componente de la alianza es el que desempeña un papel crucial en el apoyo a la labor de la terapia. Este autor considera que la teoría del apego, con su énfasis en el desarrollo y la dinámica de las relaciones íntimas, puede ayudar a ampliar nuestra comprensión del vínculo terapeuta-cliente.

La importancia de la alianza terapéutica en los tratamientos de pacientes con trastornos de la personalidad ha sido ampliamente estudiada. Piper, et al. (1991) observaron que el nivel de alianza terapéutica y el resultado del tratamiento se encuentra asociado a la calidad de las relaciones objetales de los pacientes. En este sentido, los abandonos en psicoterapia representan una gran dificultad en los pacientes con trastornos de la personalidad (Gunderson, et al., 1989; Skodol, et al., 1983). Tal como establecen Perry & Bond (2002) estos pacientes tienen problemas interpersonales que pueden transferir a la psicoterapia afectando el desarrollo de la alianza terapéutica. Asimismo, una alianza deteriorada o pobre puede llevar a la terminación prematura del tratamiento. En relación a esto, Hilsenroth, et al. (1998) sugieren que la capacidad o necesidad del paciente de establecer vínculos afectivos es un predictor en la continuación de la terapia, mientras que el egocentrismo y la indiferencia predicen el abandono. A modo de evitar los abandonos y resaltando la importancia del factor relacional en psicoterapia, Piper, et al. (1995) advierten que es de suma importancia que los terapeutas controlen los cambios en la alianza en las primeras fases de la terapia, abordando los problemas cuando ésta se deteriora o no mejora.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M. D.S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 49-67.
- Akiskal, H. S. (1981). Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the «borderline» realm. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.
- Alexander, R., Feeney, J., Hohaus, L., & Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 8(2), 137-152.
- Balint, M. (1993). *La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 619.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11-15.
- Bowlby, J. (1988). Attachment, communication, and the therapeutic process. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development, 137-157.
- Bowlby, J. (1989). Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós Ibérica
- Broussard, C. D., & Northup, J. (1995). An approach to functional assessment and analysis of disruptive behavior in regular education classrooms. *School Psychology Quarterly*, 10(2), 151.
- Carlson, E.A. y Sroufe, L.A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In Chicchetti & Cohen (Eds) *Developmental psychopathology*, Vol 1, pp 581-587.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change that work. Oxford University Press, USA.
- Chen-Chieh Huang, Teresa. (2011). Psychotherapy engagers versus non-engagers: attachment style, outcome expectations, need for therapy, session duration, and therapist helping skills in intake sessions. (Master of Science), University of Maryland, College Park.
- Clarkin, John F., Foelsch, Pamela A., Levy, K. N., Hull, James W., Delaney, Clinical Neurosciences, 5(3), 301-306.
- Conradi, H. J., De Jonge, P., Neeleman, A., Simons, P., & Sytema, S. (2011). Partner attachment as a predictor of long-term response to treatment with couples therapy. *Journal of sex & marital therapy*, 37(4), 286-297.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes. *Vision Libros. De Psiquiatría*, A. A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5. Médica Panamericana.
- Demos, E.V. (1998). Affect and the development of the self: A new frontier. En Doering, Stephan, Horz, Susanne, Rentrop, Michael, Fischer-Kern, Melitta, Schuster, Peter, Benecke, Cord, . . . Buchheim, Peter. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395. doi:10.1192/bjp.bp.109.070177
- Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Pub.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance—a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421-434.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *Journal of personality disorders*, 22(1), 4-21.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103-122.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. y Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York. Other Press.
- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104-112.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., . . . Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63(6), 649-658. doi: 63/6/649 [pii] 10.1001/archpsyc.63.6.649 [doi] Goldberg (Ed) *Frontiers in self psychology* (pp: 27-53). Hillsdale: The Analytic Press.
- Gunderson, J. (2002). Psicoterapia psicodinámica en el trastorno límite de la personalidad. J. Gunderson. y GO Gabbard (Eds.), *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad*, 28.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G., Prank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(1), 38-42.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. *The working alliance: Theory, research, and practice*, 51-84.
- Higgitt, A., & Fonagy, P. (1992). Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 161(1), 23-43.
- Hilsenroth, M. J., Holdwick Jr, D. J., Castlebury, F. D., & Blais, M. A. (1998). The effects of DSM-IV cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 163.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis.
- Jill C., & Kernberg, Kellogg, Scott H., & Young, Jeffrey E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. doi: 10.1002/jclp.20240
- Kernberg, O. F. (1975). A systems approach to priority setting of interventions in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 25(3), 251-275.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601-620.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. Basic Books.
- Knight, R. P. (1940). Introjection, projection and identification. *The Psychoanalytic Quarterly*, 9, 334-341.
- Kraepelin, E. (1921). Manic depressive insanity and paranoia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 53(4), 350.
- Larrosa, V. R. (2006). Los síntomas "ocultos" en el TLP. En *psiquiatria.com*; 10(1).
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 17(4), 959-986.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 481-501.
- Levy, K. N., Ellison, William D., Scott, Lori N., & Bernecker, Samantha L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 193-203. doi:10.1002/jclp.20756.
- Levy, K.N., Meehan, Kevin B., & Yeomans, Frank E. (2012). An Update and Overview of the Empirical Evidence for Transference-Focused Psychotherapy and Other Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. In R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kachele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 139-167). New York: Springer.
- Lorenzini, N., & Fonagy, P. (2013). Attachment and personality disorders: a short review. *Focus*, 11(2), 155-166.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.
- McGauley, Gill, Yakeley, Jessica, Williams, Andrew, & Bateman, Anthony. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder.

- der: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(4), 371-393. doi: 10.1080/13642537.2011.629118.
- Meredith, Pamela J., Strong, Jenny, & Feeney, Judith A. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*, 11(2), 164-170. doi:10.1016/j.ejpain.2006.01.004
- Meyer, Bjorn, Pilkonis, Paul A., Proietti, Joseph M., Heape, Carol L., & Egan, Matthew. (2001). Attachment Styles and Personality Disorders as Predictors of Symptom Course. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 371-389. doi: 10.1521/pedi.15.5.371.19200
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Mosquera, D. (2010). Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-TR. *Revista Persona*, 10(2), 7-22.
- Obegi, J. H. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 431.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: noch einmal.
- Otto F. (2001). The Development of a Psychodynamic Treatment for Patients with Borderline Personality Disorder: A Preliminary Study of Behavioral Change. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 487-495. doi:10.1521/pedi.15.6.487.19190
- Perry, J. C., & Bond, M. (2002). Estudios empíricos sobre psicoterapia en trastornos de la personalidad. *JG Gunderson y GO Gabbard. Psicoterapia de los trastornos de la personalidad*, 1-35.
- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., McCallum, M., Nixon, G. W., & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *The Journal of nervous and mental disease*, 179(7), 432-438.
- Piper, W. E., Boroto, D. R., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. (1995). Pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(4), 639.
- Romano, V., Fitzpatrick, M., & Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *J Couns Psychol*, 55(4), 495-504. doi: 10.1037/a0013721.
- Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective Contributions of Therapist and Client Adult Attachment Orientations to the Development of the Early Working Alliance: A Preliminary Growth Modeling Study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371-382. doi: 10.1093/ptr/kpg027.
- Schneider, K. (1950). *Die psychopathischen Persönlichkeiten [The psychopathic personalities]*. 9th ed. Wien: Deuticke.
- Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind. Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.
- Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is There a Characteristic Pattern to the Treatment History of Clinic Outpatients with Borderline Personality?. *The Journal of nervous and mental disease*, 171(7), 405-410.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*, 75(1), 104-115. doi: 10.1037/0022-006x.75.1.104
- Sroufe, L. A. (1996). A prospective longitudinal study of psychosocial predictors of achievement. *Journal of School Psychology*, 34(3), 285-306.
- Stein, H., Koontz, A. D., Fonagy, P., Allen, J. G., Fultz, J., Brethour, J. R., ... & Evans, R. B. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(1), 77-91.
- Stern, A. (1938). Borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*. (7) 467-489.
- Stone, M. H. (1980). *The borderline syndromes: constitution, personality and adaption*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Teicher, M H. (2002). Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 286 (3), 68-75.
- Teicher, M H; Gold, C A; Surrey, J y Sweet, C. (1993). Early childhood abuse and limbic system ratings in adult psychiatric outpatients. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*.
- Wender, P.H., (1977). «The contribution of adoption studies to an understanding of the phenomenology and etiology of borderline schizophrenia». En: P. Hartocollis (dir.), *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient* (pp. 255- 269). Nueva York: International Universities Press.
- Young, Jeffrey E., Klosko, JS., & Weishaat, ME. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M.C. y Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypocondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 25-36.
- Zanarini, M.C. y Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.