



CONSIDERACIONES SOBRE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y APROXIMACIONES PSICOTERAPÉUTICAS EFICACES



Karina Jiménez García¹

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

RESUMEN

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP), es una patología que genera un reto en el abordaje terapéutico para los diferentes profesionales en salud mental. Se ha conocido que la configuración de este tipo de personalidad se encuentra asociada a una historia de vida marcada por importantes estresores psicosociales que afectan la capacidad de vinculación, así como la regulación emocional, generando inclusive alteraciones en el funcionamiento de diferentes áreas cerebrales. Debido al reto terapéutico, se procedió a realizar una revisión bibliográfica, utilizando diferentes bases de datos. Se incluye una revisión de aspectos etiológicos de tipo biológico y psicosocial. Asimismo, se procede a revisar brevemente las siguientes intervenciones terapéuticas que han demostrado impacto significativo en el abordaje: Psicoterapia Cognitivo-Analítica, Psicoterapia Dialéctica-Cognitiva, Abordaje Psicoeducativo de Mosquera, Terapia Enfocada en los Esquemas, Psicoterapia Focalizada en la Transferencia, Terapia Cognitiva Asistida por Manual, Psicoterapia Basada en la Mentalización, Systems training for emotional predictability and problem solving, Tratamiento Escindido (Split treatment) del Modelo de Gunderson, Terapia Grupal Interpersonal, Terapia Grupal Dinámica Intensiva Breve, Psicoterapia Familiar, así como pautas de Intervención en Crisis en Pacientes TLP.

Palabras claves: Trastorno límite de personalidad, abordajes terapéuticos en TLP, factores biológicos en TLP, factores psicosociales en TLP.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD), is a pathology that becomes a challenge in the therapeutic interventions for the different mental health professionals. The configuration of this type of personality is known to be associated with life distress history that affect one's attachment capacity and emotional regulation. Creating alterations in different brain functions. This research has a bibliographic review using different databases. It includes a etiological review about biological and psychosocial aspects. Also, it proceeds to review briefly the following therapeutic interventions that have shown a significant impact in the psychotherapeutic intervention: Cognitive – Analytic Therapy, Dialectical Behavioral Therapy, Mosquera's Psychoeducational Program, Scheme Therapy, Transference Focused Psychotherapy, Manual Assisted Cognitive Therapy, Mentalization Based Therapy, Systems training for Emotional Predictability and Problem Solving, Gunderson Model of Split Treatment, Interpersonal Group Therapy, Intensive Short Term Dynamic Group Therapy, Family Therapy, and recommendations for Crisis Interventions for BPD patients.

Key words: Borderline personality disorder, BPD intervention therapy, BPD biological factors, BPD psychosocial factors

¹ Especialista en Psicología Clínica, UCR-CENDEISS, Master en Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Alicante España. Psicóloga Clínica, Servicio de Agudos, Pabellón 2 de Hombre HNP. Email: karina.jg2@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Los pacientes con un trastorno Límite de Personalidad (TLP) se caracterizan por inestabilidad emocional y pobre control de impulsos, variables que posiblemente están relacionadas con el gran número de consultas en servicios de urgencias y hospitalización que presenta esta población, por esta razón, resulta necesario realizar más investigaciones en las que se compruebe la eficacia y efectividad de diversos enfoques terapéuticos y se continúe ampliando el marco del conocimiento sobre el TLP con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y reducir el impacto que tiene este trastorno en la vida diaria de quien lo padece (Biagini, Torruco y Carrasco, 2005).

En cuanto al tratamiento de los sujetos con TLP, se considera un reto para los clínicos y los investigadores, ya que los síntomas afectan varias áreas de sus vidas y a la vez impactan a los terapeutas y equipos tratantes. Además, se cuenta con diversos modelos terapéuticos, por lo cual resulta necesario revisar la validez y confiabilidad de estos modelos con el objetivo de contar con mayores herramientas para hacer frente a este tipo de patología.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y libros actualizados sobre el tratamiento psicoterapéutico del TLP. Se utilizaron bases de datos de alto impacto tales como Science Direct y Ebsco. Se utilizaron textos tanto escritos en inglés como en español. Las palabras claves de búsqueda fueron: Trastorno Límite de

Personalidad, Borderline Personality Disorder and Psychological treatment. Se incluyeron textos que hicieran referencias a metodologías de abordaje terapéuticos específicas. Los libros que se incluyeron se basaron en el nivel de impacto que tiene la autora, quien se configura como una máxima exponente en el abordaje de esta patología, por lo que se incluyeron en la descripción de resultados. Los textos e investigaciones que se revisaran a continuación fueron publicados entre los años 2004 y 2011.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO DESDE EL SISTEMA BIOLÓGICO Y PSICOSOCIAL

Bases Biológicas

El estudio de las bases biológicas implicadas en el desarrollo del TLP todavía se encuentra en proceso de investigación. Ruocco, Amirthavasagam y Zakzanis (2012) realizaron un metaanálisis en el que se revisaron 11 estudios que analizaron un total de 205 pacientes diagnosticados con TLP y 222 sujetos control, los resultados encontrados sugieren que los sujetos con TLP presentan menor tamaño en la amígdala y en el hipocampo, sin embargo, resulta difícil saber si esta disminución del tamaño se ve influida por la presencia de trastornos del eje I comórbidos. Además, los resultados indicaron que los pacientes que tienen tratamiento psicofarmacológico no presentan diferencias significativas en cuanto al tamaño de estas estructuras límbicas.



Estos resultados son consistentes a los encontrados en diversas investigaciones, en las cuales se ha identificado un funcionamiento anormal de la amígdala en pacientes diagnosticados con TLP, lo cual contribuye a un estilo de respuesta conductual que se caracteriza por un alto nivel sensibilidad emocional ante ciertos estímulos, así como reacciones inusuales y de larga duración. Los estudios han demostrado que existe una discrepancia entre la respuesta fisiológica de la amígdala y la respuesta subjetiva que reportan los sujetos. A través de resonancias magnéticas se ha encontrado que los sujetos con TLP tienen una activación más fuerte de la amígdala cuando se le presenta por segunda vez una fotografía que posee un contenido emocional, lo cual está relacionado con la presencia de reacciones de larga duración ante señales emocionales. Este aumento en la activación de la amígdala ante la segunda vez que se presente un estímulo emocional, no se observa en grupos control ni en pacientes que presentan trastornos en Eje I, en estos casos el nivel de activación de la amígdala tiende a disminuir o a mantenerse igual ante ambos. Esta potente respuesta de la amígdala indica la presencia de una anormalidad en una de las funciones más básicas de expresión y autoregulación, las cuales tienen trascendencia en la evolución humana, ya que, tienden a responder de manera hiperreactiva tanto a estímulos placenteros como negativos, evidenciando alta sensibilidad a las emociones (Hazlett, et al., 2012).

Schnell, Dietrich, Schnitker, Daumann y Herpertz (2006) realizaron un estudio con 14 pacientes diagnosticados con TLP y 14

controles, el cual consistía en someter a los pacientes a un estímulo que contenía información diversa sobre ciertas actividades humanas que se realizan a nivel solitario y grupal, se utilizó el Test de Apercepción Temática (TAT) y varios estímulos neutros. Se realizaron varias tomas utilizando la resonancia magnética. En esta investigación se observó que el estímulo del TAT provocaba que los pacientes con TLP tuvieran un incremento de sangre en las áreas cerebrales de la corteza orbitofrontal, corteza insular, corteza cingulada anterior izquierdo y la corteza media prefrontal, así como en la corteza parietal y las áreas del hipocampo. Tanto la corteza cingulada anterior y la corteza orbitofrontal están relacionados con la recuperación de la memoria autobiográfica. Los sujetos con TLP mostraban mayor activación en estas áreas cerebrales cuando se les mostraba estímulos neutros y el TAT. Esta dificultad para seleccionar e inhibir las áreas relacionadas con la recuperación de la memoria autobiográfica sugiere que esta población tiende a procesar la información de un modo autoreferencial y a presentar dificultades para diferenciar entre los estímulos emocionalmente relevantes y neutrales.

Por tanto, los distintos estudios han encontrado diferencias en la región fronto límbica, las cuales están asociadas con la expresión del control, la regulación de las emociones, impulsividad y agresividad. A nivel frontal, las áreas identificadas son la corteza orbitofrontal, responsable de la función ejecutiva emocional y la corteza frontal dorsolateral, envuelta en el funcionamiento ejecutivo, estas áreas participan en la



autoregulación emocional y en la modulación de la reactividad de la amígdala. Además esta disfunción se asocia con el hipocampo, región cerebral que está relacionada con la memoria, por lo que se encuentra que en el TLP hay un peor rendimiento en tareas de recuperación de información relacionada con recuerdos emocionales y traumáticos, lo cual apoya el impacto que tienen las experiencias traumáticas tempranas en el desarrollo del sistema nervioso y la relación con las limitaciones en la memoria de control. Asimismo, se ha observado la implicación que tiene el cíngulo anterior en el TLP, esta región pertenece al área frontal del cerebro y está relacionada con el control de los aspectos afectivos y emocionales, principalmente aspectos neuroendocrinos y los relacionados con el dolor y la regulación autonómica, por lo cual la disfunción en esta área coincide con la desregulación afectiva (Salavert, 2011).

La sensación de inestabilidad y los patrones inestables en las relaciones interpersonales, se manifiestan en las áreas del giro frontal derecho, el cual está relacionado con la apreciación del humor, la carga de afecto a nivel de la memoria autobiográfica y episódica y junto con el área del Giro fusiforme se relacionan con el reconocimiento de la expresión facial. Además, hay una sobreactivación de las áreas visuales primarias: (1) giro lingual: relacionada con la toma de decisiones y la representación interna del ambiente versus la representación externa; (2) giro cuneos; y (3) giro medio occipital, éstas últimas áreas visuales están relacionadas con hiperatención hacia los estímulos afectivos los cuales son invisibles para otras personas. Un aumento

en el área cerebral del giro superior parietal izquierdo, está relacionado con los síntomas disociativos que se presentan en el TLP y la hiperactivación de esta misma área se relaciona con el funcionamiento ejecutivo de la corteza prefrontal (Salavert, 2011).

También se ha encontrado una hipoactivación del cíngulo posterior y el precuneus, estructuras que han sido relacionadas con la habilidad cognitiva encargada de atribuir estados mentales a uno mismo o a los otros, así como interpretar de forma correcta la mente de otras, esta habilidad es disfuncional en los pacientes con TLP (Salavert, 2011).

Aspectos Psicosociales

Bandelow, et al. (2005) comparó la historia de eventos traumáticos durante la niñez en una muestra de 66 sujetos con TLP y 109 controles. Se aplicaron 203 preguntas sobre los eventos traumáticos durante la niñez, las actitudes parentales, antecedentes psicopatológicos y los factores de riesgo al nacer. Se encontró que los sujetos con TLP han tenido un número significativamente mayor de experiencias traumáticas en la niñez, siendo más común la presencia de antecedentes neuróticos y psicopatológicos en la familia, historia de abuso sexual en la infancia, separación de los padres y presencia de estilos de crianza desfavorables. Por otra parte, De Panfilis, et al. (2012), ha identificado que la presencia de intentos de suicidio incrementa el riesgo de recaídas durante el tratamiento ambulatorio, mientras que rasgos de personalidad evitativa y esquizotípica comórbidas reducen la posibilidad de recaída.



Aspectos Cognitivos

Diversos estudios señalan la presencia de una serie de cogniciones que se presentan en sujetos con TLP. Las teorías cognitivas señalan dos procesos centrales, en primer lugar, se indica que los pacientes con TLP realizan interpretaciones negativas sobre la conducta de las demás personas, por lo que infieren que tienen malas intenciones sobre ellos, algunos de los temas que se han identificado son el rechazo, la exclusión, el abuso, entre otros. El segundo tipo de pensamiento que se ha identificado es el pensamiento dicotómico, esta tendencia se manifiesta en los momentos en que los pacientes son confrontados sobre los problemas básicos de su vida como el abuso, el abandono y el rechazo. El pensamiento dicotómico se ha encontrado como una variable que incide significativamente en las problemáticas que acarrea el trastorno, ya que esta mala interpretación de los estímulos del medio provoca que las respuestas sean muy seguidas y llenas de carga emocional. La literatura ha señalado que el estilo de pensamiento de tipo dicotómico es central para la interpretación que hacen los pacientes con TLP de los otros (Arntz y ten Haf, 2012).

Se ha observado que los pensamientos negativos que presentan los sujetos con TLP están relacionados con la información que reciben y la interpretación que realizan, ya que la hacen de una forma autorreferencial, identifican en los demás los aspectos positivos que no pueden identificar en sí mismos (Mosquera, 2004).

Baher, Peters, Einsenlohr-Moul, Geiger y Sauer (2012) mencionan que sujetos con TLP

presentan procesos cognitivos maladaptativos incluyendo la atención y memoria selectiva, creencias distorsionadas y procesos de pensamiento como rumiación y supresión del pensamiento, los cuales están asociados con las patologías emocionales. Tienden a atender estímulos negativos y recuerdos negativos de manera desproporcionada, reforzando así las creencias negativas sobre sí mismo y los otros, las cuales se generalizan a tanto a estímulos emocionalmente significativas así como los que tienen un carácter ambiguo y neutral.

Finalmente, se encontró un deterioro en las funciones ejecutivas, evidenciando dificultades en la capacidad de planeación y toma de decisiones. Por lo tanto, cuentan con menos recursos para afrontar las diferentes situaciones, tienen niveles más altos de orientación a los problemas, resolviendolos a través de un estilo más impulsivo y descuidado en la resolución de los mismos (Bray, Barrowclough, Lobban, 2007; Le Gris, Links, van Reekum, Tannock, Toplak, 2012; Piñeiro, Cervantes, Ramírez, Ontiveros y Ostrosky, 2008).

Aspectos interpersonales: Mecanismos de Defensa

La Disociación: A través un metaanálisis se concluyó que la respuesta disociativa en TLP está asociada a una menor actividad de la amígdala, es decir hay un hipercontrol sobre la experiencia emocional. Por lo cual, la disociación es una respuesta defensiva para hacer frente a los estímulos desagradables. De esta manera, personas con TLP y menor sintomatología disociativa tienden a presentar una mayor hiperactivación emocional,



mientras que en los casos de experiencias disociativas ocurre lo contrario, encontrándose una tendencia mayor hacia la hipoactivación emocional, lo cual evidencia un pobre aprendizaje emocional (Hazlett, et al., 2012). La disociación es interpretada por los demás de manera negativa y tiende a confundirse con experiencias más dramáticas o de broma, por lo cual es un aspecto que debe ser explicado a familiares y a amistades para que logren entender a la persona con TLP (Mosquera, 2004).

Los Cambios de Humor Selectivos: En primer lugar es importante explicar que no todos los cambios de humor son mecanismos de defensa, ya que en el caso del TLP media la impulsividad. Sin embargo, en ocasiones estos cambios de humor son selectivos y permiten que la persona obtenga los resultados esperados en las relaciones con los otros (Mosquera, 2004)

Identificación Proyectiva: Este mecanismo de defensa consiste en atribuirle a otra persona una parte de sí mismo que no quiere o que no le gusta, por lo cual ante temas relacionados con sentimientos de inferioridad, pueden responder de forma defensiva y tratar de atacar a la otra persona. Este ataque en realidad está reflejando el malestar emocional que le invade. Lo suelen utilizar para distanciarse de una parte de sí mismo que no quieren, por lo que es más fácil atribuirle a otra persona (Mosquera, 2004).

La Falta de Límites: El TLP produce una dificultad para diferenciar los límites personales y los de las demás. Esto explica las reacciones emotivas y similares a las

que tiene un niño pequeño, ya que se activa la autopercepción de partes vulnerables y frágiles. Por esta razón, establecen vínculos dependientes e inseguros con sus figuras de afecto, sobreinvolucrándose en la vida de los demás (Mosquera, 2004).

Pautas Contratransferenciales

El terapeuta se ve expuesto a un reto profesional cuando interviene a esta población. La presencia de mecanismos defensivos primitivos y pautas cognitivas rígidas pueden generar errores en los procesos terapéuticos. De acuerdo a Mosquera (2004) los sentimientos y reacciones contratransferenciales más frecuentes son:

Ansiedad, Miedo, Inseguridad y/o Terror: Estos pacientes tienen gran facilidad para hacer que el terapeuta se sienta ansioso, ya que genera temor ante la posibilidad de una muerte inminente.

Sentirse Chantajeado: El terapeuta puede sentirse emocionalmente chantajeado con la amenazas de suicidio del paciente.

Sentimientos de Culpabilidad: Sentirse culpable porque la terapia no avanza al ritmo esperable, el paciente es inconstante, se muestra poco interesado en el proceso, entre otras.

Fantasías de Rescate: El terapeuta puede pensar que debe hacer cosas por el paciente, incluso puede pensar que es la única persona que tiene la posibilidad de ayudarlo.



Sensación de No valía o Sentirse un Fraude:

Los pacientes con TLP tienden a cuestionar la competencia profesional y personal del terapeuta.

Sentirse Invasado: El terapeuta siente que el paciente está intentado invadir su intimidad y que está confundiendo la relación terapéutica.

MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS

Psicoterapia Cognitivo-Analítica (PCA)

Este modelo integrador de psicoterapia fue desarrollado en 1970 por el inglés Anthony Ryle y se basa en la investigación sobre la forma en que la persona da sentido a su experiencia, organiza su mundo y logra darle una explicación personal a ésta. Así, logra realizar una reformulación de conceptos a través de la focalización en conductas problemáticas y en los patrones de relación interpersonal aprendidos. Esta psicoterapia es breve (aproximadamente 16 sesiones), focal y de acción, ya que se trabajan uno o varios focos patológicos de la persona (Gómez de Ramón y Fernández, 2010). Desde esta perspectiva se visualiza el daño grave y generalizado para el Yo, producto de las experiencias de privación y trauma, lo cual afecta la capacidad autoreflexiva, el sentido de identidad, las funciones ejecutivas y las alteraciones interpersonales. Se ha documentado que este abordaje es eficaz en contextos ambulatorios y con población adolescente (Generalitat de Catalunya, 2011).

En este modelo se integra la parte cognitiva, ya que se utiliza la capacidad del sujeto para pensar acerca de sí mismo, así como

sus estrategias de afrontamiento, esquemas básicos y a la vez, la parte analítica, porque toma en cuenta los impulsos inconscientes del sujeto. Este modelo puede ser aplicado tanto en poblaciones ambulatorias como hospitalizadas (Gómez de Ramón y Fernández, 2010).

Ryle (1997) plantea que el trastorno límite de la personalidad es el resultado de la presencia de un número de estados mentales tales como: experiencias subjetivas definidas por un componente emocional, el estilo de representación, el sistema cognitivo compuesto por esquemas, creencias y atribuciones, y finalmente el grado de control volitivo que se experimente sobre el estado mental, los cuales están parcialmente disociados generando cambios bruscos rápidos y confusos (Gómez de Ramón y Fernández, 2010).

Elementos de la Estructura del Modelo Terapéutico PCA

Inicialmente, se sugiere la realización de una evaluación psicológica, proponiéndose la administración del instrumento "Procedimientos para la descripción de estados; SDP" (Bennet y Ryle, 2005) que permite identificar los estados disociados y construir narrativas sobre el self del sujeto y el self de los otros, de esta forma se trata de buscar el origen de estos estados de disociación y se facilita la autoobservación de los estados mentales propios y ajenos. Una vez que la persona logra llenar este cuestionario, se procede a la exploración de los mismos, a través de preguntas que facilitan su detección y descripción, las preguntas son: ¿Cómo te sientes hacia los otros cuando te encuentras en este estado? ¿Cómo te evalúas a ti mismo en este estado?



¿Qué sensaciones corporales acompañan a este estado? ¿Qué es lo que sueles tender a hacer en este estado? ¿Qué es lo que sueles intentar evitar cuando estás en este estado? ¿Qué es lo que me reconforma a mí mismo en este estado? ¿Cómo consigues salir de este estado? (Gómez de Ramón y Fernández, 2010).

Cuando el sujeto logra explicitar y hacer disponibles para la reflexión los roles recíprocos internalizados sobre los cuales no había reflexionado anteriormente, se inicia un proceso de reformulación. La reformulación se realiza a través de la aplicación de un procedimiento secuencial, utilizando diagramas sobre la forma en que se despliegan los actos mentales y las conductas encaminadas a la consecución de un fin determinado. Este proceso permite identificar los factores internos y externos que activan un rol. Finalmente, se busca que logre encontrar relaciones y significados que permitirán resignificar su forma de relacionarse con los objetos (Gómez de Ramón y Fernández, 2010)

Psicoterapia Dialéctica-Cognitiva (TDC)

La psicoterapia Dialéctica-Cognitiva (DC) es una intervención psicosocial desarrollada por Marsha Lineham específicamente para el abordaje de los TPL. Su eficacia ha sido comprobada a través de muchos estudios de clínicamente controlados. Los estudios han indicado que este tipo de terapia logra disminuir el número e intensidad de las autolesiones y las conductas parasuicidas, reducir el tiempo de hospitalización y la trabajar sobre sentimientos de depresión, desesperanza y finalmente aumentar el funcionamiento social.

Desde esta perspectiva, se considera que las alteraciones emocionales y conductuales, son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza unas conductas claramente disfuncionales, por lo cual, se busca entrenar al paciente para que ponga en práctica otras conductas más adaptativas para la resolución de las relaciones intra e interpersonales (Cuevas y López, 2012; Soler, et al., 2012).

En este tipo de abordaje se incluye sesiones individuales y grupales, que integran actividades de tipo cognitivo-conductual junto con la filosofía dialéctica y la práctica del Zen. El tratamiento se dirige en primer lugar al abordaje de conductas que pueden suponer una situación de riesgo vital para el paciente, buscando reducir el riesgo valiéndose de un mayor acompañamiento terapéutico en donde se permite realizar contactos vía telefónica en momentos de crisis (Cuevas y López, 2012).

El programa de tratamiento pasa por diversas fases, habitualmente de manera lineal, es decir hasta que no se cumplan los objetivos de una fase no se puede pasar a la siguiente. Las diversas fases contemplan el manejo de conductas de autoeliminación, afrontamiento de conductas que repercuten en el éxito de la terapia, validación de conflictos emocionales, aumento de la capacidad para regular las propias emociones y para mantener relaciones interpersonales satisfactorias, elaboración de situaciones traumáticas, entrenamiento en resolución de problemas de la vida diaria, promoción de la autovalía y entrenamiento a la persona en la capacidad de disfrutar las experiencias personales (Cuevas y López, 2012).



Elementos de la Estructura del Modelo Terapéutico de TDC

El procedimiento estándar de esta terapia incluye cuatro módulos de intervención: (1) la terapia de grupo; (2) la psicoterapia individual; (3) llamadas telefónicas; y (4) reuniones entre el equipo de consultantes (Soler, et al., 2012), el componente grupal consiste en dos horas semanales de entrenamiento en habilidades que buscan el incremento de las capacidades conductuales. Estas habilidades están divididas en cuatro módulos (1) Efectividad interpersonal; (2) Regulación emocional; (3) Tolerancia al estrés y; (4) Mindfulness (Soler, et al., 2012). A continuación se describen brevemente:

Efectividad Interpersonal: en este apartado se incluyen las estrategias efectivas para mostrarse asertivo al pedir lo que se necesita, rechazar peticiones y manejar los conflictos (Lineham, 2011).

Regulación Emocional: desde la perspectiva de la TDC, las dificultades en la regulación emocional tienen un papel fundamental en el desarrollo de problemas conductuales. Asimismo, a nivel individual, los sentimientos dolorosos, son la mayor parte de las veces, el tema que se debe abordar durante la terapia. Por esta razón, resulta necesario enseñar al paciente con TLP estrategias necesarias para el manejo de las emociones como: identificación de emociones, visualización de obstáculos para el cambio emocional, reducir la vulnerabilidad afectiva, incrementar las emociones positivas y aumentar la tolerancia al malestar (Lineham, 2011).

Tolerancia al Estrés: en este enfoque se busca aceptar, encontrar un significado y tolerar el malestar, aprendiendo a manejar el dolor con habilidad. Las conductas de tolerancia al malestar van dirigidas a tolerar y sobrevivir a la crisis y a aceptar la vida. Existen cuatro grupos de estrategias de supervivencia a las crisis: distraerse, proporcionarse de estímulos positivos, mejorar el momento y pensar en los pros y contras (Lineham, 2004).

Mindfulness o Conciencia Plena: Las metas del mindfulness es ayudar a los sujetos con TLP a incrementar sus consciencia de control sobre el procesamiento atencional y lograr una sabia integración entre el pensamiento irracional y racional (Soler, et al., 2012).

Abordaje Psicoeducativo de Mosquera (AP)

Este Abordaje Psicoeducativo (AP) fue propuesto por Mosquera (2004b), el cual se basa en brindar a los pacientes con TLP una explicación de su trastorno desde el componente psicoeducativo, el cual está enfocado en que logren tener una mayor comprensión de sus sentimientos, pensamientos y comportamientos, así como aprender a utilizar los recursos que poseen.

Elementos de la Estructura del Modelo Terapéutico AP

Este programa terapéutico se basa en la estimulación de la reflexión, lograr un mayor autoconocimiento y generar pautas de comportamiento más adaptativas. Consta de 49 sesiones de trabajo, las cuales han



sido debidamente estructuradas en el manual Diamantes en Bruto II. Las sesiones fomentan el ejercicio de la expresión escrita y la psicoeducación, se dejan tareas entre sesiones y éstas son parte del trabajo que se realiza durante la sesión. Los aspectos medulares de la estructura del programa son:

Autoobservación: consiste en la reflexión y atención a sus comportamientos, pensamientos y sentimientos.

Autocuidado: consiste en el abordaje de las conductas destructivas y autolíticas.

Psicoeducación específica acerca del TLP: se explican los mecanismos de defensa, impulsividad, motivos para los comportamientos destructivos, vulnerabilidad emocional, falta de límites, alteración de la identidad problemas en las relaciones interpersonales, etc.

Evaluaciones intermedias: se hace una evaluación del trabajo en equipo realizado y se les explica los temores habituales que suelen surgir al hacerse conscientes de la mejoría.

Manejo de emociones: Se explica la diferencia entre las emociones primarias y secundarias.

Técnicas de afrontamiento: Se enseñan técnicas y estrategias enfocadas en el cambio del estilo de pensamiento, así como reconocer la base de sus miedos.

Terapia Enfocada en los Esquemas (TEE)

La Terapia Enfocada en los Esquemas (TEE) se ha mostrado como un enfoque

prometedor en el tratamiento integral de los TLP. Se basa en los principios de la teoría del aprendizaje, psicología del desarrollo y de una variedad de terapias experienciales. Este enfoque tiene el objetivo de producir una recuperación completa. El modelo se aplica de forma individual, dos veces por semana y su eficacia ha sido comprobada en los Países Bajos (Farrell, Shaw y Webber, 2009). Los esquemas son constructos psicológicos que incluyen las creencias que tenemos acerca de nosotros mismos, el mundo y las demás personas, los cuales son producto de cómo se trataron las necesidades básicas de la niñez. Los esquemas se componen de recuerdos, sensaciones corporales, emociones y cogniciones que se desarrollan durante la infancia y se elaboran a través de la vida de las personas. Por esta razón, pueden ser inexactos, limitantes y disfuncionales, por lo que pueden estar muy arraigados y no se encuentran en la conciencia de la persona (Farrell, Shaw y Webber, 2009).

En TEE la atención se centra en identificar los esquemas desadaptativos y sus ineficaces estrategias de afrontamiento. Algunos de los esquemas importantes en el TLP son: (1) los defectos; (2) la vergüenza; (3) el aislamiento social; (4) la desconfianza; (5) el abuso y/o dependencia; (4) la incompetencia; (5) las normas aplicables; y (5) el sometimiento. El cambio de los esquemas requiere de un trabajo cognitivo y experimental, utilizando diferentes técnicas cognitivas de registro e identificación de cogniciones, así como las técnicas experienciales enfocadas en la utilización de imagerías visuales y trabajos creativos para simbolizar experiencias positivas y resignificación de los esquemas.



Finalmente, se busca que la persona cambie su patrón conductual y que el cambio se generalice fuera de la terapia (Farrell, Shaw y Webber, 2009).

Elementos de la Estructura del Modelo Terapéutico TEE

El formato de las sesiones es estructurado, incluye: Discusión de la **tarea** de la sesión **previa**. Presentación de la **nueva información**. Discusión y formulación de **preguntas y respuestas**. **Asignación** de tareas

Este tratamiento tiene los siguientes objetivos: (1) establecer una buena alianza terapéutica a través de la validación y la educación que confirman la utilidad que tiene el tratamiento; (2) incrementar la conciencia emocional, de esta forma, los sujetos conocen las manifestaciones de la precrisis y entienden su malestar emocional; (3) desarrollar un plan individualizado de manejo del estrés; y (4) ayudar a los sujetos que vivan lo suficientemente libre de esquemas negativos y que aprendan a utilizar sus habilidades de afrontamiento (Farrell, Shaw y Webber, 2009).

Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PTF)

Es una terapia estructurada, en donde se sigue la guía de un manual. Tiene como objetivo la contención y el análisis del significado personal ante las amenazas de abandono y su relación con las figuras afectivas significativas de la infancia, es decir busca activar los patrones disfuncionales de la relación interpersonal dentro de la relación terapéutica (transferencia)

para que estos puedan entenderse a través de su interpretación. Es una terapia que se realiza dos veces a la semana de forma individual. En esta se intenta abordar los conflictos, las emociones y las conductas derivadas de estas distorsiones y errores, lo cual permite reducir la difusión de la identidad y facilitar el funcionamiento reflexivo. Se ha observado que este modelo permite mejorar la coherencia narrativa y el funcionamiento reflexivo, así como disminuir la ideación suicida (Cuevas y López, 2012; Generalitat de Catalunya, 2011).

Terapia Cognitiva Asistida por Manual (TCAM) - Manual-assisted cognitive therapy-MACT.

Este tipo de intervención se desarrolló para personas con repetidos intentos de suicidio y no tanto para el TLP, sin embargo, se empezó a utilizar en esta psicopatología debido a que su población presenta un elevado número de intentos de suicidio. Es una intervención breve, de orientación cognitiva y focalizada en problemas, que incluye hasta 5 sesiones a los tres meses de un episodio autolesivo. La TCAM es una terapia estructurada que se acompaña de un folleto en donde se estructuran las sesiones y permite que la persona cuente con la información una vez finalizado el proceso, activando el proceso de aprendizaje. En el manual se cubren los siguientes temas: Evaluación del intento de autoeliminación, Habilidades para tratar la crisis, Técnicas cognitivas básicas de resolución de problemas para controlar las emociones y el pensamiento, así como Estrategias de prevención de recaídas (Generalitat de Catalunya, 2011; Morey, Lowmaster y Hopwood, 2010).



Psicoterapia Basada en la Mentalización (PBM)

Esta terapia consiste en entrenar al paciente hacia un mayor conocimiento de sí mismo y de los demás en un contexto seguro que le permita manejar los impulsos, las desregulaciones afectivas y las relaciones con los demás (Cuevas y López, 2012).

Se basa en la noción de que el TLP es el resultado de una alteración en el desarrollo del apego, el cual causa una incapacidad para la mentalización o entender los estados mentales propios y de los demás. Se realiza en un contexto de hospitalización y abarca muchos componentes tales como: terapia **individual** semanal, terapia **analítica grupal**, terapia expresiva con **psicodrama**, reuniones **comunitarias** semanales, así como terapias expresivas de **escritura**, las cuales se desarrollan en un periodo de máximo 18 meses. Los diferentes estudios han demostrado la eficacia y efectividad en este tipo de terapias, por lo cual se recomiendan para ser aplicadas en sistemas hospitalarios (Generalitat de Catalunya, 2011)

Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)

Este es un modelo que se basa en la Terapia cognitiva conductual, para el desarrollo de habilidades. Se presenta en sesiones de 2 horas durante un periodo de 20 semanas. Incluye una sesión de 2 horas para familiares en la cual se les presenta conceptos y las habilidades que les permitirán dar apoyo y refuerzo a las habilidades de los participantes.

Esta modalidad terapéutica se recomienda a nivel ambulatorio y como completo de otros tipos de tratamiento. Se ha encontrado que produce una mejora de la afectividad, impulsividad y el funcionamiento general en el TLP (Generalitat de Catalunya, 2011).

Este modelo consta de tres fases en las que se trabajan las siguientes temáticas: Se sustituyen ideas erróneas acerca del TLP por una **conciencia** de las conductas y sentimientos que definen este trastorno. Entrenamiento en habilidades para mejorar la **regulación emocional**. Entrenamiento en **habilidades conductuales** (Generalitat de Catalunya, 2011).

Tratamiento Escindido (Split treatment) Modelo de Gunderson

Este es un modelo psicoterapéutico institucional desarrollado por Gunderson en el Mclean Hospital de Boston (EEUU). Este programa une la psicoterapia individual con otros abordajes derivados de la rehabilitación psicosocial, la psicoterapia de grupo, de familia, así como el funcionamiento de comunidades terapéuticas (García, 2007).

La esencia del modelo es el "Split Treatment" o tratamiento escindido, el cual consiste en dos variables fundamentales: (1) Psicoterapia **psicodinámica** unida a la terapia **dialéctica conductual**; y (2) utilización de medidas rehabilitadoras para responder a las necesidades de cada caso (García, 2007).

García (2007) indica que los objetivos en el proceso de psicoterapia individual son:



producir un cambio estructural, desarrollar crecimiento personal, resolver conflictos, estabilizar la identidad y el desarrollo de nuevas capacidades. En cuanto, al enfoque de caso, se busca producir una mejoría sintomática, entrenar en resolución de problemas, trabajar el manejo conductual, mejorar las habilidades sociales, trabajar en el manejo de la impulsividad.

Psicoterapia Grupal

Se realizó una investigación en México que tenía como objetivo determinar las características psicológicas y psicopatológicas de pacientes con TLP que influyen en la adherencia a un tratamiento grupal psicoterapéutico. Se encontró que la deserción en una psicoterapia grupal con pacientes con TLP es mayor a la que presenta un grupo regular. Entre las variables que influyen están: problemas para establecer una buena alianza terapéutica, no se desarrollaron los fenómenos grupales de cohesión grupal y universalidad, y mantenimiento de un estilo individualizado buscando tratar su tema. Las causas que pueden determinar el fenómeno anteriormente señalado son: sensación de amargura ante el grupo, exacerbación de sentimientos de incomodidad, humillación y traición, por lo que desertan antes de comprobar su fantasía y poca tolerancia a la frustración (Biagini, Torruco y Carrasco, 2005; Mosquera, 2004).

Mosquera (2004) trabaja con pacientes con Trastorno Límite en una clínica española e indica que la terapia grupal es complementaria a la terapia individual y produce reacciones positivas entre los usuarios, ya que tienen la oportunidad de compartir con personas

que tienen una problemática similar. El éxito terapéutico radica en la posibilidad de realizar intervenciones individuales antes de iniciar el proceso grupal, las cuales van enfocadas en reforzar la confianza terapéutica, disminuir resistencias y fantasías sobre el contexto grupal.

Terapia Grupal Interpersonal

La Terapia Grupal Interpersonal se desarrolló como una terapia de apoyo estructurada y limitada en el tiempo para el tratamiento de pacientes con depresión. Sin embargo, diversos estudios han extendido esta terapia a pacientes con TLP. Este tipo de intervención se basa en la atención a cuatro áreas principales: (1) la **sensibilidad** interpersonal; (2) las **transiciones del rol**; (3) las **disputas** interpersonales; y (4) los **déficits** interpersonales, estos aspectos son relacionados con los diferentes cambios en el estado de ánimo. Se ha comparado la efectividad de esta terapia con la terapia psicodinámica breve y se ha encontrado que tiene el mismo nivel de efectividad (Generalitat de Catalunya, 2011).

Terapia Grupal Dinámica Intensiva Breve

Este modelo de psicoterapia se desarrolló hace más de 30 años, a través del trabajo en una comunidad terapéutica y está basado en Terapia grupal dinámica intensiva breve, de esta forma se fue trasladando a varios centros de salud, hospitales generales, unidades de rehabilitación y hospitales diurnos en Suiza y España. Este programa se debe realizar durante un promedio de 50 días, por 5 días, 5 horas al día. Se recomienda que este programa sea aplicado por dos



profesionales en salud mental pueden ser: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicomotores. El programa se basa en terapia dinámica de grupo diaria, actividades de relajación, arteterapia, danzaterapia, talleres de discusión grupal, talleres psicoeducativos y grupos de resolución de conflictos. Este programa ha demostrado efectividad terapéutica, las cuales se mantienen incluso hasta un año después de haber concluido el mismo (Guimón, Boyra, Dávila, Moscaró, Maruottolo, 2012).

Psicoterapia Familiar

El abordaje familiar es vital dentro del tratamiento psicoterapéutico para los pacientes con TLP, esto debido a que el patrón familiar y las relaciones vinculares pueden interferir en el trabajo terapéutico del paciente. Se recomienda tomar en cuenta que los padres, generalmente, tienen mucho tiempo de estar lidiando con la problemática de su hijo(a) y acuden desesperados en busca de ayuda (Mosquera, 2004)

De acuerdo a Mosquera (2004) el terapeuta encargado abordar la familia se debe enfocar en trabajar los siguientes objetivos: **Explicar** profunda y minuciosamente, las **características** del trastorno y generar estrategias que le permitan ayudar a la persona afectada. Explorar los **patrones de interacción** que existen dentro del núcleo familiar y buscar los que pueden estar interfiriendo con la recuperación del paciente. Proporcionarles una **guía de actuación** útil que le permita sobrellevar ese patrón creando uno nuevo o reestructurando el ya existente. Recordar a los familiares que el proceso de

recuperación requiere de tiempo y que puede ser lento. Preparar a la familia para afrontar futuras **recaídas**. Prepararse para **afrontar la mejoría** del paciente, la cual conlleva a que el paciente busque clarificar aspectos personales de su vida, sentimientos y puntos de vista.

Intervención en Crisis en pacientes con TLP.

La intervención en crisis en pacientes con trastorno límite de personalidad debe ser rediseñada, ya que entran en desequilibrio emocional con mucha facilidad, por lo cual se debe adaptar el modelo estándar. Las severas crisis en esta población son derivadas de un mundo interno frágil que ha desarrollado una serie de mecanismos adaptativos, aunque habitualmente inmaduros o poco funcionales, además de haber acumulado en su historia una serie de eventos traumáticos relacionados con situaciones de pérdida o abandono. Estas características los hacen vulnerables de presentar crisis constantes (Martínez, 2005)

En la intervención en crisis se busca el restablecimiento de las capacidades de afrontamiento más adaptativas que posea, ayudarlo a disminuir la intensidad de las emociones, disminuir las conductas autodestructivas, procurar mayor capacidad de control emocional, descubrir la relación que tienen sus respuestas con el evento precipitante de la crisis y fortalecer la adherencia terapéutica posterior a la crisis.

Elementos de la Estructura para una Intervención en crisis en TLP.

Martínez (2005) indica las siguientes pautas que se deben tomar en cuenta para la



realización de una intervención en crisis en sujetos con TLP:

Aplazar la acción de la conducta suicida y hacerla egodistónica: al ser el suicidio una posible solución a los problemas, resulta necesario desacreditar esta acción como válida, para realizar esto, se debe utilizar una buena alianza terapéutica y acordar con el paciente el aplazamiento de esta decisión, además se debe pensar en posibles conductas de descarga, con lo cual se intenta generar pensamiento en donde siempre hay acción.

Búsqueda de objetos externos que actúen como red de apoyo interna: buscar figuras afectivas que se conviertan en un ancla vital y permitan ampliar la perspectiva de la realidad. En ocasiones resulta importante trabajar con la familia.

Búsqueda activa de la vivencia de pérdida como evento desencadenante: este elemento cognitivo, es esencial para comprender la crisis y su manera de reaccionar ante la amenaza de abandono real o imaginaria, lo cual permite prepararle para futuras crisis.

Interpretaciones catárticas del impulso: buscar activamente la verbalización de las emociones asociadas al impulso, facilitando la verbalización y organización del mundo interno del sujeto.

Alejar al paciente del escenario conflictivo: es importante que durante la crisis el paciente se mantenga alejado de la situación problema.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Trastorno Límite de la Personalidad es un trastorno que afecta diversas áreas del funcionamiento de la persona. Por tal razón, es una problemática que requiere de un abordaje en el cual tanto el paciente como el terapeuta deben trabajar arduamente para lograr visibilizar resultados positivos.

Dentro de la consulta psiquiátrica y psicológica se observa continuamente la visita de sujetos que presentan este trastorno, por lo que a nivel del sistema de salud público genera una importante demanda de atención, así como un gasto económico significativo, ya que sus desequilibrios emocionales son constantes y requieren de continua asistencia, internamientos prolongados y utilización continua de los servicios de salud.

Además, la presencia de conductas autolesivas e impulsivas incrementa el nivel de riesgo de muerte, lo cual genera un alto grado de responsabilidad a nivel social, de ahí que resulta necesario crear programas de intervención que permitan contener emocionalmente de manera ambulatoria a esta población y permitirles contar con tratamientos terapéuticos eficaces, con los cuales puedan mejorar su calidad de vida.

Actualmente, existen muchos profesionales investigando aspectos relacionados con el desarrollo etiológico del trastorno, con el objetivo de poder conocer las características biológicas, emocionales, sociales y conductuales que influyen en el desarrollo de este trastorno. De esta manera, es posible identificar de manera temprana a la población



vulnerable, no solo trabajando con ella, sino también elaborando planes preventivos desde la niñez que puedan influir de manera positiva en la configuración de la personalidad. Asimismo, es posible empezar el abordaje desde que aparecen las manifestaciones premórbidas del trastorno, evitando que el sujeto con TLP se vea deteriorado debido a la presencia de constantes crisis emocionales.

Ante la complejidad de la vivencia del paciente con TLP se requiere conocer algunos de los tratamientos psicológicos que han mostrado efectividad a través de estudios controlados, ya que estos permiten marcar las pautas terapéuticas necesarias para encontrar una posible solución a diferentes áreas problemáticas en este trastorno. La tarea pendiente es que se evalúen los tratamientos por medio de estudios longitudinales que permitan conocer la permanencia de las conductas aprendidas en las intervenciones psicoterapéuticas, así como la adaptación de los mismos al contexto costarricense y a las capacidades que tiene el sistema de salud pública de Costa Rica.

Los diferentes modelos terapéuticos comparten muchas similitudes tal como la utilización de marcos de tratamiento en los que se enfatiza la necesidad de: (1) utilizar contratos terapéuticos y; (2) dar énfasis a la relación terapéutica. Sin embargo, diversas investigaciones han encontrado diferencias en cuanto a la intensidad y duración del tratamiento, la asistencia a sesiones grupales complementarias, la disponibilidad del terapeuta en caso de crisis y la importancia que tengan las técnicas psicodinámicas o experienciales (Stoffers, Völlm y Lieb, 2012).

Se ha encontrado en diversas investigaciones que el éxito en cuanto al mantenimiento de los pacientes con TLP en psicoterapia de tipo ambulatorio está relacionado con el establecimiento de una buena alianza terapéutica (Barnicot, et.al, 2012). Tomando en cuenta que uno de los aspectos más difíciles en el trabajo con los sujetos con el TLP es el manejo de las reacciones contratransferenciales que generan en el terapeuta y el hecho que la alianza terapéutica sea un importante factor de cambio, resulta necesario conocer a profundidad el origen etiológico, contemplando el funcionamiento dinámico, historia de desarrollo, pautas cognitivas y bases de abordaje terapéutico para mantener intervenciones eficaces orientadas en un manejo adecuado de las reacciones contratransferenciales.

Es evidente, que los diferentes estudios se han realizado en países en los que se cuenta con mayores recursos económicos y en los que la población, presenta un menor nivel de problemática social, sin embargo, es importante conocerlos y buscar la forma de unir esfuerzos que permitan desarrollar pautas de tratamiento efectivas para nuestra realidad social y para las características particulares que posee nuestra población costarricense y migrante, esto implica un reto en el cual todos los psicólogos(as) y profesionales de salud mental debemos trabajar conjuntamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arntz, A., te Haaf, J. (2012). Social cognition in borderline personality disorder: evidence for dichotomous thinking but no evidence for less complex



- attributions. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 12.
2. Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., Rüter, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 169-179.
 3. Baher, R., Peters, J.R., Einsenlohr-Moul, T.A., Geiger, P.J., Sauer, S.E. (2012). Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: A review of the empirical literature. *Journal of Clinical Psychology Review*, 32, 359-369.
 4. Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorders: A systematic review. *Journal of clinical psychology review*, 32, 400-412.
 5. Biagini, M., Torruco, M., y Carrasco, B. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Revista de salud mental*, 28(1), 52-60.
 6. Bray, S., Barrowclough, C., Lobban, F. (2007). The social problem – solving abilities of people with borderline personality disorder. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 45, 1409 – 1417.
 7. Cuevas, C., López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 94-114.
 8. De Panfilis, C., Marchesi, C., Cabrino, C., Monici, A., Politi, V., Rossi, M., Maggini, C. (2012). Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 1-8.
 9. Farrell, J.M., Shaw, I.A., Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Therapy and experimental psychiatry*, 40, 317-328.
 10. García, B. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los trastorno límite de la personalidad (TLP). *Revista de Clínica y Salud*, 18(3), 347-361.
 11. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d' Informació, Avaluació i qualitat en salut.
 12. Gómez de Ramón, M.V., Fernández, M. (2010). Autoobservación de los estados mentales en la psicoterapia cognitivo-analítica del trastorno límite de la personalidad. *Aperturas psicoanalíticas*, 35.
 13. Guimón, J., Boyra, A., Dávila, W., Moscaró, A., Maruottolo, C. (2012). Psychosocial functioning in patients with borderline personality disorder treated with intensive dynamic brief group therapy. *Avances en Salud Mental*, 11(1), 1-14.



14. Hazlett, E.A., Zhang, J., New, A.S., Zelmanova, Y., Goldstein, K.E., Haznedar, M.M., et al. (2012). Potentiated amygdala response to repeated emotional pictures in borderline personality disorder. *Journal of Society of Biological Psychiatry*, XX(XXX), 1-8
15. LeGris, J., Links, P.S., van Reekum, R., Tannock, R., Toplak, M. (2012). Executive function and suicidal risk in women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 196, 101-108.
16. López, D., Cuevas, P., Gómez, A., Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Revista de salud mental*, 27(4), 2004.
17. Martínez, C. (2005). Intervención en crisis en pacientes con trastornos de personalidad límite. *Revista interamericana de psicología*, 39(1), 151-158.
18. Morey, L.C., Lowmaster, S.E., Hopwood, C.J.(2010). A pilot study of Manual-Assisted Cognitive Therapy with a therapeutic assessment augmentation for borderline personality disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 178, 531-535.
19. Mosquera, D. (2004). *Diamantes en Bruto (I)*. Madrid: Pléyades.
20. Mosquera, D. (2004b). *Diamantes en Bruto II*. Madrid: Pléyades.
21. Piñeiro, A. M., Cervantes, J.J., Ramírez, M.J., Ontiveros, M.P., Ostrosky, F.(2008). Evaluación de las funciones ejecutivas, inteligencia e impulsividad en mujeres con trastorno límite de la personalidad (TLP). *Revista colombiana de psicología*, 17, 105-114.
22. Ruocco, A.C., Amirthavasagam, S., Zakzanis, K.K. (2012) Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry Research:Neuroimaging*, 201,245- 252.
23. Salavert, J., Gasol, M., Vieta, E., Cervantes, A., Trampal, C., Gispert, J.D. (2011) Fronto-Limbic dysfunction in borderline personality disorder: a 18F-FDG positron emission tomography study. *Journal of Affective Disorders*, 131, 260-267.
24. Schnell, K., Dietrich, T., Schnitker, R., Daumann, J., y Herpertz, S.C. (2006). Processing of autobiographical memory retrieval cues in borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorder*, 97, 253-259.
25. Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Portella, M.J., Martín-Blanco, A., Alvarez, E., Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy – mindfulness module attention in patients with borderline personality disorder. *Journal of Behavior research and therapy*, 50, 150.157.
26. Stoffers, J., Völlm, B., y Lieb, (2012). Common and distinct treatment elements in psychotherapies for borderline personality disorder. Trabajo presentado en el 20th European Congress of Psychiatry, Praga, República Checa.