



Universidad Católica Argentina

“Santa María de los Buenos Aires”

Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Lic. en Psicología

TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL

Trastorno Límite de la Personalidad: Psicoterapia Focalizada en la
Transferencia y Terapia Basada en la Mentalización.

Alumna: Carolina Simón

N° de registro: 12-170081-4

Director de T.I.F: Lic. Manuel Azpiroz

Buenos Aires, 2022

TABLA DE CONTENIDOS

1. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y FUNDAMENTACIÓN	2
1.1 Delimitación del objeto de estudio	2
1.2 Definición del problema	6
1.3 Objetivos	7
<i>1.3.1 Objetivo General</i>	7
<i>1.3.2 Objetivos Específicos</i>	7
1.4 Fundamentación	7
2. METODOLOGÍA	8
3. DESARROLLO CONCEPTUAL	10
3.1 Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)	10
<i>3.1.1 Nosología</i>	10
3.2 Psicoterapias Dinámicas	16
<i>3.2.1 Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT)</i>	18
<i>3.2.2 Terapia Basada en la Mentalización (TBM)</i>	21
3.3 La PFT y TBM en el TLP	24
<i>3.3.1 Efectos de la PFT</i>	24
<i>3.3.2 Efectos de la TBM</i>	26
<i>3.3.3 Diferencias y similitudes entre la PFT y la TBM en el TLP</i>	28
4. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	30
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
6. ANEXO	38

1. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y FUNDAMENTACIÓN

1.1 Delimitación del objeto de estudio

El Trabajo de Integración Final tuvo como propósito abordar y comparar los efectos de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) y la Terapia Basada en la Mentalización (TBM) en pacientes adultos con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Para ello, se caracterizó en primer lugar el TLP desde una perspectiva principalmente psicoanalítica, puesto que tanto la PFT como la TBM son Terapias Psicodinámicas, inspiradas y derivadas del psicoanálisis. Es preciso señalar que el modelo clínico de paciente límite en el que se basó el presente trabajo proviene principalmente de los desarrollos de Otto F. Kernberg y del DSM-5, ambos utilizados para ilustrar la situación nosológica del *borderline*. En segundo lugar, se procedió a describir qué son y en qué consisten la PFT y TBM, y por último se presentaron los efectos de ambas – a partir de una revisión de estudios y ensayos clínicos – con el fin de analizar similitudes y diferencias y evaluar cuál presenta mayor efectividad en pacientes adultos con TLP.

El Trastorno Límite de la Personalidad, también conocido como Trastorno *Borderline*, ha sido materia de discusión entre psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas desde la primera mitad del siglo XX. Aún en la actualidad siguen generándose controversias en torno a la conceptualización de este, debido al muestrario ‘caleidoscópico’ de su sintomatología. Los estados límite representan un estado, una organización, una línea estructural, una ‘aestructura’; constituyen un estado inestable en el núcleo de una organización estable y específica de la personalidad (Kapsambelis, 2016).

No es posible comprender la complejidad y confusión que suscita el TLP sin retornar – brevemente – a los inicios de su desarrollo como tal. El término *borderline* aparece por primera vez el año 1938, cuando Stern describe con este término a un grupo de pacientes cuya condición no terminaba por

inscribirse ni en el grupo de las neurosis, ni en el de las psicosis (Stefana, 2015). Es pertinente recordar que, en aquella época, la patología estaba bajo la hegemonía del pensamiento Freudiano, y los límites de la analizabilidad se reducían únicamente a pacientes neuróticos y psicóticos. Por lo tanto, aquellos que no podían corresponderse a ninguno de los diagnósticos mencionados, imposibilitaban el abordaje terapéutico (Lerner, 2016).

Los sujetos que presentaban un cuadro clínico atípico se denominaron *borderline* o fronterizos ya que se concebía su condición como ubicada en una difusa frontera entre la psicosis y la neurosis, pero sin terminar de tomar participación en una u otra (Geha dos Santos & Ramos Mello Neto, 2018).

Kernberg (1975) sostuvo – y sostiene – que el paciente fronterizo no se define por encontrarse en una encrucijada entre un diagnóstico u otro, sino que tiene su propia estructura, organización y modo de funcionamiento. En *Desordenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*, afirma que existe un grupo de constelaciones psicopatológicas que comparten una forma específica y estable de patología de la estructura yoica, que difiere de la que se observa en las neurosis y las psicosis. Por lo tanto, habría tres organizaciones estructurales de la personalidad: neurótica, psicótica y límite, que se reflejan en las características predominantes del paciente respecto a: (a) grado de integración de la identidad, (b) operaciones defensivas habituales y (c) capacidad para la prueba de realidad (Kernberg, 1984).

El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) define al Trastorno Límite de la Personalidad como un modo general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí y de los afectos, con una impulsividad marcada, y que aparece al principio de la edad adulta. Su polimorfismo sintomático consiste en una modalidad vincular que alterna entre la idealización y desvalorización extremas, perturbación de la identidad, impulsividad, conductas autolíticas o autolesivas, inestabilidad afectiva producto de la

reactividad del estado de ánimo y sentimientos crónicos de vacío (APA, 2013). Cabe destacar que el concepto de Trastorno Límite de la Personalidad es una formulación descriptiva de la clínica, una clasificación que reúne signos y síntomas que, de estar presentes, serían indicio de una Organización Límite de la Personalidad. Este segundo concepto, remite a una estructura psicodinámica. Si bien ambos pertenecen a modelos teóricos diferentes – psiquiatría y psicoanálisis – Fernández-Guerrero (2017) explica que no son incompatibles. De hecho, es de su complementariedad que surge la riqueza diagnóstica: comprender las características estructurales intrapsíquicas de los pacientes junto con los criterios clínicos, contribuye a la precisión del diagnóstico y de las posibles intervenciones, ya que son los síntomas descriptivos los que guiarán la atención del clínico hacia los criterios estructurales de la Organización Límite (Kernberg, 1984).

De acuerdo al psicoanálisis contemporáneo, las organizaciones límite tendrían su origen en fallas tempranas del objeto primario, que se ha mostrado inaccesible, intrusivo o rechazante. Estas carencias tempranas perturban la constitución del narcisismo primario, lo cual lleva a un Yo frágil o débil. El Yo se encuentra bajo un mecanismo de escisión que se da a dos niveles: entre lo psíquico y el mundo exterior, y dentro del mismo ámbito de lo psíquico, lo que provoca la falta de coherencia y unidad del Yo además de la difusión de la identidad y la personalidad. El conflicto central se da entre el Yo y el objeto, que ocupa un lugar esencial. Las fallas tempranas del objeto primario repercuten también en el pensamiento, que funciona a predominio de clivaje o escisión: el objeto no logra cumplir adecuadamente su función de creación de representaciones, razón por la cual el pensamiento del *borderline* presenta dificultades en la simbolización. Esta dificultad para representar pulsiones, afectos, etc. da lugar al pasaje al acto o *acting-out*, siendo sujetos muy impulsivos, ya que hay insuficiencia en el desarrollo de vías de sublimación. Por último, la afectividad está bajo la ambivalencia de la angustia de abandono – ante la posibilidad de pérdida del objeto – y la angustia de intrusión – ante el

temor de verse invadido por la psique de otro –, lo cual lleva a afectos inestables y ambivalentes que arrollan al Yo (Lanza Castelli, 2018).

En cuanto al tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, la Escuela Médica de Harvard (2010) afirma la efectividad de la Terapia Psicodinámica, que comprende la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) y la Terapia Basada en la Mentalización (TBM).

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) se basa en la Teoría de las Relaciones Objetales de Klein, M. y sostiene que los síntomas del TLP tienen su origen en la desorganización de las representaciones internas del *self* y del otro, que surgen de las fallas y carencias tempranas en la relación con los objetos primarios: los cuidadores. Dichas fallas se traducen en la desorganización de la personalidad y difusión de la identidad características de la Organización Límite (Yeomans et al, 2013). La PFT busca ayudar a los pacientes a integrar los aspectos de su mundo interno que se encuentran disociados para que logren una vivencia coherente respecto de sí mismos y de los demás. Para ello, la PFT se sirve de la relación transferencial para comprender las representaciones internas que subyacen a los afectos y conductas. Su objetivo es generar un cambio en la organización de la personalidad del paciente y trabajar en las percepciones que éste tiene de sí mismo y de los otros, con el fin de aumentar el funcionamiento intra e interpersonal. La PFT permite reactivar – en un marco seguro, estable y de contención – las representaciones internalizadas del *self* y del otro, en la relación transferencial. El paciente de esta forma externaliza las relaciones objetales primitivas y las experiencias patogénicas pasadas, dando lugar a la observación y comprensión de estas a partir de la reflexión de las vivencias que se suscitan durante el tratamiento, relacionándolas con las representaciones internas y con aquello que acontece en la vida del paciente por fuera de la terapia (Yeomans et al, 2016).

Por otra parte, la Terapia Basada en la Mentalización (TBM) pone el acento en la Mentalización, capacidad que permite la representación de los estados mentales de sí mismo y de otros (Sánchez Quintero & de la Vega, 2012). Tomando la Teoría de Apego de Bowlby, Bateman y Fonagy (2016) explican que el desarrollo de dicha capacidad requiere de un apego seguro, donde exista una figura de apego que en sus inicios mentalice aquellos estados de los cuales el niño aún no es consciente. Las respuestas de los cuidadores serán internalizadas por el niño, quien irá desarrollando representaciones de sus propios estados mentales y afectivos, y en consecuencia, la capacidad de mentalización.

Sin embargo, en los pacientes *borderline* esto no sucede, dado que en la vasta mayoría de casos se rastrea un apego desorganizado, donde la figura del cuidador representa simultáneamente una fuente de peligro y de protección. Los estados del niño no encuentran resolución ni en el alejamiento ni en el acercamiento, lo cual desorganiza el comportamiento debido a la internalización de representaciones incongruentes, imposibilitando así el desarrollo de la mentalización (Gayá Ballester et al., 2014). Por lo tanto, la TBM enfoca el proceso terapéutico en la capacidad de mentalizar, recreando una matriz interaccional de apego donde el profesional constituye la base segura que no estuvo presente en un inicio, y mentaliza al paciente con el objetivo de fomentar la mentalización de este. Recrea una imagen de la mente del paciente en su propia mente, y etiqueta sentimientos, explica cogniciones, etc. a medida que reflexiona junto con el paciente para que finalmente éste logre dar un sentido a los otros y a sí mismo (Bateman & Fonagy, 2016).

Si bien ambas líneas terapéuticas se basan en distintas teorías y se enfocan en diferentes aspectos del paciente *borderline*, tanto la PFT como la TBM persiguen el mismo objetivo: darle al paciente un sentido de existencia personal a partir de la integración de la identidad y del Yo, de modo que le sea

posible vivenciar a los otros y a sí mismo de forma coherente e integrada, mejorando así su calidad de vida.

1.2 Definición del problema

A partir de lo desarrollado en el apartado anterior, surgieron algunas preguntas que guiaron la investigación, tales como: ¿Cómo concibe el psicoanálisis contemporáneo al TLP? ¿Qué es la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia? ¿En qué consiste la Terapia Basada en la Mentalización? ¿Qué evidencia existe sobre la atenuación del TLP mediante la aplicación de las terapias mencionadas?

No obstante, la pregunta directriz, el problema de investigación, fue ¿Cuáles son los efectos de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización en pacientes adultos con Trastorno Límite de la Personalidad? ¿Cuál se presenta como más efectiva?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Conocer los efectos de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización en pacientes adultos con Trastorno Límite de la Personalidad e identificar la más eficaz.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar el TLP desde el psicoanálisis contemporáneo y el DSM-5.
- Describir en qué consisten la PFT y la TBM.
- Presentar los efectos de ambas terapias en pacientes adultos con TLP.
- Evaluar si una presenta mayor efectividad que otra (entendiendo efectividad como atenuación o remisión de síntomas).

1.4 Fundamentación

El Trastorno Límite de la Personalidad es un diagnóstico que implica perturbaciones graves ya que remite a una (des)organización de la

personalidad que compromete a la totalidad de la persona, puesto que el conflicto afecta todos los dominios de su vida y le impide desenvolverse de manera adaptativa en la sociedad, ya que el mundo, los demás y el sí mismo son vivenciados de forma incoherente debido a la falta de integración que rige el psiquismo. El TLP tiene una prevalencia global de aproximadamente el 2%: alrededor de 154 mil millones de personas sufren de este trastorno a nivel mundial (Vogt & Norman, 2019).

La complejidad del TLP se ve fielmente reflejada en el enorme caudal de información teórica ante el cual se encontrará quien desee investigar acerca del tema. No obstante, Lerner (2016) explica que, si bien es posible la elaboración de teorías que den cuenta del entrelazamiento metapsicológico y psicopatológico del *borderline*, el verdadero desafío se encuentra en la práctica, ya que el terapeuta debe enfrentarse a un Yo fragmentado, y apuntar al enrevesado trabajo de integración del mismo.

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización comportan dos líneas terapéuticas especialmente diseñadas para tratar a las personas que sufren de TLP. Ambas han sido descritas en sus respectivos manuales (*Psicoterapia Centrada en la Transferencia: su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad* para la PFT y *Psicoterapia para el Trastorno Límite de la Personalidad: Tratamiento Basado en la Mentalización* para TBM), especificando intervenciones, técnicas y estrategias para la organización y aplicación de los tratamientos, de forma tal que aquellos profesionales que elijan adherir a dichos enfoques puedan hacerlo de manera válida y confiable (Gunderson, 2011). Los resultados de estudios y ensayos clínicos sobre PFT y TBM muestran una mejoría clínica significativa, siendo la Terapia Psicodinámica un elemento clave en la atenuación del Trastorno y en la consecuente organización e integración de la personalidad del paciente (Ferran Burgal & Pérez Lizeretti, 2017).

Por lo tanto, la importancia de esta investigación residió en el intento de realizar una síntesis de la evidencia que respalda la efectividad de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización y compararlas con el fin de determinar si una comporta mayor efectividad que la otra. Además, se buscó reunir aquellos aportes relevantes – desde el psicoanálisis contemporáneo – para la comprensión de una psicopatología tan intrincada como lo es el Trastorno Límite de la Personalidad.

2. METODOLOGÍA

El Trabajo de Integración Final tuvo un diseño teórico de revisión, el cual persiguió el objetivo de conocer los efectos de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización en pacientes adultos con Trastorno Límite de la Personalidad.

Para alcanzar dicho objetivo se consultaron como fuentes de información primaria, libros, presentaciones de congresos o conferencias y artículos (tanto empíricos como teóricos) acerca del tema a investigar. Como fuentes secundarias, se realizaron búsquedas en bases de datos tales como PubMed, Scielo y Redalyc, así como también se utilizó el buscador Google Académico y la red social ResearchGate. Asimismo, se recurrió como fuente terciaria a la Biblioteca Central de la Universidad Católica Argentina, al igual que a las bibliotecas digitales de APA y APdeBA.

Los libros, presentaciones de congreso y artículos científicos consultados fueron aquellos que comprendieron aportes significativos para las materias en cuestión y contribuyeron al desarrollo de la investigación. Se utilizaron aquellos que brindan información acerca de la génesis, desarrollo y sintomatología del TLP y aquellos que describen procedimientos de la TBM y la PFT, y exponen y presentan resultados de estudios y ensayos clínicos sobre las mismas.

En cuanto a las búsquedas, se utilizaron palabras clave como: Trastorno Límite de la Personalidad – Borderline Personality Disorder – Psicoterapia AND

Trastorno Límite de la Personalidad – Terapia Basada en la Mentalización – Psicoterapia Focalizada en la Transferencia – Psychodynamic Psychotherapy AND Borderline Personality Disorder – Mentalization Based Therapy AND Borderline Personality Disorder – Transference Focused Psychotherapy AND Borderline Personality Disorder.

La bibliografía incluyó presentaciones, libros y artículos científicos del continente Americano y Europeo, escritos (o traducidos) en inglés y español. La bibliografía revisada se ubica dentro del periodo comprendido entre 2010-2021, con el propósito de fundamentar las conclusiones de la investigación sobre información actual. No obstante, algunos de los libros de consulta o artículos utilizados no corresponden al mismo periodo, siendo producciones de la segunda mitad del siglo XX, pero se incluyeron por su relevancia histórica, ya que fueron – y son – escritos indispensables para los temas a tratar: Kernberg (1975) y (1984), Bateman & Fonagy (1999), Clarkin et al (2007) y Bateman & Fonagy (2009).

Con respecto a la selección de la bibliografía utilizada, se buscaron presentaciones de congresos o conferencias, artículos tanto empíricos como teóricos y libros que resultaran pertinentes para el abordaje de los tópicos en cuestión. Fueron seleccionados a partir de los títulos de estos. A continuación, se realizó una lectura crítica del material seleccionado, elaborando una breve síntesis de cada uno, y luego la información se volcó en una tabla de Anexo, donde se organizó la bibliografía en función de su año de publicación, sus respectivos autores, el tipo de material y sus objetivos. Se excluyó todo aquel material que concibiera los temas del Trabajo de Integración Final desde una perspectiva distinta al psicoanálisis contemporáneo, que no profundizaran en las temáticas y conceptos pertinentes, que no cumplieran con el criterio de temporalidad (2010-2021) y que correspondieran a idiomas que no fueran de habla inglesa o hispana.

3. DESARROLLO CONCEPTUAL

3.1 Trastorno Límite de la Personalidad

En el presente trabajo el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) fue conceptualizado desde el DSM-5 – Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría – así como también desde los aportes de Kernberg O., los cuales representan un descubrimiento prometeico en lo que respecta a la personalidad *borderline*.

3.1.1 Nosología

De acuerdo al DSM-5, el compendio de síntomas del paciente límite es el siguiente: (1) esfuerzos desmedidos por evitar el abandono ya sea real o imaginario; (2) relaciones interpersonales que alternan entre idealización y desvalorización; (3) difusión de la identidad y del sentido del *self*; (4) impulsividad en dos o más áreas potencialmente lesivas (ej. gastos, drogas); (5) comportamientos suicidas y/o conductas autolesivas; (6) inestabilidad afectiva por reactividad del estado de ánimo; (7) sensación crónica de vacío; (8) dificultad para controlar la ira; (9) ideas paranoides relacionadas con el estrés y la disociación. Para diagnosticar el Trastorno Límite de la Personalidad, se requiere la presencia de por lo menos cinco de los nueve síntomas que conforman el síndrome, indistintamente de cuales sean aquellos cinco (APA, 2013).

Por otro lado, Kernberg (1984) aborda lo que él denominó Organización Límite de la Personalidad. Desde su punto de vista, la descripción fenomenológica del paciente resultaba necesaria, pero no suficiente para el diagnóstico definitivo, puesto que, al diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, subyace una Organización Límite. La Organización Límite es aquello que Kernberg denominó como ‘un estado inestable en el seno de una estructura estable’ (Kapsambelis, 2016, p. 540), puesto que es la oscilación y las fluctuaciones aquello que caracteriza el aparato psíquico del fronterizo.

Kernberg no adhiere a un enfoque sindrómico, sino que para arribar al diagnóstico propuso un análisis estructural que revela cuatro rasgos claves que

hacen a la Organización Límite: (1) Manifestaciones no específicas de debilidad del Yo, siendo la falta de tolerancia a la ansiedad, la impulsividad y la falta de desarrollo de canales sublimatorios, (2) Pensamiento en proceso primario, bajo la presión de estrés agudo y afectos intensos, (3) Operaciones defensivas específicas, tales como escisión, negación, idealización y desvalorización, identificación proyectiva y omnipotencia, y (4) Relaciones de objeto patológicas internalizadas, como resultado de un aparato psíquico escindido que deifica y demoniza. A partir de los rasgos expuestos, se desprenden las tres características de las Organizaciones Límite: (a) difusión de la identidad, (b) uso de defensas primitivas, y (c) mantenimiento del criterio o prueba de realidad, excepto en situaciones de estrés agudo (Kernberg, 1984).

En cuanto a la nosología del paciente límite, el DSM-5 (2013) ofrece una comprensión del *borderline* desde un enfoque categorial, dado que busca ubicar al paciente dentro de una categoría que se define a partir de la presencia o ausencia de diferentes cualidades o características. Enlista una cantidad de síntomas que de estar presentes o ausentes permiten ubicar – o no – al paciente bajo un determinado diagnóstico.

En cambio, Kernberg (1984) se basa en un enfoque dimensional, el cual no habla de presencia o ausencia sino de grados. Formula un diagnóstico a partir del grado de intensidad con el que se manifiestan los síntomas. Conceptualiza la patología como un *continuum* entre un funcionamiento llámese 'normal' y uno patológico, donde algunos se posicionan más cerca de un extremo o del otro, en función del número de síntomas que traen y de la intensidad y variedad de estos.

Un ejemplo para ilustrar la diferencia entre el enfoque categórico y dimensional podría ser el caso de un paciente límite con comportamientos autolesivos. Para el primer enfoque, lo relevante son dichos comportamientos como tales, mientras que el segundo se interesará por saber qué forma adopta esa autolesión, su frecuencia, cuándo apareció por primera vez, etc. Para el

enfoque dimensional no es igual la gravedad de un paciente que se autolesiona a diario que uno que lo hace esporádicamente en determinadas circunstancias, mientras que el enfoque categórico los ubicaría bajo la misma categoría (Hernández-Guzmán et al, 2011).

Como fue mencionado al inicio del apartado, de acuerdo al DSM-5 para diagnosticar el TLP deben estar presentes cinco de los nueve síntomas que conforman el síndrome, más allá de cuáles sean aquellos cinco. Por consiguiente, la combinación de los nueve síntomas puede resultar en 126 formas diferentes de *borderline*. Así, pacientes que padecen cinco, seis u ocho síntomas caen dentro de una misma categoría o clasificación. Entonces, ¿es adecuado ubicar a todo paciente límite bajo una única categoría? ¿Refleja realmente la complejidad del cuadro o termina por simplificarlo, ignorando las diferencias individuales? (Hooley & Masland, 2017).

En contraste con el modelo categorial, el enfoque dimensional contempla la cantidad de características diagnósticas como significativas, considerando el número de síntomas como un índice de gravedad. Este enfoque procura analizar la heterogeneidad clínica del paciente *borderline* para apreciar la forma, la gravedad y el grado en que se manifiesta el trastorno, comprendiendo los síntomas según sus grados de intensidad, y no solo de su presencia o ausencia (Hernández-Guzmán et al, 2011).

Cabe aclarar que ambos enfoques presentan tanto ventajas como desventajas. Como expone Widakowich (2012), al enfoque categórico por ejemplo se le critica el reduccionismo que efectúa del TLP y el ajuste de la realidad clínica del paciente al concepto diagnóstico. Se fuerza al paciente dentro de una categoría, ya que los profesionales se ven obligados a clasificarlo, lo que deja por fuera la esencia de casos, síntomas o características atípicas y rebeldes a la categorización. Pero también es ventajosa su practicidad y la rapidez con la que permite tomar una decisión, tanto como su utilidad para la investigación. Si se identifican cinco de los nueve

requisitos sintomáticos, se puede arribar prontamente a un diagnóstico presuntivo de TLP y consecuentemente planificar intervenciones inmediatas. Por otro lado, al modelo dimensional se le reconoce la ventaja de ser abarcativo y flexible, además de que le da entidad a cada paciente teniendo en cuenta sus variaciones sintomáticas personales más allá del diagnóstico. Sin embargo, se le critica la dificultad para establecer descripciones clínicas claras, siendo las dimensiones conceptos quizás más abstractos e indefinidos.

A pesar de ser diferentes, ambos enfoques requieren de las ventajas y desventajas del otro, siendo categórico y dimensional opuestos complementarios: el primero requiere la flexibilidad del segundo, y el segundo lo concreto del primero. En otras palabras, cuando lo categorial encasilla y fuerza hacia una categorización, es necesaria una comprensión más compleja y abarcativa, y cuando las dimensiones del cuadro se vuelven difusas, son las descripciones y las características diagnósticas aquellas que vuelven al problema algo palpable y más concreto (Widakowich, 2012).

Incluso el mismo Kernberg (1984), quien conceptualiza al *borderline* desde lo dimensional, insistía en la inclusión de un enfoque categórico de las diferentes constelaciones de la personalidad, así como un enfoque dimensional que dé cuenta del nivel de gravedad de dichas constelaciones. No se trata de oponer los enfoques sino de conciliarlos, para poder alcanzar el máximo de eficacia y precisión a la hora de formular un diagnóstico y planificar un tratamiento.

La importancia de la integración de ambos enfoques, el DSM-5 y los aportes de Kernberg, se fundamenta en que de su complementariedad surge la riqueza diagnóstica de la Organización Límite. Dicho diagnóstico solo se vuelve visible, real y tangible a partir de los síntomas descriptivos que conforman el síndrome del TLP, siendo estos mismos síntomas los que guiarán la atención de los profesionales hacia los criterios estructurales de la Organización Límite. Además, es necesaria la comprensión de la estructura u organización que

subyace al diagnóstico del TLP para esclarecer el cuadro que presenta el paciente, a partir de la realización de un análisis profundo de su personalidad.

En cuanto a la etiología de la Organización Límite, y por consiguiente del Trastorno, Matusevich et al. (2010) explican que Kernberg se basó en el modelo de desarrollo de Margaret Mahler. Estos pacientes atravesaron con éxito la Fase Simbiótica, por lo que *self* y objeto pueden ser claramente diferenciados, pero habrían quedado fijados en aquella que Mahler denominó Fase de Separación/Individuación, más concretamente en la subfase Acercamiento/Aproximación (18-24 meses), donde el niño vivencia dos temores en simultáneo: que su madre desaparezca y que su madre lo ‘absorba’ (angustia de abandono vs. angustia de intrusión). La fijación en esta subfase se daría a partir de la alteración de la disposición emocional de la madre o quien cumpliera la función materna – el objeto o cuidador primario – ya sea por haberse mostrado inaccesible, intrusiva o rechazante. Como consecuencia, aparecería la falta de constancia objetal y por ende la incapacidad para la Mentalización y la integración de los aspectos buenos y malos, dando lugar a la escisión. La ausencia de mentalización conduce a la impulsividad y pasaje al acto, y la escisión implica estos virajes completos y repentinos de los sentimientos y concepciones acerca del sí mismo, de los otros y del mundo circundante.

Campbell et al. (2020) denuncian que, debido a las implicancias de este cuadro y su polimorfismo sintomático, el Trastorno Límite de Personalidad es un diagnóstico que se encuentra fuertemente estigmatizado. El estigma que rodea el TLP, motivado por falsas creencias, comprende desde actitudes negativas por parte de los profesionales a la hora de tratar a un paciente, hasta la negación absoluta de tratamiento alguno. Se han registrado también casos donde fue emitido un diagnóstico correspondiente a otro trastorno con tal de huir del potencial *borderline*, desinformando al paciente y agravando aún más su condición.

La necesidad del diagnóstico no solo reside en el acceso a un tratamiento adecuado, sino que los mismos pacientes relatan que fue gracias a recibir su diagnóstico que pudieron comenzar a conceptualizar, resignificar y validar sus vivencias, además de sentirse acompañados por aquellos otros que también estarían atravesando una experiencia similar. Por lo tanto, no se puede permitir la ausencia de diagnóstico frente a la presencia de síntomas, ya que significaría negar y privar al paciente de cualquier posibilidad de tratamiento y recuperación, además de fomentar el estigma que amenaza su camino hacia la salud mental y obstaculiza una mejor calidad de vida (Campbell et al, 2020).

La mejoría en la calidad de vida del paciente límite es totalmente factible. A modo de ejemplo ilustrativo, un estudio longitudinal de 16 años, el *Mc Lean Study of Adult Development*, evaluó a 290 pacientes con diagnóstico de TLP realizando seguimientos cada dos años, y demostró que a la octava evaluación de seguimiento – al último año de la investigación –, había una tasa de remisión de entre 78% y 99%, es decir que estos pacientes ya no cumplían con los criterios diagnósticos del TLP. Además, se encontró una tasa de recuperación de entre 40% y 60%, entendiendo recuperación como una remisión prolongada de más de 8 años. Estas conclusiones resultaron prometedoras tanto para la población interpelada como para los profesionales de salud, ya que habla de un buen pronóstico, a pesar de que sea un largo y engorroso camino por recorrer (Zanarini et al, 2012).

En suma, el Trastorno Límite de la Personalidad es un trastorno de alta heterogeneidad a nivel clínico. Como fue referido en párrafos anteriores, según el DSM-5 para su diagnóstico deben estar presentes por lo menos cinco de los nueve síntomas, y al no requerirse ninguno de ellos en específico, habría 126 constelaciones sintomáticas posibles. Por lo tanto, no existe un fenotipo de *borderline* como tal, y es justamente lo heterogéneo de su semblante aquello que lleva a cuestionarse qué o cuáles aspectos conforman el denominador común de las tantas combinaciones sintomáticas. Aquel denominador común, no obstante, no se encuentra en la clínica, sino que lo constituye aquello

subyacente a la patología *borderline*: la Organización Límite de la Personalidad. Más allá del muestrario 'caleidoscópico' de su sintomatología, todo paciente con TLP comparte una forma específica y estable de patología de la estructura yoica, siendo la Organización Límite el común denominador de la patología *borderline* (Hooley & Masland, 2017).

3.2 Psicoterapias Dinámicas

El término 'Psicoterapias Dinámicas' comprende un amplio espectro de técnicas terapéuticas que parten desde el psicoanálisis tradicional, el psicoanálisis Freudiano, y que han ido evolucionando con el surgimiento de nuevas perspectivas y teorías más contemporáneas, recorriendo un camino desde el psicoanálisis hacia la psicoterapia (DiFilippo et al, 2016).

Las Psicoterapias Dinámicas surgen entonces a partir del pensamiento dinámico contemporáneo. Además de los avances y desarrollos del psicoanálisis freudiano dentro de la misma escuela de Freud, su teoría y clínica también fueron tomadas y ampliadas por otras escuelas – las contemporáneas – como la Psicología del Yo, la Teoría de las Relaciones Objetales, la Psicología del *Self* y la Teoría del Apego, entre otras. Estas líneas teóricas son aquellas llamadas 'posfreudianas', y conforman las teorías dinámicas en las cuales se fundamentan las diversas psicoterapias de corte dinámico (Lopera Echevarría, 2017).

Dos líneas de Psicoterapia Dinámica son la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) y la Terapia Basada en la Mentalización (TBM). La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia se fundamenta en la Teoría de las Relaciones Objetales. La PFT trabaja con la transferencia puesto que la misma permite el despliegue de las relaciones de objeto tempranas, las cuales se consideran esenciales en la estructuración de la personalidad. Por otro lado, la Terapia Basada en la Mentalización se sustenta en la Teoría del Apego, que también sostiene que la personalidad se estructura a partir del vínculo con el cuidador primario, pero pone énfasis en la capacidad de Mentalización, cuyo

desarrollo depende del Patrón de Apego. No obstante, a pesar del abanico de teorías y abordajes terapéuticos de corte dinámico, todos derivan de un único pensamiento psicodinámico contemporáneo, que contempla la existencia de contenidos y procesos inconscientes, concibe los conflictos internos como centrales, insiste en rol de las experiencias tempranas en la constitución de la personalidad, destaca la importancia de las relaciones interpersonales y valora la relación entre terapeuta y paciente (Barber & Solomonov, 2016).

Las Psicoterapias Dinámicas son indicadas en su amplia mayoría a pacientes que se encuentran gravemente perturbados, entre ellos, pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. El tratamiento de una persona con TLP puede resultar mental y emocionalmente agotador para los profesionales, puesto que contratransferencialmente se despiertan sentimientos de frustración, ira e incluso miedo, entre otros. Tratar a un paciente *borderline* presenta todo un desafío, ya que el terapeuta debe trabajar en un nivel de tal profundidad que permita lograr un cambio significativo en aquella estructura de personalidad (Stern & Yeomans, 2018).

Existe evidencia empírica que respalda y demuestra la efectividad de la Psicoterapia Dinámica en pacientes con TLP. Por ejemplo, un ensayo clínico aleatorizado que consistió en una comparación entre un grupo de pacientes ingresados en un programa de tratamiento de corte dinámico que empleaba técnicas de mentalización – posteriormente manualizada y sistematizada en la TBM –, denominado grupo experimental, y otro grupo control que no recibía más que los tratamientos rutinarios, es decir aquellos tratamientos terapéuticos o psiquiátricos estandarizados que reciben los pacientes a modo de rutina. Al finalizar el estudio, se comprobó que los pacientes del grupo experimental habían presentado significativas mejoras en lo que respecta a síntomas depresivos, comportamientos suicidas y funcionamiento interpersonal, en comparación con el grupo control (Bateman & Fonagy, 1999, citado en Caligor et al, 2014). Por otro lado, un estudio inicial permitió comprobar que, pacientes diagnosticados con TLP que habían sido tratados con Psicoterapia Focalizada

en la Transferencia, presentaban mejoras altamente significativas en materia de funcionamiento global (Clarkin et al, 2001, citado en Caligor et al, 2014). Investigaciones que proporcionan evidencia empírica acerca de la efectividad de la Psicoterapia Dinámica serán desarrolladas en apartados siguientes.

A modo de conclusión, la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) y la Terapia Basada en la Mentalización (TBM), son dos líneas de Psicoterapia Dinámica que suelen indicarse en pacientes con diagnóstico de TLP, en tanto que diseñadas específicamente para dicha constelación psicopatológica.

3.2.1 Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT)

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) es una Psicoterapia Dinámica desarrollada específicamente para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad. Fue concebida en el Instituto de Trastornos de Personalidad del Weill Cornell Medical College, en Nueva York, bajo el liderazgo de Kernberg y sus colegas. El objetivo del equipo de trabajo consistió en el diseño y manualización de un tratamiento psicodinámico basado en la Teoría de las Relaciones Objetales, especialmente para pacientes *borderline* (Caligor et al, 2018).

Como explican Yeomans et al. (2016), la Teoría de las Relaciones Objetales sostiene que es a partir de la internalización de las vivencias del sí mismo y del objeto que se constituye la personalidad. Las primeras experiencias vivenciadas se dan a partir de los cuidadores primarios, por lo que todo cuanto se viva en la más temprana infancia será crucial en la constitución de la personalidad. Siguiendo esta teoría, la Organización Límite de la Personalidad estaría dada a partir de ciertas fallas y carencias por parte de los cuidadores, que fueron vivenciadas e internalizadas de forma incongruente, afectando profundamente al psiquismo en constitución, favoreciendo la escisión y obstaculizando la mentalización.

En cuanto a su aplicación, la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia tiene una frecuencia de dos sesiones semanales de 50 minutos, con posibilidad de aumentar el número de encuentros dependiendo de la gravedad del caso. El proceso de la PFT inicia con la Entrevista Estructural, que tiene el objetivo de evaluar la estructura del paciente, con el fin de determinar su nivel de organización y la gravedad del cuadro. Una vez concluida la Entrevista, se delimitan los objetivos personales del paciente y del tratamiento que orientarán la terapia, puesto que la PFT fue diseñada para generar cambios específicos en determinadas áreas de funcionamiento. Por último, se establece el encuadre, lo que permite entender en términos de relación paciente-terapeuta todo cuanto acontezca en el proceso terapéutico (Hersh et al, 2016).

Un concepto fundamental de la PFT es el concepto de Díadas Relacionales-Objetales. Las díadas están conformadas por la representación del *self*, la representación del objeto, y un afecto que las vincula. En el caso de los *borderline*, las díadas son parciales, puesto que la representación del sí mismo y del objeto no es total, al no estar integrado lo 'bueno' y lo 'malo' debido a la escisión que rige el psiquismo. Las díadas se reactivarán en la relación transferencial entre paciente y terapeuta, por lo que es deber de este último identificar las díadas emergentes, nombrarlas y vincularlas con aquel material que el paciente trae con respecto a su vida diaria, su vida por fuera del tratamiento. Este proceso consiste en verbalizar y así darle entidad a la representación del sí mismo, del objeto y al afecto que emergen en ese determinado momento, con el fin de que el paciente logre reconocerlas y comprenderlas (Radcliffe & Yeomans, 2019).

Durante todo el tratamiento, habrá tres canales de comunicación fundamentales: cómo se comporta el paciente, cómo se siente el terapeuta, y qué dice el paciente. La tarea fundamental del terapeuta consiste en estar atento a cualquier información relevante o significativa acerca de la

representación del *self*, del objeto y del afecto que las une, es decir, estar atento a las diádas emergentes (Hersh et al, 2016).

El terapeuta interviene principalmente de tres maneras: clarificando, confrontando e interpretando. La Clarificación consiste en describir y elaborar los contenidos cognitivos del paciente, en términos de relaciones objetales. En la Confrontación se explora con el paciente cualquier contradicción o discrepancia en su discurso, conducta o estado anímico. Y la Interpretación, la hipótesis del terapeuta como una de las posibles formas de comprender aquello subyacente a una situación o conflicto, y darle así un sentido. Así, las técnicas de intervención se resumen a la clarificación de pensamientos del paciente, confrontación ante las contradicciones e interpretación de los conflictos subyacentes. El uso sostenido de estas tres intervenciones llevará gradualmente a la profundización del material que trae el paciente y de aquello que emerge en la transferencia. Consecuentemente, el paciente desarrollará – con el tiempo – una capacidad reflexiva que le permitirá observar y reparar en sus pensamientos, actos, comportamientos, etc. que surgen como consecuencia de la escisión que rige la psiquis (Yeomans et al, 2016).

Como fue mencionado previamente en el presente trabajo, uno de los objetivos principales de la PFT consiste en la integración de las representaciones positivas y negativas del *self*, del objeto y de los afectos implicados. En términos Kleinianos, consiste en el paso de la posición Esquizo-Paranoide a la posición Depresiva. La posición Esquizo-Paranoide se caracteriza por la escisión tanto de las representaciones del *self* como del objeto. Así, lo ‘bueno’ y lo ‘malo’ están separados en el psiquismo, siendo las representaciones del sí mismo y del objeto, parciales: objeto bueno, ideal y amado, y objeto malo, perseguidor y odiado. El pasaje a la posición Depresiva ocurre a medida que decae la escisión y se integran los aspectos ‘buenos’ y ‘malos’, hacia una representación total en vez de parcial, reconociendo aquello

amado y odiado en el objeto y en el sí mismo (Melanie Klein Trust Organization, 2021).

Una de las formas de saber si el tratamiento está resultando efectivo, es la mejoría en el funcionamiento interpersonal. Un indicador del pasaje de una posición a otra está dado por una intensidad cada vez mayor del *acting-out* y de los afectos en la terapia, al mismo tiempo que se atenúa por fuera de ella. Es decir, el paciente se presenta a sesión más reactivo, desafiante e impulsivo con el terapeuta, al mismo tiempo que todo aquello comienza a disminuir paulatinamente en los ámbitos que son externos al tratamiento (Hersh et al, 2016).

En conclusión, la PFT fue diseñada con el objetivo de ayudar a los pacientes *borderline* a integrar aquellos aspectos escindidos de su mundo interno, trabajando con la activación de las díadas relacionales-objetales – parciales – en el marco de la transferencia. Utiliza las técnicas de Clarificación, Confrontación e Interpretación, y está orientada por determinados objetivos tanto personales del paciente como del tratamiento.

3.2.2 Terapia Basada en la Mentalización (TBM)

La Terapia Basada en la Mentalización (TBM) es también una Psicoterapia Dinámica, desarrollada – inicialmente – para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Sus autores son Bateman y Fonagy, quienes diseñaron la TBM con el objetivo de manualizar un tratamiento psicodinámico, basado en la Teoría del Apego, que conciba la Mentalización como aquello central en la terapia, puesto que serían las pérdidas o fallas de esta capacidad aquello patológico subyacente que da lugar a la constelación sintomática del *borderline* (Bateman & Fonagy, 2013).

Bateman y Fonagy (2016) definen la Mentalización como la actividad o proceso mental mediante el cual se interpretan las acciones propias y de los demás en términos de estados subjetivos como pensamientos, creencias, deseos, etc. La mentalización permite darle un sentido al sí mismo y a los

demás, a partir de la representación de estados mentales. Para ello es necesario el desarrollo de un sistema representacional y simbólico, además de un sentido de agencia, dado por la comprensión de que las acciones tanto propias como de otro son iniciadas y guiadas por inferencias y suposiciones acerca de los estados subjetivos de ambas partes.

La capacidad de Mentalización se encuentra directamente relacionada con el Patrón de Apego. Basándose en la Teoría del Apego de Bowlby, Bateman y Fonagy (2016) explican que un apego seguro es condición necesaria para la adquisición de la mentalización. En la más temprana infancia, el niño se encuentra bajo el predominio de impresiones sensoriales que no poseen cualidad psíquica alguna. Es el cuidador primario quien metabolizará psíquicamente los estados de tensión del niño, actuando como Contenedor de aquel Contenido, en términos de Bion. Las respuestas del cuidador primario serán internalizadas por el niño, quien irá desarrollando representaciones de sus experiencias internas y estados mentales, adquiriendo progresivamente la capacidad de mentalización.

En los pacientes *borderline* esto no sucede. En la amplia mayoría de los casos se encuentra un Apego Desorganizado, caracterizado por un cuidador que representa simultáneamente una fuente de peligro y de protección. Por lo tanto, el niño internalizará vivencias del cuidador y las propias experiencias internas como incongruentes, obstaculizando el desarrollo de la mentalización. Ante la alteración de la disposición emocional del cuidador primario, el niño se ve obligado a emplear recursos mentales desproporcionados en un intento de tolerar y sobrellevar sus estados de tensión. Ante la ausencia de una mente más madura que mentalice al niño, esta capacidad estará perturbada desde el inicio, impidiendo el adecuado desarrollo de un sistema representacional/simbólico, y de un sentido de agencia que permita la comprensión tanto propia como del otro, en términos de estados mentales (Fonagy et al, 2010).

El sistema – desorganizado – de apego del *borderline* es hipersensible, es decir, altamente propenso a hiperactivarse y desactivarse de forma desorganizada, anulando toda mentalización. Por tanto, una persona con TLP se vuelve altamente vulnerable en el contexto de las relaciones interpersonales. Para manejar sus experiencias/estados internos y las interacciones con otros, se emplean estrategias de Hiperactivación o de Desactivación. La Hiperactivación del apego lleva a formar apegos inapropiadamente intensos, y a volverse extremadamente hostiles cuando ese apego ya no resulta funcional. Por otro lado, la Desactivación del apego consiste en la distancia emocional y la disociación, que eventualmente terminan fallando y generando una gran angustia, responsable de las oscilaciones y la reactividad del afecto (Bateman & Fonagy, 2013).

La supresión de la mentalización da lugar a Modos Prementalizadores. El funcionamiento por Prementalización puede darse por Equivalencia Psíquica, por Simulación o por Modo Teleológico. La Equivalencia consiste en un emparejamiento entre realidad interna y externa, de modo tal que aquello que existe en la mente debe existir también fuera de ella y viceversa. La Simulación implica un mundo interno desacoplado del externo, donde el primero es más ‘real’ que el segundo. Por último, el Modo Teleológico, donde existe una suerte de posibilidad de atribución de estados mentales, pero únicamente a partir de lo visible, de la acción (Bleiberg, 2013).

Es deber del terapeuta identificar los momentos de Prementalización y aquello que los desencadena, para favorecer la mentalización en su lugar. Además, ante un sistema de apego desorganizado e hipersensible, es necesaria la creación de una base segura sobre la cual explorar la mente del paciente. El terapeuta también debe ayudar a tender puentes entre el vacío que hay entre la experiencia interna y su representación, trabajar con estados mentales actuales, que no implica desestimar el pasado sino enfocarse en cómo el *aquí y ahora* se ve influenciado por situaciones pretéritas, y tener en

cuenta los déficits del paciente, para poder aplicar las intervenciones pertinentes en el momento adecuado (Sánchez Quintero & de la Vega, 2012).

En cuanto a su aplicación, la TBM consiste en una sesión individual de 50 minutos y una de grupal de 90 minutos semanalmente, y tiene una duración pautada de aproximadamente 18 meses. Las intervenciones del terapeuta son de profundidad creciente, deben ser aplicadas en momentos específicos correspondiéndose con el estado de la mentalización del paciente. El abanico de intervenciones comprende Apoyo y Validación, Aclaración y Elaboración, Confrontación y Desafío, y Mentalización de la Relación. Apoyar y Validar al paciente es necesario ante un quiebre de la mentalización, e implica respetar y validar el relato de éste, tomando cierta distancia emocional para desalentar la hiperactivación del apego y fomentar la recuperación de la mentalización. Aclarar y Elaborar suponen una reconstrucción del contexto que desencadenó la pérdida temporal de la mentalización, para establecer conexiones entre interacciones y pensamientos/sentimientos. Confrontar y Desafiar consiste en estimular la autorregulación, ejercitando la capacidad de representar estados mentales, y desestimar la impulsividad que da una sensación ilusoria de regulación y control. Por último, Mentalizar la Relación refiere a la exploración de la experiencia del paciente sobre la relación actual con el terapeuta, que sirve de base segura (Bleiberg, 2013).

En conclusión, la TBM está orientada al fortalecimiento de la capacidad de Mentalización. Trabaja a partir de la creación de una matriz de apego seguro que permite la exploración de la mente del paciente, empleando técnicas varias, ayudándolo así a establecer conexiones entre las experiencias internas y sus representaciones, con el fin darle un sentido tanto al sí mismo como a los demás, en términos de estados mentales.

3.3 La PFT y TBM en el TLP

Como fue expuesto en apartados anteriores, dentro de los principales tratamientos basados en la evidencia que se indican en pacientes con

Trastorno Límite de la Personalidad, se encuentran dos Terapias Psicodinámicas diseñadas especialmente para tratar dicho cuadro: La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización. Ambas son producto, principalmente, de la evolución y actualización de conceptos y teorizaciones psicoanalíticas, y si bien tanto la PFT como la TBM han demostrado ser efectivas para el tratamiento del TLP, difieren en cuanto a los supuestos y teorías subyacentes, la concepción del paciente *borderline*, el encuadre, el foco y las intervenciones realizadas, entre otras cuestiones. (Taubner & Volkert, 2019).

No obstante, a pesar de sus diferencias en cuanto al entendimiento teórico del Trastorno Límite, ambos tipos de terapia comparten la finalidad de lograr una mayor integración de las vivencias respecto del sí mismo, los demás, y el entorno, además de atenuar aquello que hace al síndrome característico del paciente límite. Por tanto, es irrefutable afirmar que la PFT y la TMB presentan diferencias en lo que respecta a los medios, pero no difieren en cuanto a su fin (Yábar, 2018).

3.3.1 Efectos de la PFT

En lo que respecta a la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia, existen dos principales estudios que han demostrado la eficacia de la PFT para el tratamiento del Trastorno Límite. El primero de ellos fue llevado a cabo en 2007 en el Instituto de Trastornos de Personalidad del Weill Cornell Medical College, conocido como *The Cornell-NY RCT*, bajo el liderazgo de Clarkin et al. El segundo, *The V-M RCT*, fue conducido por el Grupo Viena-Múnich de PFT, realizado por Doering et al. el año 2010 (Diamond et al, 2014).

El *Cornell- NY RCT* consistió en asignar de forma aleatoria, a 90 pacientes con una media de edad de 30 años, diagnosticados con TLP de acuerdo al DSM-IV, ya sea al grupo de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (2 sesiones individuales a la semana), de Terapia Dialéctico Conductual – otro tratamientos basado en la evidencia para el TLP – (1 sesión

individual y 1 grupal por semana) o de Terapia de Apoyo, durante 1 año. A lo largo de dicho año, con el objetivo de medir los cambios acontecidos durante el tratamiento, se eligieron ciertas variables que fueron evaluadas mediante escalas e inventarios, a los 4, 8 y 12 meses. El grupo principal de variables estuvo constituido por (1) Suicidalidad, (2) Agresión, e (3) Impulsividad, mientras que el grupo de variables secundarias estuvo comprendido por (4) Ansiedad, (5) Depresión y (6) Adaptación Social (Clarkin et al, 2007).

Al concluir el estudio se comprobó que, en comparación con los otros dos grupos, el grupo de pacientes que habían sido asignados a la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia presentó significativa mejoría en lo que respecta al funcionamiento global y funcionamiento social, y una disminución importante en ansiedad y depresión. Además, se evidenció gran progreso en relación a la suicidalidad, agresividad tanto física como verbal, irritabilidad e impulsividad. Esto se relaciona directamente con la mayor integración y coherencia del mundo interno, y el desarrollo de la Capacidad o Función Reflexiva, que fueron posibles gracias a la PFT (Diamond et al, 2014).

El *V-M RCT* residió en distribuir aleatoriamente a 104 pacientes de entre 18 y 45 años, diagnosticados con TLP según el DSM-IV, en dos grupos, uno de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y otro de Tratamiento con Terapeutas Comunitarios Experimentados, durante 1 año. A diferencia del *Cornell- NY RCT*, no se realizaron evaluaciones en distintos intervalos de tiempo, sino que hubo una única evaluación, habiendo finalizado los respectivos tratamientos. Las variables primarias para medir los resultados del estudio fueron (1) Tasa de Deserción e (2) Intentos Suicidas, y (3) Criterios Diagnósticos del DSM-IV, (4) Funcionamiento Psicosocial (medido por la Escala GAF, *Global Assessment Functioning*), (5) Psicopatología General (medida a partir del Inventario Breve de 18 Síntomas – BSI-18 –, el Inventario de Depresión de Beck – BDI – y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo – STAI

–), (6) Comportamientos Autolesivos y (7) Admisiones Psiquiátricas, como variables secundarias (Doering et al, 2010).

Comparado con el grupo que recibió un Tratamiento con Terapeutas Comunitarios, el grupo de PFT evidenció una menor tasa de deserción y una importante disminución en cuanto a los intentos suicidas y las admisiones psiquiátricas. No obstante, no se observaron cambios en relación a las conductas autolíticas o autolesivas. Igualmente, al concluir el estudio, gran parte de los pacientes presentó una menor cantidad de síntomas – siguiendo la nosografía del DSM-IV –, además de presentar mejoría significativa con respecto al funcionamiento psicosocial y la psicopatología general. Esto se encuentra directamente vinculado al pasaje de un apego desorganizado a un patrón de apego seguro, así como también a la mayor integración y organización de los estados mentales, dado por la PFT (Doering et al, 2010, citado en Diamond et al, 2014).

3.3.2 Efectos de la TBM

En cuanto a la Terapia Basada en la Mentalización, fueron principalmente las investigaciones de Bateman y Fonagy aquellas que demostraron la efectividad de la TBM para el Trastorno Límite de la Personalidad, lo cual resulta factible concluir, a partir de la revisión y lectura realizadas.

Bateman y Fonagy (1999) condujeron un primer ensayo clínico que tuvo el objetivo de comparar durante 18 meses, dos grupos conformados de forma aleatoria e integrados por 19 pacientes diagnosticados con Trastorno Límite, según los criterios del DSM-III. Uno de los grupos recibió un tratamiento de corte psicodinámico donde se emplearon técnicas de mentalización– posteriormente manualizado como Terapia Basada en la Mentalización –, mientras que el otro grupo recibió tratamientos terapéuticos y psiquiátricos generales. Durante el transcurso del estudio, se seleccionaron ciertas variables que fueron evaluadas en tres instancias, en intervalos de 6 meses, con el fin de

monitorear a ambos grupos. Dichas variables fueron (1) Conductas Autolesivas (medida mediante una entrevista), (2) Psicopatología General (medida por el Inventario de Síntomas SCL-90-R, el Inventario de Depresión de Beck – BDI – y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo – STAI) y (3) Funcionamiento Social e Interpersonal, (medido a partir de la Escala de Ajuste Social y el Inventario de Problemas Interpersonales).

Al finalizar el estudio, se observó que en el grupo que había recibido un tratamiento psicodinámico, las conductas autolesivas habían disminuido significativamente, mientras que en el otro grupo se mantuvieron prácticamente iguales. También se evidenció una gran mejoría en lo que respecta a la psicopatología general, dado que los índices de ansiedad y depresión se redujeron de forma importante. Y, por último, hubo un progreso significativo en relación al funcionamiento social e interpersonal, resultado del progresivo desarrollo de la capacidad de Mentalización (Bateman & Fonagy, 1999).

Diez años más tarde, ya manualizada y sistematizada la TBM, Bateman y Fonagy (2009) llevaron a cabo un ensayo clínico también de una duración de 18 meses, con una muestra de 134 pacientes límite, con una media de edad de 31 años, asignados de forma aleatoria ya sea al grupo de Terapia Basada en la Mentalización, o al grupo que recibió otro tratamiento más general para el TLP llamado *Structured Clinical Management* (SCM), desarrollado por Bateman y Fonagy para realizar comparaciones con otros tratamientos, en este caso, con la TBM. Al igual que el estudio de 1999, se seleccionaron determinadas variables a ser evaluadas a los 6, 12 y 18 meses. Como variables primarias se tuvieron en cuenta (1) Intentos de Suicidio, (2) Conductas Autolesivas y (3) Admisiones Hospitalarias, y (4) Funcionamiento Psicosocial (medido por la Escala GAF, la Escala de Ajuste Social y el Inventario de Problemas Interpersonales) y (5) Percepción Subjetiva de Síntomas (medida por el Inventario de Síntomas SCL-90-R) como variables secundarias.

Al término del estudio se evidenció que, en comparación con el grupo de SCM, el grupo de TBM presentó una importante reducción en cuanto a los intentos de suicidio y las conductas autolesivas, así como también disminuyeron de forma significativa las admisiones hospitalarias. Además, se observó un gran progreso con respecto al funcionamiento psicosocial, y, por último, los pacientes reportaron la percepción de una cantidad significativamente menor de síntomas y patología (Bateman & Fonagy, 2009).

En conclusión, tanto las investigaciones relativas a la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia como a aquellas dedicadas a la Terapia Basada en la Mentalización, demuestran que los tratamientos manualizados y estructurados resultan más efectivos para los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, en comparación con los tratamientos más generales, rutinarios, o aquello que en Inglés se conoce como *Treatment As Usual*. Esto se debe en gran parte a que ambas líneas de Terapia Psicodinámica fueron diseñadas especialmente para tratar el TLP. Además, tanto la PFT como la TBM establecen un foco relacionado a ciertos procesos psicológicos específicos, que son piezas clave no solo para la causa y mantenimiento del Trastorno, sino también para el tratamiento y estabilización de este (Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2009; Clarkin et al, 2007; Doering et al, 2010).

3.3.3 Diferencias y similitudes entre la PFT y la TBM en el TLP

Ambas líneas terapéuticas presentan diferencias varias. Por ejemplo, difieren en cuanto a sus aspectos formales, mencionados en apartados anteriores. Mientras que la PFT no tiene una duración limitada de tiempo – aunque se estima que el tratamiento se extiende entre dos y tres años –, la TBM es un tratamiento pautado para llevarse a cabo durante un periodo de 18 meses. Además, la PFT propone 2 sesiones individuales semanales de una duración de 50 minutos, y la TBM ofrece 1 sesión individual de 50 minutos y 1 sesión grupal de 90 minutos, por semana. Asimismo, tanto la PFT como la TBM

tienen su propio repertorio de técnicas e intervenciones: Clarificación, Confrontación e Interpretación por parte de la PFT, y Apoyo y Validación, Aclaración y Elaboración, Confrontación y Desafío, y Mentalización de la Relación, utilizadas por la TBM (Bleiberg, 2013; Hersh et al, 2016; Yeomans et al, 2016).

En cuanto a los objetivos, la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia procura ayudar a la integración de aquellas representaciones y afectos disociados ligados al *self* y a los demás, en el marco de la situación transferencial. Por otro lado, la Terapia Basada en la Mentalización tiene la finalidad de ayudar al paciente a desarrollar la capacidad de Mentalización para dar sentido tanto a las experiencias y estados mentales propios como ajenos. La principal diferencia radica en que, mientras la PFT trabaja con lo más profundo e inconsciente del contenido de las representaciones y relaciona aquello con experiencias pasadas, la TBM – sin desestimar el pasado – presta especial atención al estado mental actual, y los afectos, acciones e intenciones del *aquí y ahora*. No se aboca tanto al contenido de las representaciones, sino al procesamiento de estas, por lo que la PFT abordaría más el conflicto, y la TBM el déficit. Por tanto, difieren en que la PFT se centra en *qué* piensa el paciente, mientras que la TBM se enfoca en *cómo* piensa el paciente (Bernardi, 2011).

No obstante, a pesar de ser dos líneas terapéuticas diferentes por los motivos expresados, en los estudios e investigaciones realizadas, se observa que sus resultados y conclusiones tienen bastante en común. Tanto los ensayos clínicos de una como de la otra evidenciaron significativas mejoras en lo que respecta al funcionamiento social e interpersonal. Asimismo, se observó una reducción importante en los índices de ansiedad y depresión, por ende, un gran progreso en relación a la psicopatología general y la percepción de sintomatología por parte de los pacientes. Por último, se redujeron significativamente las tasas de intentos de suicidio y de admisiones

psiquiátricas y hospitalarias (Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2009; Clarkin et al, 2007; Doering et al, 2010).

Estas similitudes en los resultados y conclusiones podrían radicar en aquellos aspectos que comparten tanto la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia como la Terapia Basada en la Mentalización. Por ejemplo, ambas dedican la mayor parte del trabajo al abordaje de afectos y emociones, se valen de experiencias pasadas para contextualizar aquellas más actuales y ponen el foco en lo interpersonal. Asimismo, ambas buscan cambiar aquellas distorsiones en las representaciones del *self*, de los demás y de los vínculos. Además, la TBM habla en términos de Mentalización, y la PFT en términos de Función Reflexiva, que no son sino distintas terminologías para referirse a un mismo concepto. Por último, ambas persiguen una mayor organización e integración del mundo interno, con el objetivo último de que el paciente pueda vivenciar tanto al sí mismo como a los demás, de forma coherente e integrada, mejorando así su calidad de vida (Taubner & Volkert, 2019).

En suma, tanto la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia como la Terapia Basada en la Mentalización, aún cada una con su propio encuadre, lineamientos, teorías y técnicas, evidenciaron resultados similares con respecto al tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Por lo tanto, las diferencias principales entre ambas líneas terapéuticas no radicarían sino en cuestiones teóricas, dado que en la práctica se observan resultados semejantes.

4. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

El presente Trabajo de Integración Final de diseño teórico de revisión, tuvo el objetivo de conocer los efectos de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización en pacientes adultos con un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

En primer lugar, se caracterizó el Trastorno Límite de la Personalidad desde el DSM-5, que lo define como un modo general de inestabilidad de las

relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada, y que aparece al principio de la edad adulta (APA, 2013). Desde el psicoanálisis contemporáneo, se ubica su etiología en la primer infancia. Es la vivencia de ciertas fallas por parte de los cuidadores primarios que lleva a la conformación de un psiquismo deficitario, que funciona a predominio de escisión y demás defensas primitivas, y que además posee un sistema representacional y capacidades reflexivas o de mentalización muy débiles. La vertiente psicoanalítica concibe así una Organización Límite que subyace a la fenomenología y el compendio sintomático del TLP (Lanza Castelli, 2018).

En segundo lugar, se describieron la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización. La primera es una terapia desarrollada por Kernberg, que tiene como objetivo principal la integración de las representaciones del sí mismo, los demás y los afectos, que se encuentran escindidos (Caligor et al, 2018). La segunda, desarrollada por Bateman y Fonagy, busca fomentar el desarrollo de la capacidad de Mentalización de la cual el paciente límite carece (Bateman y Fonagy, 2013).

Luego se procedió a realizar una extensa revisión de la literatura en relación a investigaciones acerca de la PFT y la TBM para conocer así sus efectos en el tratamiento del TLP, y, en segundo lugar, determinar si una comportaba más efectividad que otra.

Los ensayos clínicos de ambas líneas terapéuticas permitieron observar una atenuación importante de los síntomas que conforman el síndrome característico del TLP. Se evidenciaron significativas mejoras en lo que respecta al funcionamiento psicosocial e interpersonal, la patología general, la ansiedad y depresión, así como también disminuyeron los intentos de suicidio y las autolesiones, además de las admisiones hospitalarias. Dicho progreso a nivel fenomenológico se debe a aquellos procesos de cambio subyacentes en

la estructura de la personalidad, que acontecen en un nivel de mayor profundidad.

Tanto los estudios sobre la PFT como aquellos acerca de la TBM presentaron resultados similares, por lo que, con la información que se conoce hasta el momento, no resultó posible determinar si una de las dos líneas terapéuticas comporta mayor efectividad que la otra.

En cuanto a las limitaciones, actualmente no existe evidencia que respalde la elección de uno de los tratamientos abordados por sobre el otro, dado que hasta el día de la fecha no se ha realizado ningún ensayo clínico que compare directamente la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia con la Terapia Basada en la Mentalización. Es en gran parte por esta razón que se desarrolló la presente investigación, a modo de aporte teórico que posibilite e incite futuras investigaciones que realicen efectivamente un cotejo de dichas líneas terapéuticas, no solo para conocer sus grados de efectividad sino también para delinear el perfil de paciente de TLP al cual se le indicaría una terapia u otra, con el fin de adecuar aún más las intervenciones realizadas, a las necesidades de cada paciente.

A modo de conclusión, la revisión bibliográfica permitió observar y demostrar que tanto la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia como la Terapia Basada en la Mentalización, resultan efectivas para el tratamiento del Trastorno Límite, lo cual se evidencia en la atenuación de síntomas y en la significativa mejoría general que presentan los pacientes con TLP. No obstante, se resalta la importancia de contar, en un futuro, con investigaciones que comparen específicamente la PFT con la TBM, para conocer sus alcances en mayor profundidad.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastorno Límite de la Personalidad. En *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos*

Mentales (pp. 663-666). Editorial Médica Panamericana.

<https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>

Barber, J. P. & Solomonov, N. (2016). Chapter Three: Psychodynamic Theories. En *Handbook of Clinical Psychology, Vol. 2* (pp. 53-77). American Psychological Association. Doi 10.1037/14773-003.

Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry, 156* (10), 1563-1569. Doi 10.1176/ajp.156.10.1563.

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. Doi 10.1176/appi.ajp.2009.09040539.

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry, 33* (6), 595-613.

<https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2016). Comprensión del Trastorno Límite de la Personalidad basado en la mentalización. En *Psicoterapia para el Trastorno Límite de la Personalidad: Tratamiento Basado en la Mentalización* (pp. 86-147). Oxford University Press.

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2016). Modelos actuales de tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad. En *Psicoterapia para el Trastorno Límite de la Personalidad: Tratamiento Basado en la Mentalización* (pp. 148-186). Oxford University Press.

Bernardi, R. (2011). Trastornos Fronterizos: Comparación de la Psicoterapia Basada en la Transferencia de Kernberg y la Terapia Basada en la Mentalización de Fonagy. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 75* (1), 35-38. http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/06_RB.pdf

- Bleiberg, E. (2013). Mentalization-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2 (2), 295-330.
<https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2015/bleiberg.pdf>
- Caligor, E., Ehrental, J. C., Levy, K. N. & Yeomans, F. E. (2014). The Efficacy of Psychotherapy: Focus on Psychodynamic Psychotherapy as an Example. *Psychodynamic Psychiatry*, 42 (3), 377-422. Doi 10.1521/pdps.2014.42.3.377.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F. & Yeomans, F. E. (2018). Prefacio. En *Terapia Psicodinámica para la patología de la Personalidad* (pp. 17-28). Desclée De Brouwer.
- Campbell, K., Lakeman, R. & Clarke, K. A. (2020). Border Personality Disorder: To diagnose or to not diagnose? That is the question. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1-11. Doi 10.1111/inm.12737.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 922-928.
https://www.researchgate.net/publication/6295389_Evaluating_Three_Treatments_for_Borderline_Personality_Disorder_A_Multiwave_Study
- Diamond, D., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., Cain, N. M., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F. (2014). Change in Attachment and Reflective Function in Borderline Patients with and without Comorbid Narcissistic Personality Disorder in Transference Focused Psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50, 175-210. Doi: 10.1080/00107530.2014880316.

- DiFilippo, J. M., Freedheim D. K. & Klostermann, S. (2016). Psychodynamic Psychotherapy. En *Encyclopaedia of Mental Health* (pp. 348-356). Doi 10.1016/B978-0-12-397045-9.00033-1.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P. & Buchheim, P. (2010). Transference-Focused Psychotherapy v. Treatment by Community Psychotherapists for Borderline Personality Disorder: Randomised Controlled Trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395. Doi 10.1192/bjp.bp.109070177.
- Fernández-Guerrero, M. J. (2017). Los confusos límites del Trastorno Límite. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37 (132), 399-413. <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352017000200005>
- Ferran Burgal, J. & Pérez Lizeretti, N. (2017) Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38 (2), 148-156. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>
- Fonagy, P., Target, M. & Bateman, A. W. (2010). Chapter Three: The Mentalization-Based approach to psychotherapy for Borderline Personality Disorder. En *The Psychoanalytic Therapy of Severe Disturbance* (pp. 35-80). Taylor & Francis Group.
- Gayá Ballester, C., Molero Mañes, R. J. & Gil Lario, M. D. (2014). Desorganización del apego y el Trastorno Traumático del Desarrollo. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 3 (1), 375-383. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.515>
- Geha dos Santos, G. & Ramos Mello Neto, G. A. (2018). Patients, problems, and borders: psychoanalysis and borderline cases. *Psicología USP*, 29 (2), 285-293. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170101>
- Gunderson, J. G. (2011). Borderline Personality Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 364 (21), 2037-2042. Doi 10.1056/NEJMcp1007358.

Harvard Medical School. (2010). Treating Borderline Personality Disorder.

https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/treating-borderline-personality-disorder

Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M. & Alcázar-Olán, R. (2011).

La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (2), 111-120.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243029631001>

Hersh, R. G., Caligor, E. & Yeomans, F. E. (2016). Chapter 1:

Transference-Focused Psychotherapy and its applications. En *Fundamentals of Transference-Focused Psychotherapy* (pp. 1-32). Springer.

Hooley, J. M. & Masland, S. R. (2017). Borderline Personality Disorder. En

Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations (pp. 562-611).

https://www.researchgate.net/publication/316088179_Borderline_Personality_Disorder

Kapsambelis, V. (2016). Clínica y psicopatología del grupo de los estados

límitrofes. En *Manual de Psiquiatría Clínica y Psicopatología del Adulto* (pp. 533-540). Fondo de Cultura Económica.

Kernberg, O. F. (1975). El Síndrome. En *Desordenes Fronterizos y Narcisismo*

Patológico (pp.19-56). Paidós.

Kernberg, O. F. (1984). Diagnóstico estructural. En *Trastornos Graves de la*

Personalidad (pp. 1-22). Manual Moderno.

Lanza Castelli, G. (2018). El psicoanálisis francés contemporáneo. *Aperturas*

Psicoanalíticas, 59 (e29), 1-19.

https://www.researchgate.net/publication/329707799_El_psicoanalisis_frances_contemporaneo [Contemporary_FrenchPsychoanalysis](https://www.researchgate.net/publication/329707799_El_psicoanalisis_frances_contemporaneo)

- Lerner, H. (2016). Organizaciones Fronterizas. *Conferencias de la Universidad Nacional de Córdoba, Ciencia y Profesión: Desafíos para la Construcción de una Psicología Regional (II Congreso Intern-V Congreso Nacional)*.
<http://www.conferencias.unc.edu.ar/index.php/cienciayprofesion/congresocyp/paper/view/3844/0>
- Lopera Echevarría, J. D. (2017). Psicoterapia Psicoanalítica. *CES Psicología*, 10 (1), 83-98. Doi: 10.21615/cesp.10.1.6
- Matusevich, D., Ruiz, M. & Vairo, M. C. (2010). La evolución del diagnóstico Borderline: pasado, presente y futuro. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 21 (91), 274-285.
<http://www.editorialpolemos.com.ar/vertex91.php>
- Melanie Klein Trust Organization. (2021). Posición Esquizoparanoide.
<https://melanie-klein-trust.org.uk/es/theory/posicion-esquizoparanoide/>
- Melanie Klein Trust Organization. (2021). Posición Depresiva.
<https://melanie-klein-trust.org.uk/es/theory/posicion-depresiva/>
- Sánchez Quintero, S. & De la Vega, I. (2012). Introducción al Tratamiento Basado en la Mentalización para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Acción psicológica*, 10 (1), 21-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- Stefana, A. (2015). Adolph Stern, father of the term “borderline personality”. *Minerva Psichiatrica*, 56 (2), 95.
https://www.researchgate.net/publication/284733558_Adolph_Stern_father_of_term_borderline_personality
- Stern, B. L. & Yeomans, F. E. (2018). The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder: an introduction to Transference-Focused Psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41 (2), 207-223. Doi 10.1016/j.psc.2018.01.012.

- Taubner, S. & Volkert, J. (2019). Evidence-Based Psychodynamic Therapies for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology in Europe*, 1 (2), 1-20. Doi 10.32872/cpe.v1i2.30639.
- Vogt, K. S. & Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of Borderline Personality Disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92, 441–464. Doi 10.1111/papt.12194.
- Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs. el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Alcmeón*, 17 (4), 365-374. https://www.alcmeon.com.ar/17/68/06_Bidacovich.pdf
- Yábar, N. (2018). Comparación de la Terapia Basada en la Mentalización y la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/22316/Ramos%20Yabar%2C%20Nuria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yeomans, F. E., Levy, K. N. & Caligor, E. (2013). Transference-Focused Psychotherapy. *Psychotherapy*, 50 (3), 449-453. Doi 10.1037/a0033417.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg O. F. (2016). Desarrollo empírico de la Psicoterapia Centrada en la Transferencia: proceso de investigación clínica. En *Psicoterapia Centrada en la Transferencia* (pp. 59-105). Desclée De Brouwer.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Bradford Reich, D. & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With BPD and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study. *The American Journal of Psychiatry*, 169 (5), 476-483. Doi 10.1176/appi.ajp.2011.11101550.

6. ANEXO

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

AÑO	AUTORES	ARTÍCULO/LIBRO	OBJETIVOS
1975	Kernberg, O. F.	Libro	Descripción de los aspectos sintomáticos y estructurales de la personalidad fronteriza.
1984	Kernberg, O. F.	Libro	Diagnóstico estructural de la personalidad fronteriza.
1999	Bateman, A. & Fonagy, P.	Artículo empírico	Estudio comparativo entre un tratamiento de corte psicodinámico y tratamiento rutinario en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.
2007	Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F	Artículo empírico	Estudio comparativo entre tres tipos de terapia para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad.
2009	Bateman, A. & Fonagy, P.	Artículo empírico	Estudio comparativo entre Terapia Basada en la Mentalización y <i>Structured Clinical Management</i> en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.
2010	Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P.,	Artículo empírico	Estudio comparativo entre Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y el Tratamiento con

	Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P. & Buchheim, P.		Terapeutas Comunitarios para el Trastorno Límite de la Personalidad.
2010	Fonagy, P., Target, M. & Bateman, A. W.	Libro	Mentalización y Trastorno Límite de Personalidad.
2010	Harvard Medical School.	Artículo teórico	Descripción de diversas psicoterapias para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad.
2010	Matusevich, D., Ruiz, M. & Vairo, M. C.	Artículo teórico	Evolución del diagnóstico del TLP.
2011	Bernardi, R.	Artículo teórico	Comparación de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización.
2011	Gunderson, J. G.	Artículo teórico	Pautas para el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad.
2011	Hernández-Guz mán, L., Del Palacio, A., Freyre, M. & Alcázar-Olán, R.	Artículo teórico	Enfoque dimensional de la psiquiatría.

2012	Sánchez Quintero, S. & De la Vega, I.	Artículo teórico	Concepto de mentalización y estrategias generales de la Terapia Basada en la Mentalización.
2012	Widakowich, C.	Artículo teórico	Enfoque categórico y enfoque dimensional en psiquiatría.
2012	Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Bradford Reich, D. & Fitzmaurice, G.	Artículo empírico	Estudio de remisión y recuperación de pacientes con TLP.
2013	Asociación Americana de Psiquiatría.	Manual	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5°ed.
2013	Bateman, A. W. & Fonagy, P.	Artículo teórico	Terapia Basada en la Mentalización.
2013	Bleiberg, E.	Artículo teórico	Técnicas e intervenciones de la Terapia Basada en la Mentalización.
2013	Yeomans, F.E., Levy, K. N. & Caligor, E.	Artículo teórico	Estrategias generales de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.
2014	Caligor, E., Ehrental, J. C., Levy, K. N. & Yeomans, F. E.	Artículo teórico	Evidencia de la efectividad de la psicoterapia dinámica en pacientes con patologías

			graves de la personalidad.
2014	Diamond, D., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., Cain, N. M., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F.	Artículo teórico	Cambios en la Función Reflexiva y el Patrón de Apego a partir de la PFT en pacientes con TLP, y pacientes con TLP y Narcisismo.
2014	Gayá Ballester, C., Molero Mañes, R. J. & Gil Lario, M. D.	Artículo teórico	Aportes acerca del apego desorganizado y el desarrollo de la personalidad.
2015	Stefana, A.	Artículo teórico	Comienzos del término 'personalidad fronteriza'.
2016	Barber, J. P. & Solomonov, N.	Libro	Diferentes escuelas y teorías psicodinámicas.
2016	Bateman, A. W. & Fonagy, P.	Libro	Comprensión del Trastorno Límite de la Personalidad basado en la mentalización.
2016	DiFilippo, J. M., Freedheim D. K. & Klostermann, S.	Libro	Evolución del psicoanálisis a la psicoterapia.
2016	Hersh, R. G., Caligor, E. & Yeomans, F. E.	Libro	Aplicación de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.
2016	Kapsambelis, V.	Libro	Psiquiatría clínica y psicopatología del adulto.

2016	Lerner, H.	Artículo teórico	Caracterización del paciente límite y las implicancias de su tratamiento.
2016	Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg O. F	Libro	Descripción del modelo de tratamiento que propone la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.
2017	Fernández-Guerrero, M. J.	Artículo teórico	Las confusiones que suscita el término 'Trastorno Límite de la Personalidad'
2017	Ferran Burgal, J. & Pérez Lizeretti, N.	Artículo teórico	Revisión de estudios sobre distintas psicoterapias para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad.
2017	Hooley, J. M. & Masland, S. R.	Libro	Etiología, síntomas y diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad.
2017	Lopera Echevarría, J. D.	Artículo teórico	Las terapias de orientación psicoanalítica.
2018	Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F. & Yeomans, F. E.	Libro	Terapia Psicodinámica para Trastornos de Personalidad
2018	Geha dos Santos, G. &	Artículo teórico	Síntesis acerca de las implicancias del

	Ramos Mello Neto, G. A.		diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.
2018	Lanza Castelli, G.	Artículo teórico	Caracterización de las organizaciones fronterizas.
2018	Stern, B. L. & Yeomans, F. E.	Artículo teórico	El desafío de tratar a pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.
2018	Yábar, N.	Artículo teórico	Comparación de las intervenciones y técnicas de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización.
2019	Taubner, S. & Volkert, J.	Artículo teórico	Comparación de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Basada en la Mentalización.
2019	Vogt, K.S. & Norman, P.	Artículo teórico	Revisión de la evidencia sobre la Terapia Basada en la Mentalización para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad.
2020	Campbell, K., Lakeman, R. & Clarke, K. A.	Artículo teórico	La controversia y el estigma del diagnóstico de TLP.

2021	Melanie Klein Trust Organization	Artículo teórico	Posición Esquizo-Paranoide y Posición Depresiva.
------	--	------------------	--