

# Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad

## RESUMEN

El autor presenta una revisión sobre los tratamientos psicológicos del trastorno borderline de personalidad. Todas las modalidades psicoterapéuticas revisadas: terapias psicodinámicas, psicoterapia de apoyo, tratamientos conductuales y cognitivos, terapia interpersonal, tratamientos familiares y grupales, subrayan la importancia de cuidar la relación con el paciente y la dificultad en manejar la contratransferencia, el papel activo del terapeuta y la necesidad de crear unos límites claros. La efectividad de los tratamientos está relacionada con la mayor capacidad para controlar los impulsos, la disminución de las conductas suicidas y autoagresivas y el descenso de las hospitalizaciones.

## PALABRAS CLAVE:

Trastorno Borderline de Personalidad.  
Tratamientos Psicoterapéuticos

## ABSTRACT

The author provides an overview of the psychological treatments of borderline personality disorder. Among the different psychotherapeutic modalities revised: psychodynamic psychotherapy, supportive psychotherapy, cognitive and behavioural approaches, interpersonal, group and family treatments, all approaches stress the importance of careful attention to the relationship with the patient and the difficulty in handling the countertransference, the therapist's active role, the need to set limits. The effectiveness includes the ability of these treatments to obtain a reduction in the lack of self-control, to reduce the life-threatening and self-destructive behaviour typical of borderline patients and the decrease the days in hospital.

## KEY WORDS:

Borderline Personality Disorder. Psychotherapeutic Treatments

## 1.- Introducción: Concepto y encuadre teórico de las psicoterapias en pacientes con trastorno borderline de personalidad (TBP)

La literatura inicial sobre el trastorno límite, fronterizo o borderline, resalta la forma usual de presentación como una "*Enfermedad psicótica atenuada*" (1-5) Autores como Bleuler (1) y Federn (2) lo incluyen entre los cuadros de "esquizofrenia latente", Hoch y Pollatin (3) lo describieron como un cuadro de "*esquizofrenia pseudoneurótica*", Zilboorg (4) como "*esquizofrenia ambulatoria*" y Rapaport y cols. (5) como "*preesquizofrenia*".

El trastorno borderline fue descrito por vez primera, aunque de forma imprecisa, por Stern (6) en 1938 referido a aquellos pacientes que presentaban manifestaciones

clínicas intermedias entre la neurosis y la psicosis. Posteriormente otros autores han participado de esta descripción dentro de una concepción psicoanalítica (7-11). A partir de los años sesenta aparecen los primeros intentos rigurosos por definirlo como un trastorno de personalidad específico, estable y crónico (TBP), con una organización definida, un conjunto de síntomas específicos, una organización del Yo y de mecanismos de defensa que la diferencian con claridad de las organizaciones neuróticas y psicóticas (12-20). Para otros autores el TBP formaría parte de un hipotético cuadro sub-afectivo: estaría más cerca de los trastornos afectivos, especialmente la depresión (Klein, (21); Akiskal, (22)).

El núcleo sobre los que se ha basado el TBP tal y como lo conocemos en la actualidad corresponden a las definiciones establecidas por Grinker y cols. (12), que establecen cuatro subgrupos en los TBP desde el Tipo I (en el límite con la psicosis) y el Tipo IV (con la neurosis). El *diagnóstico descriptivo* de Gunderson y Singer (15), quienes establecen seis categorías de síntomas específicos y Kernberg (14), que define el TBP como “Una organización patológica específica, estable y crónica. No es un estado transitorio que fluctúe entre la neurosis y la psicosis. La patología del Yo difiere tanto de las neurosis como de las psicosis y perturbaciones del carácter más severas”.

Los siete criterios diagnósticos propuestos por Spitzer y Endicott (19), del TBP (basados en los criterios de Gunderson y Kernberg) para ser incluidos en el DSM (American Psychiatric Association, 1980): 1) Impulsividad. 2) Relaciones interpersonales intensas e inestables. 3) Cólera intensa y a veces descontrolada. 4) Alteraciones en el sentido de identidad. 5) Inestabilidad afectiva, con cambios marcados en el estado de ánimo. 6) Escasa tolerancia para aceptar la soledad y esfuerzos para evitar la misma. y 7) Sentimiento crónico de vacío, han permanecido en su práctica totalidad en las distintas revisiones de los DSM. Tanto el DSM-III-R y el DSM-IV (23)(que añade el ítem de “episodios psicóticos breves”, derivado de los criterios de Gunderson) lo incluyen en el Eje II, enfatizando el *descontrol de impulsos* como síntoma nuclear junto con *inestabilidad respecto de la propia imagen, las relaciones interpersonales y la ausencia de control de impulsos*. El CIE-10 (24) distingue dos formas de presentación: la inestabilidad emocional (tipo límite) y la ausencia del control de impulsos (tipo impulsivo).

## 2.- Encuadre histórico de las psicoterapias en TBP

En 1989 Aronson (25) publicó una revisión de los tratamientos psicoterapéuticos (desde un modelo fundamentalmente psicodinámico) en TBP que voy a utilizar como referente en esta breve introducción. Establece un primer periodo (1940-1960), en el cual pocos terapeutas consideran al psicoanálisis como tratamiento de elección debido a la pobreza de resultados en los tratamientos. A partir de los años 50, la influencia del modelo teórico de la Escuela Inglesa de Relaciones Objetales (TRO) y la Escuela Americana Interpersonal, introduce modificaciones en la técnica psicoanalítica aplicada a la

esquizofrenia y a las condiciones “borderline”. En todo caso no es fácil saber cuando estos autores practican psicoanálisis y cuándo una psicoterapia de orientación psicoanalítica. Para la gran mayoría de estos primeros terapeutas, y como reacción a la ortodoxia psicoanalítica de su tiempo, la psicoterapia de elección es la “contención” y/o “psicoterapia de apoyo” donde se limita la regresión y la transferencia del paciente, sin llegar a un análisis exhaustivo de los mecanismos de defensa. El segundo periodo definido por Aronson es el comprendido entre los años 60-80. La influencia del trabajo teórico de Kernberg (“Organización Borderline de Personalidad”) se hace extensiva a las modalidades terapéuticas, donde se pone un mayor énfasis en la psicoterapia intensiva (3 o más sesiones a la semana) y/o expresiva (orientada al *insight* y favoreciendo la regresión del paciente en el tratamiento), con objetivos terapéuticos más ambiciosos encaminados a un cambio en la estructura de personalidad (26) (27). Por otro lado, la influencia del modelo teórico del desarrollo de Mahler (28), sobre las fases de separación-individuación, La revisión desde la Psicología del Yo americana de los presupuestos de la TRO inglesa (29), la influencia del manejo del objeto transicional (30) (31), o las dificultades cognitivas para introyectar los objetos que permitan en el futuro la capacidad para tolerar el sentimiento de soledad (32), modelan e introducen variantes técnicas en el psicoanálisis aplicado a los pacientes borderline.

Quiero remarcar la influencia que a partir de los años 90 tienen los modelos etiológicos de los TBP (*genéticos*: labilidad afectiva, respuesta a los estímulos e impulsividad y *psicosociales*: traumas, abuso y privación), a la hora de elegir un tipo de aplicación psicoterapéutica o bien incidir sobre determinados aspectos focalmente en terapias de orientaciones muy consolidadas como la psicoterapia psicodinámica breve. Los estudios empíricos sobre comorbilidad tanto en el Eje I como el Eje II de la DSM-IV (23), estudios sobre eficacias de terapias, criterios diagnósticos rigurosos, han condicionado la aparición de otras psicoterapias (Terapia Interpersonal, Terapia Cognitivo Comportamental, Terapia de Grupo y Familia, Terapia cognitiva) de las que me ocuparé en esta revisión.

La terapia de pacientes con trastornos de personalidad en general, y en particular los TBP, constituye uno de los retos más importantes entre los profesionales de Salud Mental. Por un lado movilizan sentimientos y actitudes en los terapeutas de forma muy intensa, debido a la enorme emotividad y descontrol que despliegan los pacientes a lo largo del proceso psicoterapéutico y por otro lado es factible, en parte de estos pacientes, lograr cambios estructurales de su personalidad, a diferencia de otros trastornos de personalidad más severos como los esquizotípicos y paranoides menos susceptibles de tratamientos psicoterapéuticos. Los *objetivos generales* de las psicoterapias están encaminados a que el paciente pueda mejorar sus relaciones interpersonales y disminuir la intensidad y prevalencia de conductas autodestructivas, así como una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales.

En dos estudios recientes acerca de la relación coste/beneficio de los tratamientos psicoterapéuticos con TBP (33) (34), se concluye que las psicoterapias aplicadas de forma

apropiada a los pacientes con TBP tienen un impacto positivo en parámetros como la reducción de tratamientos futuros, los ingresos hospitalarios y las bajas laborales.

La investigación de Meares y cols. (35), donde se compara a un grupo de pacientes a los que se les aplica tratamiento psicoterapéutico y otro grupo "*sin tratamiento*", concluye que un tercio de los pacientes que recibieron psicoterapia no puntuaron en los criterios del DSM-IV para la TBP una vez finalizada la misma. En el grupo de pacientes no tratados no hubo cambios en cuanto a la mejora de los criterios diagnósticos para el TBP. Para otros autores como Friedman (36), el "*no tratamiento*" es el tratamiento de elección para pacientes con TBP en los que se ha dado un elevado número de fracasos y abandonos de tratamientos previos, reacciones terapéuticas negativas, actitudes y conductas antisociales, beneficios secundarios y conductas factitivas y los que han desarrollado conductas regresivas yatrogénicas (37).

Otra cuestión importante de plantear, sin que se halla resuelto empíricamente, tiene que ver con la necesidad de un tratamiento específico o la combinación de varias modalidades terapéuticas dada la alta comorbilidad tanto en el Eje II (38), donde se ha demostrado una comorbilidad de tres o más trastornos de personalidad, más frecuente en los trastornos del Cluster B (Trastorno narcisista, histriónico y antisocial) (39), como del Eje I: muchos pacientes presentan una mezcla de síntomas y síndromes, de los que destacan por su mayor frecuencia la depresión mayor, junto con la agravación premenstrual en las mujeres (depresión e irritabilidad), trastornos de pánico, Trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos disociativos, abuso de sustancias, trastornos en la alimentación (alta incidencia en bulimia) y trastornos en la sexualidad. En muchos casos la combinación de medicación junto con tratamientos específicos (alimentación, trastornos sexualidad, adicciones, etc.) se convierte en una necesidad que acompaña de forma coadyuvante al tratamiento psicoterapéutico.

Como señala Livesley (40), el progreso en la fenomenología descriptiva, el estudio de la personalidad, los avances en la teoría cognitiva durante los últimos años, han llevado a una nueva comprensión de la naturaleza y los orígenes del trastorno de personalidad que requieren una reevaluación en el tratamiento del TBP. Para este autor el tratamiento requiere una combinación de medicación e intervenciones psicoterapéuticas que incluyan diversos enfoques, (Ver ap. "eclecticismo por combinación" del epígrafe Modalidades psicoterapéuticas) aunque hasta el momento se carece de estudios empíricos referidos a la eficacia de estos enfoques integradores. Asimismo señala que la variedad de características del TBP: inestabilidad en el Self, dificultades en la relaciones, afectos y organización cognitiva, se refuerzan mutuamente creando una "estructura resistente al cambio".

### 3.- Modelos e Intervenciones Psicoterapéuticas

#### 3.1.- Psicoterapias de orientación dinámica (POD)

La terapia psicodinámica ha integrado en los últimos años la validación empírica de algunos de los paradigmas e hipótesis psicodinámicas en la génesis de los cuadros borderlines. Así el *modelo del trauma* (violencia, maltrato y abuso sexual) en la historia infantil de los pacientes adultos ha sido corroborada en numerosos estudios (41-44), e incorporado al manejo terapéutico (45-47). El estudio empírico de otras variables relacionadas con la *hipótesis deficitaria* en la génesis del cuadro (Trastorno en el vínculo y modelos disfuncionales a la hora de establecer el apego, dependencia, trastorno en la identidad, déficit en la simbolización, intolerancia a la frustración e impulsividad) ha dado lugar a la convergencia con modelos como el del estrés post-traumático y el estudio compartido como la teoría cognitiva de la mente y su aplicabilidad a las terapias psicodinámicas. Otras variables que se siguen profundizando son las del estudio de los distintos modos de contratransferencia que pueden suscitar los pacientes, el sentimiento de soledad y las relaciones transiccionales, la validación de los mecanismos de defensa primitivos (49) (50) y la mejora en la creación de un vínculo estable con el terapeuta, así como la extrema dependencia de estos pacientes respecto de la realidad externa (51) que permita un mayor compromiso del paciente con el proceso psicoterapéutico y una disminución de los abandonos en las terapias.

Todas las psicoterapias psicodinámicas hacen hincapié en la dificultad de manejar y contener los impulsos agresivos de los pacientes que dan lugar a la creación de una transferencia rápida, inestable y de naturaleza hostil. El manejo del terapeuta de la contratransferencia es esencial para poder ayudar al paciente a contener dentro de sí mismo los impulsos agresivos. Como señala Green (52) “el mantenimiento de la capacidad de pensar, la resistencia a las destrucciones (ataques al vínculo) del propio proceso psicoterapéutico, permiten al paciente frenar el deseo de destruir al objeto o bien autodestruirse”. La inevitabilidad y peligros de las actuaciones de los pacientes ponen en peligro los avances psicoterapéuticos. Estas conductas autodestructivas han de ser tratadas inmediatamente con los pacientes y las interpretaciones han de estar basadas en la realidad externa del mismo.

Las características del encuadre han de permanecer lo más fijo posible tanto en las psicoterapias institucionales de tipo ambulatorio o privadas como las que necesiten un ingreso hospitalario. Los intentos de tratamiento ambulatorio, si no se cuida al máximo el encuadre, llevan con frecuencia al fracaso terapéutico debido a la escasa capacidad de contención del medio institucional y al elevado índice de abandonos de tratamiento.

#### 3.1.1.- Psicoterapia expresiva. (PE)

Las diferencias de los distintos abordajes terapéuticos dentro de la psicoterapia expresiva señalados por Aronson (24) se refieren a tres áreas específicas: 1) Foco

terapéutico; 2) Manejo de los momentos iniciales de la terapia y 3) Estilo personal del terapeuta.

1) *Foco terapéutico*: existen dos modalidades diferenciadas. Por un lado Kernberg centra su interés en trabajar en la agresión del paciente (hostilidad, mecanismos de escisión y defensas proyectivas y la envidia) y por otro lado los terapeutas influenciados por las teorías de Mahler (17) (13), focalizan el trabajo terapéutico en temas como la separación-individuación, el abandono y la depresión. Los seguidores de las teorías de Kohut y Winnicott (32) (53), trabajan primordialmente con temas como el sentimiento de soledad, autoestima, relaciones transicionales y el aumento de la comprensión empática por parte de los pacientes.

2) *Inicio de la terapia*: para los terapeutas seguidores de las teorías de M. Klein (54) (46) (55) es importante la interpretación de la distorsión defensiva del paciente desde el comienzo con el objetivo de que éste pueda reconocer la naturaleza hostil de sus impulsos que pueda dar lugar a un cambio estructural en su organización defensiva. Los terapeutas pertenecientes a la Psicología del Yo (28) (32) (56) (30), subrayan la necesidad de una alianza terapéutica que posibilite la creación de un vínculo y una relación sostenida para que el paciente pueda ser capaz de verbalizar sus sentimientos y no actuarlos. Las interpretaciones (temor al abandono, idealización, etc.) han de estar basadas en el “aquí y ahora” de la relación terapéutica y una vez que se halla consolidado el vínculo con el terapeuta.

3) *Estilo del terapeuta*. Los seguidores de Klein utilizan un estilo más confrontacional con el objetivo de crear las bases para que se produzca un cambio en el paciente. Por el contrario los seguidores de la escuela de Winnicott (31) y Kohut (29) enfatizan más la creación de una atmósfera de calidez y empatía con el paciente, que permitan un contacto y una comprensión emocional del mismo.

Otras de las dificultades en el tratamiento psicoterapéutico con psicoterapia expresiva de estos pacientes reside en la baja adherencia al mismo y el número elevado de abandonos voluntarios o por dificultades de alcanzar los objetivos marcados al inicio del mismo. La revisión retrospectiva de Waldinger y Gunderson (57) en la comunidad psicoanalítica de Boston, en la que participaron 11 terapeutas y 78 pacientes, se concluyó que los pacientes que habían iniciado una psicoterapia expresiva (3 veces a la semana), el 54% continuaron el tratamiento después de 6 meses y sólo un 33% completaron el mismo. De ellos sólo el 50% incluían una mejora.

En todo caso, como en todo proceso psicoterapéutico, la búsqueda de la verdad ha de orientar todo el proceso: el paciente ha de reconocer y ser consciente de la naturaleza de sus actuaciones, de forma que pueda tolerar la frustración (del objeto originario, de

la necesidad del objeto para evitar sus sentimiento de soledad y vacío, de sus traumas y carencias originarias, etc.) y no evacuar mediante actuaciones sus conflictos.

### 3.1.2.- *Psicoterapia de apoyo. (PA)*

La psicoterapia de apoyo procede de la tradición psicoanalítica y se desarrolla a partir de los años 1940 debido a las dificultades de la aplicación de la técnica psicoanalítica en pacientes con TBP. El tratamiento se estructura a través de objetivos claros y definidos con una gran actividad y dirección por parte del terapeuta y focalizada en el funcionamiento de la vida cotidiana del paciente. No se hace uso de interpretaciones pero se dan al paciente explicaciones acerca de sus necesidades, temor al abandono, necesidad de expresar sus sentimientos (intensa rabia e ira) y siempre con el objetivo de que pueda vincular los estados emocionales con estos sentimientos y se permita expresarlos verbalmente y no a través de actings y conductas autodestructivas.

Entre las características del terapeuta se señalan: la empatía, calidez y capacidad para trabajar con este tipo de sujetos. El encuadre incluye la situación cara a cara entre paciente y terapeuta, la frecuencia de una vez por semana y un tiempo de duración largo (5-10 años) y a veces indefinido. El terapeuta debe en ocasiones permitir al paciente una parcial gratificación con el objetivo de que disminuya la transferencia negativa que favorezca la creación de una alianza terapéutica y una transferencia positiva como forma de trabajo con el paciente. Para algunos autores lo que ayuda a pacientes con TBP es la experiencia compartida con el terapeuta. Rockland (58) plantea la triada de sugestión, consejo y educación como los tres ejes en los que se debe basar la actitud terapéutica en la TA.

Se ha determinado su eficacia en estudios de seguimiento (59) (60) (61). En todo caso es para muchos autores la antesala de una psicoterapia más intensiva una vez que se crea una alianza terapéutica con el paciente.

### 3.1.3.- *Terapia Cognitiva (TC)*

Beck y Freeman (62), señalan en el libro sobre intervenciones cognitivas en los trastornos de personalidad la dificultad de aplicar estas técnicas psicoterapéuticas a pacientes con TBP debido a la falta de una identidad consistente de estos sujetos lo que dificulta una programación de objetivos y prioridades. Las primeras estrategias terapéuticas van dirigidas a que el paciente pueda identificar y corregir los pensamientos distorsionados, las asunciones y los procesos cognitivos disfuncionales y desadaptativos. Describen tres tipos de asunciones típicas de sujetos con TBP que juegan un papel esencial en este trastorno y que han de ser tratadas a lo largo del proceso terapéutico: 1) El mundo es un lugar peligroso. 2) Yo soy poderoso y a la vez vulnerable. 3) Me siento poco aceptado. La mezcla de pensamientos de desamparo junto con la hostilidad y la falta de seguridad da lugar a un conflicto entre autonomía y dependencia.

Entre los objetivos de la TC destacan: 1) La disminución de los pensamientos dicotómicos (manifestado en categorías discretas de “malo”/“bueno”, “amor”/“odio”, etc.) que están fuertemente arraigados en la estructura cognitiva de los sujetos. 2) Ayudar a los pacientes a expresar los sentimientos negativos de una forma moderada. 3) Control de los impulsos de carácter autodestructivos, y 4) Explicaciones encaminadas a que el paciente construya un sentido de identidad definido.

Perris (63) aplica el modelo de reestructuración disfuncional tanto de uno mismo como del entorno. La terapia cognitiva focal sobre los modos disfuncionales de estos pacientes ha sido utilizada por Cousineau y Young (64) en cuatro tipos de estrategias terapéuticas: interpersonal, experiencial, cognitiva y conductual.

La eficacia de la TC ha sido validada en estudios de Davidson y Tyrer (65).

#### *3.1.4.- Terapia Comportamental Dialéctica (TCD)*

M. Linehan (66) desarrolló la “Terapia comportamental dialéctica” (TCD) inicialmente para el tratamiento de pacientes borderline con tendencias suicidas crónicas. La TCD procede de un modelo biosocial que asume el trastorno dentro de la regulación de las emociones y la tolerancia al estrés. Entre los objetivos terapéuticos se encuentran la mejora de los modelos disfuncionales de conducta, la dificultad para controlar los impulsos y los fenómenos disociativos severos. Para el tratamiento de estos objetivos tiene en cuenta tanto la comprensión intrapsíquica e interaccional de las conductas desadaptativas. Combina las intervenciones individuales y grupales junto con estrategias conductuales clásicas (Técnicas de exposición, manejo de contingencia, modificaciones cognitivas, etc.). La complejidad para el manejo y la formación en este tipo de terapia ha sido reseñada en un trabajo reciente por Hawking y Sinha (67).

El objetivo final de la terapia es crear una “autonomía responsable” en las actitudes y los comportamientos del paciente. Mediante la sucesión de elementos ordenados jerárquicamente se trata el comportamiento suicida, las conductas auto y heteroagresivas, los síntomas que interfieren en la actividad del sujeto (Abuso de drogas por ej.), asegurar la alianza terapéutica, afrontar los problemas de la vida cotidiana, enfrentarse a los esquemas cognitivos del paciente (esperanzas, ambiciones y creencias) y explorar una reorganización psíquica más madura y saludable.

La efectividad de la TCD en tratamientos ambulatorios ha sido reseñada en trabajos como los de Hampton (68), Linehan y cols. (69), Koerner y Linehan (70), donde se objetivizó una disminución de las conductas suicidas e ingresos hospitalarios de los sujetos. Asimismo ha sido probada dicha eficacia en tratamientos mixtos grupales e individuales en medios hospitalarios con mujeres con TBP y consumo de drogas. (71). Las sesiones de grupo tienen como objetivo disminuir la dependencia y tolerar mejor el feed-back y el afecto negativo.



### 3.1.5.- Psicoterapia Interpersonal (PI)

Benjamin (72), aplica el “Modelo de conducta interpersonal” (SASB: “Análisis estructural de la conducta social”) a pacientes con TBP debido a las dificultades en el establecimiento de las conductas interpersonales de estos sujetos. Este enfoque destaca el desarrollo de una alianza sólida entre el paciente/terapeuta, con el objetivo de que el paciente sea consciente de sus patrones desadaptativos.

Entre las técnicas empleadas destacan el análisis de los sueños, la asociación libre, las imitaciones y las exposiciones y explicaciones del terapeuta. A veces es conveniente que el terapeuta establezca puentes entre la historia infantil del paciente y los síntomas presentes. Una vez que el paciente tome conciencia de sus patrones desadaptativos, el terapeuta le ayudará a que no se vuelvan a repetir en el futuro. Es importante analizar las razones de sus comportamientos autodestructivos a través de sueños y fantasías. Benjamin considera que los pacientes que son capaces de separarse de este tipo de fantasías abusivas internalizadas disminuyen los actings y los comportamientos autodestructivos. El terapeuta puede convertirse en un animador emocional para el paciente, pero debe evitarse el vínculo directo entre paciente y terapeuta.

### 3.1.6.- Psicoterapia de grupo.

Tradicionalmente los pacientes con TBP no han sido considerados aptos para la psicoterapia de grupo debido a la intensidad de sus conductas disruptivas y desadaptadas que impiden una adecuada cohesión grupal, las tendencias paranoides, las demandas de atención exclusiva y el bajo nivel de ajuste en la relación social (73). La inclusión de los pacientes con TBP en grupos terapéuticos se realizó, inicialmente, durante el tiempo que el paciente permanecía hospitalizado. Las dificultades del terapeuta para comprender las interacciones entre todos los componentes del grupo ha sido señalada por Stone (74)

Para algunos autores el tratamiento grupal es más eficaz que el individual (75) (76). Entre los factores terapéuticos de las terapias de grupo, Clarkin y cols., (77) identifican: 1) Disminución de la intensidad transferencial. 2) Posibilidad de identificaciones múltiples. 3) Modificación de modelos de conducta desadaptativas. 4) Conciencia de sus impulsos auto-agresivos. 5) Menor subjetividad de sus reacciones afectivas. 6) Beneficio claro en pacientes con rasgos esquizoides. 7) Control de sus impulsos por el establecimiento de unos límites claros. 8) Creación de un espacio que posibilite la contención de sus impulsos y efectos disruptivos.

El tipo de grupo ha de considerar los siguientes aspectos: 1) Grupos de pacientes con diagnóstico exclusivo de TBP o con diagnósticos diversos. 2) Tratamientos combinados (individual y grupal). 3) Modificaciones técnicas de los grupos. En un principio se trabajaba conjuntamente en tratamientos mixtos individual y grupal: o bien un tratamiento inicialmente grupal (con otro tipo de diagnósticos) para pasar posteriormente

a uno individual (76). Kibel (78) plantea un tratamiento grupal a corto plazo, en régimen de internamiento donde se expliciten los objetivos, así como el establecimiento de normas y la reducción del acting-out y las conductas regresivas.

La tendencia hoy día es el tratamiento combinado en terapias individuales y grupales, ya sea el mismo terapeuta (76) o distintos terapeutas (con las dificultades transferenciales añadidas) (79). Otros autores trabajan en grupos homogéneos de pacientes con TBP (80), (81) combinados con terapia individual. Entre las modificaciones técnicas en este tipo de grupos Stone y Gustafson (75) señalan la actividad no interpretativa durante la creación de la alianza terapéutica y la necesidad de mantener una transferencia positiva el mayor tiempo posible.

El manejo de la rabia y la agresión dentro de los grupos ha sido analizado en algunos trabajos. Kirman (82), observó tres maneras en las que se manifiesta a lo largo del proceso terapéutico grupal: a) Dirigida contra uno mismo. b) La rabia mostrada hacia el líder del grupo mediante una transferencia negativa y c) La rabia expresada abiertamente hacia los otros miembros del grupo.

Los cambios terapéuticos investigados se refieren a mejoría en la categoría de “pérdida de control de impulsos” y “episodios psicóticos”, mientras que sólo se producen una ligera mejoría en la categoría de “relaciones interpersonales” (83). La alianza entre los miembros del grupo se ha considerado como una de las variables que permiten una mejoría entre los pacientes (84).

### *3.1.7.- Psicoterapia Familiar.*

La indicación de tratamiento familiar está relacionada con la alta incidencia de patología en los padres de los pacientes con TBP: alcoholismo (85), trastorno de personalidad antisocial (86) y conglomerado de trastornos de personalidad (87). Por lo general se señala una baja incidencia de esquizofrenia y una alta frecuencia de trastornos afectivos. Entre las características de la infancia de los pacientes borderline se han investigado la presencia de pérdidas temprana de familiares, abuso sexual y/o maltrato físico y separaciones en la pareja parental (41-44), por lo que hay que pensar en familias muy desestructuradas (88).

Schulz (89) recomienda intervenciones familiares de psicoeducación. Feldman y Guttman (90) aconsejan este tipo de intervenciones con el fin de que disminuya las proyecciones de los padres y las distorsiones de la realidad. Perlmutter (91) sugiere intervenciones en servicios de urgencia en pacientes límites y sus familias con fuertes componentes autodestructivos. Mendelbaum (92), describe un modelo de actuación terapéutica familiar donde el terapeuta mantiene un papel muy activo y directivo con respecto a los objetivos terapéuticos (autoridad, autonomía de los miembros familiares, etc.).

Dado la frecuencia de ingresos que se producen de pacientes borderlines es aconsejable aprovechar estos momentos para hacer este tipo de intervenciones familiares. Las intervenciones mixtas individuales/familiares han mostrado su eficacia de cara a disminuir la patología familiar y la colaboración de la familia en los objetivos terapéuticos de los pacientes.

### *Tratamiento del Síndrome Borderline en los adolescentes.*

En la intervención familiar con pacientes adolescentes se debe tratar la psicopatología individual de los padres, sus relaciones de pareja y la fortaleza y debilidad de todo el sistema familiar y siempre en un medio que facilite la integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del adolescente (93), y dentro de un modelo de comprensión psicodinámica del paciente y del sistema familiar (94). El modelo psicoeducacional familiar como forma de tratamiento del sistema familiar de pacientes adolescentes con patología borderline ha sido aplicado por Gunderson y cols. (95), en un paradigma que integre la psicopatología borderline en el sistema familiar.

Basado en la Teoría de las relaciones objetales y en autores pertenecientes a la Psicología del Yo, Masterson (96) propone un tratamiento psicoterapéutico en régimen hospitalario en cuatro fases que reactualizan el fracaso de estos pacientes durante la primera etapa de separación-individuación (1 año y medio a los 3 años):

- *Primera fase* (evaluación): comprende desde el comienzo del tratamiento hasta el control eficaz del acting-out y el establecimiento de una colaboración terapéutica.

- *Segunda fase* (elaboración): el objetivo que propone es el dominio casi total del acting-out, reforzamiento de la depresión y reelaboración del afecto relacionado con la separación y el abandono. Se intenta que el paciente sea consciente de la relación entre sentimientos y comportamientos y mantenga un mayor control sobre sus pulsiones agresivas y por consiguiente un mayor control consciente de sus impulsos. Durante esta etapa se mantienen reuniones conjuntas con la familia.

- *Tercera fase* (de separación): capacidad de tolerar al objeto y poder pensar y decidir por sí mismo.

- *Cuarta Fase* (creación de un espacio transicional) que denomina “estación de recarga libidinal”, coincidente con la etapa de separación-individuación de Mahler, donde el paciente pueda volver a tomar contacto con el objeto para poder separarse posteriormente. Esto implicaría un seguimiento del paciente una vez terminado el tratamiento.

### *Modelos integradores de tratamiento*

A pesar de los distintos intentos para establecer un marco de referencia común que abarca los distintos campos de actuación psicoterapéutica, todavía no se ha establecido un cuerpo teórico o paradigma común en psicología (97) sobre la etiología, síntomas, comorbilidad, que sustente la posibilidad de una actuación integradora de las diversas escuelas psicoterapéuticas con los pacientes borderline. Los intentos que se han realizado pertenecen a lo que Tizón (98) denomina “eclecticismo por combinación”, que en el sentido práctico no pasa de ser una aplicación técnica parcial de las distintas escuelas de terapia. A continuación voy a exponer una breve síntesis de dos modelos de tratamientos.

*A) Teoría integradora de la personalidad: El modelo de la personalidad de Th. Millon.* Avila y Herrero (99) en la aproximación a la obra de Millon describen las tres polaridades básicas que explican el origen y la construcción de la personalidad y que operan como organizadores de la experiencia interpersonal (20): 1) Dolor-Placer (anclada en lo biológico); 2) Actividad-Pasividad (transición de lo biológico a lo psicológico); 3) Sí mismo-Otros (De lo psicológico a lo psicosocial). Estas polaridades tienen como objetivo preservar y potenciar la vida buscando el placer y disminuyendo el dolor, el empleo de formas de conducta y pensamiento que maximicen la adaptación al entorno mediante un equilibrio de actividad-pasividad y lograr estrategias que permitan una aceptación por parte del entorno. Mediante las categorías de Retraimiento, Dependencia, Independencia y Ambivalencia, el sujeto intenta buscar el placer y evitar el dolor. En 1994 Millon añade otra categoría: la Discordancia que implica un déficit estructural en la posibilidad de objetivación de la relación Sí mismo-Otros.

En la personalidad límite descrita por Millon, el sujeto sufre intensos cambios de humor endógenos, periodos de abatimiento y apatía que se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia. El nivel de energía fluctúa, con alteraciones en los ciclos de sueño y vigilia y periodos de desequilibrios afectivos. La conciencia es condenatoria con pensamientos suicidas de automutilación y autodenigración. Reacciona intensamente frente a la separación y ambivalencia cognitiva y afectiva y emociones conflictivas. Los objetivos estratégicos desde esta concepción serían: a) por un lado equilibrar las polaridades, reduciendo los conflictos entre dolor-placer; actividad-pasividad y el Sí mismo-otros. b) reduciendo la emocionalidad, moderando las actitudes incoherentes y adaptando los comportamientos imprevisibles. Las tres modalidades tácticas empleadas son: Estabilizar el comportamiento interpersonal paradójico, reconstruir la autoimagen inestable y estabilizar los estados de ánimo.

*B) Eclecticismo por combinación.* Autores como Livesley (40) utilizan modelos de tratamiento integrativos que combinan intervenciones específicas para el tratamiento de los síntomas y las crisis de los pacientes (contención, medicación e intervenciones cognitivo-conductuales), promoviendo una mayor expresión y cambios de los rasgos

básicos de personalidad (incrementando la tolerancia y la aceptación de dichos rasgos, disminuyendo la expresión y la progresiva sustitución de respuestas desadaptativas por otras más realistas) y trabajando por una mayor integración en los problemas interpersonales y en el Self. Estas intervenciones específicas están encuadradas en unas estrategias terapéuticas generales que tienen en cuenta la etiología, los factores educacionales, culturales y socioeconómicos, los síntomas predominantes, el estado cognitivo, la motivación y deseo de cambio de los pacientes, por lo que no se puede pensar en un solo tipo de tratamiento, sino en un tratamiento combinado con los objetivos generales de 1) Construir y mantener una relación de colaboración; 2) Establecer y mantener un proceso consistente en el tratamiento; 3) Promover la validación del mismo y 4) Construir y mantener la motivación hacia el tratamiento y el cambio.

### DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo general de las psicoterapias en TBP es la disminución del riesgo de las conductas suicidas, los *actings* y la mejoría de los síntomas (sobre todo en pacientes menores de 30 años). Ahora bien, ¿Qué tipo de terapia es la más óptima para los distintos tipos de presentación de los pacientes borderline?. Podemos empezar a contestar obviamente adecuando las características de las terapias a las indicaciones generales de las mismas. De este modo, los pacientes con una depresión crónica, alta motivación para el tratamiento, capacidad de mentalización, cierto control sobre sus impulsos y presencia de un entorno contenedor, son los que más pueden beneficiarse de una terapia expresiva y/o de contención psicodinámica. Por el contrario, en pacientes con una escasa tolerancia a la frustración y un bajo umbral en el control de impulsos (abuso de sustancias, trastornos alimentarios, etc.) está más indicado una terapia de grupo, la terapia interpersonal y las terapias conductuales comportamentales dirigidos fundamentalmente hacia el control de los impulsos. El abordaje familiar es útil debido a la alta frecuencia de patología familiar en los pacientes.

La terapia de elección no es fácil. Podemos decir que una gran parte de los TBP pueden mejorar con cualquier tipo de terapia (analítica, de contención, grupal, cognitivo-conductual, etc.), siempre que se lleve a cabo por un terapeuta experto (y así lo confirman los estudios experimentales de eficacia de las distintas modalidades psicoterapéuticas) (100) (101). Para otro grupo importante de pacientes con TBP, variables socio-culturales, educacionales y motivacionales, pueden condicionar una elección terapéutica. Las terapias “de moda” pueden atraer a un determinado tipo de pacientes independiente de su indicación para el tratamiento. Hay pacientes con características señaladas en el párrafo anterior que se pueden beneficiar de una terapia expresiva, pero que prefieren una terapia breve, rápida, que calme sus síntomas ya sea a través de medicación, hipnosis, relajación o cualquier otra técnica. En muchas ocasiones, y debido a la gravedad de los síntomas, hay que pensar en un tratamiento mixto y/o combinado en el que participen tanto la farmacoterapia, como recursos sociales, hospitalizaciones de

media o larga estancia (102), (103), hospital de día e incluso en algunos casos hay que tratarlos como casos crónicos y utilizar los recursos de rehabilitación disponibles (centro psico-social, mini-residencia) del área a la que pertenece el paciente.

Otras cuestiones no resueltas de forma unitaria por los terapeutas tienen que ver con la dificultades en la puesta de límites de los pacientes en la terapia en los Equipos de Salud Mental. Casi ningún terapeuta se compromete a hacer un contrato terapéutico con el paciente donde se especifique qué hacer con la terapia una vez que el paciente inicia una escalada de actuaciones contra el encuadre terapéutico, contra sí mismo, o contra las personas que están alrededor suyo (amenazas de suicidio, ausencia a las citas o por el contrario una invasión constante del terapeuta, conductas autodestructivas, adicciones, automutilaciones, agresiones, etc.). ¿Hasta qué punto se puede trabajar psicoterapéuticamente de forma ambulatoria con un paciente cuya demanda terapéutica se focaliza en poner en riesgo su vida? ¿Puede trabajar un terapeuta inundado contratransferencialmente por la amenaza constante de suicidio de un paciente? ¿Se puede mantener la suficiente distancia emocional y la eñcisión necesaria para contener internamente el terapeuta estas conductas? ¿No sería más conveniente en estos casos establecer con el paciente un contrato terapéutico que disponga la imposibilidad de continuidad con el tratamiento psicoterapéutico ambulatorio y la conveniencia de ingresos hospitalarios donde se puede contener y proteger los actings de los pacientes? En este sentido todavía se echa de menos una respuesta terapéutica unitaria ante esta demanda, por otro lado tan estrechamente relacionada con el TBP, como es la falta de tolerancia a las frustraciones y el descontrol de impulsos.

Cuando los *actings* no van dirigidos a la puesta en escena de los impulsos agresivos y sí a necesidades vinculares y la tolerancia a asumir la soledad, algunos terapeutas como Gunderson (53), han establecido una serie de respuestas ante estas actuaciones que representan relaciones transicionales no resueltas por el paciente, incluso ha establecido una jerarquía de opciones transiccionales utilizadas por los pacientes como llamadas por teléfono, acudir a otros colegas como terapeutas sustitutos, o actuar e incrementar la vida relacional como forma compensatoria de la ausencia del terapeuta. Gunderson, expresa que este tipo de conductas han de ser señaladas e interpretadas (siempre y cuando se haya podido establecer una mínima alianza de trabajo previa con el paciente) como necesidades inconscientes del paciente de restaurar en la relación terapéutica las necesidades infantiles vinculares no resueltas, y con el objetivo de ayudar al paciente a asumir su dificultad para tolerar su sentimiento de soledad y vacío.

En cuanto a la duración del tratamiento hay una tendencia desde final de los años setenta a tratar psicoterapéuticamente a los pacientes en terapias de corta duración (36), "Psicoterapia activa" (36), (104), "Psicoterapia integrativa a corto plazo" (104), o bien en "tratamientos intermitentes a largo plazo" (105). En la actualidad, los pacientes que se pueden beneficiar de una terapia intensiva expresiva a largo plazo, son una

minoría. Posiblemente sujetos con TBP accesibles y tratables como cuadros neuróticos, los menos graves (27). En la última década la implementación tanto de las terapia comportamental-dialéctica, como la terapia cognitiva e interpersonal en los TBP han reducido el tiempo de duración de las terapias. Las intervenciones familiares y grupales también tienden a ser de corta duración y con objetivos limitados. Sólo la terapia de contención y/o de apoyo sigue planteando una duración por un periodo largo (5-10 años), a veces indefinido. A este respecto Gunderson (53) avalado por su experiencia clínica e investigadora, refiere que se pueden producir cambios durante el primer año de tratamiento, pero que al menos se necesitan cuatro años para que se produzcan cambios estructurales en los pacientes.

En resumen, se puede observar que todas las modalidades terapéuticas reseñadas hacen hincapié en los siguientes aspectos: 1) Cuidar la relación con el paciente. 2) Papel activo por parte del terapeuta. 3) Necesidad de poner unos límites claros en el encuadre como forma de evitar la interrupción prematura del tratamiento y el descontrol de impulsos. 4) Actitud flexible por parte del terapeuta, y 5) capacidad del terapeuta de crear una atmósfera de calidez, empatía y de manejar de sus propios sentimientos. En pacientes con problemas de abuso de sustancias, problemas de descontrol de impulsos con la comida, ludopatías, abuso de alcohol, etc. conviene tratar la dependencia (en los Centro de Atención a Drogodependientes, Programas de alcoholismo, Asociaciones de ex-jugadores patológicos, Asociaciones para el tratamiento de los trastorno de alimentación, etc.) antes de iniciar un tratamiento psicoterapéutico, o con el consentimiento del paciente de simultanear el tratamiento de la adicción y el inicio de la terapia.

## BIBLIOGRAFÍAS

1. Bleuler, E. *Textbook of psychiatry*. New York: Macmillan, 1924.
2. Federn, P. "Principles of psychotherapy in latent schizophrenia". *American Journal of Psychotherapy*, 1947, 1:129-139.
3. Hoch, P.; Pollatin, P. "Pseudoneurotic forms of schizophrenia". *Psychiatry. Q.*, 1949, 23:248-276.
4. Zilboorg, G. "Ambulatory schizophrenia". *Psychiatry*, 1941, 4: 149-155.
5. Rappaport, D.; Gill, MM.; Schafer, R. . *Diagnostic psychological testing (2 vols)*, Chicago: Year Book, 1945-46.
6. Stern, A. "Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses". *Psychoanalytic Q.*, 1938, 7:467-489.
7. Schmiedeberg, M. "The treatment of psychopaths and borderline patients". *Am J. Psychother*, 1947, 1:45-70.
8. Deutsch, H. "Some forms of emotional disturbance and their relations to schizophrenia". *Psychonal.*, 1942, 11:301-321.
9. Wolberg, A. "The borderline patient". *American Journal of Psychotherapy*, 1952, 6:694-701.
10. Knight, R.P. "Borderline states". *Bull. Menninger Clin.*, 1953, 17:1-12.
11. Frosch, J. (1960) "Psychotic character". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1960, 8: 544-555
12. Grinker, R.; Werble, B; Drye, R.C. *The Borderline syndrome*. New York: Basic books. 1968.
13. Masterson, J.M. "Diagnostic et traitement du syndrome 'Borderline' chez les adolescents". *Confrontaciones Psiquiátricas*, 1971, 7:125-155.
14. Kernberg, O.F. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson. 1975.
15. Gunderson, J.G.; Singer, M.T. 1975. "Defining borderline patients: An overview". *Am. J. Psychiatry*, Gunderson, J.G.; Singer, M.T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *Am. J. Psychiatry*, 132:1-10.
16. Bergeret, J. *Manual de Psicología Patológica*. Barcelona Toray-Masson. 1975.
17. Rinsley, D.B. "An object relations view of borderline personality". In P. Hartocollis (Ed.). *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient* (pp.:47-70). New York: International Universities Press. 1977.
18. Paz, C. *Estructuras y/o estados fronterizos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1977.
19. Spitzer, R.L.; Endicott, J. "Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders". *Schizophr. Bull.*, 1979. 5:95-104.
20. Millon, Th.. *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona : Masson, 1999.
21. Klein, D.F. *Psychiatric case studies: Treatment, drugs and outcome*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1972.
22. Akiskal, HS. "Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic, and bipolar II disorders in The Borderline realm". *Psychiatric Clin North Am*, 1981, 4:25-36.
23. DSM-IV. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Barcelona: Masson. 1994.
24. CIE-10. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 1994
25. Aronson, Th. "A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality. Historical trends and future directions". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1989, Vol 177(9):511-528.



26. Ingelmo, J.; Ramos M.I.; Muñoz, F. "Psicoterapia psicoanalítica de los trastornos narcisistas y límites". En *Manual de técnicas de psicoterapia* (Avila y Poch i Bullich comps.). Madrid: Siglo XXI de España Editores. 1994.
27. García-Bernardo, E. "Trastorno límite y neurosis". *III Congreso Nacional sobre Trastornos de Personalidad*. Madrid. 2000.
28. Mahler, M. *Psicosis infantiles y otros trabajos*. Buenos Aires, Paidós. 1984.
29. Kohut H. *Analysis of the Self*. New York, International University, 1971.
30. Modell, A.H. The "holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis". *J Am Psychoanal Assoc*, 1976, 24:285-307.
31. Winnicott D. *The maturational processes and the facilitating environment*. New York, International Universities Press, 1965.
32. Adler, G.; Buie, D.H. "The misures of confrontation with borderline patients". *Int J Psychoanal Psychother*, 1972, 1:109-120.
33. Gabbard, G.O.; Lazar, S.G.; Hornberger, J.; Spiegel, D.. "The economic impact of psychotherapy: a review". *Am J Psychiatry*, 1997, Feb, 154(2): 147-55.
34. Stevenson, J; Meares, R. "Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study". *Aus N Z J Psychiatry*, 1999, 33(4): 473-7.
35. Meares, R.; Stevenson, J.; Comerford, A. "Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts". *Aust N Z J Psychiatry*, 1999, Aug, 33(4): 467-72.
36. Friedman, HJ. " Psychotherapy of borderline patients: the influence of theory on technique". *Am J Psychiatry*, 1975, 132:1048-1052.
37. Frances, A.; Clarkin, J.; Pwerry, S. *Differential therapeutics in psychiatry: The art and science of treatmen selection*. New York: Brunner/Mazel, 1984.
38. Widiger, T.; Trull, T. (1991). Borderline and narcissistic personality disorders. En *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (2ª ed.), Sutker, P. y Adams, H (eds.). New York: Plenum.
39. Zanarini, M.; Gunderson, J.; Frankenburg, F. y cols. "The revised Diagnostic Interview for Borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders". *Journal of Personality Disorders*, 1989, 3:10-18.
40. Livesley, WJ.. "A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder". *The Psychiatric Clinics of North America*, 2000, 23(1), 211-232.
41. Zanarini, M.; Gunderson, J.; Frankenburg, F. y cols. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3:10-18.
42. Figueroa, EF; Silk, KR.; Huth, A.; Lohr, NE.. "History of childhood sexual abuse and general psychopathology". *Comp Psychiatry*, 1997, Jan-Feb, 38(1): 23-30.
43. Salzman, C. "Sexual abuse and borderline personality disorder". *Am J Psychiatry*, 1996, Jun, 153(6): 848-9.
44. Goldstein WN.. "The borderline patient: update on the diagnosis, theory, and treatment from a psychodynamic perspective". *Am J Psychoter*, 1995 Summer, 49(3): 317-37.
45. Gunderson, JG; Links, P. "Borderline personality disorder". En *Treatment of Psychiatric Disorders*, Vol. (2), Gabarg (edit.) Washintong, DC, American Psychiatric Press, 1995.
46. Kernberg, OF. "Agression, trauma, and hatred in the treatment of borderline patients". *Psychiatr Clin North Am*, 1994, Dec, 17(4): 701-14.
47. van der Kolk, BA.; Hostetler, A.; Herron, N.; Fislser, RE. "Trauma and the development of borderline personality disorder". *Psychiatr Clin North Am*, 1994, Dec, 17(4): 715-30.

48. Saunders, EA; Arnold, F. "A critique of conceptual and treatment approaches to borderline psychopathology in light of findings about childhood abuse". *Psychiatry*, 1993, May, 56(2): 188-203.
49. Diaz Curiel, J.; Pérez, P. "Indicadores psicopatológicos en estructuras fronterizas: estudio a través de Tests gráficos". *Congreso Sociedad Española de Rorschach y Métodos Projectivos*. Cartagena (Murcia). 1986.
50. Diaz Curiel, J. "Proceso psicoterapéutico de una paciente con bulimia en un Equipo de Salud Mental Comunitario. *Rev de Psicoterapia y Psicopatología*, 2001, 46:61-75.
51. Cruz Roche, R.. "Pacientes fronterizos. Cambios en los modos de enfermar". *Revista de Psicoanálisis*, 1995, nº 21:103-126.
52. Green, A. "El quiasma. Prospectiva, los casos-límites vistos desde la histeria, retrospectiva, la histeria vista desde los casos límite". *Congreso de la Federación Europea de Psicoanálisis*. Ginebra, Marzo de 1997. (Trad. Mariela Illán). 1997.
53. Gunderson, J.G.. "The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability". *Am. J. Psychiatry*, 1996, June, 153(6):752-758.
54. Segal, H. *Introducción a la obra de M. Klein*. Buenos Aires: Nueva Visión. 1964
55. Rosenfeld, H.. "Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients". *International Journal of Psychoanalysis*, 1978, 59:215-221.
56. Searless, H. F. *My work with Borderline Patients*. Northvale, NJ: Jacob Aronson. 1986.
57. Waldinger, RJ; Gunderson, JG "Completed psychotherapies with borderline patients". *Am J Psychother*, 1984, 38:190-201.
58. Rockland, L. *Supportive Therapy for Borderline Patients*. New York, Guilford Press. 1992.
59. Wallerstein, RS. *Forty-two Lives in Treatment: A study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York, Guilford Press, 1986.
60. Stone, MH. *Essential Papers on Borderline disorders*. New York, New York Universities Press, 1986.
61. Stone, MH "Clinical Guidelines for Psychotherapy for patients with borderline personality disorder". *The psychiatric Clinics of North America*, 2000, 23(1), pp.: 193-210.
62. Beck, A.T.; Freeman, A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford. 1990.
63. Perris, C. "Cognitive therapy in the treatment of patients with borderline personality disorders". *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 1994, 379: 69-72.
64. Cousineau y Young [65] (1997)
65. Davidson, KM.; Tyrer, P. 1996. "Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: single case study series". *Br J Clin Psychol*, 1995, Sep, 35 (Pt 3): 413-29.
66. Linehan, M.M. "Dialectical behavior therapy for borderline patients". *Menninger Clinic*, 1987, 51:261-276.
67. Hawkins, KA.; Sinha, R. "Can line clinicians master the conceptual complexities of dialectical behavior therapy? An evaluation of a State Department of Mental Health training program". *J Psychiatr Res*, 1998, Nov-Dec, 32(6): 379-84.
68. Hampton, MC. "Dialectical behavior therapy in the treatment of persons with borderline personality disorder". *Arch Psychiatr Nurs*, 1997. Apr., 11(2):96-101.
69. Linehan, MM; Schmidt, H.; Dimeff, LA.; Craft, JC.; Kanter, J.; Comtois, KA. "Dialectical Behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence". *AM J Addict*, 1999, Fall, 8(4):279-92.
70. Koerner, K; Linehan, MM "Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder". *Psychiat Clin North Am*, 2000, Mar, 23(1): 151-167.

## ORIGINALES Y REVISIONES

71. Simpson, EB.; Pistorello, J.; Begin, A.; Costello, E.; Levinson, J.; Mulberry, S.; Pearlstein, T.; Rosen, K.; Stevens, M. *Psychiatr Serv*, 1998, May, 49(5): 669-73.
72. Benjamin, L. S. *Interpersonal and treatment of personality disorders*. New York: Guilford. 1993.
73. Horwitz, L. "Indication for group psychotherapy with borderline and narcissistic patients". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1987, 51:248-260.
74. Stone, WN. "Frustration, anger, and the significance of alter-ego transferences in group psychotherapy". *Int J Group Psychother*, 1995, Jul, 45(3): 287-302.
75. Stone, W.N.; Gustafson, J.P. "Technique in group psychotherapy of narcissistic and borderline patients". *International Journal of Group Psychotherapy*, 1982, 32:29-47.
76. Horwitz, L. "Group psychotherapy of the borderline patient". In *Borderline Personality Disorders* (Ed. P. Hartocolis). New York: International Universities Press. 1977.
77. Clarkin, J.F.; Marziali, E.; Munroe-Blum. "Group and Family Treatments for borderline personality disorder". *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, 42(10):1038-1043.
78. Kibel, H. "The importance of a comprehensive clinical diagnosis for group psychotherapy of borderline and narcissistic patients". *International Journal of Group Psychotherapy*, 1980, 30:427-440.
79. Wong, N. "Combined group and individual treatment of borderline and narcissistic patients: Heterogeneous versus homogeneous groups" *Int J Group Psychother*, 1980, 30:389-404.
80. Slavinska-Holy, N.M. "Combining individual and homogeneous psychotherapies for borderline conditions". *International Journal of Group Psychotherapy*, 1983, 33:297-312.
81. Battergay, R.; Klau, C. "Analytically oriented group psychotherapy with borderline patients as long-term crisis management". *Crisis*, 1986, 7:95-110.
82. Kirman, JH. "Working with anger in groups: a modern analytic approach". *Int J Group Psychother*, 1995, Jul, 45(3): 303-29.
83. Eckert, J.; Biermann-Ratjen, EM; Wuchner, M.. "Long-term changes in borderline symptoms of patients after client-centered group psychotherapy". *Psychoter Psychosom Med Psychol*, 2000, Mar-Apr, 50(3-4): 140-6.
84. Marciali, E.; Munroe-Blum, H.; McCleary, L. "The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy". *Int J Group Psychother*, 1997, Oct, 47(4): 475-97.
85. Loranger, A.W.; Oldham, J.M., Tulis, E.H. 1982. "Family history of alcoholism in borderline personality disorder". *Archives of General Psychiatry*, 2000, 42:153-157.
86. Soloff, P.H.; Millward, J.W. "Psychiatric disorders in the families of borderline patients". *Archives of General Psychiatry*, 1983, 40:37-44.
87. Zanarini, MC; Gunderson JG. "Childhood experiences of borderline patients" *Compr Psychiatry*, 1998, 30:18-25.
88. Espiro, N.. "La patología de los estados límites y el contexto familiar y social." *Jornadas sobre el narcisismo y su patología, Centro de estudios y aplicación del Psicoanálisis*, 1997 9-25.
89. Schultz, P.M.; Shultz, S.C.; Hamer, R., et al. "The impact of borderline and schizotypal personality disorders on patients and their families". *Hospital and Community Psychiatry*, 1985, 6:879-881.
90. Feldman, RB.; Guttman, HA.. "Families of borderline patients: literal-minded parents, borderline parents, and parental protectiveness." *American Journal of Psychiatry*, 1984, 141:1392-1396.

91. Perlmutter, R.A. "The borderline patient in the emergency department: an approach to evaluation and management". *Psychiatric Quarterly*, 1982, 54:190-197.
92. Mandelbaum, A. "The family treatment of the borderline patient" En P. Haticollis *Borderline personality disorders*. New York: International Universities Press, 1977.
93. Miller, D. "Diagnostic assesment and therapeutic approaches to borderline disorders in adolescents". *Adolesc Psychiatry*, 1995, 20: 237-52.
94. Beresin, EV "Developmental formulation and psychoterapy of borderline adolescents". *Am J Psychoter*, 1995, Winter, 48(1):5-29.
95. Gunderson, JG.; Berkowitz, C.; Ruiz-Sancho, A. "Families of borderline patients: a psychoeducational approach". *Bull Menninger Clin*, 1997. Fall, 61(4): 446-57.
96. Masterson, J.M. "Diagnostic et traitement du syndrome 'Borderline' chez les adolescents". *Confrontaciones Psiquiátricas*, 1971, 7:125-155.
97. Caparrós, A. *Los paradigmas de la psicología. Sus alternativas y sus crisis*. (2ª ed.). Barcelona, Horsori. 1985.
98. Tizón, J.L.. "Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia". *Rev Asoc. Esp. Neuropsiq*. 1992, Vol XII, nº 43: 283-294.
99. Avila-Espada, A.; Herrero, J. "La personalidad y sus trastornos: Aproximación a la obra de Theodore Millon". *Clínica y Salud*, 1995, vol. 6, nº 2:131-159.
100. Ryle, A. *Cognitive analytic theory and borderline personality disorder*. 1997. Chichester: Wiley.
101. Horowitz, M.J. *Introduction to Psychodynamics: A new synthesis*. 1988. New York: Basic Books.
102. Bateman, A.; Fonagy, P. "Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalitation: An 18-month follow-up". *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158(1):36-46.
103. Béjar, A.; García-Bernardo, E. "Trastorno de personalidad borderline: observación clínica en una unidad de hospitalización breve". *Psiquiatría Pública*, 1992, Vol 4(3):146-152.
104. Leibovich, MA. "Why short-term psychoterapy with borderline patients?". *Psychoter Psychosom*, 1983, 39:1-9.
105. Silver, D. "Psychodynamics and psychotherapeutic management of the self-destructive character-disordered patient". *Psychiatr Clin North Am*, 1985, 8:357-377.

(\*) Doctor en Psicología. Equipo de Salud Mental de Vallecas (Area I del Insalud).  
Centro de Salud Rafael Alberti. C/ San Claudio 154. 28038 Madrid.

Dirección particular: C/ Hermosilla, 84, 3º E. 28001 Madrid.

E-mail: jdiazcum@correo.cop.es

Fecha de recepción: 27-11-00