

## 2. Tratamiento psicológico del trastorno límite de la personalidad

### PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Laura Luque Patino

Graduada en Psicología por la Universidad de Sevilla.

#### RESUMEN

El objetivo del presente artículo consiste en exponer las características principales del Trastorno Límite de la Personalidad, cómo manejar a estos pacientes en el Servicio de Urgencias y explicar en qué consisten diversos tipos de terapia que se han demostrado eficaces para dicho trastorno. Además, también se abordará el tema de la alianza terapéutica, ya que los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad son muy difíciles de tratar debido a la gran dificultad a la que se enfrentan a la hora de crear una adecuada relación terapeuta-paciente. Para conseguir la información suficiente para poder desarrollar el trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, eligiendo publicaciones realizadas en los últimos cinco años. Las terapias de las que más información se encontró y más estudios de eficacia se llevaron a cabo son las que se exponen en el trabajo, estas son: Terapia Dialéctico Conductual, Terapia Basada en la Mentalización, Terapia Focalizada en la Transferencia, Terapia Familiar, Terapia Basada en Esquemas, Terapia Cognitivo-Analítica, Terapia Cognitivo-Analítica Extensa, Terapia Cognitivo Conductual e Intervención Temprana. Sin embargo, como conclusión es importante destacar que la mayoría de los estudios se basan en demostrar la eficacia de una terapia concreta y no en comparar los distintos tipos de terapia entre sí, por lo tanto, no se tienen evidencias sobre qué terapia es más eficaz y cuál menos.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de la Personalidad, tratamiento, terapia, alianza terapéutica.

#### ABSTRACT

*The objective of this article is to present the main characteristics of Borderline Personality Disorder, how to manage these patients in the Emergency Department and explain what different types of therapy that have been shown to be effective for this disorder. In addition, the subject of the therapeutic alliance will also be addressed. Patients with Borderline Personality Disorder are very difficult to treat due to the great difficulty they face in creating an adequate therapist-patient relationship.*

*In order to obtain sufficient information to be able to carry out the work, a bibliographic search was carried out in different databases, choosing publications made in the last five years. The therapies for which more information was found and more efficacy studies were carried out are those that are exposed in the work, these are: Dialectical Behavioral Therapy, Mentalization-Based Therapy, Transference-Focused Therapy, Family Therapy, Schema-Based Therapy, Cognitive-Analytic Therapy, Extensive Cognitive-Analytic Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy and Early Intervention. However, most studies are based on demonstrating the effectiveness of a specific therapy and not on comparing the different types of therapy with each other. Therefore, there is no evidence on which therapy is more effective and which is less.*

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, treatment, therapy, therapeutic alliance.

#### INTRODUCCIÓN

La personalidad se define como el conjunto de características físicas, genéticas y sociales estables que diferencian a un individuo de los demás (1). Se puede dividir en dos componentes: Temperamento y carácter.

El temperamento representa los aspectos psicofisiológicos heredados al individuo, es decir, es la expresión de un proceso neurológico que determina algunas características del comportamiento, cognición y emociones del individuo (2).

Por su parte, el carácter puede definirse como toda característica de la personalidad influida por el medio. Entre estas características se pueden destacar: El lenguaje, las normas sociales y los comportamientos distintivos del sujeto (2).

El DSM – V, define los rasgos de personalidad como la tendencia a sentir, percibir y comportarse de forma estable a lo largo del tiempo (3).

Llegados a este punto, cabe preguntarse, ¿qué son los trastornos de personalidad? Se puede hablar de un patrón patológico o desadaptativo cuando una persona responde a las responsabilidades diarias de forma inflexible o cuando sus percepciones y conductas dan como consecuencia un malestar personal o una reducción de las oportunidades para aprender y crecer, esto sería considerado como un trastorno de la personalidad (3).

Por lo tanto, se puede afirmar que las características básicas de un trastorno de personalidad son las siguientes (1):

- Es de naturaleza inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones tanto sociales como personales.
- Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Tienen larga duración e inicio en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta.

- No son atribuibles a los efectos fisiológicos de alguna sustancia u otra afección médica.

Los trastornos de personalidad presentan una alta prevalencia, por lo que se trata de un importante problema de salud pública comunitaria (4). Además, hay estudios que muestran que estos trastornos tienen un impacto negativo en la salud física incluyendo: Asma, reumatismo, artritis, migrañas, problemas muscoesqueléticos, enfermedades cardiovasculares, trastornos del sueño y trastornos de la conducta alimentaria (4).

Por otra parte, también cabe destacar que en pacientes con trastornos de personalidad se dan niveles más altos de autolesiones no suicidas, intentos de suicidios y suicidios consumados. Asimismo, estos pacientes ven perjudicada su capacidad para desempeñar roles y realizar actividades en su vida diaria en todos los dominios funcionales (4).

Para finalizar, es importante indicar que parecen ser las características compartidas por todos los trastornos de personalidad las que mejor predicen el deterioro funcional en la patología de la personalidad (4). Por ello, se deben indicar los criterios para el diagnóstico de trastorno general de la personalidad según el DSM-V que son los siguientes (1):

- Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:
  - Cognición, es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos.
  - Afectividad, es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional.
  - Funcionamiento interpersonal
  - Control de los impulsos.
- El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
- El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.
- El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal).

### **Clasificación de los trastornos de Personalidad**

El DSM-V clasifica a los trastornos de la personalidad en 4 grupos (1):

- Grupo A: Las características que representan a este grupo son: Rareza y excentricidad. Los trastornos pertenecientes a este grupo son:
  - Trastorno paranoide de la personalidad
  - Trastorno esquizoide de personalidad
  - Trastorno esquizotípico de personalidad
- Grupo B: Las características que definen a este grupo son: Dramatismo, emotividad e inestabilidad. Los trastornos pertenecientes a este grupo son:
  - Trastorno antisocial de personalidad
  - Trastorno límite de la personalidad
  - Trastorno histriónico de personalidad
  - Trastorno narcisista de personalidad.
- Grupo C: Las características definitorias de este grupo son: Temor, ansiedad y retraimiento. Los trastornos pertenecientes son:
  - Trastorno evitativo de personalidad.
  - Trastorno dependiente de personalidad
  - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
- No especificado: Se caracterizan por no cumplir los criterios de los trastornos anteriores pero el individuo sí presenta un malestar clínicamente significativo o un deterioro en una o más áreas de actividad. Cabe destacar que también se recomienda esta categoría cuando se está ante un individuo que presenta un trastorno específico de la personalidad que no está incluido en los grupos anteriores. Es el caso de:
  - Trastorno depresivo de la personalidad
  - Trastorno pasivo agresivo de la personalidad

### **Diagnóstico de los trastornos de personalidad**

El Modelo de Cinco Factores, es uno de los principales modelos utilizados en el estudio de la personalidad. Define la personalidad diferenciando entre dominios (rasgos generales) y facetas (rasgos específicos). Se establecen cinco grandes dimensiones de la personalidad (neuroticismo, extraversión, amabilidad, responsabilidad y apertura a la experiencia) formadas a su vez por diversas facetas definidas de forma dimensional. Es decir, que cada una de las facetas se trata de un continuo que oscila desde valores considerados dentro de la normalidad hasta la patología (3). Cada una de las dimensiones y las facetas que la componen se exponen en el Anexo 1.

El DSM-V en su sección III propone un modelo diagnóstico dimensional de los trastornos de personalidad, el Modelo Alternativo de Trastornos de Personalidad (MATP). Según este modelo, la evaluación de los trastornos de personalidad se centra en identificar elevaciones en los rasgos de personalidad, es decir, la observación de una elevación en determinadas facetas, indica la presencia de un trastorno

de personalidad (3). El MATP se compone de 25 facetas o rasgos de personalidad que se enumeran y definen en el Anexo 2.

### **Trastorno Límite de la Personalidad**

En los últimos años, uno de los trastornos de la personalidad más estudiados ha sido el *Trastorno Límite de la Personalidad* (TLP). Las personas que presentan este trastorno se caracterizan por inestabilidad de las emociones, es decir, estado de ánimo impredecible y caprichoso, exhibiendo frecuentemente arrebatos de ira y violencia que terminan en crisis emocionales intensas y autodestructivas. Se caracterizan también por tener baja tolerancia a la frustración, imagen corporal distorsionada, percepción dicotómica de sí mismos y los demás, y sentimientos crónicos de vacío. Además, este trastorno se acompaña también de una lucha desesperada contra vivencias crónicas de soledad y abandono. (1,5).

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) define el TLP como un trastorno de la personalidad en el que predomina la inestabilidad emocional y lo subdivide en dos (5):

- Impulsivo: Se caracteriza por la inestabilidad emocional.
- Borderline: Se producen alteraciones en la autoimagen, objetivos y preferencias internas, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables y tendencia a conductas autolesivas.

Es importante señalar, que las consecuencias de tener TLP se manifiestan tanto en el sujeto que lo padece como en sus relaciones más cercanas.

Según el MATP, para poder diagnosticar el TLP se requiere elevación en cuatro o más de los siguientes rasgos (3):

- Labilidad emocional
- Ansiedad
- Inseguridad de separación
- Depresión
- Impulsividad\*
- Asunción de riesgos\*
- Hostilidad\*

Cabe destacar que, para que se diagnostique el TLP al menos uno de los rasgos elevados debe ser de los señalados con un asterisco (\*) en el listado anterior.

Los criterios diagnósticos según DSM-V para el trastorno límite de la personalidad son (5,6):

- A. Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. Nota: No incluir el comportamiento sui-

cida ni de automutilación que figuran en el criterio 5.

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p.ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5.
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p.ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias con el estrés o síntomas disociativos graves.

### **OBJETIVOS**

El objetivo de este trabajo se basa en realizar un abordaje completo del tratamiento psicológico de los pacientes con TLP, para ello, se abordarán los siguientes objetivos específicos:

- Tratar a un paciente con TLP en el Servicio de Urgencias.
- Mostrar la gran importancia de la alianza terapéutica en el tratamiento de los pacientes con TLP.
- Dar una visión global de los tratamientos psicológicos más eficaces empleados en pacientes con TLP.

### **METODOLOGÍA**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos científicas como Google Académico, Psycinfo y Dialnet.

Los descriptores de búsqueda para la identificación e inclusión de bibliografía fueron: "*Trastornos de personalidad*", "*Trastorno límite de la personalidad*", "*Tratamiento de trastorno límite de la personalidad*", "*Abordaje terapéutico del trastorno límite de la personalidad*", "*Personality Disorder*", "*Borderline Personality Disorder*", "*Terapia Cognitivo-Analítica*", "*Terapia Focalizada en la Transferencia*", "*Terapia Cognitivo-Conductual*" y "*Terapia Basada en Esquemas*".

El criterio de selección de fuentes se basó exclusivamente en la temporalidad, eligiendo únicamente fuentes publicadas o revisadas en los últimos cinco años.

## DESARROLLO

### Epidemiología

El TLP es el trastorno de personalidad más diagnosticado. Se encuentra una prevalencia en la población general del 2-3% y en muestras clínicas del 10-40% (1). Se trata de un trastorno que es más común en mujeres y, además, presenta una alta comorbilidad con los demás trastornos afectivos, de ansiedad y abuso de sustancias (7).

Por otra parte, cabe destacar que presenta una elevada tasa de suicidio, representando un 8-10% del total de suicidios consumados (7). Hay estudios epidemiológicos que señalan que el 60-70% de estos pacientes llevan a cabo intentos de suicidio, y como media realizarán 3,3 intentos durante su vida (8).

### Etiología

El TLP no tiene una causa conocida, sin embargo, se están llevando a cabo investigaciones de teorías biosociales y neuroquímicas. A continuación, se exponen ambas.

Desde una perspectiva biosocial, se considera que dos particularidades principales son la causa de la desregulación emocional (5):

- Predisposición genética
- Ambiente invalidante, es decir, ambiente que responde erradamente a las demandas o eventos internos del paciente, o situaciones de crisis durante la infancia equivocadamente manejadas.

Adicionalmente, se pueden destacar otros factores que influyen en la desregulación emocional como son los altos índices de antecedentes de abuso sexual en la infancia o la respuesta inadecuada a situaciones emocionales que pueden ser inadaptadas o excesivas (5).

La consecuencia de todo lo mencionado anteriormente es la afectación de la persona en su capacidad de adaptación y el desarrollo de los síntomas del TLP (5).

Cabe destacar que la predisposición genética no es una característica suficiente para que se desarrolle el TLP, ya que existen factores protectores que pueden evitarlo. Por lo tanto, los factores ambientales en los que se desarrolla el sujeto se consideran más importantes, ya que son los que van a determinar tanto si se desarrolla el trastorno o no, como la gravedad de este. Sin embargo, se debe señalar que la presencia de estos factores ambientales tampoco asegura el desarrollo del TLP ya que, al igual que se mencionó anteriormente, pueden existir factores protectores que lo eviten (5).

Por otra parte, desde una perspectiva neuroquímica hay estudios que señalan la importancia del receptor mu. Estos estudios informan que los pacientes con TLP que se autolesionan presentan una disminución de los opioides endógenos, principalmente betaendorfinas y metencefalinas. Además, también se encontró una asociación entre un polimorfismo del gen opioide mu y el TLP. Los resultados de estas investigaciones permitieron a los investigadores proponer el modelo de déficit de opioides, en el que los

pacientes con TLP al autolesionarse liberan más opioides endógenos que estimulan el centro de recompensa (9).

Las implicaciones clínicas discutidas en estos estudios son significativas. Las recompensas mediadas por el receptor opioide mu que experimentan los sujetos normales durante el apego infantil no se dan en los pacientes con TLP ya que pueden estar programadas de manera distinta debido a la alta heredabilidad del trastorno. Si los pacientes con TLP no tienen suficientes opioides endógenos, es comprensible que experimenten un deseo continuo de relaciones y la reacción intensificada a su pérdida. Además, como se mencionó anteriormente, mediante las autolesiones consiguen aumentar la liberación de opioides endógenos en el Núcleo Accumbens (9).

La investigación sobre los receptores mu y el déficit de opioides endógenos podría ayudar a conocer la causa del TLP y afectar enormemente al tratamiento, ya que la frustración de los terapeutas a la hora de realizarlo podría disminuir si se encontrara una causa neuroquímica que explique el comportamiento de estos pacientes. Además, la farmacoterapia también podría investigarse (9).

### Manejo de pacientes con TLP en el Servicio de Urgencias

Como se mencionó en la epidemiología, el TLP es el trastorno de personalidad con mayor prevalencia, además, un gran número de estos pacientes realizan intentos suicidas, por lo que son bastante frecuentes en los Servicios de Urgencias.

El tratamiento de un paciente con TLP ya es de por sí un reto para el clínico. Esto se debe a que los esfuerzos que se realizan para tratarlos a menudo se ven frustrados por el propio paciente mediante el incumplimiento terapéutico y las conductas suicidas recurrentes (8).

Se debe señalar que la atención en urgencias a estos pacientes representa una especial dificultad. En el Servicio de Urgencias, hay que llevar a cabo una correcta intervención en crisis, definida como: *“La respuesta inmediata de uno o más individuos a la angustia aguda experimentada por otra persona, diseñada para garantizar la seguridad y la recuperación y que no dura más de un mes”* (8).

El tratamiento farmacológico es común cuando un paciente tiene una crisis, sin embargo, para el TLP no hay evidencia de la eficacia del uso de ningún medicamento o combinaciones de estos. Por ello, debe usarse solo un medicamento y la dosis mínima efectiva (8).

Las benzodiacepinas de vida media larga son útiles durante las crisis, pero los pacientes con TLP tienen mayor riesgo de abuso de sustancias y, además, en algunas ocasiones su uso se ha asociado a un efecto paradójico de desinhibición conductual. En estos pacientes también se usan antipsicóticos preferiblemente atípicos, en formato oral o inyectable. En cambio, cabe destacar que se prefiere el uso de anticomiciales del tipo gabapentina o pregabalina que disminuirían la ansiedad y actuarían sobre la disforia (8).

Una vez resuelta la crisis, se realizará una revisión del tratamiento farmacológico, llevando a cabo una valoración

de los beneficios, los efectos secundarios y el papel que ocupará en el tratamiento global (8).

Por otra parte, a la hora de llevar a cabo la intervención en crisis, el primer objetivo de los clínicos del servicio de urgencias al tratar a pacientes con TLP debe centrarse en ayudarles a recuperar un nivel más estable de funcionamiento mental, disminuir los síntomas y prevenir el suicidio y las autolesiones (8).

Se debe garantizar la seguridad del propio paciente y de los demás, reduciendo sus emociones, impulsos y comportamiento hasta un nivel considerado aceptable, procurando mantener la autonomía de la persona en los casos en los que sea posible. Posteriormente, se planificará el tratamiento que el paciente necesita, evaluando la gravedad de los síntomas y teniendo en cuenta la opinión del paciente y el apoyo de su entorno (8).

Es importante destacar la gran importancia de la actitud del clínico a la hora de tratar a estos pacientes, ya que una actitud empática permitirá un mejor manejo de las crisis y mayor facilidad para decidir el tratamiento posterior. En cambio, una actitud negativa puede ser perjudicial tanto en el manejo de la crisis como a la hora de decidir el tratamiento al dar el alta (8). A continuación, se presentan una serie de recomendaciones para tener en cuenta en la actitud del clínico (8):

- Mantener la calma, mostrar apoyo al paciente y no juzgarlo
- No mostrarse en ningún momento enfadado o escandalizado
- Centrarse en el aquí y ahora, evitar temas que requieran discusiones más profundas como experiencias pasadas o eventos traumáticos. Este tipo de temas los abordará su terapeuta habitual.
- Validar las emociones del paciente
- Expresar empatía y preocupación genuinas
- Intentar entender la crisis desde el punto de vista del paciente, sin minimizar su causa
- Centrar la intervención en buscar soluciones junto al paciente, después de clarificar el problema y nunca ofrecer soluciones basadas en los conocimientos teóricos del clínico sobre la situación del paciente
- Valorar el riesgo suicida
- Valorar el estado mental actual del paciente
- Realizar la intervención en crisis no siempre requiere tratamiento farmacológico
- Si el paciente lo desea, es importante contar con su entorno familiar para el plan de tratamiento
- Al finalizar la intervención se debe hacer una indicación de derivación clara.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que, en estos casos, es imprescindible la coordinación Inter niveles. El psicólogo

o psiquiatra que valoró al paciente con TLP en el Servicio de Urgencias debe tener acceso al plan general asistencial del paciente (8).

Ya que los pacientes con TLP suelen presentar una alta prevalencia de intentos suicidas, es importante realizar una valoración de la conducta suicida de estos pacientes cuando son atendidos en el Servicio de Urgencias. Esta valoración puede resultar difícil por diversos motivos (8):

- El riesgo suicida puede ser agudo, crónico o ambos y el modo de actuar ante cada uno de estos tipos es diferente, por ello hay que diferenciarlos muy bien.
- Se debe distinguir también entre conducta suicida y conducta autolesiva no suicida.
- Tener en cuenta la influencia de la impulsividad. A la hora de realizar la evaluación hay que diferenciar la impulsividad como un estado actual o un rasgo de personalidad.
- La ausencia de una correcta alianza terapéutica puede limitar la colaboración del paciente en la prevención del suicidio.
- Tener en cuenta que hay ocasiones en las que incluso con un buen tratamiento algunos pacientes se suicidan.

A continuación, se presenta una secuencia a seguir en la valoración del riesgo suicida. En primer lugar, se deben identificar factores protectores y de riesgo de la conducta suicida. Existen factores de riesgo estáticos y dinámicos (8), ambos se exponen en el Cuadro 2.

**Cuadro 2.** Factores de riesgo estáticos y dinámicos en la conducta suicida (8). Fuente: Elaboración propia.

Estáticos	Dinámicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor edad</li> <li>• Sexo masculino</li> <li>• Autolesiones recientes</li> <li>• Antecedentes de autolesiones o intentos de suicidio</li> <li>• Antecedentes familiares de autolesiones o intentos de suicidio</li> <li>• Suicidio en el grupo de pares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas actuales en relación con otras personas</li> <li>• Diferencias económicas</li> </ul>

Posteriormente, se preguntará por ideas, planes e intentos suicidas. De esta forma se puede realizar una valoración de la ideación o planificación suicida y conocer el acceso que tiene el paciente a los medios para llevarlo a cabo (8).

En tercer lugar, es de gran importancia evaluar el estado mental. Para poder descartar posibles comorbilidades e identificar factores como la depresión y la desesperanza que están relacionados con un mayor riesgo de suicidio. Es importante señalar que un paciente que se encuentre en un estado disociativo o no comunicativo requiere más atención (8).

Después, se debe distinguir entre riesgo agudo y crónico. En sujetos con TLP y riesgo suicida crónico las medidas

preventivas como el ingreso hospitalario y la observación excesiva pueden no ser beneficiosos y ser incluso contraproducentes ya que podrían llevar a un aumento del riesgo suicida. En estos casos, lo que se debe hacer es ayudar a controlar la impulsividad, a regular las emociones y mejorar la calidad de vida. En los casos de riesgo agudo si puede ser más conveniente un ingreso hospitalario breve para contener la crisis (8).

Se pueden destacar una serie de factores que son indicadores de un aumento del riesgo suicida en pacientes con TLP (8):

- Cambios en el tipo de lesión o patrón habitual
- Cambio significativo en el estado mental
- Empeoramiento en el abuso de sustancias
- Presentarse en el Servicio de Urgencias con un estado altamente regresivo y poco comunicativo
- Haber recibido en las últimas semanas el alta después de un ingreso hospitalario en la unidad de psiquiatría
- Alta reciente del tratamiento psiquiátrico por no cumplir el contrato terapéutico
- Acontecimientos vitales adversos recientes

Otros factores que también se asocian con un mayor riesgo de suicidio en pacientes con TLP son los siguientes (8):

- Enfermedad psiquiátrica comórbida
- Rasgos de personalidad antisociales, impulsivos o un trastorno de personalidad antisocial comórbido
- Número y letalidad de los intentos suicidas anteriores
- Historia de abuso sexual en la infancia
- Experiencias de pérdida en la infancia

El paso final en la secuencia a seguir en la valoración del riesgo suicida es la toma de decisiones. Siempre se debe decidir la fórmula de hospitalización que se considere más beneficiosa para el paciente, considerando la evolución clínica, el riesgo detectable y el plan terapéutico integral. Además, el objetivo principal que se persigue con el ingreso es realizar una intervención en crisis estructurada. Los casos en los que se recomienda realizar un ingreso hospitalario son (8):

- Tras un intento de suicidio grave
- Cuando se detecta un importante riesgo de suicidio
- Pacientes con poco apoyo y escasos recursos personales
- Pacientes que han realizado uno o más intentos de suicidio recientemente
- Pacientes que abusen de sustancias
- Cuando el paciente presenta comorbilidad con trastornos afectivos
- Pacientes con sintomatología psicótica

- Cuando se presenta una disminución del control de los impulsos
- Cuando existe un riesgo inminente para otras personas (sobre todo cuando el paciente tiene menores a su cargo)
- En casos de fracaso del tratamiento ambulatorio y de la hospitalización parcial

En los casos en los que el paciente presenta riesgo agudo de suicidio se debe contactar con su entorno familiar, personas cercanas de apoyo, su terapeuta principal y su cuidador para analizar la intervención durante la crisis y el plan de tratamiento. Si se considera necesario llevar a cabo una hospitalización breve para contener la crisis, el clínico debe especificar la duración del ingreso e incluso negociarla con el paciente (en los casos en los que es posible) (8). Algunas recomendaciones para el manejo de una persona con TLP con riesgo de suicidio agudo son (8):

- No dejar al paciente solo y, en caso de que sea necesario, usar medidas de contención física.
- Prevenir o reducir el acceso a métodos de suicidio
- No culpabilizar a la persona
- En caso de que sea necesario, si se tienen dudas, consultar con los compañeros del equipo de salud mental
- Contactar con todas las personas que están involucradas en el cuidado del paciente (familiares, amigos, cuidador, terapeuta principal, etc.)
- Averiguar qué o quiénes le ayudaron en el pasado cuando se enfrentó a una situación similar.
- Explicar con claridad al paciente los actos médicos
- Mostrarse en desacuerdo con mantener el plan suicida en secreto
- Elaborar un plan de manejo de la crisis
- En caso de que sea necesario, considerar el ingreso hospitalario en un centro psiquiátrico.

Cuando se trata de riesgo crónico de suicidio, como se mencionó anteriormente, el ingreso hospitalario puede ser contraproducente. En estos casos, la hospitalización de día puede ser una buena opción. La recomendación es tratar a estos pacientes en el medio ambulatorio y que siempre sea atendido por el mismo clínico. Se le debe alentar a que comunique sus necesidades y no hay que olvidar que las conductas que presentan los pacientes con el riesgo crónico de suicidio conllevan la posibilidad de muerte accidental (8).

Si finalmente se decide realizar un ingreso hospitalario de un paciente con TLP con riesgo crónico de suicidio, la recomendación es que el ingreso sea inferior a dos semanas, con el objetivo de lograr la estabilización clínica y la posterior adherencia al tratamiento ambulatorio (8).

El ingreso debe realizarse idealmente de forma voluntaria, ya que se considera que los pacientes que son partícipes

activos tendrán un mayor compromiso y cumplimiento del tratamiento, sin embargo, se debe señalar que esto no garantiza la respuesta del paciente a la intervención o tratamiento (8).

### **Alianza terapéutica**

La alianza terapéutica puede definirse como la colaboración entre el cliente y el terapeuta, Bordin identificó tres componentes que la configuran (10):

- Acuerdo en las tareas, entendidas como acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, por lo tanto, percibir las como relevantes para la mejoría es una parte importante a la hora de establecer la alianza.
- Vínculo positivo entre terapeuta y paciente que se consigue compartiendo mutuamente confianza y aceptación
- Acuerdo entre terapeuta y paciente en cuanto a cuáles son los objetivos que se pretenden alcanzar con la psicoterapia.

La consolidación de la alianza terapéutica está relacionada con el éxito del tratamiento, por ello, se la puede considerar como predictiva del resultado de una terapia (11). Sin embargo, como consecuencia de la excesiva demanda de atención y afecto por parte de los pacientes, los intentos o amenazas de suicidio y las crisis relacionales con el terapeuta, establecer y mantener a lo largo del tratamiento una adecuada alianza terapéutica con un paciente con TLP no es algo sencillo. Al interactuar con estos pacientes, el profesional puede sentir como cualquier diferencia entre los deseos del paciente y su capacidad para satisfacerlos puede acabar con la alianza terapéutica (5, 12).

Por todo ello, es recomendable hacer una evaluación del temperamento del paciente, para poder conocer las posibles dificultades que se pueden presentar al establecer la alianza terapéutica. Además, también juega un papel muy importante la actitud del terapeuta, que debe ser empático y mostrar comprensión y apoyo sin reprochar al paciente sus ataques de ira o recaídas (5).

Para finalizar, cabe destacar que hay diversos estudios que sugieren que la alianza entre profesional y paciente en una sesión de terapia determinada predice cambios en la siguiente (13). Todo esto muestra la gran importancia de establecer y mantener una buena alianza terapéutica entre psicólogo o psiquiatra y paciente.

### **Tratamiento**

En la actualidad, existen tratamientos que producen mejoras reales en la calidad de vida de los pacientes con TLP. Sin embargo, como consecuencia de la excesiva demanda de atención y afecto por parte de estos pacientes, los intentos o amenazas de suicidio y las crisis relacionales con el terapeuta, el abordaje terapéutico de los pacientes con TLP es de alta complejidad. Por ello, es frecuente el trabajo con equipos de supervisión, ya que el terapeuta requiere de apoyo, guía y retroalimentación continuas (5,13).

Las personas con TLP prestan demasiada atención a sus emociones, pero tienen grandes dificultades para identificarlas y, por consiguiente, para manejarlas. Por ello, comprender y manejar las emociones son cuestiones claves para abordar en el tratamiento de estos pacientes (14). Además, se considera que el objetivo de todo tratamiento debe ser restaurar el fracaso adaptativo que presentan las personas con TLP (4).

Existen muchos estudios contradictorios sobre qué enfoques o estrategias son eficaces para el TLP. Muchos autores afirman que para estos pacientes es necesario un tratamiento integral, es decir, que combine tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. La psicoterapia sería el tratamiento principal y más prolongado, llevándose a cabo para trabajar principalmente el patrón de pensamientos desadaptativos y el tratamiento farmacológico se centraría en reducir la impulsividad y el comportamiento destructivo (5,7). Sin embargo, es importante señalar que muchos pacientes presentan resistencia a los tratamientos farmacológicos, lo que hace que la psicoterapia sea un elemento clave (14).

Cabe destacar que en algunos estudios se incluye como parte del tratamiento integral la terapia familiar (5), además, se ha demostrado la eficacia de realizar una psicoeducación tanto al paciente como a su familia en las etapas tempranas del tratamiento ayuda a comprender el trastorno y desmitificar posibles creencias (7).

Se considera que las intervenciones terapéuticas capaces de crear cambios comportamentales en pacientes con trastornos de personalidad comparten lo que se ha denominado como las "tres C": Consistencia, coherencia y continuidad, considerándose estas como las tres cualidades pertinentes en el tratamiento del TLP (13).

Las terapias más estudiadas y que muestran un mayor apoyo empírico en el tratamiento del TLP son:

- Terapia Dialéctico Conductual (TDC)
- Terapia Basada en la Mentalización (TBM)
- Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT)
- Terapia Familiar
- Terapia Basada en Esquemas (TBE)
- Terapia Cognitivo-Analítica (TCA)
- Terapia Cognitivo-Analítica Extensa (TCA-E)
- Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
- Intervención temprana

A continuación, se abordará detalladamente cada una de estas terapias, haciendo referencia a sus principales características, sus estrategias, sus técnicas y su eficacia.

### **Terapia Dialéctico Conductual**

Se trata de la terapia más documentada en cuanto a resultados. Es una psicoterapia de tercera generación descrita

por Linehan en 1993 y desarrollada específicamente para el tratamiento del TLP. La TDC está centrada en la enseñanza de habilidades psicosociales, combina estrategias conductuales, cognitivas y de apoyo y se basa en aceptar al otro en su condición actual mientras que se promueve el cambio. Por todo ello es considerada una terapia integral que contempla distintas modalidades de tratamiento (5,7,9,14,15):

- Terapia individual
- Terapias grupales en las que se aborda el entrenamiento en habilidades sociales. Este entrenamiento se realiza en grupo porque permite observar y trabajar las conductas interpersonales que surgen entre los pacientes, promoviendo que aprendan unos de otros.
- Asistencia telefónica. Se utilizan principalmente para atender las situaciones de crisis, el terapeuta instará al paciente a que utilice las técnicas aprendidas en la terapia para que consiga manejar correctamente la situación en la que se encuentra.
- Entrenamiento práctico en habilidades sociales
- Tratamiento farmacológico
- Psicoeducación a familiares y allegados
- Equipos de trabajo con profesionales de diferentes áreas

La idea principal en la que se basa es reconocer que estos pacientes son personas con pensamientos suicidas en ambientes invalidantes, por ello se requiere un clima de aceptación incondicional y confianza para establecer una adecuada alianza terapéutica. Por lo tanto, el objetivo general que persigue es reducir o eliminar esas conductas autolesivas o intentos de suicidio (5,7).

La idea secundaria en la que se basa esta terapia es que los pacientes deben estar dispuestos a aceptar su disfunción emocional. El terapeuta es el encargado de hacerle saber al paciente que algunos de sus sentimientos y comportamientos son desadaptativos y que trabajarán con alternativas de comportamientos sanos que desembocan en sentimientos agradables. El paciente debe aprender a reconocer sus respuestas desadaptativas y desarrollar habilidades para regular el afecto. Se pretende conseguir que genere respuestas adaptativas incluso en situaciones de crisis (5,7).

La TDC posee un orden estructural que debe seguirse de forma correcta. Existen cuatro módulos de habilidades específicas que son difíciles de regular en los pacientes con TLP (15):

- Módulo 1: Habilidades básicas de conciencia. Son las primeras que se trabajan, aunque su enseñanza dura todo el tratamiento a través de fichas que los pacientes deben entregar cada semana. Los síntomas que se trabajan mediante este módulo son: Confusión acerca del yo, identidad y vacío y la técnica utilizada es el mindfulness. El objetivo que se persigue es que el paciente sea capaz de controlar su propia mente, los procesos intencionales y que decida qué se atiende y durante cuánto tiempo.
- Módulo 2: Habilidades de efectividad interpersonal. Se centra en los síntomas de caos interpersonal y relaciones

inestables y para ello, la técnica empleada es la de role playing de situaciones reales o hipotéticas que pueden resultar problemáticas y que son planteadas por los pacientes. El objetivo que se persigue en este módulo es que los pacientes puedan conseguir ayuda de otras personas sin dañar la relación y sin que se ponga en juego el respeto personal.

- Módulo 3: Habilidades de regulación emocional. El psicólogo anima a los pacientes a que asuman sus emociones y que sean capaces de cambiar la respuesta conductual y emocional que les generan. Por lo tanto, los síntomas que se trabajan son la estabilidad emocional y los estados de ánimo y el objetivo que se persigue es que aprendan a identificar, nombrar y reconocer sus emociones y la función que estas cumplen en el contexto.
- Módulo 4: Habilidades de tolerancia al malestar. Se divide en dos bloques:
  - Habilidades de supervivencia a la crisis. Se procura que los pacientes aprendan a manejar el dolor que les provoca una situación sin acudir a conductas que lo mantengan o aumenten, ya que por norma general estas conductas suelen desencadenar la autoagresión.
  - Habilidades de aceptación de la realidad. Se basa en que los pacientes aprendan a aceptarse a sí mismos o a la situación que se presenta en ese momento de forma no prejuiciosa. La técnica empleada para lograr esto es el mindfulness.

Algunas otras técnicas que se emplean en esta terapia en función de las necesidades de cada paciente son (7):

- Exposición
- Moldeamiento
- Entrenamiento de habilidades sociales
- Aprendizaje por modelos
- Refuerzo

Además, es importante señalar que la TDC se considera útil para cualquier nivel de gravedad del TLP y para cualquier encuadre terapéutico, por lo tanto, puede usarse tanto en hospitalización completa como en hospitalización parcial o tratamiento ambulatorio (7).

Diversos estudios han investigado la eficacia de la TDC, llegando a varias conclusiones sobre en qué aspectos es más o menos eficaz esta terapia. Se puede señalar una clara eficacia en múltiples variables como (7, 14):

- Disminución de las conductas autolíticas y autolesivas, lo que lleva a una disminución tanto de ingresos hospitalarios como del uso del Servicio de Urgencias
- Disminución del tiempo de hospitalización
- Disminución de la tasa de abandono del tratamiento
- Cambios significativos en psicopatología general, en sintomatología límite y en funcionamiento general



- Disminución de las disociaciones
- Disminución de la depresión
- Eficacia a corto plazo

Sin embargo, se ha comprobado que la TDC es menos eficaz de lo esperado para regular la intensidad de las experiencias emocionales negativas como la ira, la culpa, la ansiedad o la vergüenza (14).

Por todo lo expuesto anteriormente, aunque haya algún factor en que esta terapia sea menos eficaz de lo que se esperaba, hay muchas variables en las que se ha observado una gran eficacia, por ello, se considera que la TDC es una piedra angular para la terapia cognitiva del TLP (7,9).

### Terapia Basada en la Mentalización

Se trata de una psicoterapia psicoanalítica centrada en el afecto, la comprensión y la interpretación. Esta terapia busca la estabilización emocional para posteriormente trabajar en la mentalización y la autocomprensión (14).

Desde esta perspectiva se señala que todas las intervenciones efectivas validan el sentido de agencia del paciente, lo que implica que estimulan los procesos de mentalización. Esto permite a los pacientes hacer uso de las técnicas de la terapia para beneficiarse en su día a día (13).

Por lo tanto, desde este modelo se considera que el cambio se produce por lo que sucede más allá de la terapia, es decir, en el entorno social del paciente. Existen varios estudios que señalan que la alianza entre médico y paciente en una sesión determinada predice cambios en la siguiente. Esto sugiere que el cambio surgido entre sesiones es una consecuencia del cambio de actitudes hacia el aprendizaje de la experiencia social generada por la terapia, que influye en el comportamiento del paciente entre sesiones (13).

Llegados a este punto cabe preguntarse ¿qué es la mentalización? La mentalización puede definirse como pensar en las propias acciones y en las de los demás en términos de pensamientos y sentimientos para usar este conocimiento de los estados mentales con el objetivo de dominar los desafíos de la vida, o para designarlos como pensamientos simples sobre los que no hace falta actuar, o que deben ser considerados con seriedad y madurez a efectos de reflexión (13).

Es importante destacar que una característica de los pacientes con trastornos de personalidad son las deficiencias en la mentalización. Concretamente en los pacientes con TLP existen distorsiones o desequilibrios específicos en la mentalización que se manifiestan típicamente, particularmente en situaciones de estrés o desafío interpersonal (13).

Todas las modalidades de tratamiento provocan cambios en la cognición social, es decir, en las expectativas que las personas tienen sobre sí mismas y los demás en relación con los pensamientos y sentimientos. Por ello, se piensa que la mentalización es una parte inherente de todas las psicoterapias eficaces. Sin embargo, centrarse deliberada y explícitamente en esta capacidad y trabajar para mejorarla es lo que caracteriza a la TBM (13).

Existen tres sistemas de comunicación que equilibran los factores comunes y específicos de la terapia que sustentan el cambio terapéutico, las características de estos sistemas se exponen en el cuadro 3 (13).

**Cuadro 3.** Factores comunes y específicos de la terapia que sustentan el cambio terapéutico.

<b>Sistema de comunicación 1: Procesos generales comunes a todas las terapias</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento del problema del paciente.</li> <li>• Un modelo persuasivo de comprensión de la mente.</li> <li>• Adaptar coherentemente el modelo general para proporcionar un "sentido experiencia "de relevancia y pertinencia para el paciente.</li> <li>• Generación de un proceso de aprendizaje.</li> <li>• Manejo de la excitación.</li> <li>• Manejo de la distancia interpersonal.</li> </ul>
<b>Sistema de comunicación 2: Generar un proceso de mentalización y aumentar la sensibilidad a las señales ostensivas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer constantemente al paciente como agente.</li> <li>• Marcar las vivencias del paciente.</li> <li>• Reconocer implícita y explícitamente el estado emocional del paciente.</li> <li>• Modelado de mentalización constructiva.</li> <li>• Presentar perspectivas alternativas.</li> <li>• Fomento de la mentalización relacional.</li> <li>• Desafiar la mentalización inadecuada o la no mentalización según corresponda.</li> </ul> <p>La mentalización crea una mayor sensibilidad a las señales ostensivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora el proceso de transmisión de contenido relevante social e individualmente del terapeuta al paciente.</li> <li>• La información del terapeuta en relación con la vida del paciente se generaliza, se experimenta como relevante y se internaliza.</li> <li>• Genera expectativa de relevancia personal el valor social del intercambio de información entre personas.</li> <li>• Efecto beneficioso de un entorno relacional abierto y de confianza.</li> </ul>
<b>Sistema de comunicación 3: Resurgimiento del potencial de aprendizaje social más allá del contexto de la terapia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor sensibilidad a las señales ostensivas, lo que hace que el paciente se sienta reconocido como agente en un número cada vez mayor de contextos sociales.</li> <li>• Retirar el dilema epistémico de hipervigilancia y credulidad epistémicas que provoca el aislamiento epistémico.</li> <li>• Voluntad de poner a prueba la sabiduría terapéutica (aprendizajes del terapeuta) en el mundo social.</li> <li>• Expectativas actualizadas sobre los demás, y el yo en relación con los demás, dentro de una matriz social.</li> <li>• Mayor confianza epistémica in vivo en nuevos encuentros sociales, lo que conduce a un mayor potencial para nuevas relaciones y también a la renovación de vínculos pasados.</li> <li>• Mentalización robusta sostenida por mejores conexiones sociales.</li> <li>• Conexión más suave y completa con el mundo social, lo que conduce a una mayor aceptación social y una disminución de la rigidez en las interacciones sociales.</li> <li>• Mayor resiliencia ante los desafíos de la vida.</li> </ul>
<p>Fuente: Bateman A, Campbell C, Luyten P, Fonagy P. A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. [Artículo de revista]. 2018.</p>

La TBM actualmente está introduciendo una intervención clínica relacionada con los tres sistemas de comunicación. A modo de resumen de estos tres sistemas, que se han explicado posteriormente en el cuadro 3, se puede decir lo siguiente (13):

- Sistema de comunicación 1: Enseñanza y aprendizaje de contenidos. Las diferentes escuelas terapéuticas pertenecen a este sistema. Se consideran eficaces ya que el terapeuta transmite al paciente un modelo de comprensión de la mente que puede comprender como un reconocimiento e identificación convincentes de su propio estado.
- Sistema de comunicación 2: Resurgimiento de una mentalización robusta. Una vez que el paciente vuelve a estar abierto a la comunicación social en contextos que habían sido arruinados por la hipervigilancia epistémica, muestra más interés en la mente del terapeuta y el uso de pensamientos y sentimientos, lo que estimula y fortalece la capacidad del paciente para mentalizar.
- Sistema de comunicación 3: Resurgimiento del aprendizaje social. La relajación de la hipervigilancia del paciente mediante los dos primeros sistemas de comunicación permite que se abra al aprendizaje social. Esto le facilita aplicar sus nuevas capacidades de mentalización y comunicación a un entorno social más amplio, fuera del consultorio. Esta parte depende en gran medida de que el paciente tenga un entorno social lo suficientemente benigno que le permita adquirir las experiencias necesarias para validar y reforzar su mentalización mejorada, y continuar facilitando la relajación de la desconfianza epistémica en un ámbito más amplio.

Hay estudios que muestran que la TBM presenta una mejora clínicamente significativa en ansiedad, depresión, psicopatología general, síntomas límites y funcionamiento general e interpersonal, así como una disminución en las conductas autolesivas y los intentos de suicidio (14).

### Terapia Focalizada en la Transferencia

Se trata de una psicoterapia psicoanalítica centrada en el afecto, la comprensión y la interpretación. La TFT fue desarrollada por Kernberg, se focaliza en la transferencia y dirige su acción terapéutica a las externalizaciones del paciente en terapia (14).

El objetivo que persigue esta terapia es conseguir una reorganización parcial de las estructuras psíquicas, procurando una mayor integración objetal y de las estructuras psíquicas subyacentes. Dicho objetivo se persigue a través de la estimulación de la integración de los objetos parciales escindidos, mediante una serie de estrategias, técnicas y tácticas que se explicarán más adelante, por lo que una vez cumplido el objetivo se puede observar una mejoría de la sintomatología presentada (15, 16).

La estrategia principal de la TFT se basa en: *“Crear un ambiente facilitador en el cual el paciente pueda “re-activar” en el tratamiento el proceso de las relaciones objetales ya internalizadas, escindidas y de naturaleza persecutoria e idealizada; estas relaciones y su manifestación en la conducta actuada del sujeto y en sus interpretaciones subjetivas con respecto al*

*entorno, al sí mismo y al otro significativo, son interpretadas en la TFT en el proceso transferencial con el terapeuta”* (15).

Algunas de las características técnicas de la TFT son las siguientes (16):

- Establecimiento de un contrato terapéutico que señala unos límites determinados
- Estilo confrontacional
- Interpretar la transferencia centrándose en el aquí y ahora
- Explorar continuamente la contratransferencia, dándole un uso terapéutico y diagnóstico

Además, un elemento fundamental en esta terapia es la supervisión entre compañeros, ya que así lo requiere la situación transferencial y contratransferencial que se genera. El objetivo de esta supervisión es proporcionar al terapeuta una visión externa de lo que él mismo al estar dentro de la relación terapéutica no puede darse cuenta (16).

Por otra parte, es importante destacar que existen una serie de criterios de mal pronóstico e incluso exclusión de la TFT, estos son (16):

- Agresividad generalizada
- Rasgos antisociales de la personalidad
- Inteligencia por debajo de la normalidad
- Situaciones donde la terapia posee un claro beneficio secundario
- Relaciones interpersonales intensamente restringidas, por lo que se considera que habrá serias dificultades para establecer la relación terapéutica
- Reacción terapéutica negativa

Abordando ya el desarrollo de la terapia en sí, al inicio, es importante establecer verbalmente un contrato terapéutico muy detallado. Mediante dicho contrato, se hace una descripción de las condiciones de la terapia, estableciéndose una duración mínima de dieciocho meses con dos sesiones semanales de entre 45 y 50 minutos que se realizarán cara a cara descartando el uso del diván. Además, es imprescindible realizar una historia de tratamientos anteriores, preguntar por qué esos tratamientos fracasaron y averiguar por qué el paciente abandonó dicha terapia (16).

Es importante advertir al paciente que las condiciones que se establecen en el contrato son las mínimas que permiten el trabajo y el avance y, que, sin ellas, la terapia no es posible. Por ello, en el contrato se definen las responsabilidades tanto del paciente como del terapeuta. Las responsabilidades del paciente consisten en asistir a la terapia, participar informando sobre sus sentimientos y pensamientos sin censura y abonar los honorarios. Por otro lado, las responsabilidades del terapeuta consisten en atender al programa terapéutico, esforzarse en entender y contener al paciente y clarificar los límites de su actuación (16).

Además, cabe destacar que el contrato permite predecir las amenazas al tratamiento, como pueden ser (16):

- Suicidio y conductas autodestructivas
- Impulsos o acciones homicidas
- Mentir u ocultar información
- Abuso de sustancias
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Baja asistencia a terapia
- Llamadas telefónicas excesivas o intentar entrometerse en la vida del terapeuta
- No abonar los honorarios
- Problemas fuera de la sesión que obstaculizan el tratamiento
- Estilo pasivo de vida y beneficio secundario de la enfermedad. Esto supone el fracaso del esfuerzo terapéutico por parte del paciente.

Una vez que ya se ha establecido el contrato, comienzan las sesiones propias de la terapia, tratándose de sesiones no estructuradas en las cuales se estimula la asociación libre (16).

En el encuentro clínico, la TFT señala que se debe prestar especial atención a los matices en los canales de comunicación, ya que esto puede ayudar a contener la transferencia negativa del paciente al notar las respuestas contratransferenciales del clínico, que le permiten reconocer la calidad afectiva subyacente a la comunicación. Por lo tanto, las fuentes de información del terapeuta son los tres canales de información (12, 16):

- Verbal: Se centra en la narrativa del paciente
- No verbal: Basada en la gestualidad del paciente y en su forma de relatar el discurso
- Contratransferencia: Los pacientes con TLP generan respuestas contratransferenciales muy intensas

La intervención se funda a partir de estas tres fuentes de información, lo que obliga al terapeuta a adoptar una actitud de vigilancia en las sesiones (16).

Por otra parte, en cuanto a los temas que deben abordarse en las sesiones y el orden en el que se deben abordar, se establece una jerarquía (16):

- Suicidio o amenazas suicidas
- Amenazas a la continuidad de la terapia
- Incumplir el contrato terapéutico
- Acting out durante la sesión
- Acting out fuera de la sesión
- Evitar hablar de temas con alta carga emocional o hablar de cosas insignificantes

A continuación, se le da prioridad a los contenidos que se centran en la relación terapeuta – paciente (16):

- Referencias verbales que están dirigidas al terapeuta
- Referencias no verbales que están dirigidas al terapeuta
- Transferencia dirigida al terapeuta indirectamente
- Forma de ser del paciente con el terapeuta
- Finalmente, se centra en contenidos con carga emocional referidos a algo externo a la relación terapéutica.

El rol del terapeuta en la TFT consiste en la observación de la activación de las relaciones regresivas escindidas en la transferencia, para luego ayudar al paciente a identificarlas, ya que las personas con TLP muestran un bajo nivel de introspección. Esto limita que puedan hacer un buen proceso reflexivo sobre sus conductas y las situaciones a las que se enfrentan. Interpretar estas relaciones de objeto escindidas se fundamenta en el supuesto de que cada una de ellas refleja una unidad diádica de representación de sí mismo (15).

Por lo tanto, las unidades diádicas de representación, desde el plano transferencial, ofrecen al psicólogo herramientas de análisis para que comprenda tanto la forma en que el paciente se vincula con el objeto como los mecanismos de defensa que utiliza para proteger su psiquismo (15).

Los objetivos del tratamiento se consiguen a través de una serie de estrategias. La estrategia fundamental de la TFT se basa en incrementar la capacidad de estos pacientes de construir representaciones internalizadas de objeto y del self heterogéneas, con aspectos positivos y negativos, incluso con personas afectivamente significativas y en situaciones con alta intensidad emocional (16). Hay cuatro estrategias principales (16):

- Definir la relación de objeto dominante
- Observar e interpretar el cambio de rol del paciente
- Observar e interpretar las conexiones entre las diadas objetales relacionales que defienden al sujeto de otras, manteniendo de esa manera el conflicto y la fragmentación
- Integrar la representación del self y el objeto

Además, en el proceso terapéutico de la TFT, hay una serie de tácticas clave que se pueden definir como reglas de compromiso entre terapeuta y paciente (15, 16):

- Realizar un encuadre y establecer el contrato terapéutico
- Mantener los límites del tratamiento y controlar el acting out
- Seleccionar un tema prioritario donde dirigir el material que presenta el paciente, es decir, seleccionar el foco terapéutico
- Atender a las prioridades del tratamiento
- Mantener la percepción de la realidad

- Mantener un equilibrio adecuado entre las exploraciones del terapeuta y la implantación de los elementos comunes de una realidad compartida
- Ajustar la intensidad afectiva
- Analizar la transferencia positiva, negativa y las defensas primitivas

Por otra parte, como técnicas clave que se utilizan en las sesiones para el avance de la terapia se pueden señalar:

- Señalamiento y clarificación: Se basan en componer, sin ambigüedades y siendo precisos, el relato del paciente (16).
- Confrontación: Consiste en señalar los aspectos contradictorios del relato del paciente. Esta técnica es considerada fundamental en pacientes que utilizan constantemente la escisión, ya que muestran una gran dificultad para percibir los aspectos contradictorios de su realidad (16).
- Interpretación: Se basa en explicarle al paciente una hipótesis sobre su funcionamiento mental. La mayor parte de las interpretaciones son transferenciales, ya que se interpreta lo que el paciente está situando en el terapeuta y que no le pertenece. Es importante señalar que no se intenta sustituir esa idea por otra más certera y realista (16).
- Análisis de la transferencia: Se realiza mediante el análisis de las distorsiones en la relación entre el paciente y el terapeuta (16).
- Manejar la neutralidad técnica: Se basa en que el terapeuta se mantenga como un observador ante el paciente y sus dificultades. En algunas situaciones puede realizarse una desviación de la neutralidad (16):
  - Amenaza de la seguridad del paciente, de los otros o de la continuidad del tratamiento
  - Fracaso en la confrontación e interpretación en la contención del acting out
- Utilizar la contratransferencia: Esta tiene varias definiciones (16):
  - Desde un sentido amplio se define como reacción emocional global del terapeuta hacia el paciente.
  - Desde el punto de vista centrado en el terapeuta, se describe como transferencia del terapeuta al paciente.
  - Desde un punto de vista centrado en el paciente, se define como reacción del terapeuta a la transferencia del paciente.

Para Kernberg, el creador de la TFT, la contratransferencia es inevitable y una herramienta muy útil para el terapeuta, debido a que los sentimientos hacia el paciente ayudan al terapeuta a comprender su constitución interna y la posición en la que se coloca a sí mismo y en la que coloca al terapeuta. Además, esta información ayuda a guiar las intervenciones del terapeuta (16).

A medida que vaya avanzando la terapia, se irán viendo mejoras en el paciente. Se pueden destacar una serie de caracte-

terísticas que indican una adquisición de capacidades de integración y un cambio estructural en el paciente, estas son (16):

- Los comentarios que efectúa el paciente indican una mayor capacidad de reflexión y exploración en relación con las intervenciones del terapeuta.
- Las interpretaciones que realiza el terapeuta sobre el uso de mecanismos de defensa por parte del paciente son aceptadas por este.
- El paciente consigue contener y tolerar su odio
- El paciente tolera sus fantasías y el desarrollo del espacio transicional
- Se aborda la problemática del self grandioso patológico
- Se objetiva una evolución de la transferencia predominante
- El paciente es capaz de experimentar la culpa y entrar en una posición depresiva.

Para finalizar, cabe destacar que, hay estudios que manifiestan que la TFT en pacientes con TLP muestra una disminución en el número de hospitalizaciones y una mejora clínicamente significativa en (14, 16):

- Ansiedad
- Depresión
- Funcionamiento general
- Comportamiento suicida y autolesiones
- Adaptación social
- Irritabilidad
- Agresividad

### Terapia Familiar

La mayoría de los modelos terapéuticos para el TLP son de tipo individual. Sin embargo, muchos autores han evidenciado la importancia del contexto familiar en el tratamiento de pacientes con TLP.

La perspectiva relacional sistémica ofrece la posibilidad de incidir en los comportamientos y rasgos de personalidad correspondientes, tanto mediante la relación del paciente con el terapeuta como a través de las relaciones significativas que mantiene el paciente (11).

El objetivo de los terapeutas sistémicos es analizar la dinámica familiar y no realizar un diagnóstico individual. Por ello, la intervención sistémica se centra en las características del sistema familiar donde el síntoma del paciente cobra sentido (5).

Campo y D'Ascenzo (11) han desarrollado un modelo psicoterapéutico que combina intervenciones individuales con el paciente con intervenciones de tipo familiar desde el propio tratamiento, trabajando posteriormente, en

función de las necesidades, con los distintos subsistemas. Estas autoras afirman que trabajar simultáneamente con el individuo y su sistema familiar facilita los cambios en su contexto natural.

Las habilidades que el paciente aprende en sus sesiones individuales puede ponerlas en práctica en su contexto familiar. Además, trabajar con los familiares ayuda a que dejen de centrarse en lo negativo del paciente y su trastorno y faciliten el cambio (11),

*“Se trataría, por tanto, de construir un contexto relacional favorable para que los cambios positivos conseguidos en las sesiones individuales con el terapeuta puedan reforzarse y consolidarse en el sistema familiar de referencia, creando un círculo virtuoso en el que las intervenciones en los dos contextos se retroalimentan”* (11).

En este tipo de tratamiento, lo normal es dedicar entre tres y cinco sesiones a la formulación del contrato, estableciendo los objetivos de la terapia, y la construcción del contexto terapéutico, tanto con el paciente como con sus familiares (11).

### Terapia Basada en Esquemas

Es una terapia desarrollada por Young y está basada en teorías cognitivo-conductuales, psicodinámicas y centradas en las emociones. Inicialmente se planteó como un modelo de rasgos de la personalidad. Se trata de una terapia que busca identificar y modificar la estructura interna del paciente mediante la modificación de los esquemas tempranos desadaptativos (14,17,18,19).

Dichos esquemas se pueden considerar el nivel más profundo de estructura y pueden ser definidos como una consecuencia de la interacción entre el temperamento del niño, las experiencias tempranas y las necesidades centrales no satisfechas durante la infancia y la adolescencia. Al no sa-

tisfacerse las necesidades básicas se genera un problema en esa dimensión que se manifiesta con la aparición de un esquema (17,19). En el cuadro 4, puede observarse la relación existente entre la necesidad básica no satisfecha, la dimensión en la que se genera el problema y los esquemas que aparecen.

Los esquemas tempranos desadaptativos se relacionan con altos niveles de afecto, reflejan las creencias incondicionales sobre uno mismo en relación con el ambiente y se consideran autoperpetuados y disfuncionales. Además, suelen activarse por acontecimientos relevantes o coherentes con un esquema concreto (17).

A lo largo del tratamiento, el terapeuta deberá identificar cuáles son las circunstancias infantiles que se encontraron en el origen de los esquemas desadaptativos que identifique en su paciente (17).

Llegados a este punto, cabe preguntarse por qué estos esquemas desadaptativos se mantienen a lo largo del tiempo. Desde muy pequeños, los niños hacen frente a los esquemas a través de pensamientos, emociones y conductas para evitar sentir las emociones negativas asociadas a estos esquemas. Esos pensamientos, emociones y conductas se consolidan mediante el aprendizaje como estilos y respuestas de afrontamiento que refuerzan los esquemas, por ello se denominan estilos de afrontamiento desadaptativos. Es importante destacar que se pueden señalar tres estilos de afrontamiento desadaptativo (19):

- Mantenimiento: Quedarse inmóvil o rendirse al esquema
- Evitación: Huida
- Compensación: lucha

Estos estilos de afrontamiento pueden ser útiles en la infancia, pero se perpetúan y en la vida adulta se consideran desadaptativos (19).

**Cuadro 4.** Relación entre la necesidad básica insatisfecha, la dimensión en la que se genera el problema y la aparición de los esquemas.

Necesidad básica	Dimensión	Esquemas
Vinculación segura con los demás	Inestabilidad y desconexión	Privación emocional Abandono Desconfianza o abuso Aislamiento social
Autonomía, competencia y sentido de identidad	Deterioro en la autonomía y el funcionamiento	Fracaso Dependencia Vulnerabilidad al peligro y a la enfermedad Apego
Libertad de expresar necesidades y emociones	Límites insuficientes	Insuficiente autocontrol Grandiosidad
Espontaneidad y juego	Orientación a las necesidades de los demás	Subyugación Autosacrificio Búsqueda de reconocimiento
Límites realistas y autocontrol	Sobrevigilancia e inhibición	Inhibición emocional Metas inalcanzables Negatividad Castigo

Fuente: Elaboración propia.

La técnica que se utiliza en esta terapia se basa en revisar de forma crítica la evidencia en la que se apoyan los esquemas, con el objetivo de procurar contradecir la información negativa que el paciente usa para probar el esquema. Todo ello se lleva a cabo mediante la técnica de descubrimiento guiado, a través de la cual terapeuta y paciente trabajan juntos para hallar una forma diferente de ver las cosas (17).

Es importante señalar que el objetivo que se persigue con la TBE no es reemplazar los esquemas disfuncionales, sino modificar las creencias del paciente y desarrollar unas nuevas que le permitan hacer frente más eficazmente a situaciones difíciles (18).

Sin embargo, a la hora de llevar a cabo el tratamiento con los pacientes con TLP, resulta muy difícil tanto para el terapeuta como para el paciente definir el foco de intervención, ya que en estos pacientes puede observarse la activación de forma simultánea de un conjunto de esquemas y estrategias de afrontamiento. Por ello, resultó necesario definir una unidad de análisis más flexible, que fuera más comprensible para el paciente y más manejable para el clínico, esa nueva unidad de análisis se denominó modos de esquema (19).

Los modos de esquema *“se definen como una parte del sí mismo, que supone una agrupación natural de esquemas y de procesos (evitación, mantenimiento y sobrecompensación) que no están completamente integrados con otras partes del sí mismo”* (19). Además, están caracterizados por estados emocionales intensos e implican pensamientos, emociones y conductas. Se pueden encontrar cinco modos de esquema para el TLP (19):

- Protector aislado: Inhibe las emociones y sentimientos intensos ya que piensa que son peligrosos y no puede manejarlos. Se aleja de los demás y se mueve en un continuum entre la disociación y el distanciamiento. Los pacientes con TLP suelen estar casi siempre en este estado. Además, se

debe destacar que el protector aislado tiene un factor protector, ya que protege de las emociones negativas intensas como la ansiedad, la tristeza y el miedo.

- El niño abandonado o abusado: Se trata del niño interior que piensa que no se van a satisfacer sus necesidades emocionales, que no va a encontrar el cariño de los demás y, por lo tanto, sufre. Los pacientes que se encuentran en este modo se sienten desesperados, frágiles, dependientes de los demás y desamparados.
- El niño enfadado e impulsivo: El paciente se comporta así cuando sus necesidades no han sido satisfechas. Esta insatisfacción puede ser real o percibida y la emoción experimentada suele ser la ira. Muestran enfado descontrolado en situaciones neutras o que no parecen tener una carga emocional alta.
- El padre o madre castigador: Se trata de la voz internalizada del padre o la madre que critica y castiga al paciente. Las personas que se encuentran en este modo se castigan a sí mismos y a los demás y presentan autolesiones y conductas destructivas.
- El adulto sano: Está muy poco desarrollado en estos pacientes, sobre todo al principio de la terapia.

Por lo tanto, los objetivos de la TBE se basan en ayudar al paciente a incorporar el modo de adulto sano, para ello, el terapeuta deberá enseñarle a (19):

- Empatizar con el niño abandonado, protegerlo y ayudarlo a dar y recibir amor.
- Borrar o minimizar al máximo el padre castigador.
- Enseñar al niño enfadado e impulsivo a expresar las emociones y necesidades de forma apropiada.
- Tranquilizar y reemplazar al protector aislado.

Cuadro 5. Técnicas que pueden utilizarse en los componentes de los modos de esquemas para cada situación (19).

Situaciones	Componentes		
	Conductuales	Cognitivos	Experienciales
Día a día fuera de sesión	Role playing de las situaciones actuales Imaginación de las situaciones actuales Práctica de sentir emociones Exposición a emociones mostradas	Diálogos socráticos Formular nuevos esquemas Diálogos de esquemas Tarjetas recordatorio Registros positivos	Experimentos conductuales Practicar habilidades mediante role playing Resolución de problemas Practicar nuevas conductas
Relación terapéutica	Reparentización limitada. Confrontación empática. Poner límites. Cambio de roles entre terapeuta y paciente.	Reconocer los esquemas del paciente en la relación terapéutica Desafiar las ideas sobre el terapeuta. Reconocer los esquemas del terapeuta. Sincerarse, apertura del terapeuta.	Experimentos conductuales. Fomentar conductas funcionales. Practicar habilidades relacionadas con la lista de problemas. Resolución de problemas. Modelado de conductas.
Experiencias traumáticas del pasado	Reinstruir en imaginación Juego de roles del pasado Técnica de las dos sillas o más Escribir cartas	Reinterpretar las situaciones del pasado en los nuevos esquemas Poner a prueba desde una perspectiva histórica	Poner a prueba las nuevas conductas aprendidas desde la perspectiva del pasado.

Fuente: Cid J. La Terapia de Esquemas para el Trastorno Límite de la Personalidad. [Capítulo de libro]. 2017.

En el cuadro 5 se muestra un resumen de las técnicas que se pueden utilizar en los componentes de los modos de esquemas para cada situación: Día a día fuera de sesión, en la relación terapéutica en sesión y en las experiencias traumáticas del pasado.

Para finalizar, se desarrollará la estructura ideal de la TBE para pacientes con TLP, esta estructura se divide en tres fases que son las siguientes:

- Fase I: Vinculación y Manejo de emociones. En esta fase se busca la vinculación y comprensión de los Modos de Esquemas a nivel emocional. En gran parte de los casos, esta fase se junta con una evaluación para cerciorarse de que el diagnóstico de TLP está bien establecido (19).
  - Conceptualización y socialización. Se prepara al paciente para la intervención, para ello el terapeuta debe empatizar con los problemas del paciente, se deben discutir los objetivos que se persiguen con la terapia, preguntar por las reacciones emocionales, hablar de la historia de la vida del paciente y explicar nuevamente los Modos de Esquemas (19).
  - Tranquilizar y reemplazar el protector aislado. Se hace con dos tipos de técnicas:
    - » Cognitivas. Se ayuda al paciente a reconocer las señales del protector aislado y se realiza una revisión de los pros y contras de separarse en el presente, como un adulto. La técnica de las dos sillas para poder establecer diálogos entre el protector aislado y el adulto sano es muy útil. Además, también es aconsejable pedir permiso para poder hablar y acceder con el niño abandonado (19).
    - » Imaginativas. Se centra en el niño abandonado y en el proceso se le hacen una serie de preguntas como: ¿Qué está ocurriendo?, ¿qué ves?, ¿qué oyes?, ¿cuántos años tienes?, ¿quién está contigo?, ¿cómo te sientes?, ¿qué necesitas?, etc. A continuación, se sigue trabajando con la imaginación en función de los modos que emergen en la imagen y el terapeuta se muestra como adulto sano para demostrar al paciente las respuestas de adaptación a cada modo (19).
  - Curar al niño vulnerable. Se lleva a cabo mediante la relación terapéutica. La reparentización limitada ayuda a curar al niño vulnerable. El terapeuta debe validar las necesidades y sentimientos del paciente, fomentar la confianza y elogiar los cambios y los avances (19).
  - Estrategias de manejo emocional y aprendizaje de habilidades. Se lleva a cabo mediante dos tipos de técnicas:
    - » Cognitivas. Se utiliza un diario de Modos de Esquemas y una tarjeta recordatorio (19).
    - » Conductuales. Se basa en el aprendizaje de estrategias de regulación emocional y de tolerancia al malestar emocional, para ello se practica Mindfulness, se realiza un entrenamiento en asertividad y se fomenta la realización de actividades placenteras de ocio (19).

- Fase II: Cambio en los Modos de Esquemas
  - Combatir el Padre Castigador. Se lleva a cabo mediante dos tipos de técnicas:
    - » Cognitivas. Se educa al paciente acerca de las necesidades universales y los sentimientos, se utiliza la técnica de la retribución para tratar el rechazo de la infancia a los problemas o temas de los padres y, además, se enfatiza en los éxitos y cualidades positivas del paciente (19).
    - » Emocionales. Se lleva a cabo una retribución en la imaginación del paciente del padre castigador. Este proceso se realiza en dos partes, en la primera, el paciente reevalúa la situación como adulto y en la segunda lo hace como niño (19). En esta fase, vuelve a usarse la técnica de la silla vacía, en primer lugar, se utilizan dos sillas para enfrentar al padre castigador con el adulto sano; posteriormente se utilizan tres sillas, para enfrentar al protector aislado, al padre castigador y al adulto sano (19).
  - Reconectar al niño enfadado e impulsivo en la relación terapéutica. Para ello se deben poner límites cuando sea abusivo o destructivo, compartir el impacto y la reacción personal ante la cólera, rabia o enfado, practicar la conducta asertiva y llevar a cabo la prueba de realidad mediante la cual se contrasta el punto de vista real con el exagerado (19).
- Fase III. Autonomía. En esta fase se ayuda al paciente a desarrollar relaciones saludables y se inicia el proceso de individuación mediante el cual el paciente debe seguir las inclinaciones naturales y realizar el proyecto vital que se ajuste a sus necesidades. Es importante señalar que la terapia debe acabarse de forma progresiva y se debe mantener el contacto después de terminar la intervención (19).

Por último, es importante señalar que hay estudios que muestran la eficacia de la TBE, observándose una disminución significativa de los síntomas límites y de la psicopatología general y una mejora en la funcionalidad general (14).

### Terapia Cognitivo-Analítica

Es una terapia focal e integrativa breve desarrollada por Ryle y compuesta por 16 sesiones, que incluye aspectos psicodinámicos y cognitivos (14,20).

Las influencias cognitivas de la TCA son las siguientes (20):

- Estructuración de la terapia
- Actividad del terapeuta
- Autorregistros
- Tareas para casa
- Evaluación sistemática de los resultados

Por otra parte, los elementos psicodinámicos de la TCA se exponen a continuación (20):

- Trabajo sistemático con situaciones traumáticas del pasado
- Patrones de relación que despliega el paciente en la relación terapéutica
- Trabajo con la dialéctica transferencia/contratransferencia
- Clarificación sistemática de las interacciones en términos de procedimientos de rol

Atendiendo a todos los aspectos mencionados anteriormente, la TCA podría ser considerada una terapia descriptiva y analítica si no se le diera la importancia que se le da a la acción. Desde esta perspectiva se considera que los problemas no se resuelven si el paciente no cambia sus comportamientos. Por ello, aunque la introspección y la capacidad de autoobservación del paciente se consideren una parte importante del mecanismo de cambio, no puede considerarse que la psicoterapia tenga éxito sin que se dé un cambio de conducta y la generalización de dicho cambio a la vida cotidiana del paciente (20).

Por lo tanto, puede decirse que la TCA es una psicoterapia biopsicosocial, dirigida a la eliminación de síntomas, al autoconocimiento y a la acción, es decir, que está dirigida por la personalidad y guiada a la modificación de esta (20).

La TCA es un tratamiento muy estructurado, por lo que sus fases y contenidos están muy estandarizados (20). En el cuadro 6 se puede observar la relación entre las fases de la terapia junto a la estructura específica de la TCA.

Antes de que comience la terapia se le entrega al paciente una guía sobre la TCA para prepararlo para esta. Todas las dudas que tenga serán resueltas en la primera sesión. Por su parte, el terapeuta antes de la primera sesión dispone de algunos datos sobre el paciente como (20):

- Historia clínica general
- Datos psicométricos
- Informe de derivación a psicoterapia

Los dos objetivos que se abordan en la primera sesión son, por una parte, resolver las dudas del paciente sobre la TCA,

que pueden ser sobre la estructura de la terapia, las técnicas que se utilizan y el papel que juegan paciente y terapeuta y, por otra parte, el segundo objetivo se basa en fomentar una alianza terapéutica positiva.

Una buena alianza terapéutica inicial es muy importante, además, desde el comienzo de la primera sesión el terapeuta debe prestar especial atención a la actuación del paciente en la díada relacional terapeuta-paciente (20).

En esta primera sesión, se entregan al paciente dos cuestionarios específicos de evaluación cualitativa: El Cuestionario Biográfico Auto aplicado y el Cuestionario de Psicoterapia. Se le solicita al paciente que los rellene y se los entregue al terapeuta antes de la segunda sesión, ya que son muy densos, extensos y profundos, por lo que es necesario que el terapeuta haya trabajado con ellos antes de volver a ver al paciente, para poderle ofrecer una adecuada devolución de los contenidos que aparecen en el mismo (20).

Para la segunda sesión el terapeuta tendrá un croquis de lo que le sucede al paciente, que usará como guía para profundizar en las dos siguientes sesiones y, poco a poco, ir construyendo, en colaboración con el paciente, la reformulación del caso (20).

Llegados a este punto, cabe preguntarse, ¿qué es la reformulación? La TCA se basa en la reformulación, que puede definirse como: *“La creación conjunta entre paciente y terapeuta de una descripción sucinta y accesible de la dinámica subyacente de los síntomas y problemas que trajeron al paciente a la consulta y que se resume por escrito en la carta de reformulación”* (20).

Por lo tanto, una correcta reformulación debe vincular adecuadamente el pasado y el presente, estableciendo un hilo conductor de lo que se consideraría el sufrimiento central del paciente, de forma que se le dé un sentido coherente a la experiencia biográfica pasada y a su unión con la situación actual del paciente (20).

A la hora de llevar a cabo la reformulación, para establecer las primeras hipótesis, el terapeuta debe centrarse en el motivo de consulta y en lo que se entiende como conductas problema de este. Además, el terapeuta debe hacer-

Cuadro 6. Contenido terapéutico de cada fase del modelo (20).

Contenido terapéutico	Fases				Cambio
	Compromiso	Búsqueda de patrones			
Sesiones	1	2	3	4	5 a 14
Historia	X	X	X		
Cuestiones específicas		X	X		
Reformulación			X	X	
Autorregistros objetivos	X	X	X	X	X
Intervenciones transferenciales	X	X	X	X	X
Otras técnicas					X
Terminación		X	X	X	X

Fuente: adaptado de Mirapeix C. Psicoterapia Cognitivo-Analítica en el Trastorno Límite de la Personalidad. [Capítulo de libro]. 2017.



se la pregunta ¿qué tienen en común todos los problemas que presenta el paciente?, para poder establecer la primera hipótesis que explique globalmente la psicopatología del paciente a nivel vivencial (20).

Los cuestionarios que realizaron los pacientes al inicio de la terapia aportan datos sobre las experiencias significativas de su vida y sobre las trampas, dilemas y pegadas a los que se han enfrentado. Con estos datos, el terapeuta introducirá nuevos matices en sus primeras hipótesis y establecerá puntos de unión que vinculen los procedimientos cognitivo-afectivos distorsionados con las experiencias biográficas y los síntomas (20).

Además, es importante señalar que hay elementos relacionales esenciales que ayudan a clarificar el contenido de la reformulación. Algunas preguntas que pueden ayudar al terapeuta a aclarar cuáles son los modos relacionales del paciente son (20):

- ¿Qué sentimientos muestra en el aquí y ahora de la sesión?
- ¿Qué patrón de relación despliega con el terapeuta?
- ¿Qué sentimientos evoca en el terapeuta?
- ¿Este patrón de relación es similar a otro que el paciente desplegó a lo largo de su vida?

Por otra parte, cabe destacar que toda reformulación debe incluir una serie de componentes (20):

- Dificultades por las que acude a consulta el paciente
- Los hitos biográficos significativos para el paciente
- Vincular las experiencias pasadas con los problemas presentes
- Establecer cuáles son las conductas problema del paciente
- Establecer los precipitantes y consecuentes de las conductas actuales
- Describir las conductas desadaptativas que utiliza el paciente continuamente para manejar las circunstancias de su vida
- Desarrollar las metas que se procuran conseguir con la terapia
- Trasladar las conductas problema y los procedimientos problemáticos a las hojas de autorregistro para el trabajo psicoterapéutico posterior.
- Señalar los obstáculos que se prevén en el tratamiento
- Los datos que estén presentes en la reformulación deben permitir comprender cuál es el modelo de relación que se va a establecer entre paciente y terapeuta

En la TCA son muy utilizadas las representaciones escritas como diagramas de flujo. Mediante ellas se realiza una representación de los vínculos entre las conductas problema, los patrones cognitivos disfuncionales, las emociones implicadas y los comportamientos observados; vinculado todo



**Figura 1.** Cambios de estado mental y repercusiones interpersonales. Fuente: Mirapeix, C. *Psicoterapia Cognitivo-Analítica en el Trastorno Límite de la Personalidad* [Capítulo de libro]. 2017.

ello a una visión basada en la multiplicidad del self y los roles recíprocos (20). Estas descripciones diagramáticas se realizan desde la primera sesión, un ejemplo de uno de estos diagramas de flujo puede observarse en la figura 1.

Este tipo de diagramas resultan muy eficaces para resumir información importante, establecer vínculos entre distintos procedimientos y, además, pueden usarse como tareas para casa en el reconocimiento de patrones y conductas disfuncionales (20).

La reformulación sirve de guía para la terapia y cualquier intervención que realice el terapeuta debe tener coherencia con dicha reformulación. En la fase de cambio, el terapeuta pretende demostrar al paciente cómo repite continuamente las conductas problemáticas y desadaptativas en su vida cotidiana y enseñarle cómo las puede modificar (20).

Un tiempo de la sesión se destina a preparar tareas para casa adecuadas al marco de referencia de la reformulación y a revisar el trabajo que ha realizado el paciente entre una sesión y otra (20). Además, es importante destacar una serie de técnicas que se utilizan en la TCA (20):

- Construcción de autorregistros específicos de evaluación de patrones relacionales disfuncionales
- Hojas con diagramas vacíos
- Role Playing
- Silla vacía
- Soliloquios
- Psicodrama
- Prescripción de roles
- Ejercicios de Mindfulness
- Carta de despedida

La carta de despedida se considera una técnica muy útil, sobre todo para la fase de seguimiento. En ella el paciente escribe lo que ha logrado gracias a la terapia y lo que aún le queda por conseguir para que le sirva de recordatorio (20).

Hay estudios que han demostrado que la TCA es eficaz en los trastornos de personalidad y en la intervención temprana en adolescentes y jóvenes con TLP. Otros estudios también muestran una mejora en la externalización de la psicopatología y en la psicopatología general, además de una disminución de los síntomas en los pacientes con TLP tratados con la TCA (14,18,20).

### Terapia Cognitivo-Analítica Extensa

Todo el proceso que se ha explicado anteriormente sobre la TCA es el que se lleva a cabo a la hora de tratar a pacientes con TLP con una buena función reflexiva, sin embargo, hay veces en las que los pacientes con TLP (principalmente los casos más graves), poseen una deficiente función reflexiva. En estos casos, es necesario usar la TCA-E (20).

En la TCA-E la planificación de la intervención tanto técnica como estratégica va a depender de la evolución de la función reflexiva durante el proceso terapéutico. Por ello, esta terapia plantea un modelo de intervención en cuatro fases, en las que el déficit de la función reflexiva que presente el paciente establece un marcador con una clara distinción en los procedimientos utilizados a nivel de evaluación e intervención (20). Las cuatro fases de la TCA-E son (20):

- Fase 1: Estabilización
- Fase 2: Incremento de la función reflexiva
- Fase 3: Psicoterapia Cognitivo-Analítica en TLP con función reflexiva conservada, tratamiento del trauma
- Fase 4: Integración, reinserción y alta si procede

En la primera fase de estabilización, se van a emplear técnicas de otros modelos terapéuticos, como de la TDC, pero con variaciones basadas en el concepto de función reflexiva. El foco se va a centrar, por un lado, en eliminar las conductas que se consideran de riesgo para el paciente, para terceras personas o para la continuidad del tratamiento, centrándose siempre en la reflexividad o mentalización. Y, por otro lado, en conseguir que el paciente tome conciencia de los estados mentales cambiantes que están vinculados a las conductas y emociones desreguladas (20).

En esta fase, se utiliza el cuestionario para la detección de estados mentales y los componentes educativos que se derivan de la utilización de dicho cuestionario. También se emplea el análisis en cadena típico de la TDC o el análisis funcional de la conducta característico de los modelos cognitivo-conductuales, pero ambos análisis comprendidos desde el modelo de procesamiento de la información que es el que sustenta la TCA (20).

A lo largo de esta fase se lleva a cabo un entrenamiento en Mindfulness que será utilizado durante todo el proceso terapéutico para favorecer la regulación emocional, la psicoeducación, fomentar la conciencia reflexiva del self relacional y elaborar un plan de crisis evolucionado y centrado en estados mentales y autorregulación (20).

**Cuadro 7. Niveles de intervención básico y avanzado sobre la función reflexiva (20). Fuente: Elaboración propia.**

<b>Intervenciones básicas</b> sobre la función reflexiva: Focalizando en la mente del paciente (20)	<b>Intervenciones avanzadas</b> sobre la función reflexiva: Focalizando en la mente del otro, en la relación y en el contexto (20)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de los estados mentales con el SDP</li> <li>• Representación ortogonal</li> <li>• Microanálisis de la arquitectura intra-estado (componentes somáticos)</li> <li>• Microanálisis de la transición inter-estados</li> <li>• Descripción de reciprocidades</li> <li>• Isomorfismo relacional</li> <li>• Consolidación de lo aprendido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura de la mente del otro y del lenguaje no verbal</li> <li>• Circularidad interpersonal</li> <li>• Multivocalidad del self dialógico</li> <li>• Análisis contextual</li> <li>• Intervenciones diacrónicas: El eje del tiempo</li> <li>• Relación terapéutica</li> <li>• Técnicas activas</li> <li>• Análisis de secuencias dialógicas</li> <li>• Metaprocesamiento</li> </ul>

La segunda fase, está basada en incrementar la función reflexiva, lo que supone un aumento de la conciencia reflexiva. En los pacientes con TLP y pobre función reflexiva, en la evaluación se utiliza el procedimiento para la detección de estados mentales "State Description Procedure" (SDP) (20).

En esta fase, la reformulación está centrada en identificar los estados mentales que están descritos en el SDP. Además, cabe destacar que aún no se utilizan componentes históricos referentes a situaciones traumáticas o a patrones de relación con una alta carga emocional, ya que estos componentes no se abordarán hasta que el paciente presente una mejora significativa en la función reflexiva y en la regulación emocional, es decir, que no se abordarán hasta la fase 3 (20).

La secuencia de las intervenciones que se llevan a cabo en esta segunda fase está basada en una guía estratégica denominada Proceso de Auto y Hetero Observación Relacional y Contextual (PAHORC). Esta guía señala que existen dos niveles de intervención para conseguir un aumento de la función reflexiva, el básico y el avanzado, siendo ambos útiles a nivel individual y grupal (20). Estos niveles se desarrollan en el cuadro 7.

Es muy útil emplear la guía PAHORC de forma sincrónica, es decir, en el aquí y el ahora, para poder realizar un análisis de la microestructura de los estados, los cambios sutiles de uno a otro, los estados negados o de bloqueo que esconden situaciones traumáticas, los nuevos que se generan, etc. Aunque esta guía también tiene una utilidad diacrónica a lo largo del tiempo (20).

Para finalizar, es importante señalar que, ya que esta fase se basa en aumentar la función reflexiva, existen similitudes técnicas con la TBM, debido a que se utilizan algunas intervenciones muy similares, pero desde un marco teóri-

co y técnico diferente, por ello, también existen diferencias teóricas entre ambos modelos (20).

Una vez que el paciente presenta una adecuada función reflexiva, se pasa a la fase 3, basada en el tratamiento del trauma de pacientes con TLP con función reflexiva conservada mediante la TCA.

Los pacientes que no presentan déficit en la función reflexiva comienzan el tratamiento directamente por esta fase que utiliza la metodología de la TCA clásica explicada en el punto anterior.

Por lo tanto, esta fase se basa en la reconstrucción histórica del sujeto (mediante los cuestionarios específicos de evaluación cualitativa), se trabaja también con el inconsciente, los roles recíprocos internalizados y con el trauma psicológico grave. Es decir, esta fase combina la intervención de un trabajo descriptivo, secuencial y de características cognitivas con el abordaje de patrones relacionales traumáticos (20).

Para finalizar, en la fase 4 de integración, reinserción y alta se pueden señalar dos niveles. Por una parte, hay pacientes que presentan una evolución favorable, lo cual permite que logren reestructurar su identidad y consolidar una imagen de sí mismos, así como construir patrones relacionales más satisfactorios y desarrollar conductas prosociales y adaptativas (20).

Por otra parte, hay pacientes que, debido a la gravedad de su trastorno, su larga duración y a la presencia de múltiples diagnósticos y la comorbilidad con el uso de tóxicos, se les considera como pacientes con trastorno mental grave con evolución crónica. Por ello, en estos pacientes, los objetivos del tratamiento deben centrarse en la reinserción y formación laboral, más que en un abordaje terapéutico completo con intención de dar el alta al acabar (20).

En estos casos, por lo tanto, el paciente requerirá una tutela a medio y largo plazo, un proceso de rehabilitación, formación laboral, reinserción y trabajo tutelado en el mejor de los casos (20).

### Terapia Cognitivo Conductual

Se trata de una terapia que está centrada principalmente en modificar conductas problemáticas y tiene cuatro objetivos principales (17):

- Disminuir los síntomas
- Modular el temperamento
- Disminuir del deterioro en el funcionamiento social
- Modificar el carácter o los esquemas de la persona. Para llevar a cabo este objetivo es necesaria la modificación cognitiva

En la TCC se utiliza el análisis funcional que consiste en el análisis de las relaciones del paciente consigo mismo y con su contexto. Para su realización, se recogen y describen los datos referentes a las conductas que constituyen el núcleo del problema del paciente, que lo generan y mantienen, es decir, sus antecedentes y consecuentes (17).

Los pacientes con TLP presentan conductas desadaptativas, por lo que una intervención eficaz debe mejorar esas conductas y la sintomatología general que presenta el paciente (17).

Hay un estudio que muestra que la TCC muestra mejoras significativas en el estado de ansiedad y las creencias disfuncionales en los pacientes con TLP (14). Sin embargo, es importante señalar que no hay muchos estudios sobre la TCC en pacientes con TLP, ya que se han estudiado más la TDC y la TCA que son terapias con grandes influencias de la perspectiva cognitivo-conductual.

### Intervención temprana

El término intervención temprana en este caso, hace referencia a la etapa de la enfermedad, no a la edad cronológica o de desarrollo del sujeto. Se puede hacer referencia a dos formas de intervención temprana (21):

- Prevención. Se trata de evitar la aparición de nuevos casos dirigiendo la intervención a sujetos que presentan características de un trastorno de personalidad pero que no alcanzan el umbral para que el diagnóstico sea formal.
- Tratamiento temprano. Está destinado a sujetos diagnosticados con trastorno de la personalidad. Se pretende realizar una intervención cuanto antes para tratar el trastorno completamente.

Desde la intervención temprana se defiende el modelo de estadificación clínica. Este modelo presenta un marco integrador, pragmático, heurístico y transdiagnóstico para guiar la evaluación de los pacientes, haciendo énfasis en la identificación de factores de riesgo para la persistencia o empeoramiento de los síntomas en lugar de centrarse únicamente en la aparición inicial del trastorno (21).

El modelo de estadificación clínica guía la selección de intervenciones proporcionales a la fase y estadio del trastorno en que se encuentra el paciente. Se basa en intervenciones más simples en las primeras etapas aumentando la intensidad con la progresión del trastorno (21).

Desde la perspectiva de la intervención temprana, se considera que algunos de los tratamientos desarrollados para el TLP en los jóvenes son (21):

- TCA
- Entrenamiento en regulación de las emociones
- TDC para adolescentes
- TBM para adolescentes

Las ideas principales de la mayoría de estos tratamientos se han explicado anteriormente.

### Modelo de deterioro

En las enfermedades crónicas como el TLP, la orientación del proceso o la continuidad de la funcionalidad de los afectados de estados normales a psicopatológicos es algo a considerar (9).

En estos casos, se considera pragmático un modelo que detecte sistemáticamente el deterioro psicológico del paciente, por lo que, un modelo viable de detección del deterioro parece una buena herramienta para desarrollar (9).

Aún no hay estudios realizados sobre dicho modelo de deterioro, pero se considera que podría ser muy útil en pacientes con TLP, por lo que, en el futuro, una vez probado y certificada su validez empíricamente podría considerarse un tratamiento primordial tanto para los pacientes con TLP como para otros pacientes con enfermedades crónicas.

## CONCLUSIÓN

El TLP es el trastorno de personalidad más frecuente, sin embargo, aún queda mucho que estudiar sobre dicho trastorno en sí y su tratamiento. Atender a estos pacientes en el Servicio de Urgencias es muy frecuente, debido a la presencia de conductas suicidas y autolesiones, pero también bastante complicado. Por ello, es conveniente que los trabajadores del Servicio de Urgencias tengan al menos unas nociones básicas sobre cómo deben atender a las personas con TLP para que puedan proporcionar una atención de calidad.

Por otra parte, para los pacientes con TLP la psicoterapia genera grandes dificultades, la principal es la necesidad de crear una vinculación significativa y duradera con el terapeuta, es decir, conseguir una adecuada alianza terapéutica. Para estos pacientes la relación es muy difícil y aún más si se trata de una terapia de larga duración, esto podría explicar las altas tasas de abandono de la terapia por parte de estos pacientes. Por ello, es muy importante el contrato terapéutico que se realiza al principio de la terapia, para procurar que el paciente se comprometa con la misma. Por otra parte, también es importante que el terapeuta presente una actitud empática y que no juzgue al paciente.

Además, es importante destacar que, como se ha podido comprobar a lo largo de todo el trabajo, hay una gran variedad de terapias utilizadas para el tratamiento del TLP. Sin embargo, estas terapias se consideran efectivas para el alivio de ciertos síntomas, pero actualmente, no existe aún ninguna terapia para tratar este trastorno en su totalidad debido a su heterogeneidad. Por ello, el tratamiento debe escogerse en función del perfil de cada paciente, con el objetivo de erradicar los síntomas predominantes que presenta.

Existen muy pocos estudios que comparen la eficacia de las distintas terapias, la mayor parte se centran en probar la eficacia de una terapia concreta, como consecuencia, no se puede afirmar qué terapia es más efectiva y cuál menos.

Para finalizar, puede concluirse que se ha avanzado mucho en la investigación y el desarrollo de terapias eficaces para el tratamiento del TLP. Sin embargo, aún queda mucho que investigar, como, por ejemplo, el modelo de deterioro, que podría ser un tratamiento muy eficaz y adecuado para los pacientes con TLP, pero antes habría que desarrollarlo correctamente y comprobar su validez empírica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Leal I. Trastornos de personalidad en urgencias. En: Torres P., editor. Urgencias en psiquiatría. 3ª edición. Alcalá La Real: Formación Alcalá; 2019. p. 331-346.
2. Peña B. Componentes de la personalidad: temperamento y carácter [Internet]. PsicoActiva. 12 febrero 2021 [Consultado 3 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/componentes-de-la-personalidad/>
3. Ramírez J. Trastornos de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias: análisis desde la perspectiva dimensional de la Sección III del DSM-5 y su utilidad en el ámbito clínico [Tesis doctoral]. Universidad de Huelva; 2020. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/18978/Trastornos%20de%20la%20personalidad.pdf?sequence=2>
4. Sharp C, Wright A. Editorial overview: Personality disorders: Personality pathology is what personality pathologists do. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 21: 4-7.
5. Vanegas G, Barbosa A, Pedraza Gineth. Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*. 2017; 17(2): 159-176.
6. Criterios diagnósticos trastornos de la personalidad DSM-5 [Internet]. 20 febrero 2021 [Consultado 3 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.trastornolimito.com/tp/trastorno-de-personalidad-criterios-diagnosticos-en-el-dsm-5>
7. Ramos A. Trastorno límite de la personalidad: Definición, prevalencia y tratamiento [Internet]. *Psyciencia*; 29 noviembre 2017 [Consultado 9 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/trastorno-limite-de-la-personalidad-definicion-prevalencia-y-tratamiento/>
8. Vera-Varela C., Giner L., Baca-García E., Barrigón M. Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatr Biol*. 2019; 26(1): 1-6.
9. Reeves-Dudley B. Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017; 31: 83-87.
10. Maldavsky D, Álvarez LH, Neves N, Stanley C. Construcción de la alianza terapéutica durante la sesión: conceptos e instrumento para la investigación empírica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 2017; 21(2): 146-161.
11. D'Ascenzo I, Vilaregut A, Álvarez G, Bodas M, Ellas M, Ureña I, Yagüe R. Construcción de la alianza terapéutica en un caso de terapia familiar con un miembro con Trastorno Límite de la Personalidad. *Anuario de Psicología*. 2019; 49(2): 57-71.
12. Burbridge-James W. How can transference-focused psychotherapy (TFP) help general psychiatrists working with patients with borderline personality disorder? *BJPsych Advances*. 2019; 25: 237-239.

13. Bateman A, Campbell C, Luyten P, Fonagy P. A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 21: 44-49.
14. Bursal F, Pérez N. The efficacy of psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A review. *Psychologist Papers*. 2017; 38(2): 148-156.
15. Tapasco Ayala L. Terapia dialéctico-conductual y Psicoterapia focalizada en la transferencia, dos modelos de intervención del trastorno límite de la personalidad. *Psyconex* [Internet]. 6 de agosto de 2018 [citado 24 de marzo de 2021]; 10(16): 1-13. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/334756>
16. González MA, Mirabent MB. La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP). En: Mirapeix C, Vázquez J, Gómez del Barrio A, Artal J, editores. *Abordaje integrador del Trastorno Límite de la Personalidad*. Cantabria: Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y CIBERSAM; 2017. p. 121-134.
17. Rangel-Rodríguez A, Guzmán-Díaz G, Cisneros-Herrera J. Tratamientos cognitivo-conductual y psicoanalítico del trastorno límite de la personalidad. *ESAT* [Internet]. 5 de enero de 2021 [citado 25 de marzo de 2021]; 8(15): 14-19. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/6675>
18. Ali S, Findlay C. Una revisión de las directrices del NICE sobre el manejo del trastorno límite de la personalidad. *RET*. 2019; 83: 3-12.
19. Cid J. La Terapia de Esquemas para el Trastorno Límite de la Personalidad. En: Mirapeix C, Vázquez J, Gómez del Barrio A, Artal J, editores. *Abordaje integrador del Trastorno Límite de la Personalidad*. Cantabria: Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y CIBERSAM; 2017. p. 97-120.
20. Mirapeix C. Psicoterapia Cognitivo-Analítica en el Trastorno Límite de la Personalidad. En: Mirapeix C, Vázquez J, Gómez del Barrio A, Artal J, editores. *Abordaje integrador del Trastorno Límite de la Personalidad*. Cantabria: Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y CIBERSAM; 2017. p. 147-164.
21. Chanen AM, Thompson KN. Early intervention for personality disorder. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 21: 132-135.

## ANEXO 1

**Cuadro 1.** Dimensiones y facetas del Modelo de Cinco Factores (8). Fuente: Ramírez J. *Trastornos de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias: análisis desde la perspectiva dimensional de la Sección III del DSM-5 y su utilidad en el ámbito clínico* [Tesis doctoral]. 2020.

Dimensión	Facetas que la componen
Amabilidad – Antagonismo	Confianza Franqueza Altruismo Actitud conciliadora Modestia Sensibilidad social
Responsabilidad – Irresponsabilidad	Competencia Orden Sentido del deber Necesidad de logro Autodisciplina Reflexión
Extraversión – Intraversión	Cordialidad Gregarismo Asertividad Búsqueda de emociones Emociones positivas
Neuroticismo – Estabilidad emocional	Ansiedad Hostilidad Depresión Timidez Impulsividad Vulnerabilidad
Apertura a la experiencia	Fantasia Estética Sentimientos Acciones Ideas Valores

**ANEXO 2**

Las 25 facetas que componen el Modelo Alternativo de Trastornos de la Personalidad son las siguientes (3):

- Inestabilidad emocional
- Ansiedad
- Inseguridad de separación
- Sumisión
- Hostilidad
- Perseverancia
- Afecto restringido
- Evitación
- Evitación de la intimidad
- Anhedonia
- Depresión
- Susplicacia
- Manipulación
- Falsedad
- Grandiosidad
- Búsqueda de atención
- Insensibilidad
- Irresponsabilidad
- Impulsividad
- Distraibilidad
- Asunción de riesgos
- Perfeccionismo rígido
- Creencias y experiencias inusuales
- Excentricidad
- Desregulación cognitiva y perceptiva