

# Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad<sup>12</sup>

## **Gabriela Vanegas Pérez**

Magister en Psicología Clínica y de la Familia  
Universidad Antonio Nariño. Bogotá  
Correo electrónico: gmvanegas13@gmail.com

## **Alejandro Barbosa González**

Magister en Psicología Clínica y de la Familia  
Universidad Antonio Nariño. Bogotá  
Correo electrónico: albarbosa@uan.edu.co

## **Gineth Pedraza Manuel**

Psicóloga  
Universidad Antonio Nariño. Bogotá  
Correo electrónico: ginpedrazam@gmail.com

Recibido: 08/06/2017  
Evaluado: 06/07/2017  
Aceptado: 13/07/2017

## Resumen

**Objetivo:** realizar una revisión de estudios en idioma español sobre tratamiento cognitivo conductual y sistémico para el trastorno límite de la personalidad (TLP). **Método:** Se consultaron bases de datos como *ProQues*, *Springer*, *Web of Science*, *Dialnet*, *Redalyc* y *Scielo*, entre otras. Se encontraron 123 estudios. De allí se pre-seleccionaron 63. Finalmente se seleccionaron un total de 39 estudios. **Resultados:** En los hallazgos se observa que el 44% de estudios seleccionados proponen un tratamiento cognitivo-conductual, 8% una perspectiva sistémica y 69% un tratamiento integral. Otros aspectos importantes consisten en que el 62% pertenecen a España, 23% se realizaron en el año 2013 y 64% son estudios teóricos o revisiones documentales. También se destaca que la terapia dialéctico-conductual (TDC) es la más nombrada en los estudios. En cuanto a la terapia sistémica (TS) existen pocas publicaciones. Sin embargo, en los estudios se incluye a la familia como agente clave dentro de las intervenciones integrales y también en las hipótesis etiológicas.

## Palabras clave

Trastorno límite, trastorno limítrofe, personalidad, intervención psicoterapéutica.

12 Para citar este artículo: Vanegas, G., Barbosa, A., & Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), pp. 159-176 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a09>

# Literature review on the systemic therapy and cognitive behaviour of the borderline personality disorder

## Abstract

**Objective:** to conduct a review of studies carried out in Spanish language on cognitive and systemic behavioural therapy for borderline personality disorder (BDP). **Method:** within consulted databases, *ProQuest, Springer, Web of Science, Dialnet, Redalyc and Scielo* were considered, among others. 123 studies were found. 63 were pre-selected. Finally, a total of 39 studies were selected. **Results:** the findings show that 44% of selected studies propose a cognitive-behavioral treatment, 8% a systemic perspective, and 69% a comprehensive treatment. Other important aspects include 62% that belong to Spain, 23% were carried out in the year 2013, and 64% are theoretical studies and documentary reviews. Also notable is that dialectical behavior therapy (DBT) is the most named in the studies. As for systemic therapy (ST), there are few publications. However, the studies include the family as a key agent within the comprehensive interventions as well as in etiologic hypotheses.

---

### Keywords

Trastorno límite, trastorno límite, personalidad, intervención psicoterapéutica.

---

# Revisão bibliográfica sobre o tratamento sistêmico e cognitivo condutual do transtorno limite de personalidade

## Resumo

**Objetivo:** realizar uma revisão de estudos em idioma espanhol sobre tratamento cognitivo condutual e sistêmico para o transtorno limite da personalidade (TLP). **Método:** nas bases de dados consultadas se encontram-se *ProQuest, Springer, Web of Science, Dialnet, Redalyc y Scielo*, entre outras. Acharam-se 123 estudos. Daí foram pré-selecionados 63. Finalmente se selecionaram um total de 39 estudos. **Resultados:** nos artigos achados observa-se que o 44% de estudos selecionados propõem um tratamento cognitivo-condutual, 8% uma perspectiva sistêmica e 69% um tratamento integral. Outros aspetos de importância consistem em que o 62% pertencem à Espanha, 23% foram realizados no ano 2013 e 64% são estudos teóricos ou revisões documentais. Também se destaca que a terapia dialético-condutual (TDC) é a mais nomeada nos estudos, em quanto que da terapia sistêmica (TS) tem-se poucas publicações. com todo, nos estudos inclui-se á família como agente chave dentro das intervenções integrais e também nas hipóteses etiológicas.

---

### Palavras chave

Transtorno limite, transtorno límite, personalidad, intervenção psicoterapeuta.

---

## Introducción

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V (APA, 2013), un trastorno de personalidad (TP) es un patrón perdurable de sentimientos, pensamientos y comportamientos que se desvía considerablemente de las expectativas de la cultura a la que pertenece la persona que lo padece, presentándose de forma inflexible. Éste tiene su inicio al final de la adolescencia o principio de la edad adulta. Empero, en algunos casos se manifiesta desde edades tempranas y representa dificultades para la persona en diversas esferas vitales. Los TP suscitan un gran interés psicopatológico, lo que se evidencia en diferentes versiones del DSM, principalmente IV y V, debido a su alta prevalencia y comorbilidad con otros trastornos. Uno de los trastornos más significativos por su prevalencia es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). En cuanto al tema existen diferentes aproximaciones teóricas. Por el lado de la investigación diversos autores a nivel mundial y desde variadas perspectivas han abordado el tema. Un ejemplo es el trabajo que se ha realizado para detectar problemas en la percepción de la señal entre madres con TLP y sus bebés, destacando que las madres con TLP pueden manejar dificultades a este nivel, ya que no captarían de forma efectiva las señales perceptuales correspondientes a necesidades del bebé, lo que podría influir en la calidad del vínculo y en la capacidad de respuesta de la madre para satisfacer las necesidades fisiológicas y emocionales del bebé (Elliot et al., 2014; Grienenberger, Kelly, & Slade, 2005; Lanfranco & Canales-Johnson,

2014; Preißler, Dziobek, Ritter, Heekeren, & Roepke, 2010; Spinrad, Stifter, Donegan McCall, & Turner, 2004). Sin embargo, Guendelman (2014) sostiene que los resultados de los estudios sobre cognición social y percepción no siempre concuerdan. Para este investigador es importante desarrollar nuevos marcos teóricos interdisciplinarios que faciliten una comprensión más compleja del tema de la empatía para el TLP. Por otro lado, respecto a la intervención psicológica del TLP, se contemplan aspectos desde una perspectiva teórica particular o que incluyen otros modelos más integrativos e interdisciplinarios. Finalmente, el tema de la relación terapéutica, que suele centrar su atención en las dificultades que presenta el paciente para comunicarse y, en especial, para establecer confianza con el terapeuta. Al respecto, Pierò, Cairo y Ferrero (2013) recomiendan realizar una evaluación juiciosa del temperamento del(a) paciente para saber las posibles dificultades a la hora de establecer una buena alianza terapéutica.

En Colombia, el tema ha adquirido interés en la última década debido a estudios que se han venido realizando. Un ejemplo es el proceso de implantación del Sistema de Seguridad Social en Salud y su respectiva reglamentación (Urrego & Cocoma, 1999). Sin embargo, y a pesar de los resultados arrojados por diferentes estudios acerca de la elevada prevalencia de TP, es común encontrar que estos trastornos no reciben tratamiento (Encuesta Mundial de Salud Mental-Colombia, 2003). Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), en Colombia el 17.8% de la población adulta experimenta un trastorno mental durante un periodo mayor o igual a un año. Allí se encuentra incluido el TLP, el cual maneja una prevalencia de 2%,

ubicado entre 30% y 60% de todos los TP, siendo el más frecuente.

En cuanto a la metodología que sustenta esta investigación, se trata de un análisis documental, considerado tradicionalmente como un proceso dentro del cual se busca evidenciar el contenido y forma de uno o varios documentos para flexibilizar su consulta (García, 2007). Los análisis documentales permiten recopilar información relevante acerca de un tema particular.

Respecto a los objetivos del estudio, en general se busca realizar una revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del TLP para determinar los tipos de intervención y resultados obtenidos en el tratamiento. A nivel más específico, identificar los estudios existentes sobre el TLP en lengua castellana desde el año 2005 hasta 2015, así como describir los elementos fundamentales del tratamiento del TLP desde la perspectiva sistémica y cognitivo-conductual, y, finalmente, explorar las intervenciones del TPL desde las perspectivas mencionadas tratando de brindar una mirada holística de los mecanismos como se aborda dicho trastorno.

## La personalidad según el modelo sistémico

Para Linares (2007), la personalidad es el resultado de experiencias que acumula un individuo. Igualmente es un diálogo constante entre pasado y presente que se determina por un substrato biológico y un contexto cultural. También resalta el papel

de la familia como motor del desarrollo de cualquier individuo, además de exponer que la familia de origen de un individuo está compuesta por dos dimensiones relacionales, a saber: la primera es la conyugalidad y la otra la parentalidad. La conyugalidad hace referencia a la relación de pareja de los padres, mientras que la parentalidad se refiere a la relación padre o madre con sus hijo(as). La combinación de estas dos dimensiones determina el tipo de personalidad de un individuo, inclusive explica los diferentes TP.

Otro aspecto primordial es la calidad de las relaciones al interior del seno familiar, ya que de esto depende en buena medida el desarrollo de una personalidad estable. Un buen ejemplo son las relaciones que se presentan dentro de la parentalidad (relaciones entre padres e hijos). Al respecto, Gámez-Guadix, Jaureguizar, Almendros y Carrobbles (2012) resaltan que los hijos(as) que definen a sus figuras parentales como afectuosos, suelen ser menos violentos y conflictivos que los que los definen como poco afectuosos, inclusive algunos de estos pueden agredir a sus padres (violencia filio-parental). Además, sobre la parentalización, tiene que ver con delegar en un hijo(a) responsabilidades que no corresponden con el momento vital, por ejemplo, cuando un hermano(a) mayor ejerce funciones parentales con sus hermanos(as) menores debido a la ausencia de alguna de las figuras parentales. Con respecto al tema, Vanegas, Barbosa, Alfonso, Delgado y Gutiérrez (2012) exponen que existen familias en donde alguna de las figuras parentales delega a sus hijos(as) derechos y autoridades que no les corresponden. La consecuencia es que estos niños(as) o adolescentes no perciben como autoridad a sus figuras parentales. Otro factor

de riesgo dentro de la familia es la violencia. Barbosa (2014) destaca que es común encontrar en los casos de familias que consultan por violencia, particularidades como la infidelidad, configuraciones familiares reconstruidas y conflictos sin resolver en etapas del ciclo vital familiar anteriores como la de la conformación de la pareja. Por último, y relacionado con el tema de los adolescentes, se destaca que es precisamente en esta etapa de la vida en donde se comienzan a manifestar los síntomas del TLP. Al respecto, es importante examinar el ambiente familiar del adolescente y las relaciones con sus pares. Para Barbosa, Segura, Garzón y Parra (2014), la necesidad de consolidar la identidad, experimentar sensaciones nuevas, compartir nuevas concepciones vitales e inclusive huir de situaciones de violencia en la familia, rechazo y exclusión social, motivan a algunos adolescentes a buscar en sus pares una aceptación que les permita sentirse parte de un grupo. El tipo de grupos al que se pueden adherir son las pandillas o las famosas barras bravas. Allí pueden incurrir en comportamientos delictivos y en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), teniendo esto el potencial de generar dificultades sociales y alteraciones en la personalidad.

## La personalidad según el modelo cognitivo-conductual

Según Weishaar y Beck (2006), la terapia cognitiva suele basarse en una teoría de la personalidad que se fundamenta en el procesamiento de la información que activa las respuestas cognitivas, afectivas, motivacionales y conductuales del

individuo en ambientes tanto físicos como sociales. Dentro de esta postura de pensamiento se tiende a enfatizar en la triada psicológica, la cual consta de pensamiento, sentimiento y conducta. En este sentido, algunos teóricos comportamentales consideran que el concepto de personalidad es un constructo innecesario. Por su parte, Millon (1990), quien ejerció una importante influencia en la implementación del eje II del DSM III-R, llama la atención acerca de una correlación existente entre los TP y el sistema inmunitario.

En este orden de ideas, Gabalda (2007) considera que el ser humano es racional con la capacidad de representar adecuadamente la realidad por medio de los procesos de conocimiento que activamos para explicar el entorno. El individuo entonces representa al mundo de acuerdo a dichos procesos de conocimiento que serán más adaptativos si permiten desenvolverse mejor en la realidad.

Las representaciones son producto de un proceso de aprendizaje que todo ser humano comienza en la infancia y están ligadas a la forma de pensar, sentir y actuar. Este proceso de conocimiento de la realidad en ocasiones sufre de distorsiones o errores en forma de pensamientos que pueden generar malestar psicológico (Castanedo, 2008).

Por otro lado, Linehan (1993) manifiesta que la interacción que tiene la subjetividad del individuo con las respuestas del medio hace que se desarrolle y consolide una identidad, que se representa en una forma “recurrente” o “usual” de responder ante los acontecimientos del exterior; sin embargo, la persona con trastorno de personalidad límite presenta una ambigüedad en la construcción de

su identidad dada por las respuestas incongruentes del medio a las sensaciones o percepciones particulares del sujeto. Para esta misma autora:

Los prerequisites del desarrollo de la identidad son la consistencia emocional y la predictibilidad, a lo largo del tiempo en situaciones similares. La labilidad emocional conduce a una impredecibilidad conductual y a una inconsistencia cognitiva que consecuentemente interfiere en el desarrollo de la identidad (Linehan, 1993, p. 13).

Es decir, las características identificatorias de una persona son construidas de acuerdo a las respuestas que obtienen de sus propios procesos internos; por ello, cuanto más validante sea un ambiente para el individuo, éste tendrá mayor posibilidad de saber responder, regular y proporcionar respuestas emocionales adecuadas al contexto.

## Trastorno Límite de la Personalidad

Las personas con TLP se caracterizan por una dificultad asociada a la regulación afectiva, lo que se manifiesta en un estado de ánimo impredecible y caprichoso, exhibiendo frecuentes arrebatos de ira y violencia que terminan en crisis emocionales intensas y autodestructivas. Además, se acompaña de baja tolerancia a la frustración, imagen corporal distorsionada, percepción dicotómica de sí mismos y los demás, y sentimientos crónicos de vacío. En este caso, se suelen establecer relaciones intensas pero inestables y existe comorbilidad con el consumo abusivo

de SPA. Finalmente, es importante tener en cuenta que las consecuencias de tener TLP se manifiestan tanto en el sujeto que lo padece como en sus relaciones más cercanas (APA, 2001; Chanen & Thompson, 2016; Eaton et al., 2011; Levine, Marziali, & Hood, 1997; Linehan, 1993; Meza, 2007; Stroddard, 2011; Van Zutphen, Siep, Jacob, Goebel, & Arntz, 2015).

Según García, Martín y Otín (2010), el TLP puede surgir tanto por una disposición o vulnerabilidad biológica como por experiencias psicológicas traumáticas y un contexto social inadecuado. Sin embargo, estos autores exponen que no siempre es así, puesto que aunque llegue a darse que una persona presente alguno de estos factores, existen factores protectores. Así, aunque una persona cuente con vulnerabilidad biológica, si su entorno familiar es adecuado y no presenta experiencias traumáticas, es probable que no llegue a desarrollar el trastorno.

## Categorías diagnósticas

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (2013) (APA, DSM V) ubica al TLP dentro de los trastornos de personalidad del grupo B. La definición es: “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 edad adulta y está presente en diversos contextos” (p. 364). También establece unos criterios que se deben tener en cuenta para el diagnóstico. Dichos criterios son cinco o más de los siguientes:

(1). Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado; (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.e., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios); (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.e., 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.e., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes); y (9). Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (p. 364).

También la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y otros problemas de salud, 1992), define al TLP como un TP en el cual predomina la inestabilidad emocional. Igualmente, lo subdivide en dos: El primero es el impulsivo, caracterizado por la inestabilidad emocional; y el segundo es el borderline, donde se presentan alteraciones en la autoimagen, objetivos y preferencias internas, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e

inestables y tendencia hacia las conductas autodestructivas.

## Procedimiento

La búsqueda se realizó en algunas bases de datos con mayor reconocimiento a nivel mundial (Scopus, ProQues, Springer y Web of Science, entre otras). Los descriptores fueron TLP, trastorno límite de personalidad, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento sistémico e intervención psicoterapéutica. Allí se seleccionaron los estudios que se ajustaban a los objetivos de investigación, correspondiente a documentos realizados a partir del año 2005, en idioma español.

Posteriormente, se clasificaron los estudios disponibles por categorías para identificar aspectos como la terapia de mayor frecuencia, modelo teórico al cual pertenece, año en que se realizaron los estudios, manejo integral del tratamiento, comorbilidad, tipo de tratamientos y evidencia sobre su eficacia.

## Análisis de resultados

Se encontraron 123 estudios, siendo *Dialnet* la base de datos más frecuente con 21 estudios, seguida por *Redalyc* con 19 estudios. Se pre-seleccionaron 63 estudios, en donde *Redalyc* es la base de datos más frecuente con 17 estudios,

seguida por *Scielo* y *Science Isi Web* con 10 estudios. Finalmente, se seleccionaron un total de 39 estudios, de los cuales 20 responden a categorías apriorísticas y 19 a categorías emergentes. De los 39 estudios seleccionados, *Web of Science* resulta ser la base de datos más frecuente.

La Tabla 1 expone los estudios preseleccionados de cada revista, así como la cantidad de estudios seleccionados y la categorización de los mismos en apriorísticos o emergentes. Se evidencia que la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la Revista Acción Psicológica, son las más frecuentes con 7 estudios cada una. En segundo lugar, se encuentra la Revista Clínica y Salud con 6 estudios. Igualmente, se hace notorio que se seleccionaron 39 estudios, de los

cuales 21 responden a categorías apriorísticas y 18 a categorías emergentes. Dentro de los 39 estudios, *Acción Psicológica* resulta ser la revista más frecuente con 6 estudios, seguida por la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría con 5 estudios. De la misma forma, se destaca que, en cuanto a la categoría apriorística, se seleccionaron 21 estudios (54%), en la cual se incluyen únicamente los estudios sobre el tratamiento cognitivo conductual y/o sistémico. Finalmente, en la categoría emergente se evidencian 18 estudios seleccionados (46%), donde se incluyen tanto aquellos estudios relacionados con el tratamiento del TLP desde perspectivas adicionales a las mencionadas anteriormente como con el tratamiento del TLP en comorbilidad con un trastorno adicional.

Tabla 1.  
Cantidad de estudios por criterios de inclusión según revistas

REVISTA	ESTUDIOS PRE-SELECCIONADOS	ESTUDIOS SELECCIONADOS	CATEGORÍA APRIORÍSTICA	CATEGORÍAS EMERGENTES
Revista Colombiana de Psicología	1	0	0	0
Revista Colombiana de Psiquiatría	3	2	2	0
Apuntes de Psicología	1	1	1	0
Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería	1	1	1	0
Salud Mental	4	3	1	2
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría	7	5	3	2
Universitas Psychologica	3	2	2	0
Acción Psicológica	7	6	3	3
Tesina de Belgrano	1	1	1	0
Clínica y Salud	6	1	0	1
Boletín Terapia Familiar. Red Europea y latinoamericana de Escuelas Sistémicas	1	1	1	0
Redes digital	1	1	1	0
Revista Argentina de Clínica Psicológica	1	1	0	1
Revista de Psicopatología y Psicología Clínica	1	1	0	1

REVISTA	ESTUDIOS PRE-SELECCIONADOS	ESTUDIOS SELECCIONADOS	CATEGORÍA APRIORÍSTICA	CATEGORÍAS EMERGENTES
Tesis de Grado. Universidad San Francisco de Quito	1	1	0	1
International Journal of Psychology and Psychological Therapy	1	1	1	0
Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad	1	0	0	0
Summa Psicológica UST	1	1	0	1
Psicopatol. Salud ment.	1	1	1	0
Revista de Patología Dual	1	1	0	1
Behavioral Psychology/ Psicología Conductual	1	1	0	1
Revista Interamericana de Psicología	1	1	1	0
Actas Esp Psiquiatr.	1	1	0	1
American Journal of Psychiatry	1	1	0	1
Revista de Psicología Universidad de Antioquia	1	0	0	0
Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AQuAS)	1	1	0	1
Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica	1	0	0	0
Tesis de Grado. Universidad Autónoma de Barcelona	1	0	0	0
Papeles del Psicólogo	1	0	0	0
Ajayu	1	0	0	0
Boletín de Psicología	1	0	0	0
Trabajo de Grado. Universidad Miguel Hernández	1	0	0	0
Revista de Neuro-Psiquiatría	2	0	0	0
Revista Chilena de Neuropsiquiatría	1	1	0	1
PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica	1	0	0	0
Cuadernos de Neuropsicología	1	1	1	0
Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia	1	0	0	0
Intelligo	1	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>18</b>

En la Tabla 2 se presentan las frecuencias de los estudios, es decir, la cantidad de estudios preseleccionados por país, así como la cantidad de estudios seleccionados y la categorización de los mismos

en apriorísticos o emergentes. Como se observa, España presenta mayor publicación de estudios en idioma español relacionados con el tratamiento para el TLP desde el año 2005 hasta 2015.

Tabla 2.  
Procedencia de los estudios

PAÍS	ESTUDIOS PRE-SELECCIONADOS	ESTUDIOS SELECCIONADOS	CATEGORÍA APRIORÍSTICA	CATEGORÍAS EMERGENTES
Colombia	7	4	4	0
Argentina	5	2	1	1
España	38	24	12	12
México	5	4	2	2
Chile	4	4	2	2
Ecuador	1	1	0	1
Perú	2	0	0	0
Bolivia	1	0	0	0
TOTAL	63	39	21	18
Total estudios revisados				39

Tabla 3.  
Tipos de terapia para el TLP

TERAPIA	FRECUENCIA
Sistémica	3
Dialéctica-Conductual	12
De Grupo	1
Psicoanalítica	1
Relacional (Psicoanalítica)	2
Análisis funcional	1
Farmacológica	3
Revisión de tratamientos	7
Terapia basada en la mentalización	2
Psicoterapia Conductual Analítica	1
Terapia EMDR	1
Focalizada en la transferencia	1
Humanista	1
Intervención en crisis	1
Cognitivo-conductual	2
TOTAL	39

En la Tabla 3 se evidencian las terapias propuestas en los diferentes estudios en términos de frecuencia. En este caso, la

dialéctica conductual fue la más documentada en cuanto a resultados. Existen otro tipo de tratamientos que se encontraron en la revisión y se exponen en la citada tabla para resaltar la frecuencia del tratamiento dialéctico-conductual aunque no correspondan a los objetivos del presente estudio.

## Discusión

En cuanto a la etimología del TLP, en diferentes estudios se menciona la perspectiva biosocial que reconoce dos particularidades principales como causa de la desregulación emocional, propia de este trastorno: la primera es la predisposición genética y la otra un ambiente invalidante o situaciones de crisis durante la infancia equivocadamente manejadas. Lo anterior suscita vulnerabilidad emocional (Agüero, Rodríguez, Ibarra, De La Fuente, &

Mangué, 2014). Adicionalmente, se destaca la respuesta inadecuada a situaciones contextuales que pueden ser inadaptadas o excesivas. Los altos índices de existencia de abuso sexual en la infancia es otro antecedente notable (Acuña et al., 2009).

Es importante señalar que cuando estos autores mencionan un ambiente invalidante se refieren a un ambiente que responde erradamente a las demandas o eventos internos del paciente (emociones, sensaciones, preferencias). Debido a lo anterior, estos sujetos desarrollan mayor sensibilidad emocional, dificultades para modular el afecto y una lenta capacidad de retomar el equilibrio.

La consecuencia es una afectación en su capacidad de adaptación y el desarrollo de los síntomas característicos del TLP (Navarro, Jorquera, García-Palacios, & Botella, 2010). Esto es coherente con las observaciones sistémicas, ya que, según Linares (2007), el contexto de las interacciones familiares, la cultura y los elementos sociales se encuentran fuertemente asociados al desarrollo de la personalidad. Igualmente, García et al. (2010) señalan que no es suficiente la existencia de una predisposición o vulnerabilidad genética para desarrollar un trastorno de personalidad, ya que también existen factores protectores que evitan el desarrollo del mismo.

De igual forma, Krumer (2005) y Linehan (1998) postulan que los pacientes con TLP ya contaban con una predisposición genética a tener respuestas emocionales desadaptativas, sin embargo, es la descredición de sus experiencias emocionales por parte de su contexto primario lo que propicia las dificultades de estos

pacientes para regular sus emociones. Por lo anterior, podría pensarse que, aunque existe una predisposición biológica o genética para desarrollar el TLP, se consideran más determinantes los factores externos o ambientales en que se desarrolla el sujeto, no sólo para determinar el desarrollo del trastorno sino la gravedad del mismo, siendo los pacientes de estratos socioeconómicos más bajos quienes suelen presentar síntomas de mayor complejidad (Salavera, Puyuelo, Tricás, & Lucha, 2009). Sin embargo, estos mismos autores refieren que así como una predisposición genética no asegura por sí misma la aparición del TLP, tampoco la asegura un ambiente invalidante o historia de abuso y/o malos tratos en la infancia.

Por otro lado, Mosquera y González (2013) refieren que la presencia de historial traumático en la infancia se relaciona con la gravedad sintomática de pacientes con TLP, siendo este trastorno el que presenta una mayor prevalencia de eventos traumáticos en la infancia, a diferencia de otros trastornos de personalidad. Adicionalmente, recalcan que el evento traumático más recurrente en estos pacientes está relacionado con el abuso sexual.

Con respecto a la cantidad de publicaciones desde la perspectiva sistémica (3/39), cabe destacar que las publicaciones sobre el TLP desde esta perspectiva son escasas (Campo & Ascenzo, 2010). También resaltan que otros enfoques han incluido a la familia dentro del proceso psicoterapéutico, centrándose en las relaciones interpersonales, lo que pudo observarse en algunos de los estudios seleccionados para esta revisión, los cuales proponían un tratamiento integral para este trastorno en el que se incluía a la familia.

Para los terapeutas sistémicos el objetivo está centrado en el análisis de la dinámica familiar y no en realizar un diagnóstico individual. Al respecto, Bottella y Vilaregut (2006) exponen que el objetivo principal de la intervención sistémica no es centrarse en el individuo como fuente de patología sino en las características del sistema familiar en el que el síntoma cobra sentido.

Otro aspecto que llama la atención es que algunos de los estudios revisados son realizados desde el área de enfermería, pudiendo estar relacionado este hecho con que generalmente los profesionales de esta área son quienes tienen a cargo el cuidado de estos pacientes en los diferentes centros hospitalarios (Jimenez et al., 2010).

En relación al tratamiento se pudo observar una fuerte inclinación a proponer un tratamiento integral (69%), el cual consiste en la aplicación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, siendo este último considerado como el tratamiento principal. Así, también se consideran dos modalidades: la individual y la grupal. Sin embargo, en algunos estudios se incluye además la terapia familiar (Biagini, Torres, Torruco, & Carrasco, 2009; García et al., 2010; Lencini & Galliesi, 2008; Sarmiento, 2008).

El tratamiento que sobresale en los estudios seleccionados de esta revisión corresponde a la terapia Dialéctico-conductual (TDC) (31%). También se evidencia que el 64% de los estudios seleccionados corresponden a revisiones documentales, lo que podría propiciar cuestionamientos en relación a los datos que se tienen en cuenta a la hora de señalar a la terapia dialéctico conductual

como la terapia de mayor eficacia por su evidencia científica. Sin embargo, lo anterior se explica porque en los últimos años predominan estudios documentales o teóricos que señalan la eficacia de la TDC basándose en estudios anteriores. Igualmente, se encuentran múltiples limitaciones en los estudios como la dificultad de generalizar los resultados por el tamaño de la muestra, problemas con el diseño, comorbilidad del TLP con otros trastornos del eje I o II y una alta tasa de abandono del tratamiento por parte de los pacientes (Marín & Fernández, 2007; Salavera, Puyuelo, Tricás, & Lucha, 2009).

Por otro lado, es frecuente encontrar que los diversos tratamientos propuestos para pacientes con TLP disminuyen sólo algunas de las conductas desadaptativas, lo que sugiere una eficacia parcial del tratamiento. Con relación al tema, Navarro-Leis y López (2013) plantean que existe una dificultad a la hora de determinar la eficacia de los tratamientos para los trastornos de personalidad, debido a que son muy pocos los estudios existentes sobre este tema. Esto permite reflexionar sobre las recomendaciones de Rodríguez-Moya y Fernández-Belinchón (2013), quienes recomiendan que todos los esfuerzos clínicos y científicos deben apuntar a desarrollar tratamientos eficaces para las dificultades psíquicas propias de los trastornos de personalidad, no sólo por su desarrollo temprano y su carácter evolutivo crónico sino por la alta disfuncionalidad y comorbilidad que estos presentan. De la misma manera, por su alta prevalencia en la población, ya que cada vez es mayor el número de pacientes con trastornos de la personalidad que acuden a consulta en las unidades

de salud mental. Así, según estos autores, el tratamiento eficaz se convierte en un reto importante para la psicología clínica.

Volviendo a la integralidad del tratamiento y la TDC, podría pensarse que la integralidad de ésta radica en incluir varias modalidades de tratamiento como la terapia individual, grupal, tratamientos farmacológicos y equipos de trabajo con profesionales de diversas áreas. La TDC es integral por sí misma, ya que contempla las modalidades anteriormente mencionadas en conjunto con la asistencia telefónica y psicoeducación a familiares y allegados. De igual forma, las bases teóricas de la TDC son de por sí una filosofía integradora.

En cuanto a los objetivos de la intervención, se encuentra que uno de los principales es reducir o eliminar las conductas que puedan amenazar la vida del paciente. Allí aparecen conductas autolesivas o intentos de suicidio. A nivel más específico, que el paciente reconozca sus respuestas desadaptativas y desarrolle diferentes habilidades para regular el afecto. La idea es que genere respuestas adaptativas, incluso en situaciones de crisis (Navarro, Jorquera, García-Palacios, & Botella, 2010).

Algunos estudios refieren que el TLP está asociado con un apego inseguro durante la infancia, donde el progenitor es agresor y al mismo tiempo fuente de seguridad, lo que genera sentimientos ambivalentes en el paciente. El resultado son sentimientos como la rabia y culpa que motivan los comportamientos impulsivos. Es común la relación entre dichos sentimientos y el consumo de SPA así como conductas autolesivas

(Chaparrós, 2007). Adicionalmente, se ha encontrado que los trastornos alimentarios y por consumo de sustancias son manifestaciones o intentos desadaptativos del paciente con TLP para regular sus emociones.

El abordaje terapéutico de pacientes con TLP se considera de alta complejidad, ya que el comportamiento de algunos de estos pacientes representa un alto grado de estrés para el psicoterapeuta. Esto se presenta debido a la demanda excesiva de atención y afecto por parte de estos pacientes, los intentos o amenazas de suicidio y las crisis relacionales con el terapeuta (Oldham, 2006; Regalado & Gagliesi, 2012). Por dicho motivo, es frecuente el trabajo con equipos de supervisión, ya que requieren de apoyo, guía y retroalimentación continua (Martínez & Martín, 2015).

A pesar de las diferentes perspectivas teóricas de los modelos de tratamiento para el TLP, en los diferentes estudios revisados se encuentran objetivos terapéuticos comunes, como, por ejemplo, la validación de la experiencia o respuesta del paciente, ya sea emocional, cognitiva o comportamental. Allí se plantea la necesidad de realizar una reestructuración en la que el paciente sea capaz de autoobservar sus respuestas, analizarlas en relación al contexto actual y su pasado para generar nuevas formas adaptativas de afrontar y resolver sus problemas (García, 2007). También se resalta la importancia de que el terapeuta no caiga en la pauta invalidante a la que su paciente está acostumbrado. La idea es no reprocharle los ataques de ira sino mostrarle comprensión y apoyo.

# Consideraciones finales

Se necesitan más estudios sobre el tratamiento de los trastornos de la personalidad, en especial estudios que contemplen también la forma como se manifiestan los síntomas en diversos contextos socioculturales y diferentes etapas del ciclo vital. De la misma manera, investigaciones que contemplen evidencia empírica, ya que la mayor parte de estudios publicados son revisiones. También sería interesante investigar más en torno a la forma como las personas con TLP establecen relaciones de pareja y ejercen funciones parentales.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión, se considera que podría haber resultado interesante revisar trabajos de maestría y doctorado, tanto impresos como virtuales, acerca del tema. Desafortunadamente, el tiempo y los recursos no permitieron lograrlo.

# Referencias

- Acuñas, M., Bermúdez, C., Lago, E., Vilavedra, A., Marín, N., & Ibarra, O. (2009). Perfiles en hostilidad e impulsividad de una muestra de pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia dialéctico-conductual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 523-532.
- Agüero, L., Rodríguez, M., Ibarra, O., De La Fuente, L., & Mangué, J. (2014). Estrategias de afrontamiento de una muestra de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad en Terapia Dialéctico-Conductual. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 103-106.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Pub.
- Barbosa, A. (2014). Terapia sistémica y violencia familiar: una experiencia de investigación e intervención. *Quaderns de Psicologia*, 16(2), 43-55. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/psicologia.1196>
- Barbosa, A., Segura, C., Garzón, D., & Parra, B. (2014). Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 53-69. doi: 10.12804/apl32.1.2014.04
- Biagini, M., Torres, J., Torruco, M., & Carrasco, B. (2009). Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. *Salud Mental*, 32(3), 241-250.
- Botella, L., & Vilaregut, A. (2006). *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. Barcelona: Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna. Universitat Ramon Llull.
- Campo, C., & Ascenzo, I. (2010). *El Trastorno Límite de la Personalidad: Diagnóstico*

- e *Intervención desde la perspectiva Sistémica*. Boletín Terapia Familiar. Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas. España: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques Psicoterapéuticos*. Mexico: Manual Moderno
- Cisneros, M. (2011). *Trastorno depresivo y límite de la personalidad: Aproximación terapéutica desde una perspectiva humanista* (Trabajo de Grado). Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador.
- Chanen, AM., & Thompson, KN. (2016). La prescripción y el trastorno límite de la personalidad. *Australian Prescriber*, 39, 49-53. doi: 10.18773 / austprescr.2016.019
- Chaparrós, N. (2007). Perspectiva psicoanalítica del tratamiento de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18(3), 363-380.
- Eaton, N.R., Krueger, R.F., Keyes, K.M., Skodol, A.E., Markon, K.E., Grant, B.F., & Hasin, D.S. (2011). Borderline personality disorder comorbidity: Relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine*, 41(5), 1041-1050. doi:10.1017/S0033291710001662
- Elliot, R., Campbell, L., Hunter, M., Cooper, G., Melville, J., McCabe, K., & Loughland, C. (2014). Cuando miro en los ojos de mi bebé. Reconocimiento de la emoción por madres con trastorno límite de la personalidad. *Infant Mental Health Journal*, 35(1), 21-32.
- Ferrer, M. (2013). *Trastorno Límite de la personalidad: Diferentes manifestaciones de un mismo trastorno*. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España
- Gabalda, I., (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Gámez-Guadix, M., Jaureguizar, J., Almendros, C., & Carrobbles, J. A. (2012). Estilos de Socialización familiar y violencia de hijos a padres en Población Española. *Psicología Conductual*, 20(3), 585-602.
- García, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad. *Clínica y Salud*, 18(3), 347-361.
- García, M., Martín, M., & Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(106), 263-278.
- García, A.C. (1993). Análisis documental: el análisis formal. *Revista General de Información y Documentación*, 3(1), 11- 19.
- Grienenberger, J.F., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299-311. doi:10.1080/14616730500245963
- Grupo de trabajo de la GPC sobre trastorno límite de la personalidad, (2001). En *Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AQuAS)*. 1ª Edición. Recuperado de <http://aquas.gencat.cat/web/content/minisite/aquas/publicacions/2011/pdf/>

- gpc\_trastorno\_limite\_tlp\_aiaqs2011es\_resumida.pdf
- Guendelman, S. (2014). Trastorno límite de la personalidad y la empatía: controversias hacia una psicopatología basada en la neurociencia social. *Revista Médica de Chile*, 142, 119-1220. doi.org/10.4067/S0034-98872014000900019
- Jimenez, J., Pérez, M., Rivera, C., Medina, L., Munuera, V., & Sánchez, M. (2010). El Trastorno Límite de Personalidad: La Filosofía Dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. *Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería*, 20, 1-16. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/111021/105421>.
- Krumer, V. (2005). *Tratamiento para pacientes con Trastorno Borderline de la Personalidad. El modelo Dialéctico Comportamental* (Trabajo de Grado). Universidad de Belgrano. Buenos Aires, Argentina.
- Lanfranco, C., & Canales-Johnson, A. (2014). Mímica facial en el trastorno límite de la personalidad: en la empatía y más allá. *Revista Médica de Chile*, 142(9), 1217-1218. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000900018>
- Lencini, G., & Gagliesi, P. (2008). Asistencia telefónica: una aproximación desde la Terapia Dialéctico-Conductual en pacientes con Trastornos Límites. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 116-126.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 240-246. doi:10.1097/00005053-199704000-00004
- Linares, J. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3), 381-399.
- Linehan, M. (1998). An illustration of Dialectical Behaviour Therapy. *In Session*, 4(2), 21-44.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Manual de Tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós
- Marín, J., & Fernández, M. (2007). Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18(3), 259-285.
- Martínez, J., & Martín, B. (2015). Psicoterapia relacional del trastorno límite de personalidad parte II. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 587-606.
- Meza, T. (2007). Trastorno Límite de personalidad: constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(2), 55-64.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York. Willey.
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Terapia EMDR en el Trastorno Límite de Personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 85-96.
- Moreno, H. (2013). *Análisis coste-efectividad en el tratamiento de la psicosis en Colombia: Modelos de intervención desde la psiquiatría biológica a la*

- psicología psico-dinámica* (Tesis Doctoral). Universidad Miguel Hernández. España.
- Navarro, M., Jorquera, M., García-Palacios, A., & Botella, C. (2010). Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) en un caso con rasgos de Personalidad Límite y Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 61-74.
- Navarro-Leis, M., & López, M. (2013). Terapias Cognitivo Conductuales para el Tratamiento de los Trastornos de Personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44.
- Oldham, J. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad y tendencia al suicidio. *American Journal of Psychiatry*, 9(3), 131-137.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Encuesta Mundial de Salud Mental-Colombia*. Universidad de Harvard. Ejecutada y editada por Ministerio de la Protección Social y la Fundación FES-Social, 2005.
- Organización mundial de la salud (OMS) (1992). *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y otros problemas de salud* (CIE-10). Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio, un instrumento en el trabajo*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_work\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf)
- Pierò, A., Cairo, E., & Ferrero (2013). Personality dimensions and Working Alliance in subjects with Borderline Personality Disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(1), 17-25. doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.09.001
- Preißler, S., Dziobek, I., R itter, K., Heekeren, H.R., & Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4, 182. doi:10.3389/fnbeh.2010.00182
- Regalado, P., & Gagliesi, P. (2012). Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 66-75.
- Rodríguez-Moya, L. & Fernández-Belinchón, C. (2013). Psicoterapia cognitivo analítica y trastornos de la personalidad: revisión. *Acción Psicológica*, 10(1), 65-74.
- Salavera, C., Puyuelo, M., Tricás, J., & Lucha, O. (2009). Comorbilidad de trastornos de personalidad: estudio en personas sin hogar. *Universitas Psychologica*, 9(2), 457-467.
- Sarmiento, M. (2008). Terapia Conductual-Dialéctica para pacientes con Trastorno Límite de Personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 149-163.
- Spinrad, T.L., S tifter, C.A., Donelan-McCall, N., & Turner, L. (2004). Mothers' regulation strategies in response to toddlers' affect: Links to later emotion self-regulation. *Social Development*, 13(1), 40-55. doi:10.1111/j.1467-9507.2004.00256.x
- Stroddard. (2011). *Trastorno de Personalidad*. [Blog]. Recuperado de <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/spanish/trastornodelapersonalidad.aspx>
- Urrego, M., & Cocoma, P. (1999). Por la Salud Mental. *Revista de Salud Pública*, 1, 1-10

- Van Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G.A., Goebel, R., & Arntz, A. (2015). Sensibilidad emocional, regulación emocional y la impulsividad en el trastorno límite de la personalidad: una revisión crítica de los estudios de resonancia magnética funcional. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *51*, 64-76. doi: 0.1016/j.neubiorev.2015.01.001
- Vanegas, G., Barbosa, A., Alfonso, M., Delgado, L., & Gutiérrez, J. (2012). Familias monoparentales con hijos adolescentes y psicoterapia sistémica. *Vanguardia psicológica*, *2(2)*, 203-215.
- Weishaar, M.E. & Beck, A.T. (2006). Cognitive therapy of personality and personality disorders. En S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (2ª ed.), (pp. 113-135). Nueva York: Springer