

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FAC. CS. SOCIALES  
CARRERA PSICOLOGIA

---

**Trastorno de Personalidad Límite desde la  
Perspectiva Cognitiva: Aportes Conceptuales y  
Psicoterapéuticos.**

**Memoria para optar al Título de Psicólogo**

**Memoristas: MARCELA C. CELIS GARCIA  
PATRICIO A. GAETE QUIROZ**

**Prof. Patrocinante: Juan Yañez Montecinos.  
Prof. Guía Metodológico: Elisabeth Wenk Wehmeyer.**

**Santiago de Chile, 1999.**

Dedico este trabajo a mis abuelos Mary y Faustino: por sus eclipses, sus chocolates calientes y sus balcones soleados; por el amor seguro que me han  
dado.

Agradezco a mi familia (esos con los que he cantado canciones viejas camino a algún lado), a mis amigas (ellas saben de quién se trata) y a Felipe (la felicidad instalada para quedarse).

Marcela Celis García

*Más importante que crear mundos resulta ser cómo nos insertamos en ellos.*

Este trabajo no podría haber concluido sin el respaldo y el apoyo constante que me brindaron incontables personas. ¡Es nuestro! Por esta razón, lo dedico a mis padres (por su afecto diario), a mi hermana (por tu paciencia), a mi familia (por el ánimo y el respaldo técnico), a Soledad (por ser como eres), a mis amigos y a todos quienes estuvieron y siguen estando a mi lado, incluso desde otras esferas. Muchas gracias.

Patricio Gaete Quiroz



## INDICE

	<b>Pg.</b>
<b>I.- INTRODUCCION.....</b>	<b>04</b>
I.1- Objetivos.....	09
<b>II.- MARCO TEORICO.....</b>	<b>10</b>
<b>II.1- PERSONALIDAD Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD</b>	
II.1.1- Normalidad y Anormalidad.....	11
II.1.2- Concepto de Personalidad.....	14
II.1.3- Trastorno de Personalidad.....	18
<b>II.2- TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITE</b>	
II.2.1- Orígenes del Concepto.....	20
II.2.2- Organización de Personalidad Borderline.....	22
II.2.3- Trastorno de Personalidad Límite o Borderline.....	24
II.2.4- Etiología.....	27
II.2.5- Prevalencia.....	28
<b>II.3.- TEORIA COGNITIVA</b>	
II.3.1.- Base de La Teoría Cognitiva: El Cognitivismo.....	30
II.3.2.- La Teoría Cognitiva.....	33
II.3.3.- La Terapia Cognitiva.....	36
II.3.4.- Evolución de la Terapia Cognitiva.....	38

<b>III.- CONCEPTUALIZACIONES COGNITIVAS ESPECIFICAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITE.....</b>	<b>42</b>
III.1- Aaron Beck.....	43
III.2- Jeffrey Young.....	54
III.3- Marsha Linehan.....	71
III.4- Theodore Millon.....	82
<b>IV.- ANALISIS.....</b>	<b>108</b>
IV.1. Etiopatogenia.....	109
IV.1.1. Factores Biológicos.....	109
IV.1.2. Experiencias Tempranas.....	111
IV.1.3. Instauración del Trastorno.....	113
IV.1.3.1. Rigidización.....	114
IV.1.3.2. Desregulación.....	115
IV.1.3.3. Esquemas.....	115
IV.2. Definición del TPL.....	117
IV.2.1. Creencias Distorsionadas.....	118
IV.2.2. Desequilibrios.....	119
IV.2.2.1. Desregulación.....	119
IV.2.2.2. Pensamiento Dicotómico.....	120
IV.2.2.3. Dicotomías.....	120

IV.3. Tratamiento del TPL.....	122
IV.3.1. Ámbito Cognitivo.....	122
IV.3.2. Ámbito Interpersonal.....	124
IV.3.3. Ámbito Emocional.....	125
IV.3.4. Ámbito Conductual.....	126
<b>V.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>127</b>
<b>VI.- DISCUSION.....</b>	<b>131</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>141</b>
1- PUBLICACIONES NACIONALES.....	141
2- PUBLICACIONES INTERNACIONALES.....	146
3- CUESTIONARIO.....	156
<b>RESUMEN.....</b>	<b>172</b>

## I.- INTRODUCCION

A pesar de los intentos por clarificar el concepto de Trastorno Límite o Borderline de la Personalidad (TPL), éste se enmarca en una ambigüedad que se genera desde sus inicios. Aunque fue planteado originalmente por Stern en 1938, el concepto tomó impulso a través de la concepción analítica de Kernberg<sup>1</sup> y Gunderson<sup>2</sup>. De este modo, el Trastorno Límite de la Personalidad ha sido un diagnóstico oficial por ya veinticinco años. Esta oficialidad, sin embargo, no ha significado uniformidad en los criterios y la significación misma del concepto. Éste es entendido de manera fundamentalmente distinta por las diferentes corrientes teóricas y es muy difícil aclarar si lo que actualmente se entiende por Trastorno Límite de la Personalidad, principalmente desde la fenomenología, tiene algo que ver con lo definido por Kernberg como “Condición Borderline”.

Se ha utilizado el mismo término para aludir a diagnósticos incluso no equiparables, incurriendo con frecuencia en inadvertidos errores. La discusión histórica ha polemizado respecto de si este desorden corresponde a un estado, a una particular organización de la personalidad o a un síndrome. Es así como encontramos que Stern señala lo límite como variedad de la esquizofrenia; Schmideberg lo entiende como una categoría general de alteración de la personalidad; Frosch como una forma especial de alteración de la personalidad; Grinkler lo entiende como variedad de una alteración afectiva y el DSM IV, manual que en estos días es guía de gran parte de quienes se dedican a la psiquiatría, define el TPL como un “patrón persistente de

---

<sup>1</sup> 1965.

<sup>2</sup> 1975.



inestables relaciones interpersonales, autoimagen, afectos y control de impulsos, instalado en la adultez temprana y presente en una variedad de contextos”<sup>3</sup>.

De la multiplicidad de miradas sobre el trastorno, este trabajo se interesa principalmente en el enfoque de la Teoría Cognitiva, quien hasta hace muy poco no incursionaba en los procesos subyacentes. Este paradigma surge a partir de la creciente insatisfacción existente a mediados de siglo, respecto de las bases teóricas y empíricas del enfoque conductual estricto. Es por ello que comienza a cuestionarse lo restringido de las explicaciones dadas por las teorías del aprendizaje, hasta el punto de dar un salto cualitativo y epistemológico, en el que sólo una pequeña porción de las conductas humanas son irreducibles a esquemas estímulo-respuesta (E-R).

La Teoría Cognitiva supone y asume como base a un *sujeto racional*, capaz de interponer entre el ambiente y su propia respuesta una *mediación cognitiva*, la cual puede por sí misma, dar cuenta de esa respuesta. Por esta razón comienza un lento pero progresivo acercamiento científico al estudio de las variables mediacionales que determinan la conducta. Estos estudios se han nutrido con numerosos intentos por explicar y/o dar cuenta de los procesos de pensamiento de las personas, así como de sus procesos fisiológicos y socioculturales. Se tiene entonces, que esta constante búsqueda por integrar los mencionados factores mediacionales, ha dado como resultado la obtención de diversas conceptualizaciones y metáforas específicas (el condicionamiento, el procesamiento de información y la narración<sup>4</sup>), que como ya se dijo, buscan explicar los procesos de pensamiento, tanto de las personas sanas como de las que presentan dificultades psicológicas y/o psiquiátricas.

---

<sup>3</sup> "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales, DSM-IV", 1995.

<sup>4</sup> Meichenbaum, 1997



Los autores cognitivos se centran en el complejo cognición (mediación)-afecto-conducta-consecuencias, resaltando la interdependencia entre estos procesos. Sin embargo, en esta dinámica pueden existir ciertas distorsiones o errores, que originarían las distintas nosologías diagnósticas.

Para poder adentrarse en los distintos conceptos que enfatiza la Teoría Cognitiva, este trabajo enfocará su atención sobre aquellos autores que han desarrollado propuestas específicas acerca de la categoría de los Trastornos de Personalidad y en particular, sobre el TPL: ellos son Jeffrey Young, Aaron Beck, Marsha Linehan y Theodore Millon. Entre ellos, algunos adhieren a la nosología propuesta por el DSM-IV y los otros proponen una manera particular de entender este desorden.

Se intenta, entonces, indagar cuál es la conceptualización, diagnóstico y enfrentamiento terapéutico que la Teoría cognitiva posee respecto del Trastorno de Personalidad Límite. A partir de ello, se realiza un análisis crítico de estos planteamientos, evaluando su consistencia, congruencia y profundidad.

El diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico se tornan relevantes debido a que las personas con este desorden caracterológico, suelen ser diagnosticadas de TPL tras un promedio de alrededor de cuatro visitas médicas previas, debido a la multiplicidad de síntomas que presentan, siendo deficientemente ayudadas en su problema de base. Diversas corrientes teóricas dudan acerca de la posibilidad de un tratamiento para estos pacientes o se declaran escépticas sobre la efectividad de los resultados del mismo; no es extraño entonces que los pacientes con personalidad límite sean constantemente derivados y abandonados en el tratamiento. En base a las mismas características de su personalidad, estos pacientes generan con sus

tratantes relaciones marcadas por la dualidad victimizador-victimizado, es decir que estas personas inducen malos tratos y negligentes atenciones por parte de sus terapeutas, siendo poco capaces de advertir y reaccionar adecuadamente a esta situación: “Estos son los pacientes que son forzados, arrojados en reclusión, medicados contra su voluntad, transferidos sin aviso, y quienes generalmente llegan a ser el foco de nuestra rabia y frustración”<sup>5</sup>.

Teorías e investigaciones actuales consideran el desarrollo del trastorno de Personalidad Límite en relación con antecedentes severos de abuso y maltrato en la infancia; en base a esto, se advierte sobre cómo la relación de maltrato con sus terapeutas y tratantes, repite y refuerza las concepciones básicas sobre el mundo, sí mismo y los demás que estos pacientes poseen, manteniendo y profundizando el problema. Considerando lo anterior, parece radicalmente importante ampliar y profundizar en las alternativas de tratamiento para estos pacientes. Se pretende mostrar que la Teoría Cognitiva puede dar respuestas en este sentido.

Esta memoria se propone lograr sus objetivos, a través de una investigación de orientación teórica que revisa el trabajo de cuatro autores cognitivos respecto al TPL. Para ello, en primer lugar, se profundiza (marco teórico) en los conceptos de normalidad, anormalidad, personalidad y trastorno de personalidad. Asimismo se aborda la historia y definición del concepto de trastorno de personalidad Límite o Borderline (TPL), su etiología y prevalencia, diferenciando al trastorno del concepto psicoanalítico de Organización de Personalidad Borderline. Se concluye esta sección revisando

---

<sup>5</sup> “Trauma y desarrollo del Trastorno de Personalidad Limite”. En *The Psychiatric Clinics of North America*, Diciembre 1994.



los conceptos básicos de la Teoría Cognitiva, en la que se enmarca este trabajo, y de la Terapia Cognitiva.

En segundo lugar, se investigan las propuestas que realizan los autores cognitivos respecto al mencionado trastorno con el objeto de poder realizar un análisis crítico de ellas, al mismo tiempo que se establecen conclusiones que permitan avanzar en la comprensión y tratamiento integral de este tipo de pacientes. Para ello, las propuestas de estos autores se analizan desde el punto de vista de la etiopatogenia, el funcionamiento del trastorno y su abordaje psicoterapéutico, intentando sistematizar esta.

En último término, y a modo de aporte, se agrega un resumen (abstracts) de las publicaciones tanto nacionales como internacionales en torno al tema, correspondientes al período 1986-1998, así como también cuestionarios desarrollados por autores cognitivos para la evaluación del TPL.

Esperamos que esta memoria logre ser una entrada al tema de los Trastornos de Personalidad, y en especial al Trastorno de Personalidad Límite desde la perspectiva Cognitiva, estimulando el estudio de este tema y contribuyendo a cambiar y mejorar la conceptualización y el difícil enfrentamiento con estos pacientes. Si esto se traduce en un alivio y mejora en la calidad de vida de estas personas, nuestras intenciones y esfuerzos habrán sido exitosos.

## I.1- OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

- Indagar y averiguar cuáles son las conceptualizaciones, aportes y enfrentamientos que la Teoría Cognitiva, bajo una epistemología racionalista, posee respecto al Trastorno de Personalidad Límite, en términos conceptuales y psicoterapéuticos.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar una revisión, análisis crítico y discusión de los aportes que la Teoría Cognitiva, bajo una epistemología racionalista realiza respecto al Trastornos de Personalidad tipo Límite (TPL) en términos conceptuales y terapéuticos.
- Realizar una revisión de las teorías propuestas por cuatro autores cognitivos respecto de la etiopatogenia del TPL.
- Organizar y sistematizar la información recopilada de los aportes que la teoría Cognitiva realiza respecto al TPL.
- Realizar una revisión de las teorías propuestas por cuatro autores cognitivos respecto del funcionamiento del TPL.
- Realizar una revisión de las teorías propuestas por cuatro autores cognitivos respecto del tratamiento del TPL.
- Analizar las teorías propuestas por los cuatro autores en términos de su concordancia respecto de los principios cognitivos.
- Favorecer el desarrollo de futuros estudios de los Trastornos de Personalidad desde la perspectiva Cognitiva.

## **II.- MARCO TEORICO**

Este trabajo tiene como antecedente teórico una serie de publicaciones nacionales e internacionales que abarcan, en el caso de las revistas nacionales, el período 1986-1996 y en el de las internacionales, 1983-1998. Los libros, por su parte, abarcan el período comprendido entre los años 1963 y 1998. Para ello, se llevó a cabo una revisión informática a través de bases de datos especializadas, como son el Sistema de Información y Bibliotecas de la Universidad de Chile (SISIB), la Red Nacional de Información y Bibliotecas (RENIB) y la National Library of Medicine (MEDLINE), para lo cual se utilizaron las siguientes palabras claves: trastorno de personalidad, trastorno de personalidad límite o borderline, terapia cognitiva y tratamiento cognitivo. Las referencias de estas publicaciones fueron utilizadas a su vez, para identificar otras publicaciones atingentes.

La sistematización de la información encontrada se realizó sobre la base de estudios teóricos en el tema de Personalidad, Trastornos de Personalidad, por un lado, y en el de la Teoría y Terapia Cognitiva, por otro.

### **II.1- PERSONALIDAD Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD**

Para poder entender el concepto de Trastorno de Personalidad como una entidad que supone una desviación respecto a una norma, creemos que es necesario detener la mirada en los conceptos implícitos en este diagnóstico: nos referimos a la idea misma de diagnóstico, normalidad- anormalidad, personalidad y personalidad anormal. En este sentido, nos proponemos



revisar discusiones históricas generadas en torno a estos temas. Para ello nos hemos visto en la necesidad de recurrir a la aproximación psiquiátrica, puesto que el paradigma cognitivo no se refiere comúnmente a los TP, abordándolos desde otros modelos y marcos conceptuales.

### II.1.1- Normalidad y Anormalidad

Tal como señala O. Dörr<sup>6</sup>, “la primera cuestión que se nos plantea cuando hablamos de enfermedad, trastorno o desorden mental, es la de la norma o medida frente a la cual estamos afirmando la desviación en el vivenciar o comportarse de un individuo al que estamos sindicando como enfermo”.

Con esto entendemos que en el proceso *diagnóstico* requerido para considerar un comportamiento o vivencia como anormal o desviado, está implícito el supuesto de la existencia de una normalidad, de una norma. Esta conceptualización no resulta tan fácil como podría parecer en una primera lectura, ya que muchas veces son simplemente ignorados tanto el proceso que se lleva a cabo al momento de establecer una desviación, como el parámetro respecto del cual se establece la diferencia.

Comencemos por visualizar este problema desde la enfermedad somática. Con el correr de los años se ha logrado determinar que la norma respecto de la que aquella enfermedad se desvía, corresponde a una estructura anatómica y/o una determinada función previamente dada, siendo posible establecer a través del diagnóstico, la ligazón existente entre lo orgánico y el

---

<sup>6</sup> O. Dörr, "Personalidad normal y anormal". En "Personalidad y Psicopatología". Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Stgo. 1997. Pg.21.

síntoma. Nos vemos aquí en la necesidad de que el síntoma esté tomado en su sentido causal. Sin embargo, si queremos seguir en la línea anterior y diagnosticar una perturbación psiquiátrica y/o psicológica, necesitaríamos poder concluir que existe un proceso morboso o patológico a la base, el que debiera aparecer a la luz de la constatación empírica de síntomas y en el que se supone en última instancia, el carácter orgánico de los trastornos psíquicos, postulado que se enmarca dentro de una antropología cartesiana, con una separación absoluta entre la *res cogitans* y la *res extensa*. Esta ligazón *causal* entre lo orgánico y el síntoma en la psiquiatría no es tan fácil de establecer.

A pesar de esta dificultad, el "tipo de comprensión causal del síntoma se encuentra en la raíz de la descripción de los síntomas fundamentales de Bleuler (1911) y de los síntomas de primer orden de Schneider (1962), pero también en los criterios diagnósticos del DSM III y el DSM IV (1980)"<sup>7</sup>.

Frente a la situación anterior, las psicologías "profundas" y también el psicoanálisis buscan desviar la causalidad desde lo orgánico a lo puramente psíquico, estableciendo entonces, conexiones de corte dinámico, de regiones o instancias de lo psíquico sometidas a principios energéticos reguladores. Sin embargo, en estos dos tipos de psiquiatría (las llamadas organicistas y las psicodinámicas), el elemento "observable" de un proceso invisible corresponde al rasgo o síntoma, siendo el diagnóstico, la conexión entre ambos.

Ahora bien, "ocurre que este procedimiento diagnóstico se basa en dos presupuestos que no se cumplen en la mayoría de las perturbaciones psíquicas, con excepción de los cuadros orgánico-cerebrales: que tanto la legalidad de la conexión funcional como la enfermedad en su contenido material tienen que

---

<sup>7</sup> Idem, pg.22.



ser previamente conocidos, al menos en parte. Con el objeto de salvar este inconveniente creó Kurt Schneider (1962) el concepto lógico-racional de síntoma [...] en el cual se afirma una relación puramente empírica y estadística entre, por ejemplo, los síntomas de primer orden y la supuesta enfermedad orgánica subyacente. [...] Este concepto de síntoma [...] que han seguido los DSM a partir del número III, tiene el serio inconveniente de caer en permanentes tautologías”<sup>8</sup>.

La psiquiatría presenta, de este modo, serias dificultades en cuanto a que corre el riesgo de caer en tautologías lógico-rationales del síntoma, así como también puede llegar a desconocer el proceso orgánico subyacente a la mayoría de los trastornos psíquicos y no considerar las características de la función normal, frente a la que se desvían cuadros tales como las psicosis endógenas, depresiones y trastornos de personalidad.

Por otra parte, surge en la psiquiatría la necesidad de tener un adecuado concepto de normalidad y anormalidad. Esto último se ve superado con la mirada *fenomenológica*, que en vez de realizar un salto desde el síntoma hasta llegar a una construcción hipotética, penetra a través de éste hasta el fenómeno en su totalidad, que es lo que se muestra en sí. Tal como nos plantea O. Dörr: “si frente a un enfermo mental nos orientamos hacia los fenómenos, hacia lo que se muestra en sí, y no nos limitamos a constatar síntomas y apariencias, tendremos un acceso directo a la modificación del orden (norma) estructural de la existencia (Dasein) y eso vendría a ser la enfermedad misma en cuanto a alejamiento con respecto a una norma o medida a priori”<sup>9</sup>.

Vemos entonces, que la manera de establecer una anormalidad surge a partir de la consideración del síntoma como parte de un todo. Es esta totalidad

---

<sup>8</sup> Idem.

<sup>9</sup> Idem.

la que se debe investigar, *comenzando* por el síntoma; un todo que es unitario y a la vez compuesto de tres elementos: 1)- la existencialidad, que corresponde a lo que podríamos denominar como el ir siendo mientras se es (o existe); 2)- la facticidad, que significa ser ya, por el hecho de haber nacido, y 3)- el ser en las cosas e inserto entre las personas.

La anormalidad consiste entonces, en desviarse de la estructura, previa a cualquier sujeto, que proporciona esta totalidad o Dasein, cuyo equilibrio implica la interacción inherente de los elementos ya mencionados, interacción que además, está inmersa en la temporalidad.

La cura por tanto, corresponde a un equilibrio entre la ocupación, por parte de la persona, de sí mismo, las cosas y las personas que lo rodean, lo que implica también ir desarrollándose a partir de las posibilidades que esa persona es de hecho, ya que el existir consiste precisamente en escoger algunas posibilidades de ser y rechazar otras.

De acuerdo con lo anterior, para que una persona pueda llevar a cabo esta cura, debe ocuparse, al menos en parte, de sí mismo y para que ello ocurra es necesario entender el concepto de personalidad, del cual nos ocuparemos en el siguiente punto.

## II.1.2- Concepto De Personalidad

"La etimología del término *persona*, del que deriva *personalidad*, no está muy clara: puede provenir del griego *prosopon* ("máscara teatral"), del etrusco *persum* ("cabeza o cara") o del latín *per se una*, que designa la unidad substantiva"<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> "Enciclopedia Universal Multimedia". Micronet, 1997.



El término Personalidad no es fácil de definir. Aunque todos los autores coinciden en que es lo definitorio de una persona, no llegan a acuerdo respecto a qué es este elemento característico, ni aclaran como se conforma y origina, o que tan estable o mutable es.

Al hablar de Personalidad es necesario referirse, también, a conceptos tales como carácter y temperamento. Una primera y clara distinción entre estos términos es la que nos entrega M. Stone, quien expresa que "El concepto de personalidad ha llegado a ser visto como compuesto por dos elementos: temperamento y carácter"<sup>11</sup>. De esta forma, temperamento y carácter serían dos elementos dentro de una entidad más general, lo que no niega el hecho que, según Stone, el primero puede tener gran influencia sobre el segundo. Siguiendo esta misma línea, resulta interesante la aclaración hecha por T. Millon respecto a que el "carácter ha venido a significar aquellas cualidades personales que representan la adherencia personal a los valores y costumbres características de la sociedad; temperamento... ha venido a significar aquellas disposiciones, basadas biológicamente, que subrayan el nivel energético y el color del humor del individuo"<sup>12</sup>. Esta es una forma interesante de salvar la confusión entre estos términos, pero no es la única.

Aunque existe bastante acuerdo respecto a la base humoral o biológica del temperamento, los conceptos carácter y personalidad han sido usados indistintamente en la historia. En este sentido, es interesante la conceptualización señalada por H. David y H. V. Bracken<sup>13</sup>: ellos señalan que

---

<sup>11</sup> "Characterologic Subtypes of the Borderline Personality Disorder" (1984); en *Psychiatric Clinics of North America*, pág. 777.

<sup>12</sup> "Disorders of Personality". T. Millon 1981, pág. 6. Citado en "Characterologic Subtypes of the Borderline Personality Disorder", M. Stone.

<sup>13</sup> "Teorías de la Personalidad", 1963.



ambos términos corresponden a distintas tradiciones teóricas en el mundo. Según su planteamiento, es posible identificar dos grandes líneas psiquiátricas: una tradición preferentemente europea y otra anglo-americana. Carácter sería la denominación más usada por los pensadores europeos (excepto los británicos) y personalidad la preferida de los norteamericanos y británicos. Estas dos palabras distintas estarían cargadas de significados, o tintes, diferentes. La idea es que la tradición europea está fuertemente influida por las teorías filosóficas inspiradas por Kant y Leibniz, y la corriente anglo-americana tiene un sesgo más científico, positivista, bajo la influencia de Locke. El término carácter, entonces, aludiría a un intelecto perpetuamente activo por iniciativa propia, más que reactivo al ambiente, poniendo énfasis en lo dado constitucionalmente y en la conceptualización del hombre como totalidad. Esta mirada es mucho más estática y por ende pesimista que la visión anglo-americana. Esta última tiene un sesgo claramente más ambientalista y empirista; se interesa por las partes que componen el todo (rasgos, actitudes, síndrome, factores o conductas) y le da mayor cabida a la interacción social y el contexto. Debido a esto, su visión es mucho más optimista que la europea, de modo que incorpora conceptos tales como roles y condicionamiento y considera la opción de un cambio en la personalidad a raíz de la modificación del ambiente o el aprendizaje de nuevas pautas conductuales.

Siguiendo con la línea de pensamiento de David y Bracken, podríamos decir que las posturas que entienden la personalidad de un modo *categorial*, o sea como totalidades comportamentales y vivenciales completamente diferentes, estarían dominadas por un pensamiento más cercano a las teorías europeas y aquellas que la presentan de un modo dimensional, manifiestan una influencia anglo-americana. Esta es una distinción bastante gruesa, pues es

evidente que una clasificación tan general no puede evitar pecar de falsa, o por lo menos reduccionista, en muchas situaciones.

Dentro de las posturas llamadas *dimensionales* están aquellos que hablan de rasgos de personalidad. "La noción de rasgo es equiparable a la de disposición psicológica. El rasgo se puede definir como un atributo funcional relativamente persistente que inclina al individuo, por hacerlas más fáciles, hacia cierto tipo de respuestas o hacia cierta clase de situaciones"<sup>14</sup>.

Es esta visión de la personalidad la que postula, implícitamente, el DSM IV. Este manual define a los rasgos de personalidad como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Una personalidad sana, si bien manifiesta un conjunto de rasgos característicos que dan un tono definitorio y distintivo a cada persona, pone de manifiesto ciertos rasgos, de manera preponderante, de acuerdo a la situación en que se encuentre.

Entre las muchas definiciones existentes de personalidad, quisimos destacar a dos de ellas que, quizás, podrían aparecer como representativas de un modelo más categorial. En primer lugar, M. Huteau<sup>15</sup> nos plantea que la personalidad corresponde a la unidad estable e individualizada de los conjuntos de conductas, la cual incluiría la coherencia entre el sistema afectivo-motivacional y el sistema cognitivo. En segundo término hemos tomado una definición similar a la anterior, pero que sin embargo, creemos, aparece como más amplia y a la vez más específica; ésta define personalidad, como el "repertorio habitual de conductas psicosociales que expresan en cada individuo la integración singular de sus características cognoscitivas, afectivas

---

<sup>14</sup> "Enciclopedia Universal Multimedia". Micronet, 1997.

<sup>15</sup> Concepciones Cognitivas de la Personalidad, 1989.



y conativas, y que son reconocidas por él mismo y por los demás con una individualidad autónoma y constante”<sup>16</sup>.

Estas definiciones corresponden al constructo conocido como personalidad, sin hacer referencia alguna a si ésta funciona de un modo adecuado o no tanto en el ámbito intrapersonal como interpersonal, es decir, no se ha hecho una distinción que permita establecer qué personalidad es normal o disfuncional; se realizarán esfuerzos ahora para establecer dicha distinción.

### **II.1.3- Personalidad Disfuncional y Trastorno de Personalidad**

Existen tres criterios fundamentales a la hora de hablar de Personalidad Disfuncional. Uno de ellos señala que la personalidad pasa a ser anormal en el momento en que la persona comienza a sufrir, es decir, refiere malestar subjetivo (Schneider<sup>17</sup>). El segundo alude a que la persona hace sufrir a los demás (desadaptación social). El otro indica que la personalidad es disfuncional cuando ciertos rasgos son rígidos e inflexibles, lo cual impide que la persona pueda responder al ambiente de forma plástica, restringiéndola y limitándola.

Sería éste último el criterio por el cual podrían diferenciarse las distintas afecciones a la personalidad de una persona, como las “normopatías”, de los genios y los trastornos de personalidad.

Los dos primeros criterios, en cambio, son discutibles a la hora de diagnosticar un Trastorno de la Personalidad; aquellos criterios han sido

---

<sup>16</sup> Dicc. T. De Cs. Médicas Salvat. Cit. en “Medicina Legal y Psiquiatría Forense” Tomo II. H. Silva S. Editorial Jurídica de Chile. Primera Edición, 1995. Pg.30.

<sup>17</sup> En “Personalidad y Psicopatología”; Dörr, O.

puestos en tela de juicio por variados autores, entre ellos O. Dörr, quien plantea que la falta de confiabilidad de estos diagnósticos ha sido demostrada una y otra vez desde la década del 50 hasta nuestros días. “El criterio de adaptación social nos parece tan discutible como el del sufrimiento de Schneider. Sí, en cambio y de acuerdo con Kraus<sup>18</sup>, pensamos que el criterio de la inflexibilidad podría ser más confiable, por apuntar de algún modo a algo más específico y esencial”<sup>19</sup>. El autor menciona, además, que este criterio de inflexibilidad, el cual sería el único confiable para definir un trastorno de personalidad, puede ser visto como una limitación de la libertad personal, en el sentido de que restringe la capacidad de un sujeto para vivenciar y comportarse de una determinada manera. Dicho criterio permitiría, sin embargo, diferenciar a las personas con un trastorno de la personalidad propiamente tal de todas aquellas que tienen rasgos fuera de lo común, pero que ni sufren ni hacen sufrir a otros, siendo también la intensidad del impedimento lo que permitirá la comparación entre dicho trastorno y otras alteraciones psiquiátricas.

De esta manera, podemos concluir que quienes trabajan en salud mental, deben estar capacitados para captar el o los rasgos supuestamente anormales que presenta una determinada persona, pero además, debe poder dar cuenta de la forma en que esa persona “vivencia” esos rasgos.

Hasta acá se han planteado los criterios para poder establecer y diagnosticar un TP en general. Corresponde ahora referirnos al trastorno que motiva este estudio.

---

<sup>18</sup> 1991.

<sup>19</sup> Dörr, O. "Personalidad y Psicopatología".



## II.2- TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

Para poder entender este trastorno, creemos que es necesario abordar los orígenes del concepto, tanto en un sentido histórico como nosológico. Por otra parte, surge la necesidad de distinguir y diferenciar al trastorno de la organización borderline, la cual tiene sus orígenes en el psicoanálisis. Para finalizar, se revisará la etiología y prevalencia propuesta por el enfoque psiquiátrico tradicional.

### II.2.1- Orígenes del Concepto

"Como se ha observado, pueden ser identificados varios momentos: inicialmente la patología borderline ha sido considerada por la psiquiatría americana, con orientación dinámica, como una variación de la esquizofrenia; posteriormente fue reconocida, por algunos exponentes del pensamiento psicoanalítico, como una patología autónoma, subespecie de la organización borderline de personalidad, a propósito de esto, es posible citar la obra de Otto Kernberg, la cual ha entrado a formar parte de los sistemas de clasificación DSM III y , recientemente, del DSM IV, como *Disturbio de Personalidad Borderline*"<sup>20</sup>.

Como se plantea en esta recopilación italiana, el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite ha tenido una importante evolución; el término "Borderline" fue introducido por Stern en 1938, sin embargo, fueron

---

<sup>20</sup> Traducción hecha por los autores, de "Il disturbo borderline de personalità" A cura di Joel Paris, De. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995, pág. XIII.



dos psicoanalistas, Gunderson y Kernberg<sup>21</sup> los que con su trabajo ayudaron a la aceptación de esta categoría diagnóstica<sup>22</sup>. El trabajo de Kernberg es especialmente importante en el desarrollo del concepto, sin embargo, la conceptualización de Kernberg sobre Personalidad Borderline no es, en absoluto, la misma que la planteada, desde lo descriptivo, por la serie DSM, por ejemplo.

Aunque profundizaremos más en cada uno de esos enfoques, intentaremos, primeramente, distinguirlos en base a lo planteado por M. Stone<sup>23</sup>. Este autor hace una distinción entre *dimensión* de personalidad y *nivel de funcionamiento*. Dimensión sería un determinado "estilo" de personalidad (por ejemplo, estilo histeroide, sensitivo, ansioso, etc.). El nivel de funcionamiento, en cambio, sería un "denominador común de cualquier condición lo suficientemente severa como para justificar clasificaciones tales como las de desorden"<sup>24</sup>.

La denominación de Trastorno de Personalidad Límite desde la fenomenología correspondería, entonces, a la "Dimensión de Personalidad" Límite, caracterizada claramente por la definición DSM, que apunta, por sobre todo, al área de la impulsividad. Por otra parte, y visto ahora desde el psicoanálisis -especialmente Kernberg- la denominación Límite correspondería a un nivel de funcionamiento o severidad, que incluiría un sentido de identidad débil, acompañado de anormalidades inespecíficas, tales

---

<sup>21</sup> 1970.

<sup>22</sup> "Repensando la Comparación del Trastorno de Personalidad Borderline y Desorden de Personalidad Múltiple", S.S.Marmer y D.Fink, Psychiatric Clinics of North America, 1984.

<sup>23</sup> "Characterologic Subtypes of the Borderline Personality Disorder". Stone, Michael H., Psychiatric Clinics of North America, Diciembre de 1994

<sup>24</sup> Id., pág. 780.

como baja tolerancia al estrés y una capacidad para el trabajo y los hobbies disminuida (pobres canales sublimatorios).

### **II.2.2- Organización de Personalidad Borderline**

Como se mencionó anteriormente, este concepto surge a partir del psicoanálisis, buscando responder a la interrogante de cómo se estructura y organiza la mente, y por ende el mundo interno de todas y cada una de las personas, siendo ellas normales o no, e independientemente de la patología a la base. Se llega entonces, a que existirían tres maneras distintas de funcionar y organizar la realidad. Las estructuras descritas serían de tres tipos diferentes: neurótica, psicótica y LIMITROFE O BORDERLINE. Cada una de ellas desarrollaría como función principal el estabilizar el aparato mental, aunque difieren respecto a la calidad de su desempeño.

En particular, O. Kernberg nos plantea que el yo correspondería a una entidad formada por:

- 1- estructuras (o configuraciones) que cambian lentamente y que determinan la canalización de los procesos mentales,
- 2- procesos o funciones mentales en sí
- 3- Umbrales de activación de estas funciones y configuraciones.

Las distintas estructuras de personalidad difieren en tres puntos fundamentales:

1. nivel o grado de integración de la identidad,
2. tipos de operación defensivas y en cuanto a
3. La capacidad para la prueba de realidad.



La estructura limítrofe posee además, criterios adicionales que la diferencian y caracterizan como una entidad particular, y no tan sólo como una categoría que reúne a aquellas persona que no caben dentro de las estructuras neurótica y psicótica. Estos criterios corresponden tanto a la presencia como a la ausencia de manifestaciones no específicas de debilidad del yo, es decir, manifestaciones referentes a la tolerancia a la ansiedad, al control de impulsos y a la sublimación. Esta situación se vería complementada por una serie de síntomas importantes y característicos, a saber:

1. Ansiedad crónica y flotante; difusa y libre.
2. Neurosis Polisintomática, en la que se presentan:
  - Fobias Múltiples
  - Síntomas Obsesivo-Compulsivos
  - Síntomas raros o elaborados, de conversión especialmente, si son crónicos
  - Reacciones Disociativas, estados de ensoñación histérica y fugas; amnesias y trastornos de conciencia
  - Hipocondriasis
  - Tendencias paranoides
3. Tendencias sexuales perversas polimorfas: se trata de personas con desviaciones sexuales manifiestas, donde coexisten varias tendencias perversas (por ejemplo un sujeto que presenta promiscuidad tanto hetero como homosexual, junto a elementos sádicos).
4. Estructuras de Personalidad “prepsicóticas” clásicas: paranoide, esquizoide, hipomaniaca y ciclotímica
5. Neurosis y Adicción por impulso: alcoholismo, obesidad psicogénica, cleptomanía
6. Trastorno del carácter de menor nivel: personalidad infantil, narcisista, “como si” y antisocial.



La estructura de personalidad en cuestión, diferirá entonces, respecto de la neurótica en cuanto al menor grado y calidad de integración del super-yo y de establecimiento de relaciones objetales que posee. Respecto a la psicótica, diferirá en que ésta presentaría un proceso primario de pensamiento, proceso que estaría ausente en la personalidad limítrofe.

### **II.2.3- Trastorno de Personalidad Borderline**

El concepto de Trastorno de la Personalidad, a diferencia de la categoría analítica de Organización de personalidad, corresponde a una categoría nosológica psiquiátrica más, distinta, muy controversial y con base en el paradigma fenomenológico.

Un Trastorno de Personalidad tiene que ver con formas repetitivas de reaccionar que marcan rasgos o patrones de conductas característicos de esa persona. Presentan inflexibilidad de adaptarse a distintas situaciones o circunstancias, debido a su tendencia limitada a responder exclusivamente con los patrones de conducta de su trastorno.

El DSM IV<sup>25</sup> mientras tanto, lo define como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

---

<sup>25</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-IV). American Psychiatric Association. (1995). Edit. Masson, S.A. Barcelona.

El Trastorno de Personalidad Límite, específicamente y según este Manual, se caracteriza por "un patrón persistente de inestables relaciones interpersonales, auto-imagen, afectos y control de impulsos, instalada en la adultez temprana y presente en una variedad de contextos". Este patrón persistente se caracteriza por distorsiones en al menos cinco de las siguientes nueve categorías:

- Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginario.
- Un patrón de intensas e inestables relaciones interpersonales, caracterizados por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- Distorsiones en el ámbito de su Identidad
- Impulsividad
- Conducta suicida recurrente
- Inestabilidad afectiva con notable reactividad del estado de animo
- Sensación de vacío o aburrimiento crónicos
- Ira inapropiadamente intensa
- Ideación paranoide transitoria y síntomas disociativos.

Aunque la categoría DSM es una de las más utilizadas en el mundo psiquiátrico contemporáneo, varios autores señalan que su uso presenta inconvenientes a la hora de referirse al Trastorno Límite; ejemplo de ello son Marmer y Fink, quienes señalan que "esto es doblemente verdadero para el Trastorno de Personalidad Límite, para el cual el acercamiento más descriptivo de Gunderson et al, y el trabajo más psicodinámico de Kernberg fueron combinados pero no realmente reconciliados en DSM"<sup>26</sup>. Lo mismo es

---

<sup>26</sup> "Repensando la comparación del TPL y del Desorden de Personalidad Múltiple", S.

declarado por Lingiardi, Madeddu y Meffei en *Il disturbo borderline de personalità* "Para ser más precisos, los límites de la categorización empleada por el DSM son identificables en múltiples niveles"<sup>27</sup>.

La Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10, por su parte, también establece criterios para el *Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad*. (3), que aunque no han tenido la aceptación masiva que han alcanzado las categorías DSM, son importantes de considerar, debido a su carácter oficial en relación a la salud a nivel mundial. Los criterios son los siguientes:

F 60.3. Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad.

- Actuaciones impulsivas, violentas y explosivas.
- Ánimo inestable.
- Déficit para planificar y anticipar consecuencias.
- Déficit para enfrentar la crítica.

F 60.30. Trastorno de Inestabilidad de la Personalidad.

Tipo Impulsivo.

- Inestabilidad emocional.
- Ausencia de control de impulsos.
- Comportamientos amenazantes, especialmente ante la crítica.

Incluye: Trastorno de Personalidad Explosiva y Agresiva.

Excluye: Trastorno Disocial de Personalidad.

---

Marmer y D. Fink, en *Psychiatric Clinics of North America*, 1984, pág. 746.

<sup>27</sup> Traducción hecha por los autores, de *"Il disturbo borderline de personalità"* A cura di Joel Paris, De. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995, Pág XIV.



## F60. 31 Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad.

### Tipo Límite.

- Confusión y alteración en la imagen de sí mismo, objetivos, preferencias internas, incluyendo las sexuales.

- Facilidad para involucrarse en relaciones intensas e inestables, las que pueden causar crisis emocionales repetidas, acompañadas de amenazas suicidas o actos agresivos (éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye: Trastorno de Personalidad Borderline.

## II.2.4- Etiología

Kernberg atribuye el desarrollo de defensas borderline a “un bloqueo de la tolerancia a la ansiedad, determinado constitucionalmente”<sup>28</sup> y señala que mecanismos tales como la disociación son “culpa de la preponderancia de introyecciones negativas sobre las positivas, como el factor principal de la falta de síntesis, y sugiere que esto es consecuencia o de un anormalmente alto nivel de impulso agresivo, constitucionalmente determinado, o de severas frustraciones tempranas, debidas a ciertos tipos de psicopatología en los objetos primarios”<sup>29</sup>. Aunque Kernberg considera la posibilidad de “severas frustraciones” reales en la etiología del Trastorno Borderline, él tendía a

---

<sup>28</sup> “Trauma y desarrollo del trastorno de Personalidad Limite”, The Psychiatric Clinics of North America, Diciembre 1994.

<sup>29</sup> “Disociación como consecuencia de abuso severo en la infancia”, J. A. Burland, Psychiatric Clinics of North America, 1984, pág. 732.

considerar que las historias de abuso relatadas por sus pacientes eran fantaseadas.

Algunos autores tempranamente plantearon que la mayoría de los casos del grupo borderline de las neurosis, revelaban real crueldad, negligencia y brutalidad por parte de los padres. A pesar de eso, sin embargo, este tema no fue seriamente investigado hasta 1989. Actualmente, la mayoría de las investigaciones respecto a este trastorno consideran que el trauma infantil es un factor clave en su desarrollo. De hecho, se han llevado a cabo investigaciones utilizando el Cuestionario de Antecedentes Traumáticos y llegaron a la siguiente conclusión: existe evidencia de historia traumática en el 87% de los pacientes con TPL<sup>30</sup>. Otros autores indican cifras un poco menores: "estudios comparativos muestran que el 70% de los pacientes con TPL tienen historias significativas de trauma infantil (comparada con el 25% de los pacientes psiquiátricos en general)"<sup>31</sup>. Sea como sea, parece muy cierta la frase de Van der Kolk, Hostetter, Herron y Fisher que señala que a pesar de las disparidades metodológicas y numéricas, el trauma ha llegado a ser un factor etiológico aceptado del desarrollo del TPL.

### II.2.5- Prevalencia

En el DSM IV, las estimaciones indican que la cantidad de personas con este diagnóstico en la población general, es de aproximadamente un dos por ciento, y en personas que se atienden en centros de salud mental ambulatoria, de un diez por ciento. Respecto de la población psiquiátrica, el porcentaje

---

<sup>30</sup> "Trauma y desarrollo del trastorno de Personalidad Limite ", The Psychiatric Clinics of North America, Diciembre 1994

<sup>31</sup> "Repensando la comparación del TPL y del Desorden de Personalidad Múltiple", S. Marmer y D. Fink, 1984; en Psychiatric Clinics of North America.



asciende al 20% de los ingresos; mientras que existiría entre un treinta y un sesenta por ciento de la población diagnosticada con un trastorno de la personalidad (sin embargo, las estimaciones informales de los profesionales de la salud mental insisten en un alza paulatina y preocupante respecto al número de personas que padecen este trastorno).

La proporción entre hombres y mujeres que padecen este trastorno, es de tres a uno. Por otra parte, el riesgo de aparecer con un TPL es cinco veces más frecuente en quienes poseen familiares directos con el mismo diagnóstico: "con frecuencia sus padres también tienen TPL"<sup>32</sup>. Así también, aumenta el riesgo familiar cuando se presentan trastornos asociados a sustancias, trastornos antisociales y del estado de ánimo.

---

<sup>32</sup> Idem, pg.751.

## II.3- TEORÍA COGNITIVA

Con la intención de situarnos y así poder conocer la teoría en la que se enmarcará esta memoria, se revisarán los orígenes, principales conceptos y la evolución tanto de la Teoría Cognitiva como también de la Terapia que lleva el mismo nombre.

### II.3.1- Base de la Teoría Cognitiva: El Cognitivismo

El modelo *cognitivo* se establece a partir del paradigma surgido en la psicología a mediados de la década del '40, denominado *cognitivismo del procesamiento de información*. El aporte de este enfoque se basa, principalmente, en un cambio en el método de acercamiento en el estudio de la conducta humana. Hasta ese entonces se intentaba entender el comportamiento humano a través de la investigación experimental de la senso-percepción y la conducta manifiesta de los animales. Como pioneros en este paradigma se destacan investigadores como Pavlov, Watson, Thorndike y Skinner. El cognitivismo, en cambio, se interesa directamente por el comportamiento humano, incorporando procesos y fenómenos no observables como objeto válido de estudio. Plantea que ya no se puede seguir evitando el tema de lo mental, agregando que sí se puede abordar desde una perspectiva científica.

Vemos entonces, que este enfoque aparece paulatinamente y en la medida en que la comunidad psicológica, hasta ese momento hegemónicamente conductista, comienza a aceptar e investigar los llamados *procesos mentales superiores*, como son memoria, cognición, lenguaje,



atención, percepción, codificación, decisión, etc. El paradigma se va conformando al tomar elementos de distintas fuentes, en su mayoría extradisciplinarios, intentando dar una representación teórica a dichos procesos. Sin embargo, y aunque son de menor relevancia, existen aportes dentro de la psicología que ayudan a dicha configuración; corresponden a estudios sobre la percepción, el pensamiento (en que se establece la noción de categoría), escritos sobre desarrollo cognitivo y acerca de la perspectiva genética y evolutiva. Destacan en este sentido, autores tales como Bruner y Piaget.

Los aportes provenientes de esferas externas a la psicología están dados como se dijo, primordialmente por desarrollos tecnológicos iniciados antes de la Segunda Guerra Mundial, como la aparición de los ordenadores; estas máquinas manejan información y símbolos, relacionándose inteligentemente con el ambiente. Además, son importantes como aporte los estudios realizados sobre cibernética (teorías de la información y sistemas de feedback) y servomecánica; la publicación de la teoría matemática de la información y de un modelo estructural de la memoria humana; los estudios sobre destrezas humanas y sobre conductas humanas superiores específicas.

También los estudios sobre Lenguaje y Comunicación de Miller y Chomsky, que primero (‘56-58) fueron de corte sintáctico-gramático para posteriormente avanzar (‘70) hasta aspectos funcionales, semánticos, pragmáticos y extralingüísticos, ayudaron a configurar este paradigma emergente.

Sin embargo, no es hasta las diversas y múltiples publicaciones acerca del Lógico Teórico y el Solucionador General de Problemas, que puede hablarse de una ya formada Comunidad Paradigmática, identificada con el estudio de la “conducta humana cognoscitiva y cuya investigación se basa en

el supuesto de que el ordenador y la mente humana son funcionalmente -y no físicamente- análogos en cuanto que ambos son sistemas de procesamiento de información que operan con símbolos siguiendo unos procesos similares”.<sup>33</sup>

Paulatinamente entonces, se dejan entrever las limitaciones que los supuestos teóricos conductistas tienen para explicar adecuadamente la conducta humana; estos supuestos son el fisicalismo, el empirismo, el asociacionismo (compartido por el psicoanálisis) y la psicología animal. La teoría conductista se fundamenta, de esta forma, en una visión mecanicista y pasiva de la mente heredada del dualismo cartesiano y seguida por el empirismo británico. En respuesta a ello el cognitivismo, como paradigma emergente, explica la conducta humana a través de procesos internos que caracterizan y dan coherencia al ser humano.

Los cognitivistas establecieron supuestos que “configuraban una epistemología de corte racionalista y una imagen de la conducta cuyos grandes atributos eran la organización, el innatismo, la creatividad interna, la flexibilidad y las estructuras mentales subyacentes [...], (es decir, afianzan) el supuesto de un sujeto activo de la conducta y el conocimiento que se interrelaciona con su medio procesando simbólicamente información y tomando decisiones.”<sup>34</sup>

Según Mahoney<sup>35</sup>, una de las características centrales de esta perspectiva, es que se considera al hombre como un elemento activo en su propio crecimiento y desarrollo, siendo de este modo, tanto un controlado como un controlador, un producto como productor de fuerzas ambientales. El

---

<sup>33</sup> “La Psicología y sus perfiles”. Antonio Caparrós. Edit. Barcanova.1984. Pg. 198.

<sup>34</sup> Idem. Pg.202 y 213.

<sup>35</sup> “Cognición y Modificación de Conducta”. Michael J. Mahoney.



ser humano utiliza la memoria y los procesos de pensamiento para mediar intervalos temporales, imponer regularidades a la experiencia, anticipar las consecuencias de sus acciones y economizar esfuerzos en la solución de problemas.

Según el autor, al no existir tal mediación, el organismo tendría dificultades para aprovechar las experiencias de eventos separados temporalmente. Por medio de los procesos simbólicos de representación, el organismo mediador puede conectar adaptativamente las experiencias pasadas. De igual manera, frecuentemente imponemos una organización sobre la experiencia que facilita tanto el aprendizaje como su retención.

### II.3.2- Teoría Cognitiva

Así como la psicología no ha logrado resolver el histórico problema de establecer teorías generales, sino más bien teorías limitadas y de corto alcance, el *enfoque cognitivo* tampoco ha podido desarrollar una teoría general. En cambio, la teoría cognitiva, que se asienta en la década del sesenta, sí fue capaz en sus comienzos, de unificar las diversas terminologías y categorizaciones existentes y de determinar los supuestos comunes; de esta manera, restringió el uso de la palabra *cognitivo(a)* a estudios e investigaciones teóricas y experimentales cuya perspectiva corresponda a “la analogía del ordenador sobre los procesos mentales humanos ya mencionados, unos procesos que si bien han sido analizados separadamente, con frecuencia creciente son comprendidos como constitutivos del sistema complejo que sería



la cognición”<sup>36</sup>. Posteriormente, al evolucionar el paradigma, algunos autores discutieron el modelo de la mente humana vista como un computador, e incorporaron elementos tales como la emoción y la motivación.

A pesar de las discrepancias dentro del modelo, los distintos enfoques comparten aspectos básicos. Todos realzan la importancia tanto de la influencia del medio ambiente en las personas, como de los procesos (mediacionales) mentales internos (irreducibles a asociaciones estímulo-respuesta) autogenerados, autorregulados y causantes del comportamiento. Con esto se quiere decir que tanto las emociones como la conducta de los sujetos se ven afectadas por como ellos son capaces de percibir los eventos que los motivan y/o producen; así, el factor determinante en el sentir de las personas es más bien el cómo se construye la situación y no tanto la situación misma. Nos damos cuenta de que es, en último término, la realidad *procesada* por las personas y no la realidad en sí misma el factor que con mayor peso provoca los disturbios psicológicos. Los seres humanos *procesan* las situaciones de su entorno a través de *cogniciones*, que corresponden a los pensamientos e imágenes asociadas a dicha situación. Estas cogniciones están influenciadas por los *esquemas*, que son actitudes y suposiciones subyacentes en la persona, semiconscientes y generadas tempranamente en la vida.

Para aclarar estos conceptos podemos citar a Meichenbaum y Gilmore<sup>37</sup>, quienes señalan que el concepto de cognición, clave en la Teoría Cognitiva, implica y abarca tres aspectos: Eventos cognitivos, Procesos cognitivos y Estructuras cognitivas. Los *eventos cognitivos* son las imágenes y pensamientos identificables y conscientes y que pueden ser recordadas fácilmente, siendo activados en situaciones en que no hay una reflexión previa

<sup>36</sup> “La Psicología y sus perfiles”. Antonio Caparrós. Edit. Barcanova. 1984. Pg.217

<sup>37</sup> “La Naturaleza de los procesos inconscientes: una perspectiva cognitivo-conductual”

(al realizar actos automáticos como conducir un automóvil), al realizar juicios, al existir problemas o dificultades y al recordar. Estos eventos son conscientes inicialmente, pero luego de un tiempo se tornan latentes y/o inobservadas, aunque es posible hacerlos conscientes a través de la reflexión en los momentos en que están activados. A estos eventos inobservados es a lo que Beck llama pensamientos automáticos.

Los *procesos cognitivos*, por otra parte, configuran las representaciones mentales, traduciéndolas a esquemas de acción y de experiencia. Estos esquemas serán influidos de modo recíproco por otros esquemas. Todo ello ocurre en un nivel inconsciente o automático, a menos que los procesos sean interrumpidos por alguna razón.

Las *estructuras cognitivas* son representaciones organizadas de experiencias anteriores y se instalan como características duraderas de la organización cognitiva del sujeto, otorgando significado a las vivencias. Los diferentes aspectos de esas experiencias se organizan a través de esquemas también distintos. Estos esquemas defienden, codifican, categorizan y evalúan la información de modo inconsciente, siendo imperativos y absolutos (no admitiendo dudas ni rechazo).

“El impacto cognitivo sobre la teoría y terapia [...] ha sido muy grande y hemos considerado este impacto en relación a los conceptos de eventos cognitivos (la importancia de pensamientos y afectos), procesos cognitivos (la importancia de razonamientos cubiertos, sesgos heurísticos y emocionales cubiertos) y estructuras cognitivas (la importancia de esquemas y principios organizadores centrales). Cada uno de estos tres aspectos de la cognición implica un dominio inconsciente que es importante reconocer y



comprender”<sup>38</sup>.

Podemos decir que el organismo humano posee una organización y estructura *internas* que determinan las cualidades del pensamiento, conducta y emoción, definiendo de esta manera, el modo de ser particular. Estas estructuras están señaladas por niveles de organización de complejidad e inconsciencia progresiva. Es por eso que la conducta final de un sujeto resulta impredecible a un observador externo.

### II.3.3- Terapia Cognitiva

Ahora bien, como ya es sabido que al interior de este enfoque, a pesar de existir supuestos epistemológicos comunes, no hay una teoría cognitiva general, unificada y unificadora, tampoco puede esperarse que la haya respecto de los trastornos mentales específicos y sus respectivos tratamientos; por el contrario, en tanto modelos psicoterapéuticos, se han realizado múltiples y diversas conceptualizaciones.

A pesar de esa diversidad, es relevante mencionar los elementos y supuestos comunes a las distintas conceptualizaciones psicoterapéuticas que, según Beck,<sup>39</sup> conforman el enfoque cognitivo:

1. En primer lugar, la percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.

---

<sup>38</sup> "La Naturaleza de los procesos inconcientes: una perspectiva cognitivo-conductual". D. Meichenbaum y J. B. Gilmore. Revista Terapia Psicológica. Pg.17

<sup>38</sup> Terapia Cognitiva de la Depresión. A. Beck et al. Edit. Desclee de Brouwer. 1983



3. La forma en que un individuo evalúa una situación se torna evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
4. Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia”, o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia psicológica un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

Además, es posible decir que, en el trabajo terapéutico con los pacientes, existen dos principios fundamentales. El primero de ellos corresponde a lo que se ha denominado *empirismo colaborativo*, el cual establece un tipo de relación entre terapeuta y paciente que se basa en una permanente interacción, cooperación y colaboración mutua. De esta manera será posible que el terapeuta pueda diseñar la estructura de la terapia. El segundo principio común, dice relación con que los problemas abordados tengan que ver con y *se centren en el presente*, focalizando la atención en situaciones pasadas estrictamente cuando tengan relación directa con el problema actual y sirvan a su clarificación.

Las terapias cognitivas enfatizan el funcionamiento cognitivo interno como elemento generador de las dificultades que afectan a los sujetos que consultan, ya que este funcionamiento puede tener variados errores, tales como distorsiones, ideas y creencias irracionales y deficiencias cognitivas que

dificultan y/o impiden el desenvolvimiento y el ajuste de los sujetos a su entorno.

En este sentido, se propone como relevante en este tipo de terapias, un cambio no sólo a nivel de síntomas y conductas, sino a nivel de las estructuras y procesos cognitivos que están a la base de ellos. Esta *reestructuración* resulta crucial a la hora de “crear” un mundo lo más ajustadamente posible a la realidad. El objetivo es entonces, que las cogniciones que reemplacen a las anteriores “sean de mejor calidad, es decir, que sean más conscientes, más precisas y estables y que sean creídas y “sentidas” por la persona. Un cambio superficial, con poco arraigo *afectivo* o bien “mecánico” –sin una asimilación de los nuevos *significados*-, no tendrá un valor aportativo en términos clínicos”<sup>40</sup>.

Además de la reestructuración cognitiva, este modelo terapéutico da suma importancia a la adquisición de nuevas destrezas cognitivas, debido a que esto permitirá mejorar la calidad de los procesos internos del sujeto y en ese sentido, flexibilizar sus patrones de funcionamiento.

### II.3.4- Evolución de la Terapia Cognitiva

A raíz de la crisis del conductismo, surge en los años sesenta, la llamada “Revolución Cognitiva”, denominada de este modo debido a que la incorporación de los elementos mediacionales (entre ellos la cognición) fue considerada un aporte revolucionario. Sin embargo, este movimiento ha incorporado distintos aportes y ha evolucionado de forma dinámica; según

---

<sup>40</sup> “Enfoque Cognitivo-conductual de los Trastornos de Personalidad”. Roberto Opazo. Revista Psiquiatría (1986) III; pg.130



Jeffrey Young (1988)<sup>41</sup>, la Revolución Cognitiva ha evolucionado en cuanto a los aportes y el desarrollo de sus modelos terapéuticos, en un proceso que va desde enfoques que se centran en la técnica a modelos predominantemente conceptuales.

Las *terapias centradas en las técnicas* (Meinchenbaum, D'Zurilla y Goldfried, Cautela, etc.) consideran al pensamiento como un fenómeno superficial y de un modo mecánico, tal como lo hiciera el conductismo con la conducta. Es por ello que procuran cambiar el pensamiento con una secuencia muy rígida de técnicas, utilizando cierto rango delimitado de ellas.

A los *enfoques de predominio conceptual* (Beck, Ellis, Young, Millon, etc.) y de más próxima aparición, les interesan niveles de mayor profundidad de la estructura cognitiva, considerando al proceso de pensamiento parte de los procesos normales del desarrollo. Estos enfoques contemplan características epistemológicas tales como el racionalismo, la teleología y el constructivismo; estos supuestos implican la consideración de que el comportamiento está basado en la formulación y establecimiento de hipótesis, expectativas y creencias. La característica racionalista implica la elaboración de teorías en donde la razón, y no así la senso-percepción, es la fuente de conocimiento y el criterio de verdad. La teleología se refiere, por otra parte, a que los fenómenos naturales son explicados por causas finales y a la determinación del orden de la realidad por metas y propósitos, más que por causas mecánicas. Por otra parte, el constructivismo refiere al proceso del conocer como una construcción activa de la realidad, construcción que depende de tres factores:

---

<sup>41</sup> Citado en Zagmutt y Ruiz: *Terapia Cognitiva Hoy, Una Actualización*. Revista *Terapia Psicológica*, Año VII, N°10, 1988



1. evolutivos
2. interactivos entre el sujeto que conoce y la realidad
3. sesgos que tienen que ver con los límites evolutivos y culturales específicos y que determinan a un sujeto único, particular y con continuidad histórica.

Sin embargo, es posible realizar aún otra distinción al interior de los llamados “enfoques conceptuales”. Existen dos líneas de trabajo terapéutico: las terapias de “aprendizaje cognitivo” (Mahoney, 1974)<sup>42</sup> o también llamadas “Racionalistas” y los llamados “enfoques estructurales” o “constructivistas”.

Las *Terapias de Aprendizaje Cognitivo o Racionalistas*, constituyen el desarrollo y la forma de mayor importancia de la aproximación Cognitivo–Conductual, siendo consideradas como las terapias de Reestructuración Cognitiva. En ellas resalta el racionalismo como característica epistemológica y cobra importancia en el ámbito teórico, como se mencionara anteriormente, la cognición como ente causal (de modo no lineal, sino circular y sistémico). Es por ello que se hace necesario concentrarse en su estudio (así como también en las reglas de vida, rasgos de personalidad y la necesidad de conciliar el mundo de las creencias y actitudes con las contingencias del mundo externo), para comprender los desórdenes emocionales. Según Eugenio Suárez<sup>43</sup>, son relevantes en estos enfoques “los conceptos de errores o distorsiones cognitivas, procesos cognitivos de primer y segundo orden, supuestos subyacentes, autoconcepto y niveles de conciencia”.

---

<sup>42</sup> “El Conocimiento en el enfoque Cognitivo – Conductual: La continuación de una tradición crítica”. Eugenio Suárez. Cit. en Integración en Psicoterapia. Editorial Cecidep.

<sup>43</sup> En Integración en Psicoterapia. Roberto Opazo, compilador.

A continuación, este trabajo centrará su atención sobre las propuestas teóricas de autores que correspondan a esta primera categoría de modelos terapéuticos, es decir, a enfoques más bien racionalistas. Las razones corresponden a que, por un lado, son estos autores quienes han destinado esfuerzos para referirse específicamente a los TP y en particular, el TPL. Por otro lado, la elección se debe a la escasez de trabajos tanto teóricos como prácticos con una epistemología constructivista, los cuales intenten dar cuenta de dichos trastornos.

### **III.- CONCEPTUALIZACIONES COGNITIVAS ESPECIFICAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITE**

Tal y como se mencionara en el capítulo introductorio, tanto la investigación como el posterior análisis de este trabajo, se llevarán a cabo sobre la base de una revisión bibliográfica de las propuestas conceptuales y psicoterapéuticas del enfoque Cognitivo en torno al Trastorno de Personalidad Límite (TPL).

Para ello, se ha revisado una muestra limitada de autores cognitivos relevantes en cuanto al trabajo con pacientes con TPL, que han sido escogidos debido a que han dedicado esfuerzos específicos respecto al trastorno, a que son citados y reconocidos por la comunidad internacional y a que resultan accesibles desde un punto de vista bibliográfico. Esta elección deja abierta, sin embargo, la opción a revisar si ésta es o no una distinción válida y si es posible hablar de un enfoque cognitivo común respecto al TPL. Cabe señalar que al término de esta memoria, razón por la que no fue incluido en la misma, fue encontrado el libro de Layden, M. A. et al., "Cognitive therapy of borderline of personality disorder" en The Center for Cognitive Therapy Book List-UPHS: Psychiatry (Internet).

Se abordarán, entonces, los trabajos de Jeffrey Young, Aaron Beck, Marsha Linehan y Theodore Millon.



### III.1- *Aaron Beck*

#### INTRODUCCION

Las pautas de personalidad, según el autor, pueden derivarse de la herencia filogenética. "Las "estrategias" [formas de conducta programada-estereotipada con metas biológicas: supervivencia y reproducción] genéticamente determinadas que facilitaron la supervivencia y la reproducción, fueron presumiblemente favorecidas por la selección natural. Derivados de estas estrategias primitivas pueden observarse en forma exagerada en los síndromes sintomáticos [...], así como en los TP"<sup>44</sup>. El ambiente cambia con mayor velocidad que las estrategias adaptativas automáticas; así, la inadecuación es un factor en el desarrollo de un TP. La diversidad de dotación genética explica también, de modo análogo, las diferencias individuales de personalidad; estas diferencias de estrategia "reflejan características relativamente duraderas, típicas de ciertos tipos de personalidad [...]; una exageración de esas pautas lleva a un (TP)"<sup>45</sup>. En la mayoría de los TP, salvo en el TPL y el esquizotípico, puede distinguirse un conjunto idiosincrático de creencias y estrategias<sup>46</sup>; el primero tiene más relación con déficits del yo y el segundo, con peculiaridades del pensamiento.

Se tiene entonces que, en una situación, al evaluar sus exigencias primero, se desencadena una estrategia adaptativa (o desadaptativa); esa evaluación depende al menos en parte de las creencias subyacentes pertinentes, las que se insertan en estructuras más o menos estables o

---

<sup>44</sup> Terapia Cognitiva de los Desórdenes de Personalidad, pg. 54.

<sup>45</sup> Idem, pg. 58.

<sup>46</sup> Ver ídem, pg.61.

*esquemas* (reglas específicas que ordenan la conducta y el procesamiento de información) que son responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta la respuesta conductual; cuando los esquemas son hipervalentes, desplazan a otros que podrían ser más apropiados en una determinada situación, introduciendo una "tendenciosidad sistemática en el procesamiento de la información"<sup>47</sup>. De estos esquemas dependen los procesos afectivos, cognitivos y motivacionales, que a su vez forman las unidades fundamentales de la personalidad; los "rasgos" se conceptualizan como "expresiones abiertas de estas estructuras subyacentes"<sup>48</sup>, dando significado a los acontecimientos e iniciando reacciones que culminan en los tipos de conducta abierta (estrategia) atribuidos a los rasgos de personalidad. Para que estos rasgos de personalidad constituyan un TP (se vuelvan extremos y rígidos) se debe dar la combinación entre predisposiciones innatas e influencias ambientales, determinando un modo de procesar los datos sobre sí y los otros que está influenciado por las creencias y los demás elementos de su organización cognitiva, tal como lo expresa Beck: "cuando existe algún tipo de trastorno [síndrome sintomático o TP] la utilización ordenada de esos datos se vuelve sistemáticamente distorsionada de un modo disfuncional. Esa distorsión de la interpretación y la conducta subsecuente reciben su forma de creencias disfuncionales"<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> Terapia Cognitiva de los Desórdenes de Personalidad, pg.69.

<sup>48</sup> Idem, pg. 55.

<sup>49</sup> Idem, pg. 66.



La **Terapia Cognitiva (TC)** supone que las estructuras cognitivas están organizadas en categorías jerarquizadas, trabajando sobre el nivel estructural sintomatológico (dificultades manifiestas) y en el de los esquemas subyacentes (estructuras inferidas). Se asume también en la TC, que la principal fuente de afecto y conductas disfuncionales reside en la distorsión atributiva y no en la distorsión motivacional o de respuesta.

Es reconocida la dificultad que presenta el llevar a cabo una terapia a estas personas; incluso el paciente puede no estar dispuesto al cambio porque lo que se conceptualiza como un TP ha sido funcional para la persona en muchas situaciones de su vida. Los pacientes que registran acontecimientos vitales negativos presentan con mayor probabilidad un TP, dependiendo la severidad del caso, al menos en parte, de la cronicidad de los eventos y la respuesta frente a ellos.

El cambio de esquema es difícil, ya que están fijados por elementos conductuales, cognitivos y afectivos, por lo que es importante que la terapia abarque las tres áreas. Para ello se trabaja identificando los esquemas, especificando las metas subyacentes del cliente; se enfatiza en la relación terapéutica la cooperación, el descubrimiento guiado (sensación de aventura), el uso de las reacciones de transferencia; se explicitan y trabajan los problemas en la cooperación y se utilizan técnicas cognitivas tales como: a) sondeos cognitivos, que consiste en identificar incidentes aclaratorios de las dificultades de la personalidad, atendiendo a las bases cognitivas; el primero de ellos debiera intentar la recuperación de los pensamientos automáticos, b) abordaje de todos los esquemas, tanto cognitivos- conductuales como motivacionales y afectivos, c) ayudando al paciente a tomar decisiones, d) dramatización, e) inversión de roles, f) evocación de experiencias infantiles y de imágenes. Las técnicas conductuales que se utilizan son la observación y

programación de la actividad, incluyendo actividades de dominio y placer; ensayo de conductas, modelado, entrenamiento asertivo; entrenamiento de relajación y distracción conductual; exposición in vivo y envío de tareas a casa.

### **Conceptualización y Tratamiento del TPL.**

Este autor señala que en el TPL se presentan variadas creencias, correspondientes a casi todo el espectro de los TP, pues este desorden posee características que aluden más a déficits del yo que a contenidos específicos de creencias. Utiliza para diagnosticarlo, los criterios del DSM-III-R<sup>50</sup>, sin embargo considera que los rasgos más importantes corresponden a la intensidad de las reacciones emotivas, la inestabilidad anímica y la gran variedad de síntomas que presentan (“trastorno de ansiedad generalizada, por angustia, obsesivo-compulsivo, somatoformes, estados de fuga psicógena, depresión, trastorno bipolar, esquizoafectivo, psicosis reactivas breves u otros TP<sup>51</sup>”). Se puede observar además, que estos patrones impredecibles, erráticos e incongruentes aparecen sólo en algunas áreas de su vida, lo que les permite adaptarse, aunque de modo inestable; pueden pasar largos períodos de estabilidad, hasta que la crisis sobreviene, con una gran cantidad de síntomas.

Es aconsejable, según Beck, estar alerta a seis indicadores de TPL: a) relaciones intensas e inestables, b) falta de un sentido de identidad (con metas, prioridades y valores incoherentes y/o confusas), c) explosiones de rabia incontrolada y muy intensa, d) impulsividad conductual, e) sentimientos crónicos de aburrimiento, vacío o soledad, f) conductas de acting-out. Sin

<sup>50</sup> Terapia Cognitiva de los Desórdenes de Personalidad, pg. 261.

<sup>51</sup> Millon, 1981. Citado en Terapia Cognitiva de los Desórdenes de Personalidad, pg.263.



embargo, se plantea que dos conjuntos de criterios nos permiten ser sensibles, específicos y predictivos a la hora de identificar personas con TPL: el primer conjunto de criterios corresponde a la combinación de relaciones inestables e impulsividad y el segundo, al existir tres de los siguientes rasgos: 1-relaciones inestables, 2-impulsividad, 3-sentimientos crónicos de vacío, soledad o aburrimiento y 4-conductas acting-out.

Como sugiere la conceptualización de Beck, los supuestos básicos del individuo desempeñan un papel central, influyendo en la percepción e interpretación de los acontecimientos y conformando la conducta y las respuestas emocionales.

En la terapia, se descubren usualmente tres supuestos básicos que parecen ser fundamentales en el trastorno: “el mundo es peligroso y malo”, “soy impotente y vulnerable” y “soy intrínsecamente inaceptable”. Resulta obvio que estas creencias tienen consecuencias generalizadas, ya que producen por una parte miedos específicos, y por otra, perpetuación de la situación que los aflige. La creencia de una persona de que el mundo es peligroso y que ella es relativamente impotente, posibilita el concluir que es peligroso bajar la guardia, asumir riesgos, revelar la propia debilidad, perder el control, estar en una situación en la que no se puede escapar con facilidad, y así sucesivamente. Lo anterior permite la aparición, entre otras cosas, de tensiones y ansiedades crónicas, una actitud de alerta ante posibles signos de peligro, cautela en las relaciones interpersonales, malestar con las emociones difíciles de controlar. La vigilancia constante del sujeto lo lleva a percibir muchos signos de peligro aparente, lo que tiende a perpetuar la idea de un mundo riesgoso y también miedos específicos. Ser cautelosos, evitar riesgos y permanecer en guardia, en vez de abordar los problemas a medida que

surgen, respaldan la creencia de que esa conducta es necesaria, e impiden un enfoque más directo y confiado. Entonces, las experiencias del sujeto respaldan la creencia de que él es impotente y vulnerable y que debe seguir asumiendo esta conducta defensiva.

Algunos que ven al mundo como peligroso y malo creen que pueden confiar en su propia fuerza y capacidad para enfrentarse a las amenazas, pero al creer también que son débiles les impide acceder a esta solución. Otros, en cambio, se ven como incapaces de enfrentar a las exigencias cotidianas, resolviendo su dilema al hacerse dependientes de alguien que consideran capaz de cuidarlos, desarrollando un patrón de dependencia; esta pauta, para estos sujetos, que se creen intrínsecamente inaceptables, los inserta en otro conflicto: visualizar la dependencia como un serio riesgo de rechazo. Estos dilemas y la convicción de estar desamparados en un mundo hostil, pero sin una fuente posible de seguridad, los hacen vacilar entre la autonomía y la dependencia, sin confiar ni en la una ni en la otra.

Ha señalado como importante el autor, un factor cognitivo que agrava considerablemente el estado de estas personas al combinarse con los supuestos ya mencionados: los sujetos cometen errores de pensamiento denominados “Distorsiones Cognitivas” y que producen una *percepción* carente de realismo en las situaciones. Los sujetos borderline cometen muy comúnmente la distorsión llamada “Pensamiento Dicotómico” que tiende a evaluar las experiencias en términos de categorías mutuamente excluyentes (por ejemplo buenas o malas, éxito o fracaso, lealtad o traición) y no verlas distribuidos en continuos. Al faltar las categorías intermedias, se impone la interpretación *extrema* de acontecimientos que normalmente caen en la zona central de un continuo y por ende, al evaluar de igual modo las situaciones, las respuestas emocionales y conductuales también lo serán. El pensamiento dicotómico



generaría entonces cambios abruptos y opuestos en el estado anímico de estas personas, en las opiniones, categorizaciones (que se aplican a sí mismos y a los demás; por ejemplo, al tener alguna carencia, no valen nada en absoluto), en algunos conflictos (como la frustración del deseo de proximidad y dependencia que lleva a una ira intensa que suprime cualquier posibilidad de relación estrecha, pues en un mundo hostil ser dependiente es estar desamparado y ser vulnerable; el pensamiento dicotómico hace inferir fácilmente que “nunca conseguiré lo que quiero” y “nada vale la pena”; además como la persona se oculta para evitar el rechazo, nunca tiene la oportunidad de descubrir que no es inaceptable) y en las conductas de quienes presentan el TPL.

Se sostiene que la conjunción de un sentido de identidad débil, el pensamiento dicotómico y los supuestos básicos no generan el TPL por mera yuxtaposición, aunque sí forman un sistema complejo con ciclos de autoperpetuación y resistentes a la modificación. Para poder cambiar este sistema, es necesario entonces, abordarlo de manera estratégica.

### **Estrategias de Intervención.**

Beck sostiene que las conceptualizaciones de Linehan, Millon y Young son compatibles con su modelo, sin embargo, el punto de partida de la terapia debe ser el abordaje del *pensamiento dicotómico*, pues desempeña un rol destacado en las relaciones extremas, cambios abruptos de ánimo, en la amplificación de los supuestos disfuncionales y en la génesis de los dilemas. No se debe abordar en la primera sesión, sino una vez establecida la cooperación en la relación terapéutica, comprendiendo el problema y permitiendo que para el paciente tenga sentido tal cuestionamiento. Con estos

clientes será muy conveniente ser cauteloso antes que osado en las intervenciones de cualquier tipo.

Las intervenciones específicas apuntan al *desarrollo de una relación de trabajo*, relación fundamental debido a que gran parte de los problemas de estas personas se hallan en el área interpersonal, área que además, es parte del mundo que el sujeto límite ve como malo y peligroso. La colaboración requiere confianza e intimidad, fundamentos que estas personas también consideran muy peligrosas; por ello es conveniente acordar inicialmente metas específicas y centrarse en objetivos conductuales que requieran poca introspección, además de reconocer explícitamente y aceptar las dificultades de estas personas para confiar en el terapeuta, luego de lo cual éste debe mostrar ser *fiable*. Importa también cuidar una comunicación clara y asertiva, evitar los equívocos, cumplir lo acordado y dejar clara la opción al paciente de no hablar los temas que no desee. De esta manera se gana gradualmente la confianza del paciente y se aumenta la motivación.

En la terapia se plantea el conflicto entre la sensibilidad a los problemas inmediatos y el abordaje estratégico focalizado, cuestión que puede caer en disconformidad y que es posible subsanar con un enfoque cooperativo que revise constantemente las metas y prioridades y que reserve una parte de la sesión para los problemas del momento y otro para las metas de fondo. La disconformidad se reduce no cayendo el terapeuta en luchas de poder, explorando las ventajas y desventajas de realizar o no las tareas del paciente, explorando los pensamientos y sentimientos del cliente al decidir no realizarlas, como el miedo al cambio.

Frente a las crisis, llamadas telefónicas de emergencia y pedidos de trato especial se debe tener una postura clara de hasta donde se está dispuesto a llegar, estableciendo límites claros y coherentes. Se sugiere no dar tratos



especiales, sino los que se darían a cualquier paciente, accediendo a llamadas telefónicas breves de intervención en crisis que ofrezcan una sesión pronta. Conviene también no caer en la tendencia a tomar los síntomas o crisis como emergencias, respondiendo a ellos(as) con mesura, lo que suele tranquilizar incluso episodios psicóticos. Respecto a la susceptibilidad de estos pacientes en cuanto a la intimidad, es útil estar atento y ser sensible a los signos de malestar; incluso se sugiere solicitar feedback en este sentido para que el paciente sienta cierto grado de control sobre la sesión. En cuanto a las reacciones y respuestas emocionales fuertes y no provocadas, es conveniente abordarlas rápida y directamente, comprendiendo lo que el paciente piensa y siente, para luego “despejar errores de concepto y juicio en términos francos y explícitos”<sup>52</sup>, aclarando que no se explotará ni rechazará al paciente por sus reacciones.

Con respecto a las interrupciones del tratamiento, es esencial discutir las expectativas, temores y sentimientos al menos tres meses antes de la interrupción, volviendo varias veces sobre este tema si al principio se insiste en que la conclusión del tratamiento no le afecta. Al dar el alta, conviene reducir gradualmente las sesiones.

Como estas personas suscitan fuertes emociones en los terapeutas, se aconseja que éstos atiendan sus emociones y pensamientos automáticos, registrándolos; al dudar o no comprender sus respuestas, es sugerible asesoría.

Para reducir el pensamiento dicotómico, se hace necesario mostrar al paciente que él piensa así y que interesa dejarlo; para eso se señalan ejemplos a medida que aparecen, mostrando que el pensar en continuos es más realista y adaptativo. Se le pide a la persona que operacionalice los extremos que le permiten clasificar y se elige la dimensión que venga al caso; este enfoque

---

<sup>52</sup> Terapia Cognitiva de los Desórdenes de Personalidad, pg.281.

evita la resistencia, ya que la persona evidencia si su pensamiento se basa o no en la realidad. Se espera que con práctica, la persona cuestione su pensamiento por iniciativa propia.

Al ceder las dicotomías, disminuye la frecuencia en las oscilaciones anímicas en conjunto con la intensidad de las reacciones emocionales; con esto se facilita que el cliente mejore su capacidad para considerar de modo crítico su pensamiento en situaciones problema, aprendiendo modos más adaptativos de expresión emocional, lo que lo lleva a *controlar sus emociones*. Se completan las técnicas con entrenamiento asertivo, “preguntándole (el terapeuta) periódicamente cómo se siente cuando surgen situaciones capaces de producir fastidio u otras emociones desagradables”<sup>53</sup>, aceptando las emociones expresadas, modelando las respuestas y dando retroalimentación respecto de las reacciones; se utilizan las situaciones espontáneas y también las dramatizaciones y visualización, previa autorización del paciente. Estas mismas técnicas se usan en el *control de los impulsos* y en las conductas autodestructivas, sin embargo se intenta ahora comprender la motivación, examinando pensamientos, sentimientos y lo que se desea lograr con esas conductas impulsivas y autodestructivas. La secuencia de intervención para este tipo de conductas consiste en identificar el impulso antes de actuar sobre él (autoobservación), inhibir la respuesta automática (explorando ventajas y desventajas de controlar los impulsos), identificar alternativas, seleccionar la respuesta (examinando las expectativas del sujeto, identificando y cuestionando los miedos y supuestos que excluyen las alternativas favorables) y por último instrumentar la respuesta (experimentos conductuales, practicar).

---

<sup>53</sup> Idem, pg.292.



Con objeto de *fortalecer el sentido de identidad* se detectan las características, decisiones (como el asumir riesgos: revelar o admitir actos de los que se avergüenza, o al expresar rabia) y logros positivos del cliente, ayudándole a evaluar con realismo sus acciones, aunque eso no es nada fácil en sujetos límite. Al abordar los *supuestos*, se sugiere realizar experimentos conductuales que prueben su validez e ir gradualmente desmenuzándolas; esto difiere del procedimiento para la depresión.

### III.2- *Jeffrey E. Young*

“Los trastornos de personalidad están entre los problemas clínicos más resistentes que se le presentan a los terapeutas”<sup>54</sup>.

#### INTRODUCCION

La terapia cognitiva de corto término fue creada por Beck y sus colegas para tratar a pacientes con depresión (16 a 20 sesiones). Esta terapia requiere ciertas características que los pacientes con trastorno de personalidad no tienen. La idea es demostrar como esta terapia puede ser adaptada y expandida para tratar a personas con trastornos de la personalidad. El nuevo acercamiento es llamado “Schema-Focused Cognitive Therapy”, es decir, Terapia Cognitiva centrada en Esquemas.

Se asume en la terapia de corto término que:

- Los pacientes tienen acceso a los sentimientos con un entrenamiento resumido.
- Tienen acceso a los pensamientos e imágenes con entrenamiento resumido: “Muchos pacientes con TPL no pueden reportar cuales son sus pensamientos automáticos; o, ellos reclaman no tener imágenes”<sup>55</sup>.
- El paciente tiene un problema identificable en el cual focalizarse.
- Tiene motivación para llevar a cabo tareas asignadas y para aprender estrategias de autocontrol. “Estos pacientes parecen mucho más motivados en

---

<sup>54</sup> Young, 1990, VII abstract.

<sup>55</sup> Traducción hecha por los autores; Young, 1990, pg. 2.



apoyarse en el terapeuta y obtener apoyo que en aprender estrategias para ayudarse a sí mismos”<sup>56</sup>.

-El paciente puede comprometerse en una relación colaborativa con el terapeuta dentro de pocas sesiones (en algunos casos esto es, del todo, imposible).

-La dificultad en la relación terapéutica no es el foco mayor del problema.

-Todos los patrones conductuales y cognitivos pueden ser cambiados a través de trabajo empírico, discurso lógico, experimentación, pasos graduales y práctica. Estos pacientes pueden reportar reiteradamente, que entienden intelectualmente lo que el terapeuta está mostrándoles, pero que emocionalmente sus sentimientos, conductas y creencias se mantienen intactas. Consideran que es muy difícil cambiar esas cosas pues son demasiado parte de sus vidas.

Young, en contraposición a estas características esperadas, define algunas otras que los pacientes con trastornos de personalidad presentan. Éstas son:

a- Rigidez: La suposición de flexibilidad que es necesaria para la terapia corta no está presente en pacientes con TPL. Los terapeutas cognitivos emplean variadas estrategias para ayudar a los pacientes a ver lo dañino y maladaptativo de sus pensamientos y suponen que el paciente es lo suficientemente flexible para cambiar a través del empirismo colaborativo. Sin embargo, la inflexibilidad de los patrones es una de las características del TPL (según el DSM IV y nuestra propia experiencia).

---

<sup>56</sup> Traducción hecha por los autores; Young, 1990, pg.2

b- Evitación: La evitación cognitiva o afectiva puede ser resultado del condicionamiento aversivo; se ha asociado ansiedad y depresión a los recuerdos: esto es una estrategia crónica que hace fracasar la terapia de corto término.

c- Dificultades Interpersonales: La mayoría de las definiciones de trastorno de personalidad destacan este tipo de dificultades.

### **Teoría del Esquema**

Se proponen cuatro constructos para ampliar el modelo de la terapia corta de Beck y permitir una conceptualización más completa en el tratamiento de los pacientes con Trastornos de Personalidad. Esta expansión de términos, si bien alude a cómo se originan los esquemas, no es una teoría comprensiva de la psicopatología sino una heurística clínica conveniente que permite a los terapeutas y pacientes comunicarse acerca de fenómenos de nivel más profundo que no han sido incorporados en la terapia corta. No han sido probados empíricamente, ya que su objeto sólo es facilitar la comunicación. “Un esquema es una estructura cognitiva para seleccionar codificar y evaluar los estímulos que se le presentan al organismo...Con base en una matriz de esquemas, el individuo es capaz de orientarse a sí mismo en relación con el tiempo y el espacio, así como también es capaz de categorizar e interpretar las experiencias de una manera significativa”<sup>57</sup>. Beck supone que los esquemas se manifiestan en la asociación libre, las imágenes y los sueños. Estos esquemas sesgan nuestra interpretación de los eventos de una manera consistente. Este sesgo se refleja en psicopatología en las típicas premisas inválidas, metas no realistas, expectativas equivocadas, etc.

---

<sup>57</sup> Traducción realizada por los autores; Beck, 1967, pg. 283, citado en Young. Pg. 8.



Segal, en tanto, define los esquemas como: “elementos organizados de reacciones y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimientos relativamente persistente y cohesionado, capaz de guiar las percepciones y evaluaciones subsecuentes”<sup>58</sup>. Este mismo autor señala que las diferentes maneras de definir un esquema pueden agruparse en dos grupos:

- los que acentúan la relación entre ánimo y constructos personales
- y los que apuntan a la interconexión entre constructos personales dentro del sistema yoico (self-system).

Ahora bien, Young señala, en cuanto al origen de estos esquemas, que para desarrollar una manera sana de ser en el mundo se requiere contar con cuatro elementos básicos: 1)- autonomía, 2)- vinculación, 3)- valoración, 4)- expectativas razonables y límites realistas.

El que estos basamentos no se desarrollen puede tener que ver con características innatas del niño en formación, las que combinadas con las características parentales pueden generar modos no sanos de relacionarse con el mundo y consigo mismos. El énfasis de la teoría de Young, sin embargo, está en la manera en que, tanto los roles de los padres como la relación con los hermanos y con el grupo de pares, influyen la formación de los esquemas. “Sin embargo, cuando el ambiente parental o social no es óptimo, los niños son vulnerables a desarrollar esquemas desadaptativos tempranos en una o más de esas áreas principales”<sup>59</sup>.

En la Teoría de los esquemas tempranos, a pesar de que se elaboran algunas conceptualizaciones etiológicas y otros constructos teóricos, no es la

---

<sup>58</sup> Young, 1990, pg.8.

<sup>59</sup> Traducción realizada por los autores; Idem, pg. 56.

teoría lo esencial. La principal meta es sólo proveer la suficiente base teórica como para darle dirección a las intervenciones clínicas.

### Esquemas maladaptativos tempranos

Los Esquemas maladaptativos tempranos son tópicos extremadamente estables y durables que se desarrollan durante la infancia y son elaborados a lo largo de la vida. Estos, a su vez, sirven como base para el procesamiento de las experiencias posteriores.

Características:

- Son creencias incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente (son verdades implícitas que se dan por descontado). El hecho de que sean incondicionales hace que sean más rígidas (por ejemplo, “no importa lo que yo haga, soy malo”). Lo más que puede hacerse es esconder o postergar lo inevitable.
- Se autoperpetúan y, por lo tanto, son más resistentes al cambio. Forman parte de la base del auto concepto y cualquier amenaza de cambio es sentida como muy peligrosa, y evitada rápidamente. Estas ideas siempre se confirman.
- Por definición, son disfuncionales de una manera repetitiva y significativa.
- Son usualmente activados por eventos relevantes para ese esquema en particular.
- Cuando son activados están más ligados a un alto nivel de emoción que los supuestos encubiertos.
- Suelen ser resultado de experiencias disfuncionales con los padres, hermanos o grupo de pares durante los primeros años de vida. Más que a hechos aislados se liga con patrones cotidianos y repetitivos (crítica constante, por ejemplo).



“Los esquemas maladaptativos tempranos son centrales en la organización de la personalidad”<sup>60</sup>. Se han identificados los siguientes esquemas:

### **I. Autonomía**

- 1- Dependencia: sensación de ser incapaz de manejar el día a día sin ayuda.
- 2- Subyugación/falta de individuación: voluntario o involuntario sacrificio de las propias necesidades para satisfacer a otros, a menudo acompañado de falla en el reconocimiento de las propias necesidades.
- 3- Vulnerabilidad a daño y enfermedad: miedo permanente a un desastre a ocurrir, imposible de prevenir.
- 4- Miedo a perder el auto control: miedo acompañado de una real falta de ejercitación del auto control y la tolerancia a la frustración.

### **II. Vinculación (connectedness)**

- 5- Deprivación emocional: expectativa de que las necesidades afectivas y de cuidado normales nunca serán satisfechas por otra persona.
- 6- Abandono/deprivación: percepción de la inestabilidad y de lo poco confiable de las figuras que debería proveer de protección, por lo tanto miedo a la pérdida y a la aislación eterna.
- 7- Desconfianza: expectativa de que los otros serán abusivos y harán daño intencionalmente o por extrema negligencia.
- 8- Aislación social/alienación: sensación de estar separado del resto del mundo, de ser diferente y no pertenecer a él.

---

<sup>60</sup> Traducción hecha por los autores; Young, 1990, pg. 15.

### **III. Valoración (worthiness)**

- 9- Sensación de defecto/ser no querible: sensación de que uno está fallado y que inevitablemente se equivocará en todo.
- 10- Indeseabilidad social: sensación de ser completamente indeseable, tanto sexualmente como en términos de status, etc.
- 11- Incompetencia/fracaso: sensación de ser incapaz de cumplir con las tareas de la vida (escuela, trabajo, etc.).
- 12- Culpa/castigo sensación de ser moralmente malo y, por lo tanto, merecer críticas severas.
- 13- Vergüenza: vergüenza derivada de la auto percepción de inadecuación.

### **IV. Expectativas y Límites**

- 14- Estándares irreales: estándares excesivamente altos, a expensas de la felicidad y la salud.
- 15- Derechos/límites insuficientes: idea de que uno debiera poder hacer cualquier cosa que quisiera en el momento.

La mayoría de los pacientes crónicos de psicoterapia tienen más de uno de estos esquemas inadecuados.

### **Mantención del Esquema.**

Se refiere a los procesos a través de los cuales los EMS son reforzados.

-En un nivel cognitivo la mantención del esquema se relaciona con la exageración y el destaque de lo que confirma el esquema y la minimización y negación de lo que lo contradice. Algunos de las más comunes distorsiones son la magnificación, la minimización, la abstracción selectiva y la sobregeneralización. Cuando los terapeutas comienzan a explorar estos



esquemas, con frecuencia encuentran gran resistencia, el paciente trata de probar que su esquema es cierto.

-En el nivel conductual, la mantención es alcanzada a través de conductas auto dañantes. Se hace uso de patrones de conductas que pueden haber sido adaptativos en el ambiente familiar temprano, pero que no lo son en el presente (una mujer con un esquema de subyugación puede elegir una pareja dominante, por ejemplo).

### **Evitación del esquema.**

Cuando los esquemas son gatillados la persona siente una gran carga de emociones displacenteras, por lo que el individuo desarrolla tanto intentos voluntarios como automáticos para evitar o la situación gatillante o la experiencia emocional conectada con el esquema. “Estos procesos pueden ser explicados como condicionamiento aversivo”<sup>61</sup>.

-Algunos de estos procesos involucran ‘evitación cognitiva’ (olvido, bloqueo de imágenes o pensamientos, despersonalización, etc.). Algunos de estos conceptos calzan con los mecanismos de defensa analíticos.

-‘Evitación afectiva’. La evitación afectiva puede darse sin evitación cognitiva. Como resultado de esta evitación, parece ser que quienes la usan experimentan emociones más crónicas, difusas y generalizadas y una mayor cantidad de síntomas psicósomáticos.

-‘Evitación conductual’: es el rehuir situaciones gatillantes. En los casos más extremos está el aislamiento, la agorafobia, etc. El precio de la evitación, en cualquiera de sus tres formas, es que el esquema nunca puede ser abierto (y

---

<sup>61</sup> Traducción hecha por los autores; Young, 1990, pg. 16.

por lo tanto cuestionado) y que la vida no brinda experiencias para desconfirmar los esquemas.

### **Compensación del esquema.**

Se refiere a los procesos de sobre compensación por los EMS. Muchos pacientes adoptan estilos conductuales o cognitivos que parecen ser lo opuesto de lo esperable según sus esquemas (concepto relacionado con el de formación reactiva). Este mecanismo es, a veces, funcional; pero a menudo sobre actúa y fracasa. La compensación puede ser vista como un éxito parcial del paciente, pero casi siempre involucra una falla en el reconocimiento de la vulnerabilidad encubierta, lo que deja al paciente sin recursos para el dolor si la compensación del esquema falla y, además, en algunos casos este mecanismo vulnera los derechos de otros, lo que implica deterioro en la propia vida de la persona.



## APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA CENTRADA EN EL ESQUEMA.

Conceptualizando un caso

### a.- Identificación de esquemas

Se requieren ocho pasos:

**-Evaluación:** en la sesión inicial se intenta obtener una breve historia de vida y se identifican los síntomas presentes. “El terapeuta comienza a formar conexiones entre las emociones específicas, los síntomas, los problemas de la vida y los esquemas”<sup>62</sup>. Se exploran los distintos tópicos y se formulan hipótesis.

**-Cuestionario:** Se administra el Multimodal Life History Questionnaire y el Questionnaire Schema<sup>63</sup> (se dan como tarea a realizar entre sesiones).

**-Educación para los pacientes acerca de los esquemas:** Se le explica al paciente qué es un esquema y su diferencia con otros tipos de ideas. Se les habla de la fuerza y raigambre que tienen y de cómo es probable que éste trate de mantenerse. La idea es preparar al paciente para el proceso de cambio, informándole que el cambio será lento. Se le sugiere a los pacientes que lean *Reinventig your life*, de Young y Klosko, 1993, y *Client’s Guide to Shema-Focused Cognitive Therapy*<sup>64</sup>. Luego, se revisan los cuestionarios aplicados junto con el paciente, intentando ligar los resultados con los problemas de su vida, con el objeto de destacar la relevancia de los esquemas.

---

<sup>62</sup> Traducción realizada por los autores; Young, 1990, pg. 20.

<sup>63</sup> Traducido en los Anexos de esta Memoria.

<sup>64</sup> En Anexos.

**-Gatillaje de los esquemas:** Se gatillan esquemas tanto dentro como fuera de la sesión, a través de imaginación, discusión de situaciones molestas en el pasado y en el presente, examinación de la relación terapéutica, de sueños y asignación de tareas para la casa. La idea es no quedarse en la recomendación de libros y películas relevantes o terapia grupal, revisiones sólo con una comprensión racional de los esquemas, sino que acceder a los esquemas de un modo afectivo. Gatillando los esquemas afectivamente éstos pueden ser testeados. Se puede determinar que un esquema ha sido gatillado cuando se moviliza un alto nivel de emoción. A más emoción, más primario el esquema.

**-Confrontación de evitación y compensación de esquemas:** “La mayoría de los pacientes con trastornos de personalidad evidencian algún grado de evitación del esquemas”<sup>65</sup>. Es importante reconocer cuando un síntoma tiene que ver con un esquema y cuando se relaciona con una evitación del esquema. Es posible hacer la diferenciación con base en dos características: por un lado, es probable que el paciente señale que experimenta síntomas o emociones, pero no pueda conectarlo con el contenido asociado, se trata de una evitación de esquema. Otra característica distintiva es la presencia de síntomas somáticos, tales como despersonalización, fiebre, etc., más que emociones “primarias”, como miedo, rabia, tristeza o culpa. Fijándose en el momento en que el sistema de evitación comienza, es posible deducir el área del esquema evitado. Cuando el terapeuta reconoce una evitación de esquema es esencial confrontar al paciente con los pensamientos e imágenes asociados.

---

<sup>65</sup> Idem, pg.29.



“Ahora ella era capaz de identificar los eventos, tanto en el pasado como en el presente, que gatillaban esas emociones y podía ver como sus interpretaciones de los eventos, en el pasado y en el presente, se relacionaban con estas emociones”<sup>66</sup>.

**-Identificación de la conducta impulsora de los esquemas:** La conducta impulsora de los esquemas tiene que ver con la manera en que se refuerzan los esquemas. “Las conductas impulsadas por esquemas son los procesos a través de los cuales aprenden a lidiar con el ambiente y adaptarse a él, basado en las autopercepciones generadas por los esquemas”<sup>67</sup>. Cada una de estas conductas impulsoras de los esquemas puede ser clasificada como: mantención del esquema, evitación del mismo o compensación, dependiendo de su función. Estas conductas permiten al paciente funcionar en el mundo adecuadamente; mantienen un no fácil equilibrio y, por lo tanto, son reforzadas. Este es el lado bueno de estas conductas, lo malo es que es el sistema en si mismo nunca es cambiado, lo que implica que la persona es siempre vulnerable (no implica la adquisición de nuevos recursos). Además, estas conductas a menudo envuelven la evitación de aspectos más generales en la vida.

**-Integración de la información encontrada dentro de una conceptualización coherente del paciente:** La idea es ligar los problemas actuales del paciente, sus experiencias infantiles (orígenes), los patrones conductuales tanto de la adolescencia como de la adultez, sus emociones y la relación terapéutica, con los EMS, obteniendo un feedback del paciente. El terapeuta identifica como estos esquemas se manifiestan y se lo explica al

---

<sup>66</sup> Traducción hecha por los autores; Young, 1990, pg. 30.

<sup>67</sup> Idem.

paciente, para finalmente llegar a un acuerdo y decidir qué formulación es la correcta.

**-Distinción entre esquemas primarios, secundarios y asociados y obtención de un acuerdo sobre un esquema central para el proceso de cambio:** Este es un trabajo del terapeuta, quien debe entender cómo los principales esquemas se interrelacionan. Para descubrir los principales esquemas existen tres criterios: en primer lugar debe prestarse especial atención a aquéllos que gatillaron un mayor monto de emoción, también a aquéllos que están ligados a los problemas más persistentes, durables y estresantes experimentados por el paciente y, finalmente a los que se relacionan con dinámicas problemáticas de desarrollo de la infancia (con los padres, hermanos o pares). Los esquemas asociados son los que se ligan con los primarios y, puede decirse, son consecuencia de éstos. Los esquemas secundarios son independientes de los primarios y tienen menos prioridad que éstos.

#### **b.- Cambio de los esquemas**

Se consideran cuatro tipos de intervención:

**-Técnicas emotivas:** Esta técnica es usada principalmente al inicio del tratamiento para relajar los esquemas y hacerlos más flexibles al cambio. Hay muchas técnicas que se pueden usar, la mayoría de ellas derivadas de la terapia gestáltica: · creación de diálogos imaginarios (decir imaginariamente a sus padres, por ejemplo, lo que habrían deseado decirles, suele tener consecuencias positivas en cuanto a las creencias que tienen los pacientes acerca de ellos mismos), · catarsis (cuando el paciente ‘ventila’ sus sensaciones, los esquemas asociados suelen cambiar).



**-Técnicas interpersonales:** son enfatizadas a lo largo de todo el tratamiento con pacientes que actúan sus esquemas en la relación terapéutica (transferencia):

- La relación terapéutica es un medio efectivo de cambiar los esquemas; es importante que el terapeuta esté alerta a la aparición de un esquema en la relación, para que éstos puedan ser chequeados en el momento mismo de su aparición.
- Otra alternativa es que el terapeuta de una relación terapéutica que actúe en contra de los EMS, en el fondo que provea de un nuevo rol parental (el opuesto, el que faltaba)
- También pueden ser arregladas experiencias terapéuticas grupales para el paciente, que provean de un ambiente que actúe en contra de los EMS.

**-Técnicas cognitivas:** Son usadas posteriormente para sistematizar el proceso de cambio de esquemas. Se le enseña a los pacientes a batallar contra sus persistentes creencias emocionales con argumentos racionales, explicándoles además, cómo los esquemas distorsionan la información para reforzar la fuerza de creencias ilógicas. Muchas de las técnicas de la terapia de corto término pueden ser adaptadas.

- Revisar la evidencia base de los esquemas: Antes de intentar cambiar un esquema es necesario elicitarse toda la evidencia relacionada, para lo que es necesario reconstruir la historia de vida; se busca el origen del esquema en la infancia y se analiza como éste se desarrolló en la adolescencia y adultez. Luego se le pide al paciente que defiendan los esquemas, dando las razones que lo fundamentan (“hacer de abogado del diablo”).

- Examinar críticamente la evidencia de base. La idea es tomar los argumentos entregados por el paciente y buscar otra manera de mirar la misma información, para que ésta no pruebe realmente el esquema (es necesario encontrar un equilibrio entre la confrontación y la empatía). Una forma es evidenciar cómo esas experiencias familiares tempranas reflejan los estándares

maladaptativos de sus padres y no la forma en que la cosas son o “deben ser”; otra manera es mostrar cómo, debido a las conductas impulsadas por el esquema, éste no ha sido nunca realmente probado. El objetivo es que el paciente pueda tomar distancia de sus propios esquemas y dudar de su veracidad.

- Revisar evidencia que contradiga el esquema. El problema es que elicitación de esta evidencia positiva puede ser más difícil de lo que fue hacerlo con la negativa (el olvido de información positiva es parte del proceso de mantención).

- Ilustrar cómo el paciente descuenta la evidencia contradictoria. Debe mostrarse cómo opera ese mecanismo de descuento (por ejemplo, Técnica Point-Counterpoint; atacar y defender el esquema, realizar debates, dar razones en favor y en contra).

- Desarrollar flashcards que contradigan los esquemas. Una de las técnicas más efectivas para cambiar esquemas es la constante repetición de respuestas racionales, especialmente cuando han sido activados. Lo que se hace, entonces, es que el terapeuta y el paciente construyen tarjetas con argumentos en contra para los esquemas más usuales. El paciente tiene que llevarlos a todos lados y sacarlos cuando sea necesario.

- Descubrir los esquemas en cualquier momento en que son activados, dentro o fuera de la sesión. Es necesaria una práctica constante. El paciente debe detenerse y contraactuar cada vez que se gatille un esquema.

**-Técnicas conductuales:** éstas se usan en la última fase. No es fácil cambiar patrones conductuales sumamente arraigados; de hecho, es más difícil que modificar emociones y creencias.

- El siguiente paso es, entonces, cambiar la conducta impulsada por los esquemas. Se pretende llevar a cabo modificaciones en las conductas concretas.



· También es importante hacer modificaciones en el ambiente si esto es necesario para la terapia (mudarse temporalmente, probar nuevos hobbies o reducir sus actividades).

Cualquiera sea la técnica usada, es esencial que los esquemas sean abordados cuando éstos son gatillados, o sea, cuando se ha activado una carga emocional asociada; discutir los esquemas sólo en términos intelectuales no es tan efectivo.

En suma, es posible decir que la Terapia centrada en el esquema es un intento de adaptarse a las características distintivas de los pacientes con trastornos de personalidad. Toma principios básicos de la Terapia de corto término de Beck, pero pone en juego procedimientos diversos.

Esta terapia se diferencia de la terapia de corto término en que:

- Es menos guiada y más confrontacional.
- Se usa más la relación terapéutica como vehículo de cambio.
- Hay más resistencia al cambio, por lo tanto es más larga.
- El nivel emocional es más alto durante las sesiones.
- El terapeuta se preocupa más de identificar y sobrellevar la evitación cognitiva y conductual.
- Dedicar mucho más tiempo al origen en la infancia de los esquemas y a las técnicas emotivas que rodean estos temas tempranos.

Las diferencias que posee con la terapia analítica (en estas diferencias se asemeja al enfoque de Beck), corresponden a que:

- El terapeuta es mucho más activo.
- Las técnicas de cambio son mucho más sistemáticas.
- Hay un fuerte énfasis en las tareas de auto ayuda para la casa.
- La relación terapéutica es colaborativa, en vez de neutral.

- Es más directa y rápida que la terapia convencional.
- El terapeuta usa un enfoque empírico, al nivel que el análisis de evidencia es un aspecto crítico del cambio de esquemas.

“La terapia cognitiva centrada en el esquema, por lo tanto, puede ser vista como una extensión de la terapia cognitiva, integrando técnicas desde otras aproximaciones para responder a los requerimientos terapéuticos especiales de los pacientes difíciles con desórdenes de personalidad de largo tiempo y aquéllos con ansiedad y depresión crónicas”<sup>68</sup>.

---

<sup>68</sup> Traducción realizada por los autores; Young, 1990, pg. 50.



### III.3- *Marsha M. Linehan*

#### INTRODUCCION

La teoría de Marsha Linehan tiene su base empírica en el trabajo con mujeres que llevan a cabo auto agresiones, intentos de suicidio y otras formas de conducta “auto dañantes” y que además cumplen con los criterios para el diagnóstico de TPL, pero según la autora la teoría por ella desarrollada puede ser válida, también, tanto para hombres como para pacientes no suicidas.

Linehan llama a las conductas definitorias de estas pacientes “parasuicidas”; con este término se refiere a cualquier acto de auto daño que no sea fatal e incluye, de este modo, los llamados “gestos suicidas”. La intención de la autora al incorporar un nuevo término tiene que ver con evitar las hipótesis motivacionales implícitas en los términos clásicamente usados y restar el carácter peyorativo de estos. Linehan señala que el enfrentamiento de los terapeutas con estos pacientes suele ser poco comprensivo y, en ocasiones, declaradamente castigador; los pacientes borderline son acusados de manipuladores y extremadamente demandantes. Un ejemplo de eso, según Linehan, es la frase del DSM IV en que se les acusa con la siguiente sentencia “Típicamente esto implica una oscilación entre ser muy demandante y necesitado y ser una víctima iracunda y vengativa”<sup>69</sup>.

Marsha Linehan pone un acento importante en la posibilidad de que estos pacientes cuenten con validación de sí mismos y de sus emociones, especialmente considerando que un gran porcentaje de ellos tiene historias de maltrato y abuso durante su infancia.

---

<sup>69</sup> Traducción realizada por los autores; Linehan, 1993, pág. 18

“Uno de los principales objetivos teóricos ha sido desarrollar una teoría del TPL que sea, a la vez, científica y no juzgadora, no peyorativa en su tono. La idea es que tal teoría debiera llevar a técnicas de tratamiento efectivas tanto como a una actitud compasiva”<sup>70</sup>.

## TEORIA BIOSOCIAL: UN MODELO DIALECTICO

A diferencia de los modelos cognitivo tradicionales, la teoría de Marsha Linehan no considera que las alteraciones conductuales provengan, necesariamente, de disfunciones cognitivas. Ella señala que existen tres tipos de conductas: motora, cognitiva-verbal y fisiológica, y que ninguno de estos tipos tiene preponderancia en cuanto a las causas del comportamiento humano. “Desde esta perspectiva, los eventos, incluyendo los eventos conductuales, son siempre resultado de una configuración causal compleja al mismo tiempo y en distintos niveles”<sup>71</sup>.

La autora considera que existe un sistema entre el individuo y el ambiente, en el cual las influencias son recíprocas e interdependientes: “reciprocal determinism”.

### Concepto de Trastorno de Personalidad Borderline (TPB)

M. Linehan señala que su teoría y, por ende su conceptualización del TBP, se basa en la teoría biopsicosocial, siendo similar en muchos aspectos a la conceptualización de Millon. Sin embargo, a diferencia de este último,

<sup>70</sup> Traducción hecha por los autores; Linehan, 1993, pág. 18.

<sup>71</sup> Idem, pg. 38.



Linehan no desarrolla una definición alternativa a la del DSM; a pesar de que ella reorganiza los criterios usuales de definición del trastorno, no los redefine.

### **Criterios Diagnósticos**

Linehan entiende el TPL como caracterizado por 5 criterios principales, que surgen de una reorganización de los criterios DSM:

- *Desregulación Emocional*: las respuestas emocionales de los individuos con TPL son sumamente reactivas y los individuos suelen sufrir de depresiones episódicas, ansiedad, irritabilidad y problemas para manejar la ira. Linehan pone en duda la concepción general respecto a que estos pacientes no suelen tener una base humoral particularmente depresiva. La autora señala que, en su experiencia, al menos en lo que se refiere a los pacientes parasuicidas, su afectividad suele ser bastante negativa (entre 41 mujeres con diagnóstico de TPL, 71% cumplían con los criterios para trastorno afectivo mayor y 24% para distimia).
- *Desregulación interpersonal*: sus relaciones suelen ser caóticas e intensas. Los pacientes borderline suelen sentirse aislados y excluidos, lo que tiene relación con el hecho de que estas personas tienen dificultades para concebir que es posible ser uno y estar con los otros. “La paradoja de que uno puede ser al mismo tiempo diferente y parte del todo es pasada por alto. La oposición entre persona -parte- y ambiente -todo- se mantiene”<sup>72</sup>.

---

<sup>72</sup> Traducción realizada por los autores; Linehan, 1993, pg. 36.

- *Desregulación conductual*: suelen exhibir conductas impulsivas o suicidas, como las denominadas por la autora como “parasuicidas”. Manifiestan, además, patrones de desregulación conductual tales como abuso de sustancias, promiscuidad sexual o acciones ilegales (robos, etc.). Generalmente tienen graves dificultades para manejar las presiones emocionales, interpersonales o comportamentales, por lo que “actúan” los conflictos.
- *Desregulación cognitiva*: en situaciones de crisis estos pacientes pueden presentar alteraciones del pensamiento, tales como despersonalizaciones, experiencias disociativas o delirios. Lo básico de estas personas puede ser, sin embargo, la rigidez cognitiva, el pensamiento dicotómico, la pobre abstracción y las dificultades para la solución de problemas interpersonales que estos individuos exhiben.

Es preciso resaltar, además, el concepto de *Disociación Borderline*. La autora señala que los individuos borderline frecuentemente mantienen, rígidamente, puntos de vista contradictorios y son incapaces de llegar a una síntesis de ambas posiciones. “Tienden a ver la realidad en categorías polarizadas de “esto o lo otro”, más que “todo”, y dentro de una estructura de referencia muy fija”<sup>73</sup>. Esto tiene como consecuencia la incapacidad de estas personas para conceptualizar la posibilidad de un cambio, lo que los lleva a sentirse irremediabilmente perdidos y sin escapatoria para siempre.

---

<sup>73</sup> Idem, pg. 35.



- *Desregulación del sentido del sí mismo*: con frecuencia señalan que no sienten un sí mismo, se sienten solos o no saben quienes son, esto los lleva a una búsqueda de guía en el ambiente, para aclarar cómo ser y cómo pensar y sentir. Esto dificulta su relación con los otros y con ellos mismos de un momento a otro. De esta forma, la identidad queda definida por lo contingente, lo que es variable y, por lo tanto impredecible, no dando la oportunidad de situar en perspectiva lo que ocurre en cada momento. “La parte se transforma en el todo”<sup>74</sup>.

### **El desarrollo del TPL**

Como señala la autora, la mayor premisa es que el TPL se basa, principalmente, en una disfunción del **sistema de regulación emocional**. Esto estaría provocado por la combinación de irregularidades biológicas (desregulación emocional) y de disfunciones ambientales (ambientes invalidantes). “La tesis aquí es que los individuos borderline son tanto vulnerables como deficientes en sus habilidades de modulación, y que estas dificultades tienen sus raíces en predisposiciones biológicas, las cuales son exacerbadas por experiencias ambientales específicas”<sup>75</sup>.

**\*Desregulación Emocional**: Con esto se refiere a la suma de una cierta vulnerabilidad emocional excesiva en estos pacientes (determinada biológicamente), con una extrema dificultad para modular las emociones.

- La vulnerabilidad emocional incluye una alta sensibilidad a la estimulación emocional, gran intensidad emocional, y lento retorno a la línea emocional base. Esto quiere decir que es fácil provocar en estas personas una

<sup>74</sup> Traducción hecha por los autores; Linehan, 1993, pg.36.

<sup>75</sup> Idem, 1993, pg.43.

respuesta emocional, que la reacción será intensa y que el efecto de esta reacción sobre los procesos cognitivos será persistente, lo que facilitará una alta sensibilidad para el próximo estímulo afectivo.

- La modulación de las emociones alude a dos conceptos básicos. En primer lugar es necesario aprender a experimentar e identificar las emociones, luego se requiere la capacidad de bloquear las subsecuentes imágenes y reacciones emocionales. Es saludable sentir las emociones, la inhibición constante imposibilita aprender a manejar sus efectos y evitar la causa de las situaciones problemáticas a la base.

\*Ambientes invalidantes: Los ambientes invalidantes provocan en los niños las siguientes reacciones indeseables:

- Los niños no aprenden a identificar sus emociones y demás experiencias privadas. Se les exige que controlen sus emociones sin explicarles cómo.
  - Se sobre simplifica lo que es un proceso de solución de problemas, lo que no enseña a los niños a tolerar el estrés y a definir metas realistas.
  - Se hace necesario llevar a cabo una exposición extrema de emociones o problemas, ya que un monto menor no provocará respuesta en el ambiente. Esto lleva a estas personas a oscilar entre la inhibición emocional y estados de emoción extremos.
  - Los niños no aprenden a confiar en sus propias emociones e ideas como respuestas válidas a los eventos. Sí aprenden a desconfiar de sí mismos y a buscar claves externas para definir qué pensar, qué sentir y cómo actuar.
-



Una familia invalidante puede ser tanto una "familia perfecta" (que no tolera expresiones emocionales) como una "familia caótica" (en la que no hay tiempo ni atención para los niños) o una "familia típica" (una familia típica en nuestras sociedades tiende a enfatizar el auto control cognitivo; el problema es que éste no siempre funciona). Como sea que se constituya la familia, el punto es que se produce un círculo vicioso en el cual la familia espera del niño conductas que este no puede emitir y el niño (excesivamente castigado e insuficientemente ayudado) se ve más presionado por un aumento de las emociones negativas.

Es clara la importancia que Linehan le da a las emociones, como base de las otras conductas, como base de la auto imagen, de las auto atribuciones, de las percepciones de control, etc. De esta manera, pueden leerse los diversos trastornos de características del TPL como consecuencias de una falla en la desregulación emocional. La autora señala, por ejemplo, que los intentos de suicidio y otras conductas impulsivas son soluciones maladaptativas para la presencia de incontrollables e intensas emociones dolorosas y que la tendencia borderline a intentar inhibir las respuestas emocionales genera una ausencia de un sentido de identidad constituido.

### Terapia Dialéctica Conductual

Marsha Linehan llama al tratamiento que desarrolla a partir de su teoría "Terapia Dialéctica Conductual" (Dialectical Behavioral Therapy: DBT). Este se basa en la recolección de eventos contingentes, en la definición rigurosa de los focos del tratamiento, en una relación fuertemente colaborativa entre el terapeuta y el paciente y en el acuerdo sobre las metas del tratamiento. Un

estudio realizado por Linehan y su equipo ha demostrado que, para estas pacientes, la técnica planteada por la autora es efectiva, tanto durante el primer año luego de finalizado el trabajo terapéutico como en seguimientos a seis años plazo.

Además de las técnicas propias de la teoría cognitivo-conductual, este enfoque incorpora, desde la tradición oriental (Zen), un énfasis en la dialéctica; esto dice relación con el intento de realizar un cambio en la vida de los pacientes, a la vez que se los acepta tal y como ellos son en el momento. “Una creencia en el esencial deseo del paciente de crecer y progresar, tanto como una creencia en su capacidad de cambio inherente, basamenta el tratamiento”<sup>76</sup> y a esto se suma la posibilidad de moverse en un proceso continuo de tesis, antítesis y síntesis, lo que implica movimientos y contra movimientos rápidos por parte del terapeuta.

El concepto de dialéctica implica una forma de ver el mundo en la que se entiende que es central ser capaz de captar el todo y la relación entre las partes, incorporando la idea de que la realidad no es algo estático, sino que opera en términos de opuestos que fluctúan continuamente y a través de los cuales es posible llegar a una síntesis, la que generará, subsecuentemente, una nueva tesis.

Desde el punto de vista del diálogo y la relación, la dialéctica se refiere a la posibilidad de producir cambios a través de la persuasión y al uso de las oposiciones propias de la relación terapéutica, para producir un diálogo en que el movimiento sea posible; una conversación en que se arribe a nuevos significados dentro, y a partir, de los viejos significados, para concluir algo que es lo mismo pero radicalmente distinto.

---

<sup>76</sup> Traducción realizada por los autores; Linehan, 1993, pg.20.



Basándose en la postura señalada por la autora respecto a qué es la desregulación emocional, la que genera principalmente el TPL, es comprensible que el **foco** de la terapia dialéctica conductual esté *en enseñar a los pacientes a modular la emocionalidad extrema y reducir las conductas maladaptativas que dependen del estado de ánimo y en ayudarlos a aprender a confiar, y a validar, sus propias emociones, pensamientos y actividades.*

El foco está en enseñar y validar. Las habilidades a enseñar son de cuatro tipos:

- aquellas que incrementan la efectividad interpersonal en situaciones conflictivas
- las que aumentan la auto regulación en situaciones indeseadas
- habilidades para tolerar el estrés emocional
- habilidades para experimentar emociones y evitar la inhibición emocional (adaptadas de las técnicas Zen de meditación)

La validación es básica ya que, como otras terapias, la DBT cree que la experiencia de ser genuinamente aceptado es valiosa en sí misma, y fuente de cura. El foco básico del proceso de enseñanza tiene que ver con el aprendizaje de estrategias de solución de problemas. Estas estrategias incluyen la implementación de un análisis conductual y de un análisis de soluciones (en el que son desarrolladas soluciones conductuales alternativas), la orientación al paciente respecto a estas posibles soluciones, el compromiso del paciente en los procedimientos recomendados y la aplicación del tratamiento.

El hecho de que el foco de la terapia sea la validación y la enseñanza requiere ciertas características esenciales tanto de parte del terapeuta como del paciente:

\* **Requisitos del terapeuta:** compasión, persistencia, paciencia, confianza en la eficacia del tratamiento y disposición para correr riesgos.

\* **Requisitos del paciente:** compromiso para trabajar con los objetivos definidos en la DBT. “Los pacientes que no están de acuerdo tanto en disminuir las conductas suicidas y parasuicidas y los estilos interpersonales que interfieren con la terapia, como en aumentar las habilidades conductuales, no son aceptados dentro del tratamiento”<sup>77</sup>.

Ya se ha señalado que el acuerdo respecto a las metas de la terapia, y a los procedimientos generales de ésta, es básico para que el tratamiento sea posible. Aunque los focos de trabajo son definidos con el paciente, hay algunos objetivos que son indispensables:

- En primer lugar debe enfocarse en las conductas suicidas, parasuicidas y riesgosas.
- Luego, debe trabajarse con aquellas conductas que amenacen la terapia.
- En tercer lugar estarían todos los problemas que hagan imposible desarrollar una calidad de vida razonablemente buena.
- Un cuarto foco está dado por el afianzamiento de las habilidades desarrolladas a lo largo de la terapia, las que tienen por objeto una adaptación al mundo más funcional.
- Una vez alcanzadas las metas anteriores, se busca resolver el estrés pos traumático propio de estos pacientes.
- Finalmente, se ayudará al individuo con TPL a alcanzar una auto validación y un auto respeto profundamente arraigados.

---

<sup>77</sup> Traducción hecha por los autores; Linehan, 1993, pg.98.



Como se ha dicho anteriormente, la teoría de Marsha Linehan tiene base en la teoría Cognitiva conductual, pero se torna más abarcativa, al buscar aportes en otras disciplinas y en otras orientaciones de pensamiento (como el Zen).

Según sus propias palabras, se diferencia de las terapias Conductuales y Cognitivas Standard en cuanto al:

- 1.- Foco en la aceptación y validación.
- 2.- Énfasis en las conductas de interferencia de la terapia (similar al énfasis analítico en la transferencia).
- 3.- Énfasis en la relación terapéutica.
- 4.- Foco en los procesos dialécticos.

### III.4- *Theodore Millon*

#### INTRODUCCION

Este autor comienza a teorizar acerca de la psicopatología de la personalidad ya en la década de los '60; es así como en el año 1969 intenta deducir y coordinar los síndromes de personalidad a través de la *Teoría Ontogenética* y la *Teoría del Aprendizaje Biosocial*, en la cual intenta generar y establecer categorías de personalidad, a partir de la deducción formal. Pero no será hasta dos décadas más tarde, en el año 1990, que logra redefinir esos modelos de personalidad y sus trastornos, articulando estas primeras teorías con lo que él denomina *Modelo Evolutivo*; a través de él, se intentan explicar las leyes más profundas del funcionamiento humano, tomando como punto de partida principios universales derivados de otras disciplinas tales como la física, la química y la biología, es decir, a partir de manifestaciones no psicológicas de la naturaleza. Estos principios ("nomológicos") están basados en *actividades adaptativas* desde el punto de vista evolutivo y son aplicables a todo organismo vivo en tanto sistema bio-psico-social; ellos son los principios de 1)-existencia, 2)-adaptación, 3)-replicación y 4)-abstracción. Cada principio se asocia, a su vez, con una actividad que se expresa en un *continuum*, el cual posee características de bipolaridad y que le otorga el contenido al sistema; estas actividades corresponden a las polaridades placer-dolor, pasividad-actividad, yo-otros y pensamiento-sentimiento, respectivamente.

Se tiene entonces, que las características personales están incluidas en *continuos* que presentan extremos polares, razón por la que no existirían saltos cualitativos que marquen la sutil diferencia entre comportamientos



normales y anormales o psicopatológicos. Es conveniente considerar, sin embargo, que no son las cogniciones, ni las estructuras inconscientes, ni los estilos interpersonales, ni tampoco los dinamismos neurohormonales quienes constituyen la patología, pues ellos no son más que formas manifiestas de expresión de los procesos evolutivos fundamentales: el funcionamiento patológico estaría dado por los *desequilibrios* existentes en los ya nombrados principios evolutivos. Estos principios se verían correlacionados y reflejados en aquellos mecanismos y procesos, los cuales corresponden a las esferas cognitivas, comportamental, afectiva y biológica del ser humano.

La deducción de que los principios y procesos evolutivos eran universales en esencia, permitió establecer la correspondencia, y por ende la articulación, entre la Teoría Biosocial, los elementos fundamentales de su modelo filogenético (evolutivo) y su *Teoría Ontogenética* (1969) de los estadios neuropsicológicos, teorías todas, que se analizarán más adelante.

Millon propone actualmente estudiar la *personalidad* desde una *perspectiva integradora*, puesto que se basa en esfuerzos multidisciplinares. Para ello utiliza una metáfora de *sistemas* que le permite explicar tanto su desarrollo normal como patológico; sin embargo, debemos recordar que gran parte de su desarrollo teórico lo realizó con base en el paradigma cognitivo racionalista y aunque hoy difiera de él, su teoría comparte los supuestos comunes del racionalismo.

Pues bien, esta manera de visualizar la personalidad permite y asegura, por un lado, su dinamismo, y por otro, su individualidad, sin perder de vista su funcionalidad, tanto intra-organísmica como inter-organísmica. Esto, a su vez, permite trascender las desventajas planteadas por los enfoques que han

abordado históricamente la personalidad, a saber, aquellos denominados nomotéticos e ideográficos<sup>78</sup>.

Estos antecedentes generales son suficientes, y nos permiten ya, introducirnos en cada uno de los planteamientos del autor.

### **Teoría Biosocial: orígenes y proceso de evolución de la personalidad.**

La Personalidad se define como un “patrón de características psicológicas profundamente arraigadas, en su mayoría inconsciente, y difíciles de cambiar, las cuales se expresan de modo automático en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo”.

Tanto la personalidad como la psicopatología surgen a partir de un proceso interaccional y dinámico de desarrollo que se inicia en la concepción, en el que “las fuerzas intraorganísmicas y ambientales despliegan no sólo una reciprocidad y circularidad de influencia, sino también una continuidad ordenada y proseguida a través de toda la vida del individuo”<sup>79</sup>. En otras palabras, se plantea que existen múltiples posibilidades en cuanto a las direcciones que puede seguir el desarrollo de un sujeto siempre que se tome como punto de partida sus características genéticas (conjunto particular de cromosomas), las que le otorgarán patrones distintivos de tipo fisioquímico, sensorio, cronológico, de capacidad y maduración, los que facilitan o limitan en último término, sus experiencias y el aprendizaje. De aquí se deduce que en el bebé sea posible identificar un patrón de conducta singular, incluso desde los primeros momentos posteriores al nacimiento.

---

<sup>78</sup> Ver Millon, 1998.

<sup>79</sup> Ver Millon, 1974.



Respecto de la maduración y desarrollo de las capacidades psicológicas (con su origen en el substrato biológico), la estimulación medio-ambiental cobra relevancia, ya que, tanto la pobre estimulación como la sobre-estimulación generarían deficiencias y desequilibrios en el desarrollo neuronal y por ende, en las funciones psicológicas asociadas.

Importante resulta considerar que los factores biológicos y psicológicos se preceden e influyen mutuamente, existiendo una interacción circular entre las *disposiciones comportamentales biológicas* (sensibilidad reaccional, disposiciones conductuales) y las *reacciones* que ellas provocan en el entorno del niño, reacciones que a su vez refuerzan las primeras. Cada patrón de sensibilidad y disposición comportamentales biológicamente determinadas, configura sus propias experiencias y contribuye directamente a la creación o ausencia de dificultades. Por tanto, es posible decir que los niños desempeñan un rol activo en cuanto a la creación de su propio comportamiento, el de sus padres y las condiciones ambientales.

A medida que crecen los niños, aprenden a discriminar qué conductas son eficaces en cuanto a obtener sus fines, recompensas y evitar castigos, con lo cual ocurre en ellos un proceso de decantación y selección de tendencias conductuales instrumentales con las cuales enfrentar la vida diaria. De esta manera, el niño establece su patrón de características, el cual traspasa toda su actividad y se define como *“aquellos modos intrínsecos y penetrantes de funcionar que surgen de la matriz entera de la historia del desarrollo individual y caracterizan ahora sus percepciones y sus maneras de comportarse con respecto a su medio ambiente”*.

La importancia dada a las experiencias tempranas respecto de las conductas aprendidas se debe, según el autor, a tres categorías de procesos que se unen para dar continuidad a la conducta, que son:

*-resistencia a la extinción*, producto de que los aprendizajes tempranos son de tipo presimbólico, aleatorio (es muy difícil repetir las circunstancias de los aprendizajes) y generalizado.

*-refuerzo social*, dado por las experiencias repetitivas (ambientes limitados en que se desenvuelve el bebé), el refuerzo recíproco (que intensifica la reactividad biológica del niño) y los estereotipos sociales (que se espera adopte el niño)

*-autoperpetuación*, la cual se logra a través de distorsiones perceptivas y cognitivas, generalización del comportamiento, compulsión de repetición (tendencia inconsciente a repetir decepciones anteriores en la esperanza de desactivarlas) y el mecanismo de constricción protectora (represión).

Existen, además de los factores sociales e individuales, factores socioculturales que contribuyen a que los aprendizajes tempranos sean persistentes y continuos: la lucha por el logro y la competición, las normas sociales inestables y contradictorias, y por último, la desintegración de objetivos y creencias reguladoras.

Se tiene entonces que la capacidad de enfrentamiento al medio ambiente psicológico, junto a la perspectiva y objetividad del sujeto, determinarán si éste padece algún tipo de patología. Las alteraciones y trastornos psicológicos se conciben, por ende, en términos de la capacidad total del sujeto para enfrentarse a la tensión que lo aflige, a su rigidez funcional y a la inestabilidad estructural. Se señala, de este modo, la existencia un conjunto de características que diferencian la personalidad normal de la patológica:



- *Inflexibilidad funcional* o de adaptación, donde las relaciones con otros son rígidas y/o inapropiadas debido al uso de un repertorio de estrategias interpersonales poco flexibles; lo mismo ocurre frente a las situaciones nuevas.

- *Autoperpetuación*, por la cual interpretan sus vivencias a partir de una conceptualización previa, lo que los lleva a confirmar estos conceptos e impedir la interferencia de visiones de mundo nuevas, que pudieran modificar su patología. Ello, a través de círculos viciosos generados a partir de conductas y actitudes que intensifican las consecuencias autodestructivas.

- *Estructura inestable* en la cual el sujeto revierte los viejos patrones y pierde el control cognitivo y emocional bajo stress.

Estos criterios guían al autor para plantear, a partir de un esquema de tres polaridades, varios patrones de afrontamiento, los que se corresponden en último término con cada TP del DSM-III a pesar de haber sido concebidos como conceptuales y prototípicos y no representativos de entidades diagnósticas. Estos patrones se conciben como formas complejas de comportamiento instrumental.

La clasificación se deriva de la combinación entre 1)- los tipos (positivos o negativos) y origen de los refuerzos que ha aprendido a perseguir o evitar (en él mismo o en otras personas) y 2)- el estilo con que interactúa la persona, es decir, si toma la iniciativa para configurar los acontecimientos que le rodean o si el comportamiento es reactivo a ellos (activo-pasivo). A través de la combinación de la naturaleza de los comportamientos (placer-dolor), su origen (sí mismo u otros) y los comportamientos instrumentales mismos, implicados en la consecución de los distintos refuerzos que busca un individuo, se derivan los ocho tipos básicos de afrontamiento, a los que se agregan tres trastornos graves, con lo que se completa un total de once

patrones de personalidad teóricos. Teniendo claro el origen de dicha conceptualización, revisaremos ahora y con mayor profundidad sus categorías:

1. La estrategia *indiferente pasiva*, caracterizada por la impasividad social, en la cual los afectos y emociones, así como sus consecuencias, son mínimos, siendo el sujeto un observador pasivo respecto de las recompensas, afectos y riesgos de las relaciones humanas.
2. En la estrategia *indiferente activa* se enfatiza la desconfianza en los demás, manteniendo el sujeto una distancia constante entre él y los demás. El objeto es no traducir sus deseos de afecto y sus impulsos en fuente de dolor y angustia (se supone, anteriormente experimentados). El resultado, a pesar de los deseos opuestos, es la abstención de relacionarse con otros.
3. La estrategia *dependiente pasiva* se caracteriza por la búsqueda de personas en quien apoyarse y de esa manera, satisfacer sus necesidades de seguridad y afecto. El resultado es la inhibición de su autonomía e iniciativa, sometiéndose a los demás para retener su afecto.
4. La estrategia *dependiente activa* busca insistentemente estimulación y afecto. La persona aparece como independiente, sin embargo la persona siente miedo de ser autónomo, necesitando intensamente la aprobación y aprecio sociales.
5. La estrategia *independiente pasiva* enfatiza la preocupación por sí mismo y el narcisismo a través del cual la persona sobrevalora sus méritos. Sin embargo esta situación se altera al momento en que la superioridad sentida, se basa en premisas falsas, ya que el individuo seguirá suponiendo que los demás reconocerán su valor, manteniendo la distancia segura frente a quienes considera inferiores.



6. La estrategia *independiente activa* desconfía sostenidamente de los demás, afirmando la propia autonomía y rechazando a los otros, buscando con esto evitar la traición; de ello resulta un deseo y afán de poder.
7. La estrategia *ambivalente pasiva* combina el miedo al rechazo social con la hostilidad hacia el entorno. Se mantiene entonces una fachada social de adecuación y cumplimiento sociales, ocultando y controlando sentimientos y resentimientos opuestos.
8. La estrategia *ambivalente activa* resuelve conflictos semejantes a la estrategia anterior, pero esta vez la persona mantiene estos conflictos más conscientes, oscilando cotidianamente entre diferencia y conformidad, o negativismo agresivo. La tendencia conductual de estos sujetos es a enojarse intensamente, o bien a obstinarse, lo que se mezcla con culpa, vergüenza y necesidad apremiante de dependencia.

Se agregan a estos ocho tipos, tres patrones adicionales con un nivel de patología moderadamente grave o límite, diferenciándose de los anteriores por un déficit de competencia social y la presencia de episodios psicóticos periódicos, aunque reversibles.

9. *Personalidad Cicloide* (corresponde al TPL), caracterizada por estilos de dependencia o ambivalencia moderadamente disfuncional, con intensos estados de ánimo endógenos que alternan con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, accesos de ira, ansiedad o euforia, episodios recurrentes de automutilación y pensamientos suicidas. También se observa una excesiva preocupación por asegurar y mantener el afecto y una ambivalencia cognitiva-afectiva que se manifiesta en sentimientos de rabia, culpa y amor hacia otros.

10. *Personalidad Paranoide*, la cual presenta un estilo desconfiado y vigilante hacia otros, con una actitud anticipatoria ante la crítica y los engaños. Irritables fácilmente y con una tendencia a provocar rabia y exasperación en los demás, a menudo temen perder su independencia, por lo que se resisten a la influencia y control externos.
11. *Personalidad Esquizoide*: corresponde a un patrón mal integrado o desvinculado disfuncionalmente; prefieren la soledad, un mínimo de vinculaciones y obligaciones personales. Son excéntricos en su comportamiento y percibidos como distintos y extraños. Dependiendo del estilo activo o pasivo, muestran cuidado e hipersensibilidad ansiosa o un aplanamiento emocional, junto a deficiencias afectivas.

### **Teoría Ontogenética.**

Hasta acá se han abordado los elementos y productos que tienen que ver con la circularidad de influencia, que ocurre durante toda la vida, entre los componentes biológicos y ambientales; en otras palabras, se ha hablado acerca del volumen de la estimulación temprana. Sin embargo, en un nivel paralelo, el autor nos plantea la existencia de otro proceso en espiral: el de la interacción del volumen y el tiempo, pues, si bien es cierto que el ambiente juega un papel importante en el desarrollo del niño, también lo es el hecho de que los estímulos proporcionados al bebé provocan *efectos* distintos según la edad de éste. Intentando explicar este fenómeno, el autor establece la *Teoría Ontogenética* de los estadios de desarrollo, en la que se plantean cuatro etapas neuropsicológicas, las cuales corresponderían a períodos de culminación neurológica. Cada etapa, en un proceso continuo de integración, sentaría las



bases para la siguiente, situación que sugiere como consecuencia, que si una etapa está alterada, las demás también lo estarán.

Las cuatro etapas del desarrollo que se describirán, se relacionan con las cuatro fases o principios evolutivos ya mencionados y además, en cada etapa neuropsicológica se espera que ocurra un proceso del desarrollo. Las etapas son las siguientes:

\* **Fijación sensorial:** ocurre desde el nacimiento hasta el año y medio de vida. Corresponde al denominado *período de apego*, ya que los niños no pueden sobrevivir por sí mismos y en él se logra fundamentalmente la distinción de los estímulos u objetos capaces de provocarle placer (preservación de la vida) o dolor (amenazas).; el proceso que debiera lograrse en esta etapa, corresponde al desarrollo de la confianza en los demás.

\* **Autonomía sensorio-motriz:** esta etapa comienza alrededor del año de vida y culmina alrededor de los seis. En esta etapa, el centro de atención pasa de la existencia en sí misma, a la existencia en el entorno, es por ello que se plantea la polaridad acomodación-modificación ecológicas. El organismo va decidiendo si mantiene un patrón dependiente respecto de sus padres, o explora su entorno, lo que dependerá en gran medida del tipo de vinculación que posea el niño. Durante este período de interacción paterno-filial se generan las incipientes actitudes hacia la autoridad, el poder y, como ya sabemos, la autonomía.

No es difícil darse cuenta de que el proceso que corresponde a esta etapa apunta a la adquisición y desarrollo de confianza adaptativa; las actitudes paternas sutiles y obvias definen la confianza en la capacidad para ejercer crecientes competencia en el niño. El punto no es si el niño posee o no las

capacidades, sino la confianza o ausencia de ella para probar, competir y aventurarse.

\* **Identidad Puberal Genérica:** entre los 11 y 15 años, los cambios hormonales dan inicio a la pubertad, junto con los caracteres sexuales secundarios y las relacionadas con el género. El adolescente debe establecer una identidad de género; la identidad implica adquirir un medio a través del cual satisfacer sus impulsos de la libido y también refinar el sentido del sí mismo, antes difuso e indiferenciado. El proceso de desarrollo a alcanzar consiste en asimilar los roles sexuales, ya que los jóvenes necesitan compartir un código de lo que constituyen los comportamientos sexuales adecuados en cuanto a cómo regular los impulsos, sentimientos y tendencias sexuales.

\* **Iniciativa intracortical:** esta etapa se coordina con la cuarta fase de la progresión evolutiva, la polaridad pensamiento-sentimiento. Se desarrollan los centros corticales superiores a partir de los cuatro años hasta la adolescencia (18 años), pudiendo adquirir la capacidad de abstracción. Es muy significativa la fusión entre las capacidades de sentir y pensar, lo cual permite al niño responsabilizarse por sí mismo, reflexionando y comportándose de un modo independiente. El proceso que se desarrolla en esta etapa corresponde al equilibrio entre la razón y la emoción; la aparición de las capacidades para sentir, pensar, evaluar y planear, lleva a los jóvenes a formularse una idea clara de sí mismos, una identidad diferenciada que es capaz de enjuiciar de modo independiente (debido a la internalización de valores), y comportarse según su propio curso de acción. Si no logran elaborar una identidad, no podrán enfocar racionalmente los procesos vitales, ni



manejar las fuerzas emocionales y el desánimo y su identidad puede definirse por objetivos y necesidades externas.

### **Modelo Evolutivo.**

Cabe considerar que este desarrollo teórico no resultará del todo novedoso para el lector, producto de la estrecha interrelación existente entre las teorías ya mencionadas y ésta, de ahí que se conozcan al menos superficialmente los términos que se profundizarán a continuación.

Debemos recordar que esta teoría se asienta en conceptos universales considerados fundamentales para todo el espectro de la progresión evolutiva, incluyendo las que se manifiestan en el funcionamiento humano, es decir, que los estilos normales y anormales de la personalidad constan de cuatro ámbitos en las que pueden aplicarse los principios evolutivos y ecológicos de Existencia, Adaptación, Replicación y Abstracción.

De acuerdo a la definición de personalidad, ésta corresponde a un estilo de funcionamiento adaptativo frente al entorno, adaptación que apunta a que las especies deben asegurar el equilibrio que implica cada principio, con el objetivo de mantenerse como ente individual y como clase. Los principios son los siguientes:

\* **Existencia:** Este principio, que promueve y potencia la vida, además de preservarla, implica llevar a cabo dos estrategias (o mecanismos evolutivos) de manera interrelacionada: crear y fortalecer individuos aptos ecológicamente, y luego evitar acontecimientos que acaben la vida. Los mecanismos mencionados constituyen, de modo metafórico y fenomenológico, la polaridad placer-dolor. La normalidad implica la

búsqueda de satisfacción, plenitud y fortalecimiento físico y psicológico para mantenerse vital y competente; así también implica evitar el dolor físico y psicológico.

\* ***Modos de Adaptación:*** Los organismos recurren a dos modos de adaptación, la *acomodación* y *modificación ecológicas*, lo que se traduce en la polaridad pasividad-actividad. En el modo pasivo, el organismo queda sujeto a las variaciones ambientales, caracterizándose por la flexibilidad y dependencia. El modo activo, en cambio, reordena los elementos que dan forma a su ambiente

\* ***Estrategias de Replicación:*** Cuando un organismo se reproduce puede modelar nuevos potenciales que aumentan las posibilidades de prolongar la existencia de la especie, a partir de circunstancias azarosas, o bien, de acontecimientos regulares. La normalidad estaría dada por la individuación reproductora, y por tanto la consecución del sí mismo, en equilibrio con la crianza reproductora, es decir, el amor constructivo hacia los demás.

\* ***Procesos de abstracción:*** corresponden al mecanismo fundamental de la progresión cognitiva de la ontogenia, constituyéndose en la capacidad recombinante de representar simbólicamente el propio mundo interno y externo, es decir, la capacidad de reflexionar para trascender lo concreto e inmediato, sintetizando la diversidad y relacionándola. Al estar liberados de lo real y lo presente, los estilos de procesamiento abstracto pueden elaborar nuevas construcciones y posibilidades anticipadas. Todo esto ocurre en la etapa neuropsicológica de “integración cortical”.



A través de estas deducciones fue posible plantear prototipos de personalidad, en los que se observa que tanto las deficiencias, como los desequilibrios, conflictos y déficits estructurales que surgen en las distintas polaridades son la base para derivarlos. Los prototipos son derivaciones de un sólo prototipo fundamental, que se diferencian en cuanto al tipo de crianza y cultura recibidas, así como en el tipo particular de reforma y manifestación.

Antes de entrar de lleno en estos prototipos y por ende, en los TP, nos dedicaremos a profundizar cuáles son las fuentes de aprendizajes que, según Millon, originan la psicopatología.

### **Fuentes de Aprendizaje Patogénico.**

Muchos aprendizajes provienen de acontecimientos casuales y aleatorios a los que el niño se expone, otros provienen de las enseñanzas paternas (verbales) y muchas, de la imitación de las reacciones habituales de padres y personas significativas; éstos últimos son reflejados por los niños sin comprender su significado y sin que los padres deseen transmitirlos. Estas condiciones refuerzan estilos de comportamientos que son perjudiciales cuando se generalizan a contextos distintos de aquellos en que se adquirieron.

El autor establece dos amplias categorías para el aprendizaje patológico; la primera alude a experiencias resistentes y penetrantes, y la segunda, a experiencias traumáticas.

### **Experiencias Resistentes y Penetrantes**

Las circunstancias de la vida familiar y cotidiana tienen un efecto acumulativo en la composición global del aprendizaje del niño. Para diferenciar la amplia gama de eventos familiares, se establecen cinco categorías distintas de este tipo de experiencias:

1.-Sentimientos y Actitudes de los Padres: el sentimiento de rechazo de los padres es muchas veces obviado pero tiene un profundo efecto. La apatía y la indiferencia intentan minimizar el impacto de los refuerzos que esperan. Hay que considerar que las actitudes seductoras, de explotación y decepción también contribuyen al daño, aunque el sentimiento de no ser querido es el más frustrante y penetrante.

2.-Métodos de control del comportamiento: los procedimientos de enseñanza pueden provocar efectos mayores de lo que ellos esperan; dentro de los métodos existen cinco tipos patogénicos de control: métodos punitivos, de recompensa contingente, inconsistentes, sobreprotectores e indulgentes.

3.-Estilos de comunicación en la familia: los patrones confusos, fragmentados y amorfos de comunicación familiar entregan a los niños mensajes confusos, erráticos, y al transmitirse, envían significados equívocos o contradictorios. Para evitar la confusión, los niños evitan o niegan las señales conflictivas, lo que va sobrecargando un patrón cada vez más desadaptativo de autodistorsiones, llevándolos progresivamente al aislamiento social.

4.-Contenido de las enseñanzas: los padres transmiten a sus hijos de modo inintencionado y con la enseñanza, actitudes y valores. Existen varios tipos de enseñanza patológica: ansiedad, culpa y vergüenza, promoción de sentimientos de inadecuación social e inferioridad y educación sexual perniciosa.

5.-Estructura Familiar: la composición formal de la familia a veces determina que se transmitan actitudes y relaciones patogénicas, tanto por modelos deficientes, discordia familiar, rivalidad fraterna o posición Ordinal (el orden de nacimiento del hijo en la familia).



## **Experiencias Traumáticas**

Saltamos ahora, de la primacía que tienen las experiencias duraderas e intensas, a abordar acontecimientos particularmente dolorosos, que alteran el equilibrio de la persona y que generan y perpetúan actitudes muy arraigadas. Los efectos aprendidos de estas experiencias perduran por dos razones fundamentales: en primer lugar, por el elevado nivel de conexión neuronal que se establece a partir del malestar o ansiedad de la situación, y segundo, debido a que al aumentar el stress, suele disminuir la capacidad para realizar discriminaciones adecuadas del entorno, generalizando la reacción emocional a objetos y personas variadas que se asocian sólo incidentalmente con el agente traumático.

### **Trastorno de Personalidad Límite.**

Antes de comenzar con el TPL, cabe mencionar que Millon evalúa la severidad o gravedad de la perturbación de los trastornos de personalidad, a través de la capacidad del sujeto para mantener su coherencia estructural y funcionar de un modo reforzante, satisfactorio y adaptativo. Ello da como resultado el establecimiento de cuatro categorías, que corresponden a personalidades con dificultades para el placer, con problemas interpersonales, con conflictos intrapsíquicos y con déficits estructurales, categoría ésta última, en la que se ubica el TPL, junto al TP esquizotípica y paranoide; en ella, tanto la cohesión (integración) estructural como el funcionamiento psíquico son pobres, existiendo paralelamente una historia de interrupciones y decepciones en las relaciones interpersonales, rendimiento académico y laboral.

Los criterios que el autor describe en 1969 para determinar un TPL son los siguientes: comportamientos caóticos, conflictos cognitivos, ansiedad por separación y cambios de humor. En 1975 agregaba que estas personas presentaban un marcado déficit en la vinculación social, miniepisodios psicóticos repetidos y al menos tres de las siguientes características: inestabilidad intensa del estado de ánimo, irregularidades de la activación, conciencia autocondenatoria, ansiedad por dependencia y ambivalencia cognitivo-afectiva. Sobre la base del esquema de polaridades (evolutivo), lo que más importa son los conflictos existentes en las cuatro polaridades, lo que explica la inconstancia, ambivalencia, imprevisibilidad y la variabilidad conductual, tanto del pensamiento como de los sentimientos de estas personas. La posición de cada polaridad es temporal, siendo reemplazada por la opuesta.

Las características clínicas de estos sujetos se dividen en tres categorías:

1.-*ansiedad de separación*: estas personalidades son tan dependientes y necesitadas de protección y seguridad como vulnerables a la separación, la cual les provoca una intensa e inevitable ansiedad. Además, como devalúan su autoestima, no creen que los demás puedan valorarlos, razón por la que temen excesivamente que los demás les desprecien y abandonen. Los acontecimientos que potencien los sentimientos de abandono inevitable y de ansiedad de separación puede gatillar un episodio psicótico, o estados de depresión, o de excitación.

2.-*conflictos cognitivos y sentimientos de culpa*: el conflicto está en relación con sus necesidades de dependencia versus independencia, ya que cuando realizan conductas autoafirmativas se sienten culpables. Además,



continuamente se sienten inseguros, producto de la ansiedad ante la separación y el protegerse del abandono; es por esto mismo, que sienten una intensa ira contra las personas de las que dependen, pues ellas poseen un poder para forzarles a la aquiescencia; se suma a esto que, si desean consentir y complacer a estas personas, se enfrentan con la amenaza de que la ira los desborde y pierdan la seguridad que le brindan. Por esta razón, los sujetos límite vuelven esos sentimientos contra sí mismos, tornándose autodespreciativos.

3.-la *inestabilidad conductual y afectiva* es la característica más llamativa de estos pacientes, pero esto no ocurre siempre; cuando domina en ellos un estado anímico, éste es de tono depresivo, aunque de todos modos se ve interrumpido por breves episodios de agitación, euforia y hostilidad.

Además de estas tres categorías, la gran variedad de síntomas y elementos que estas personas presentan se puede agrupar en ocho ámbitos distintos, que se pueden presentar en cuatro niveles, como se presenta en la siguiente Tabla <sup>80</sup>:

### **Nivel conductual**

(F) *Expresivamente irregular.* Manifiesta unos niveles de energía inusitados con arranques de impulsividad inesperados y súbitos; se producen cambios repentinos y endógenos de sus impulsos y sus controles inhibitorios; esto pone en peligro constantemente la activación y el equilibrio emocional, y provoca comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio.

(F) *Interpersonalmente paradójica.* Aunque necesita atención y afecto, es imprevisiblemente contrario, manipulador y voluble, suscitando con frecuencia el rechazo más que el apoyo; reacciona de forma frenética al temor

---

<sup>80</sup> Millon, 1998, pg.688.

al abandono y la soledad, pero de forma iracunda y autolesiva.

### **Nivel fenomenológico**

(F) *Cognitivamente caprichoso*. Sus percepciones o pensamientos sobre lo que está ocurriendo cambian muy rápidamente, al igual que las emociones contrarias y los pensamientos conflictivos sobre sí mismo y sobre los demás, pasando del amor a la ira y a la culpa; provoca en los otros reacciones vacilantes y contradictorias debido a sus propios comportamientos, y crea a su vez un feedback social confuso y conflictivo.

(E) *Autoimagen insegura*. Experimenta las confusiones propias de un sentido de la identidad inmaduro, nebuloso o cambiante, que suelen acompañarse de sentimientos de vacío; busca redimir sus acciones precipitadas y cambiar sus autopresentaciones con expresiones de arrepentimiento y comportamientos autopunitivos.

(E) *Representaciones objetales incompatibles*. Las representaciones internalizadas han sido creadas de forma rudimentaria y extemporánea, y se componen de aprendizajes repetidamente abortados que dan lugar a recuerdos conflictivos, actitudes discordantes, necesidades contradictorias, emociones contrarias, impulsos descontrolados y estrategias inadecuadas para resolver conflictos.

### **Nivel intrapsíquico**

(F) *Mecanismo de regresión*. En situaciones de estrés retrocede hacia niveles de tolerancia de la ansiedad, control de los impulsos y adaptación social, que son muy primitivos desde el punto de vista del desarrollo; entre los adolescentes se observa a partir de sus comportamientos inmaduros, cuando no infantiles, en el momento en que son incapaces de afrontar las exigencias y



los conflictos de la vida adulta.

(E) *Organización dividida*. Las estructuras internas que existen están divididas y tienen una configuración conflictiva en la que falta consistencia y congruencia; los niveles de conciencia suelen variar y provocan movimientos rápidos de un lado a otro de la frontera que separa las percepciones, los recuerdos y los afectos contrarios; esto produce cismas periódicos en los que se tambalean el orden y la cohesión psíquicas, provocando periódicamente episodios psicóticos relacionados con el estrés.

### **Nivel biofísico**

(E) *Estado de ánimo lábil*. No consigue adaptar su estado de ánimo inestable a la realidad externa; experimenta cambios marcados desde la normalidad a la depresión o la excitación, o pasa por períodos de abatimiento y apatía en los que se intercalan episodios de ira intensa e inapropiada, y breves momentos de ansiedad o euforia.

(F, ámbito funcional; E, ámbito estructural).

Luego de revisar los ámbitos clínicos del prototipo límite, veremos que en él existen variantes: la mayoría de estas personas desarrolla un funcionamiento más adaptativo que defectuoso a nivel estructural; en quienes esto sí ocurre, las variantes se inician en la infancia. Los subtipos son:

-*Límite desanimado*: son sujetos sumisos, evitan las competiciones, sin iniciativa, con tristeza o depresión crónica. Se ha vinculado simbióticamente a un par de personas pero este vínculo no ha sido seguro, por lo que se preocupan constantemente por su seguridad; sin recursos internos y con dudas

sobre sí mismos, se apegan frenéticamente a cualquiera, para no sentirse aislados, angustiados y solos. Son respetuosos y deferentes, alternando con explosiones de rabia con los demás por explotarlos, que significa para ellos, debilidad y emotividad, lo que va contra su autoimagen de control. La hostilidad entonces, es paradójica: supone ataque hacia quienes depende y provoca rechazo y abandono; ello los lleva a autocondenarse y despreciarse y en el extremo a automutilarse y suicidarse, actos simbólicos de abandono. Esta variante presenta rasgos dependientes y evitadores.

*-Límite impulsivo:* este subtipo posee rasgos histriónicos y antisociales, por lo que destacan las características variables, evasivas, superficiales y seductoras, aunque exacerbadas y muy poco eficaces. Se enfrenta el sujeto entonces, a la carencia de una base segura que le brinde atención consistente; aparece la irresponsabilidad, euforia (en la que pierden el juicio), labilidad y distractibilidad extremas, en busca de contacto superficial. Al obtener rechazos y fracasos por llamar la atención, caen en la desesperanza y autodesprecio, que al final les hace la realidad como árida y estéril.

*-Límite petulante:* posee características negativistas, de irritabilidad, inquietud y extrema impredecibilidad, una actitud desafiante, pesimista, resentida y testaruda; tiende a la envidia y a sentirse despreciado y presenta una estrategia ambivalente de afrontamiento. Es posible que la mayoría no haya sido apoyado de modo consistente y que nunca haya satisfecho sus necesidades de manera regular; al manifestar su ira se sienten muy culpables y arrepentidos. Oscilan entre sentimientos de minusvalía, agitación o depresión, autodestrucción e ideas delirantes de culpa, o bien, negativismo



descontrolado, arranques maníacos en la que distorsionan la realidad, atacan y demandan excesivamente a los otros.

*-Límite destructivo:* poseen rasgos depresivos y masoquistas y dudan continuamente de sus actos. Resentidos por su dependencia a los demás, detestan a quienes les dan seguridad, amor y afecto, internalizando su ira y encerrándose cada vez más en sí mismos; también oscilan entre la sumisión total y la resistencia tozuda. Aparentan ser sociables, deferentes (a la autoridad) y conformistas, escondiendo temor a la autonomía; se controlan con autosacrificio y autocontrol. Son muy sensibles a las expectativas de los demás, evitando la desaprobación, pero esta estrategia es poco eficaz, provocando una sensación de impotencia y dependencia social. Al contrariarse cada vez más, sus emociones e impulsos se hacen más lábiles y al persistir sus ambivalencias, comienzan a sufrir de una amplia gama de alteraciones y síntomas físicos.

Este trastorno tiene asociados, como puede observarse, una amplia gama de síndromes, tales como los relacionados con sustancias (alcohol, cocaína, crack, speed), los somatomorfos, ansiosos, del estado de ánimo, disociativos y esquizoafectivos.

El diagnóstico diferencial se debe hacer respecto de las siguientes alteraciones: personalidad esquizotípica, histriónica, paranoide, antisocial, dependiente, cuyas diferencias se encuentran, según Millon, en los criterios del DSM. Ahora bien, respecto a los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos, la principal diferencia radica en la historia del desarrollo del trastorno.

### **Tratamiento del TPL.**

El autor ha denominado *terapia personológica* a aquella que se enmarca dentro de un modelo integrativo; las terapias adscritas a este modelo, según Millon, requieren fundamentarse en una teoría coordinada y en este caso, se utiliza la metáfora de sistemas para lograrlo. Las intervenciones de la terapia personológica se organizan en objetivos estratégicos y modalidades tácticas. Estos objetivos estratégicos corresponden a:

1.-*restablecimiento del equilibrio entre polaridades*, moderando las oscilaciones entre los extremos de cada una de ellas; se debe en primer lugar informar empáticamente sobre las consecuencias de las conductas extremas y mostrar estrategias de afrontamiento más adaptativas, para lo que se debe considerar el ambiente del sujeto y la opción por la tendencia en cada polaridad.

2.-*contrarrestar la tendencia a la autoperpetuación*, como también las conductas antinatura que adoptan y que no producen los efectos deseados. Se debe advertir que estos cambios no son fáciles, pues el ambiente reacciona y no suele respetar ni responder a las necesidades del sujeto, lo que provoca más ansiedad; el objetivo en este momento es ayudar a tolerar la ansiedad y además, eliminar los efectos negativos frente a los fracasos y así se hace menos probable la ruptura con la realidad y las oportunidades para vivir emociones más saludables.

3.-*modificación de las disfunciones de ámbito*: estas disfunciones son el comportamiento interpersonal paradójico, la organización escindida que genera estados de ánimo lábiles y su autoimagen inestable e insegura. Las intervenciones orientadas a fortalecer la identidad disminuyen la ansiedad del temor al abandono y por ende las conductas desadaptativas; la identidad estable proporciona contexto y seguridad para tolerar intervenciones. Al



centrarse en el estilo variable del paciente, éste puede evaluar si el entorno que le causa ansiedad es en realidad producto de sus percepciones e interpretaciones. Su temperamento lábil puede ser tratado con fármacos y con psicoterapia.

Las modalidades tácticas corresponden a los distintos enfoques que debe, según el autor, adoptar la terapia de acuerdo a sus fases, de manera de atender las disfunciones anteriormente mencionadas:

-al comienzo se necesita *terapia de apoyo*, de modo que la comprensión terapéutica de seguridad al paciente; es necesario encuadrar y educar acerca de la dinámica interpersonal.

-la *terapia comportamental dialéctica* de (Linehan), se centra en la relación diádica terapeuta-paciente, cuyo objetivo es que éste logre acercarse a la visión de mundo de aquél; para esto, el terapeuta deberá autoexponerse. El principal objetivo de la terapia es que el paciente logre una autonomía responsable y eso es posible si se siguen jerárquicamente los siguientes pasos, que están diseñados para impedir las conductas suicidas y autolesivas, asegurar la alianza terapéutica, tratar los síntomas, afrontar los problemas más leves y cotidianos y por último, enfrentar los esquemas cognitivos del paciente e intentar reorganizarlo psíquicamente. Para ello pueden ser útiles las sesiones de grupo, que trabajen las habilidades sociales, los ensayos y el análisis, de modo de tolerar el feedback y los afectos negativos y de disminuir la dependencia.

-el *enfoque interpersonal* (Benjamin) intenta que el paciente se dé cuenta de sus patrones desadaptativos y con ese objeto se apoya en el análisis de los sueños, la asociación libre, las imitaciones y las exposiciones; se ayuda a comprender la asociación síntomas presentes-historia previa y se sugiere fortalecer la voluntad de resolver vínculos antiguos, una vez revisada la

historia de abusos. El terapeuta anima emocionalmente, impulsa elecciones y comportamientos saludables, pero evitando el vínculo directo, de modo de no transformarse en un ser significativo.

-la *intervención familiar* se utiliza si existe una interacción frecuente con los padres u otros miembros de la familia que no apoyan la terapia, pues el paciente puede sentirse en este caso, culpable por ser desleal a la familia, desertando rápidamente.

-las *terapias de grupo* dan la oportunidad de que el paciente no suscite acusaciones de ser controlado o de tener malas intenciones al enfrentarse ellos al paciente y sus patrones desadaptativos; el grupo otorga un contexto protector en donde también se pueden ensayar nuevas conductas.

-las *intervenciones cognitivas* se centran en la falta de una identidad clara y disminuir el pensamiento dicotómico (para lograr este último objetivo se pide operacionalizar los conceptos dicotómicos para examinarlos). Se debe iniciar la terapia con objetivos conductuales completos para establecer confianza, motivar y así poder ampliar los objetivos, dando a su vez, espacio para tratar los problemas inmediatos. El terapeuta anima al cliente a expresar sentimientos negativos moderadamente, dando información respecto de las consecuencias. Para que el paciente no se sienta controlado por el terapeuta, importa ayudar a que él controle sus impulsos a través del entrenamiento de autoinstrucciones (Meichenbaum) y en caso de intentos de automutilaciones y/o suicidio, debe hospitalizarse. Todas estas intervenciones fortalecen el sentido de identidad, a lo que se agregan explicaciones de los elementos que componen el sí mismo. Las creencias básicas sobre peligro e indefensión se confrontan con evidencias de la vida del paciente. Mostrar que el rechazo es parte de la vida normal y hablar sobre sus temores y rechazos, ayuda a que no se sientan tan solos.



-a pesar de que los pacientes toleran bastante mal los enfoques clásicos de la *orientación psicodinámica*, ellos pueden ayudar a identificar y controlar las intensas reacciones de contratransferencia que generan estos pacientes.

-los *psicofármacos* ayudarán a manejar de mejor manera la amplia gama de síntomas que presentan estas personas.

Las resistencias y riesgos que se corren en la terapia con estos pacientes, corresponden a las alteraciones anímicas que implican rupturas con la realidad y la dependencia. Frente a las primeras fases es muy útil la terapia de apoyo y la reorientación cognitiva, logrando que el paciente retome sus actividades habituales; si el suicidio es inminente o aparecen explosiones de hostilidad, es aconsejable la hospitalización breve y con el objetivo de que ésta no sea ganancial en términos de disminuir las responsabilidades, se sugiere suspender la terapia mientras dure la hospitalización, de esta manera se verá sólo como una solución temporal. También se sugiere pedir asesoría para superar las reacciones de contratransferencia.

#### IV.- ANALISIS

Como es bien sabido para el lector, sobre la base de la anterior revisión bibliográfica, se realizará un análisis crítico que pretende centrarse en los elementos comunes que posean las teorías presentadas, las cuales representan en este caso, la propuesta de la Teoría Clínica Cognitiva para el Trastorno de Personalidad Límite. Hemos decidido que este análisis se estructure alrededor de tres líneas temáticas, a saber, de dónde surge el TPL (etiopatogenia), cómo es éste caracterizado (definición) y las soluciones psicoterapéuticas ofrecidas por los mencionados teóricos. Estas distinciones, si bien son arbitrarias, responden a temáticas abordadas por los autores en los textos revisados. Este orden intenta organizar y sintetizar de una manera clara y específica la variedad de temas abordados.

A partir del material revisado se distinguieron una serie de temáticas referentes al TLP en cada uno de los autores, las cuales fueron organizadas en categorías que dieron origen a listados de temas. Luego de esta construcción, aquellas listas fueron comparadas con el objeto de buscar elementos comunes y diferencias en su contenido. Finalmente, se determinaron títulos centrales que pudieran dar cuenta de la totalidad de dichas temáticas, que son los que encontrarán en el análisis que ahora procede.



## **IV.1- ETIOPATOGENIA**

En la revisión realizada, todos los autores dedican algún capítulo al tema de la patogenia. Sin embargo, se puede observar que en general, es posible desarrollar aún más profundamente este tema. Todos los autores coinciden en considerar que sólo es posible realizar teorías especulativas relativas a la relevancia que poseen, en el origen del TPL, tanto los aspectos biológicos como los factores ambientales.

Es explícito, además, el reconocimiento de que ambos factores están presentes en la génesis del TPL. Sin embargo pensamos que sería importante también señalar, o bien establecer, en qué medida ambos aspectos se combinan para dar curso a este trastorno. A su vez, creemos que aparece como relevante el poder definir suficientemente el peso relativo de cada uno de estos aspectos, así como la forma en que interactúan y las vías de influencia de esta interacción.

Dado que la discusión en relación a la etiopatogenia ha girado fundamentalmente en torno a los factores biológicos y ambientales tempranos, los cuales en conjunto podrían llevar a la instauración del trastorno, se analizarán más específicamente estos tópicos.

### **IV.1.1- Factores Biológicos**

“Ciertos tipos de temperamento y pautas conductuales relativamente estables están presentes desde el nacimiento. Lo mejor es considerar esas características innatas como tendencias, que la experiencia puede acentuar o atemperar. Además, entre las pautas innatas del individuo y las pautas de

otras personas significativas puede establecerse un ciclo continuo de refuerzo recíproco”<sup>81</sup>.

Los autores revisados están de acuerdo con esta cita de Beck, sin embargo, ellos abordan mayormente las características biológicas propias para los TP en general. Ellos señalan que todos los niños nacen con patrones de comportamiento singulares; el punto aquí es que no se especifica cuál podría ser el peso y el sentido de esta influencia constitucional en el desarrollo de un futuro trastorno de personalidad límite. Vemos entonces, que hasta el momento no se ha ligado el desarrollo de un futuro TPL con características biológicas particulares en la infancia; los autores, en general, no describen un tipo de patrón específico de conductas o un cierto tipo de “temperamento” patognomónico para estos pacientes.

Marsha Linehan en cambio, sí profundiza en términos teóricos en este sentido, y considera como característica innata específica del TPL, una cierta vulnerabilidad emocional extrema y una clara deficiencia en cuanto a la modulación de las mismas.

Por otro lado, observamos que los autores no han especificado ni establecido posibles fallas **innatas** de tipo cognitivo en el origen del TPL, tales como pensamiento dicotómico, falta de flexibilidad intelectual, dificultad o incapacidad de abstracción y/o simbolización, etc.

Llama la atención que al interior de un modelo cognitivo, las únicas distinciones sobre orígenes constitucionales estén en el ámbito emocional y no en el de la cognición, sobre todo si tomamos en cuenta que desde la teoría cognitiva racionalista, los problemas emocionales estarían supeditados a las

---

<sup>81</sup> Beck, A., (1990) “Terapia Cognitiva para los Trastornos de Personalidad”, pág, 63.



cogniciones.

Se abre entonces, la posibilidad cierta de realizar estudios y/o experimentaciones acerca de estos aspectos, aunque debe recordarse que estudios de este tipo poseen un sin número de dificultades, como por ejemplo, ser estudios de largo plazo y como consecuencia de ello, la dificultad para establecer una muestra representativa.

#### **IV.1.2- Experiencias Tempranas**

Todos los autores señalan como relevantes las influencias medio ambientales en el desarrollo de un TP. Sin embargo, queda aún por determinar el modo específico a través del cual permiten el desarrollo del TPL. En general, plantean que las experiencias tempranas son especialmente significativas, debido a que quedan fijadas por la intensa emoción (difusa) que conllevan, por el hecho de que no son factibles de ser filtradas (verbalizadas y por tanto hechas consciente) por el niño y porque son difícilmente modificables en el futuro. El anterior conjunto de factores lleva a que los contenidos y formas aprendidos tempranamente se resisten al cambio, pues además, esos aprendizajes determinan los subsecuentes aprendizajes y no permiten exploraciones que den la oportunidad de contradecirlos y, por lo tanto, de adquirir nuevas creencias o respuestas comportamentales.

En cuanto al tipo de fuente de aprendizaje patológico, se observa que a pesar de que Millon señala como una posible fuente de éstos a aquellos eventos catalogados de traumáticos, los demás autores proponen como la principal fuente de patogenia aquellas experiencias repetitivas y cotidianas, que forman parte de un estilo familiar o medioambiental distintivo (pattern). En este sentido, se resalta el rol de los padres en la crianza del niño, pues son

ellos quienes actúan como las figuras significativas por excelencia, proporcionando modeling y determinando el ambiente afectivo e ideacional que el niño reconocerá como natural. Como metas que debe cumplir el niño, se encuentran el desarrollo de su autonomía, de la confianza en sí mismo y la adquisición de una clara percepción en torno a sus límites y expectativas. Estas metas son factibles de obtener en una familia facilitadora de los elementos básicos del desarrollo, la cual debe dar al niño la oportunidad para experimentar en el mundo a la vez que lo hace sentir querido y valorado.

Ahora bien, no todas las familias son capaces de cumplir con estas expectativas. Existen familias caóticas que no proveen seguridad para el niño; otras ahogan a sus miembros jóvenes en limitaciones, no permitiéndoles que se arriesguen y también es posible identificar grupos parentales que exigen a los niños metas inalcanzables, haciéndolos sentir incompetentes y desvalidos.

En el caso de los pacientes con personalidad borderline, se ha documentado largamente la evidencia de familias que exceden el límite de la negligencia, llegando a incurrir en declarados abusos y maltratos.

Profundizando en este tema, Linehan reflexiona acerca de cómo los ambientes invalidantes son centrales en la etiopatogenia del TPL. Este tipo de ambiente no enseñaría a los infantes a manejar adecuadamente sus emociones; por tanto ellos no aprenden a identificarlas ni a controlarlas, razón por la que suelen oscilar entre la inhibición y el descontrol emocional. Los niños no llegan a confiar en sus propias emociones e ideas como respuestas válidas a los eventos, razón por la cual tienden a buscar claves externas para definir qué pensar, qué sentir y cómo actuar. Esto tiene como consecuencia trastornos en la identidad, alteraciones emocionales y problemas en las relaciones interpersonales.



### IV.1.3- Instauración del Trastorno

La conjunción de biología y ambiente (experiencias tempranas) daría lugar a un estilo característico y particular de funcionar de las personas con TPL; esto, en términos generales y como ya sabemos, es un estilo caracterizado por la impulsividad e inestabilidad en diversas áreas y ámbitos. Los autores concuerdan, en general, en señalar que el trastorno se va configurando tempranamente, desarrollándose y reforzándose a lo largo de la vida de la persona. Ahora bien, la manera en que éste se instala en cada sujeto, es lo distintivo.

Beck y Young, desde una perspectiva más tradicional y fuertemente cognitivista, señalan, por un lado, que como base de la conducta y las percepciones se encuentran los esquemas y las creencias que en ellos se insertan. Por otro lado, aparece la idea de desequilibrio como característica del TPL; para ello Millon resalta la idea de bipolaridades, mientras que Linehan se refiere a la creación de un sistema de desregulación emocional.

Las distintas perspectivas se focalizan en cierto tipo de creencias, en la forma en que ciertas creencias se establecen, o en la forma como estas personas sienten. La pregunta es si estas diferencias tienen elementos comunes que hagan el puente conceptual suficiente para agrupar dichas concepciones bajo el mismo marco cognitivo. Intentando responder la pregunta anterior, abordaremos los conceptos de rigidización, desregulación y esquemas.

#### IV.1.3.1- Rigidización

La característica básica de un trastorno de personalidad es la rigidez en la manera de responder a los estímulos ambientales, tanto internos como externos. Esto implica, dada la naturaleza cambiante del ambiente, una dificultad permanente de adaptación del sujeto a su entorno.

Millon es el autor que más profundiza en cuanto al modo en que la *rigidización* se establece. Él señala que, por un lado, cada persona tiene un stock limitado de posibles respuestas ante el medio, lo que limita la plasticidad de ese individuo; por otro lado, cada sujeto crece en un ambiente particular, que tiene sus propios limitados y característicos estilos y patrones de funcionamiento y crianza, razón por la que refuerzan de forma selectiva las posibilidades del niño de responder. Todo esto implica, a la larga, que sólo un conjunto reducido de comportamientos tendrá la oportunidad de ser reforzado y, por lo tanto, mantenido en el tiempo, lo que conlleva una severa dificultad para acceder a nuevas conductas y cambiar.

Beck y Young, a su vez, destacan la *rigidez* al referirse a los esquemas disfuncionales, los que por definición son inflexibles, se resisten al cambio y se perpetúan en el tiempo.

En este punto, lo señalado por Millon y lo indicado por los autores mencionados es complementario, ya que se asume que los esquemas generan pautas de conducta, siendo la mediación entre estímulo y respuesta, lo que a su vez sienta las bases para el comportamiento. Sin embargo, ambas perspectivas se focalizan de manera diversa; mientras Millon acentúa la idea de refuerzo selectivo (dados los patrones de funcionamiento distintivos de cada familia), Young y Beck ponen su acento sobre la cognición como mediadora entre el estímulo y la respuesta dada por el sujeto.



El concepto de rigidez, a pesar de ser consensual y clarificador, no resuelve, en un nivel general, el problema planteado respecto a la búsqueda de elementos propios del TPL, ya que la rigidez es un concepto común a todos los trastornos de personalidad y no un elemento distintivo del trastorno borderline. Sólo es posible aclarar qué tipo de creencias, bipolaridades o desregulaciones específicas para este trastorno se han vuelto inflexibles.

#### IV.1.3.2- Desregulación

Marsha Linehan señala que a la base del TPL se encuentra una falla en el sistema de regulación emocional, la cual se genera a partir de la conjugación de una vulnerabilidad emocional biológica con un ambiente invalidante. Esta situación provoca la incapacidad del niño para validarse a sí mismo, lo que, a su vez, implica dificultades para relacionarse con los demás, falta de confianza en sí mismos, baja tolerancia al estrés y la frustración y límites exagerados y poco realistas.

Este resulta ser el aporte más específico para el TPL, a la vez que incorpora nuevos elementos a la teoría cognitiva tradicional, pues no sólo no se centra en la mediación cognitiva distorsionada como foco del desarrollo del TPL, sino que acentúa los aspectos motores y fisiológicos-emocionales como relevantes en el comienzo del trastorno.

#### IV.1.3.3- Esquemas

Tanto Beck como Young se refieren, como concepto central, a la formación de esquemas. Un esquema está dado por “elementos organizados de reacciones y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimientos relativamente persistente y cohesionado que guía las percepciones y

evaluaciones subsecuentes”<sup>82</sup>. Los esquemas se forman tempranamente, a raíz de la interacción de la genética y el ambiente y se rigidizan de tal manera que se configuran como elementos estables en la vida. Sin embargo, no queda claro cómo es que se originan, más allá del momento en que ocurre, ni cuál es el procedimiento para su instalación definitiva en la estructuración cognitiva de una persona.

Los esquemas se autoperpetúan en el tiempo y enmarcan todas las percepciones y creencias futuras de la persona. Previamente a cualquier conducta de respuesta es necesaria una evaluación de las exigencias de la situación. Esta evaluación está mediada por las creencias, las que se insertan en los esquemas. Toda conducta, por lo tanto, se encuentra permeada por los esquemas relativos a la temática en que esta conducta se enmarca.

La teoría de los Esquemas implica la consideración de una mediación cognitiva para la conducta, aspecto que no está tan claro en la Teoría de Linehan y Millon, los cuales no incluyen el concepto de esquema en sus teorías; es más, Linehan señala, abiertamente sus discrepancias respecto al enfoque cognitivo tradicional. En este sentido, el planteamiento de Beck, según el cual un concepto básico de cualquier teoría que se precie de cognitiva es el concepto de esquema, nos deja abierta la pregunta respecto a si, según esta definición, Beck no consideraría las teorías de Linehan y Millon como cognitivas. Ahora bien, pensamos que para poder considerar una teoría como cognitiva, se hace necesario tomar más de un criterio clasificatorio.

---

<sup>82</sup> Segal, en Young, (1990) “Cognitive Therapy for personality Disorders: a Schema-focused approach”, pág. 8.



## IV.2- DEFINICIÓN DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

En relación a los criterios o características que permiten establecer el Trastorno Límite de Personalidad, la mayor parte de los autores sólo optan por adscribirse al DSM-IV a la hora de diagnosticarlo, dejando entonces, en manos de la Fenomenología la tarea de definir su objeto de estudio y trabajo. La intención del DSM es utilizar un lenguaje común que permita comunicar a los profesionales de la salud mental respecto de lo que se entiende por cada categoría nosológica, otorgando la posibilidad de socializar los avances, descubrimientos y dudas. Sin embargo, la fenomenología no entrega una lectura en relación con lo que hay debajo de cada sintomatología. Es aquí donde la Teoría Cognitiva crea (y debe tener) espacios para la conceptualización de los factores que configuran el trastorno.

El desarrollo y evolución en la Teoría Cognitiva que aparece a la luz de la revisión efectuada, nos permite decir que existen dos miradas básicas respecto a lo que caracteriza al TPL. Por una parte, Beck y Young señalan el concepto de creencias distorsionadas como fundamento del trastorno, mientras que Linehan y Millon enfatizan los desequilibrios a la base del TPL. Nos adentraremos ahora en estos conceptos.

#### IV.2.1- *Creencias distorsionadas*

- Creencias/Esquemas:

Primeramente Beck, y luego Young, señalan que la idea de creencias está a la base del enfrentamiento de las personas con el mundo. Son las creencias las que median la percepción e interpretación de las situaciones y, por tanto, la respuesta elegida.

Si bien es cierto que Young toma y desarrolla fuertemente la idea de las creencias (en su caso agrupadas en esquemas), su concepción del TPL se remite fundamentalmente al DSM, no especificando los tipos de esquemas característicos de este trastorno. Define una serie de creencias agrupadas en base a ámbitos de conflicto, sin especificar si la presencia de un cierto tipo de esquemas por sobre otro es descriptiva de un tipo de trastorno en particular. Lo anterior puede ser considerado un vacío de su teoría, ya que no especifica las características cognitivas del TPL. Estas mismas falencias en la teoría de Young, plantean nuevamente desafíos y posibilidades de estudio y profundización en cuanto a la determinación de los patrones característicos de pensamiento y las consecuentes (simultáneas o previas) respuestas emocionales a esos patrones de pensamiento, para el TPL.

Beck, por otra parte, refiere tres tipos de creencias básicas, que serían propias del trastorno borderline. Éstas son:

1. El mundo es peligroso y malo
2. Soy intrínsecamente inaceptable
3. Soy impotente y vulnerable

Estas creencias subyacentes resultan ser tan fundamentales para la persona, que generan en ella su aislamiento del mundo, ambivalencia interpersonal y conflictos en el ámbito de la polaridad dependencia/independencia. La idea es que sería la conflictiva cognitiva que suponen estas creencias, la que estaría a



la base de la sintomatología descrita en el DSM.

Las creencias planteadas por Beck son coincidentes con la literatura. Ésta plantea que en la raíz del TPL encontramos evidencias de abuso severo en la infancia, principalmente a través de las figuras significativas para el niño. Por supuesto esto tendría como consecuencia la creencia del niño de que el mundo es malo y de que él es esencialmente inadecuado (por que merece el maltrato), fenómeno que resaltaría su sensación de vulnerabilidad e impotencia.

#### **IV.2.2- *Desequilibrio***

Bajo esta misma denominación se agruparán los siguientes elementos: Desregulación, Pensamiento Dicotómico y Dicotomías. Estos conceptos fueron agrupados bajo el principio de que comparten como elemento común la oscilación alternada entre extremos. Esto implica la dificultad, e incluso incapacidad, de lograr el equilibrio (el cual implica cierta sensación de continuidad), existente en el continuum que plantean dichos extremos. Dicho de otro modo, la persona es incapaz de integrar los polos y de obtener una síntesis a partir de ellos. Se sugiere, por parte de algunos autores, que éste sería el problema central de los pacientes con TPL.

##### **IV.2.2.1- Desregulación:**

Hemos revisado anteriormente este concepto y los ámbitos que implica. El peso que tiene este concepto le permite a Marsha Linehan reconceptualizar los criterios diagnósticos del DSM para el TPL. La autora pone como foco la desregulación en los distintos niveles del funcionamiento del sujeto, como son el conductual, interpersonal, cognitivo, emocional y del sentido de sí mismo. De esta manera, intenta mostrar que la persona que presenta un TPL no logra establecer la configuración de características personales, debido a que

constantemente oscila entre polos contradictorios. Es así que la persona tiene un sentido de sí mismo constituido por partes y se presenta ante los otros de manera predeciblemente impredecible.

#### IV.2.2.2- Pensamiento Dicotómico:

Beck incorpora el término de Pensamiento Dicotómico al referirse a una distorsión cognitiva que consiste en evaluar los estímulos y situaciones en categorías extremas, lo que lleva a la persona a responder emocionalmente de igual modo, es decir, de manera extrema. Los pacientes borderline padecerían de este tipo de alteración cognitiva, constituyéndose en una característica definitoria del trastorno. Para éste y otros autores, esta alteración del pensamiento sería la responsable de la inestabilidad psíquica y cognitiva propia de estas personas, la que a su vez provocaría una fuerte y característica labilidad emocional.

#### IV.2.2.3- Dicotomías:

Al plantear que las personas con un trastorno de personalidad límite oscilan entre los polos de los siguientes continuos<sup>83</sup>, Millon alude nuevamente al concepto de desequilibrio:

- \* Pasividad/actividad
- \* Placer/dolor
- \* Pensamiento/sentimiento
- \* Yo/otros

Al interior de los continuos que plantean estas polaridades se desenvuelven todas las especies. Sin embargo, en el caso de las personas con un Trastorno de Personalidad, se observa que cada trastorno presenta



conflictos en ciertos continuos, lo que no ocurre en el caso de los sujetos con personalidad límite, pues que ellos tienen conflictos en todas y cada una de estas polaridades.

De esta manera entonces, se tiene que los aspectos resaltados por los autores cognitivos para establecer las características definitorias del TPL corresponden a las creencias distorsionadas y los desequilibrios que presentan estos sujetos, tanto en los niveles evolutivo (dicotomías), cognitivo (pensamiento dicotómico) y emocional (desregulación). Cabe destacar que estas dos grandes categorías describen, en el caso de las creencias disfuncionales, ciertos contenidos propios del trastorno estudiado; mientras que los desequilibrios aluden más bien, a una marcada característica del funcionamiento, en distintos niveles, de este tipo de personas.

---

<sup>83</sup> Las siguientes categorías fueron expuestas y profundizadas entre las pgs. 82-107.

### **IV.3- TRATAMIENTO DEL TPL**

Se puede observar que en el tratamiento que estos autores han diseñado, existe una concordancia respecto de cuáles son los focos principales de la terapia y cuál debe ser la aproximación del tratamiento. Hemos utilizado una categorización de Young para organizar los ámbitos posibles de distinguir en el enfoque psicoterapéutico de estos pacientes. Estos ámbitos corresponden al cognitivo, el interpersonal, el emocional y el conductual. Cabe resaltar que existe consenso respecto a que cada uno de estos ámbitos actúa en el mismo momento y de manera holística, tanto en la relación como en el proceso terapéutico, por lo que una lectura respecto a qué se enfatiza en el tratamiento para personas con TPL, no pasa de ser eso, una distinción entre otras posibles. Nos adentraremos ahora, en cada uno de los ámbitos mencionados.

#### **IV.3.1- Ambito Cognitivo**

Beck considera que las conceptualizaciones de Young, Linehan y Millon son compatibles con su modelo, pero que el punto de partida de la terapia debiera ser, primeramente, el abordaje del pensamiento dicotómico, ya que éste es un factor mediador tanto en el ámbito interpersonal, como en el cognitivo y emocional. Esto quiere decir, para él, que el ámbito cognitivo es central en la definición de un modo de funcionar y, por ende, en un trastorno. Podemos decir que Young está de acuerdo con este planteamiento, ya que, aunque incorpora otros factores, su terapia está centrada en los esquemas. Tenemos, entonces, que ambos autores se centran en el trabajo con las creencias básicas y centrales de cada persona, intentando realizar un cambio



paulatino y cuidadoso de ellas. La base es enseñar, persuadir y demostrar que las creencias mantenidas por la persona son disfuncionales, para lo que Young plantea, incluso, la idea de un manual que enseñe a los pacientes la teoría de los esquemas. Los demás autores acuerdan con este postulado principal, pero no con el énfasis que Young y Beck le otorgan. Millon y Linehan advierten al respecto que, para ser eficiente, el trabajo con los esquemas debe tener un fuerte correlato emocional y enfatizan la importancia del respeto al paciente y la validación de sus estrategias y de su ser persona. Esta distinción llegó a ser importante a tal punto, que estos últimos elementos fueron considerados secundarios al factor cognitivo en una mirada clásica sobre el enfoque. Afortunadamente, vemos hoy que una estricta categorización en este sentido, nos resulta más limitante que fructífera<sup>84</sup>.

Las propuestas terapéuticas de Beck y Young, comparten la importancia otorgada a las maneras de aprender y estructurar el conocimiento de las personas, así como al reconocimiento de que la emoción se enmaraña en las cogniciones como factor relevante en el cambio o reestructuración cognitiva.

Asimismo, el trabajo terapéutico con las creencias tiende a basarse en el conocimiento y aprendizaje que llevan a cabo mutuamente paciente y terapeuta. Estos elementos se estructuran como un esquema más, el cual enmarca las estrategias del proceso terapéutico, dado que al producirse un cambio de esquema, éste organiza la estructura de personalidad resultante.

Al referirnos al cambio y modificación de los esquemas disfuncionales, existen dos miradas que intentan explicar cómo es que dichas estructuras ocurren. Una tiene que ver con demostrar y evidenciar la disfuncionalidad de los esquemas problemáticos. La segunda lectura, apunta a establecer que el cambio buscado sólo es factible al momento en que se comprende la amenaza

---

<sup>84</sup> Para ahondar sobre este punto, remitirse a la Discusión de esta memoria.

que significa dicho cambio para la coherencia interna de su estructura como un todo integrado, en el que se conjugan la libertad y la identidad.

#### **IV.3.2- Ambito Interpersonal**

Tal como se plantea en toda elaboración de la terapia cognitiva, el empirismo colaborativo es básico en el tratamiento. Esto es algo que acuerdan todos los autores revisados. Sin embargo, la mayoría suele ir más allá en cuanto a este concepto. Tanto Linehan como Young señalan que es fundamental en el tratamiento con pacientes borderline, el estudio y la intervención directa de la relación terapéutica. En este sentido, se señalan dos conceptos importantes:

1. Validación: Debido a la documentada historia de abusos que estos pacientes suelen registrar, no es de extrañar que se destaque como relevante la necesidad de validar a los pacientes. Se señala que una de las dificultades de estas personas es la incapacidad para validar sus propias percepciones, emociones y conductas; esto genera una permanente búsqueda externa de patrones respecto a como ser, sentir y actuar. Por lo tanto no puede descuidarse el otorgarles seguridad y respeto hacia sí mismos, en pos de la necesidad de corregir sus comportamientos inadecuados.
2. Utilización de la relación terapéutica como instrumento de cambio: Debido a la dificultad en el trato con estos pacientes y debido a que la mayoría de sus dificultades se evidencian en la relación con los otros, es básico considerar este factor en la relación de trabajo. Debe analizarse el desarrollo de la díada terapeuta-paciente y estar atento a la forma en que



los esquemas se expliciten en ella, tanto con el objeto de afinar la identificación de las creencias como de intervenir directamente para modificarlas. Young señala, de hecho, que el terapeuta puede muy bien desempeñar un rol que actúe en contra de los esquemas del paciente, generando un nuevo modelo.

#### **IV.3.3- Ambito Emocional**

Son Young y Linehan los que dan más importancia al trabajo con la emoción dentro de la terapia con pacientes borderline. Para Linehan, el foco de la terapia se ubica en el enseñar a los pacientes a modular la emocionalidad extrema, así como en reducir las conductas maladaptativas derivadas de la emoción y ayudarlos a aprender a confiar y validar sus propias emociones, pensamientos y actividades.

Young, en cambio, se refiere a las emociones en la medida en que éstas están directamente ligadas a los esquemas. La idea es que la carga emocional gatillada por la explicitación de un esquema es directamente proporcional a la relevancia del mismo y que es necesario mostrarle esto al paciente y abrir el camino al sentir para flexibilizar los esquemas y hacerlos más permeables al cambio.

Millon, por otra parte, señala que debe animarse al paciente a expresar de modo moderado y adecuado las emociones negativas, lo cual es posible sólo luego de que se haya trabajado tanto la identidad como el pensamiento dicotómico. Esta idea de dar salida a las emociones es compatible con las posturas de Beck y Linehan, quienes señalan que uno de los acentos de la terapia debe estar en el desbloqueo emocional. Ellos indican que las personas con TPL oscilan entre la inhibición emocional y la sobre reacción en este

ámbito, por eso es necesario enseñar a los pacientes a modular sus reacciones, pero por sobre todo, a reaccionar y no inhibirse: según palabras de Beck, privilegiar el entrenamiento asertivo.

#### **IV.3.4- Ambito Conductual**

Tal como Young señala, es más difícil cambiar las conductas que las emociones y creencias, por lo que se sugiere trabajar en este ámbito como un paso final. Para esto, tanto Young como Millon sugieren una serie de técnicas conductuales, como el Entrenamiento Autoinstruccional de Meichenbaum, el uso de flashcards que contradigan las creencias, la asignación de tareas y experimentos que realizar en el hogar o en el trabajo.

Además de lo señalado, los autores están de acuerdo en que, en el caso de intentos suicidas o auto agresiones, es necesario tomar medidas de contención a nivel ambiental por un período definido. Sin embargo, no debe caerse ni en la prolongación del abuso que estos pacientes suelen sufrir, ni en un exceso de “consideraciones” que faciliten una poca claridad o difusión en los límites psicológicos establecidos para los pacientes. A este respecto, Millon plantea que en el caso de las hospitalizaciones, ha de interrumpirse la terapia temporalmente y Beck indica la conveniencia de no aceptar llamados telefónicos largos fuera de hora, ni tratos especiales fuera de lo prescrito para cualquier paciente.



## V.- CONCLUSIONES

Luego de haber revisado la bibliografía concerniente al Trastorno de Personalidad Límite (TPL), los fundamentos de la Teoría Cognitiva y la postura de ésta respecto al TPL, representada en las perspectivas de cuatro autores cognitivos importantes en relación a este trastorno<sup>85</sup>, concluimos que dicha teoría posee posturas teóricas diferentes, así como un lenguaje no unificado para conceptualizar el TPL.

Sin embargo, es perfectamente posible llevar a cabo un análisis a través del cual se definan los aportes específicos de la Teoría Cognitiva al TPL. Para clarificarlos mejor, se ha establecido una distinción que permite discriminar tres tópicos: Etiopatogenia, Definición del Trastorno y Tratamiento. Al reordenar los distintos elementos de la Teoría Cognitiva en estos tres tópicos, se concluye que existe una marcada disparidad en cuanto a la profundidad y consistencia teóricas entre ellos.

En el área etiopatológica pesquisamos debilidades respecto a los aportes cognitivos, siendo éstos, reconocidamente por los autores, de orden general y especulativos. Aún cuando todos los autores indican como relevantes las influencias biológicas y ambientales, no se refieren a las características de éstas, ni al modo en que influyen el desarrollo de un ulterior trastorno límite. Si bien es cierto, esta situación puede verse a primera vista como negativa, creemos que a la vez plantea puntos de partida de futuras investigaciones. De todos modos, no debe soslayarse el hecho de que de todos modos, se define una cierta vulnerabilidad emocional específica en los

pacientes borderline y la presencia de ambientes invalidantes (los cuales poseen características bien definidas) en su niñez. Cabe advertir en este caso, que esta conceptualización, no es de predominio cognitivo sino de orden emocional.

En cuanto al Diagnóstico, la postura cognitiva, representada por los autores estudiados, manifiesta algunos vacíos nosológicos en el sentido de que no establece categorías que permitan discriminar lo que se entiende por un Trastorno de Personalidad Borderline, dejando este trabajo en manos de la Fenomenología (DSM-IV). Sin embargo, y en contraste con lo anterior, se encuentra que en la explicación de aquellas categorías, está el aporte más potente y significativo de la Teoría Cognitiva acerca del trastorno. De este modo, es posible distinguir en esa explicación, dos categorías conceptuales:

- Creencias/esquemas Distorsionadas(os): Con este concepto se implica la idea de que sería la presencia de creencias distorsionadas, las cuales median nuestra evaluación y por tanto nuestra respuesta respecto a la realidad, las que generan la patología. Para algunos autores inclusive, el concepto de Creencias distorsionadas debiera ser lo definitorio en una concepción cognitiva de los trastornos de personalidad<sup>86</sup>.
- Desequilibrio: La base de la patología en cuestión sería, para otros, una incapacidad para encontrar el equilibrio que existe entre los polos (opuestos) de determinados continuos y llegar a una síntesis. Este

---

<sup>85</sup> Ver pg.42.

<sup>86</sup> Es posible ampliar y profundizar este tópico en interesantes discusiones planteadas por Elliot et al. (1996, Cap. "Perspectivas sobre el Funcionamiento Humano"), así como también por Tineo, L. En Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia.



concepto englobaría temas tales como el Pensamiento dicotómico, las Dicotomías (principios evolutivos) y la Desregulación Emocional. Según nuestro análisis, todos estos conceptos aluden a un tema central y es posible agruparlos bajo el término Desequilibrio.

Estas dos categorías conceptuales corresponden a dos maneras distintas de ver el trastorno, que si bien son complementarias, ponen el acento en aspectos diferentes del funcionamiento de los pacientes con TPL.

Se generan, en consecuencia, dos miradas terapéuticas distintas en torno al trastorno a partir de las categorías ya mencionadas. Las diferencias entre los autores “centrados en el esquema” y aquellos que resaltan el “desequilibrio”, apuntan a que los primeros señalan la idea de creencias distorsionadas como fundamento del trastorno, lo que implica que el foco del tratamiento estaría en la corrección, ampliación y mejoramiento de estas creencias, es decir, la reestructuración cognitiva. Los segundos, en cambio, hablan de desequilibrios a la base del TPL y, por lo tanto, la terapia apunta a integrar el polo opuesto y los matices de cada dimensión disfuncional en la que el paciente borderline presente esta oscilación característica.

Además de los “focos diferenciales” respecto a la terapia, discriminados en nuestro análisis (creencias distorsionadas y desequilibrios), es importante señalar que la Terapia Cognitiva para pacientes con TPL ha incorporado elementos amplios en su concepción. Debido a las características mismas del trastorno, se le da un énfasis especial a factores que habían sido dejados un

poco de lado en el enfoque cognitivo racionalista. Se toma entonces la relación terapéutica<sup>87</sup> y el factor emocional<sup>88</sup> como elementos más relevantes, así como también, y por qué no decirlo, como fuente de cura.

---

<sup>87</sup> Safran y Segal (1994. Pgs. 37-44), Safran y Greenberg (1996, pg.85; cit. en Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia), Tineo, L. (1996, pg. 125; en Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia.)

<sup>88</sup> Elliot (1996; pgs.70-77), Oatley (1992, pg. 70; cit. en Facilitando el Cambio Emocional.)



## VI.- DISCUSION

Nos proponemos en este apartado reflexionar acerca de temáticas surgidas en el trabajo ya realizado, exponiendo nuestras posturas personales y algunos puntos que nos parece importante comentar y destacar. Intentaremos, además, abrir algunas líneas de discusión que generen, eventualmente, nuevas ideas capaces de impulsar futuras investigaciones.

En primer lugar, consideramos interesante comentar aspectos metateóricos de la Teoría Cognitiva. Esta teoría no posee un enfoque conceptual común, debido a que no ha surgido, tal como el psicoanálisis, de una sola línea de pensamiento, sino que desde sus inicios ha sido producto de muchos aportes teóricos diferentes. Aún así, se habla de la Teoría Cognitiva como una estructura de conocimiento con supuestos comunes a la base. En este modelo se han producido quiebres en la matriz conceptual, lo cual genera diferencias en cuanto al objeto de estudio y al método. Estas diferencias van en dos direcciones: por un lado, y como se viera en el marco teórico de esta memoria, coexisten líneas teóricas con una base epistemológica racionalista y otra constructivista. Por el otro, y es aquí donde profundizaremos ahora, al interior de la teoría con una base epistemológica racionalista se plantea, en sentido estricto, el énfasis en el estudio de las creencias que posee una persona y en la forma como éstas se insertan en las estructuras cognitivas, las cuales, como ya sabemos, influyen directamente en la manera como el sujeto procesa la información. Esta cuestión está cambiando, planteándose ahora la necesidad de dar igual importancia a factores antes considerados de segundo orden y casi un epifenómeno de lo cognitivo; nos referimos a la emoción y a las variables interpersonales.

Si vemos que el criterio mencionado anteriormente (el cual daba el nombre y sentaba las bases de este paradigma) resulta fracturado, entonces cabe plantearse la pregunta respecto a si las teorías que discrepan de él debieran llamarse cognitivas. Entendemos que quizás ésta no es una pregunta relevante si pensamos que, como ya se ha mencionado, no se está frente a una teoría monolítica ni de origen unipersonal, sino frente a un conjunto de aportes, de origen reciente y en constante desarrollo. Asimismo, cabe preguntarse cuál es la relevancia de establecer parámetros definidos respecto a lo que se espera de una teoría cognitiva propiamente tal.

Por otro lado, es interesante advertir la ausencia de un lenguaje común en esta teoría, lo que podría aludir a una tendencia de los enfoques racionalistas a diferenciarse más que a integrarse, lo que se opondría a las observaciones que ha realizado en este sentido Mahoney<sup>89</sup> respecto a la integración en psicoterapia. Ahora bien, esta cuestión no es propia de la Psicología Cognitiva sino que describe una inclinación existente en la ciencia en general y en la Psicología en particular. Históricamente la diferenciación ha sido previa a los intentos de integración paradigmática, lo cual muestra la forma característica por la cual las ciencias en general avanzan, esto es, a través de “revoluciones” que constituyen verdaderos saltos epistemológicos<sup>90</sup>. Sin embargo, la integración en los diferentes paradigmas es posible siempre y cuando se tengan puentes conceptuales comunes, ya que puede suceder que no se entienda lo mismo con un mismo significante o que se denominen de igual manera dos fenómenos o procesos diferentes. Esta situación constituiría un aviso de que el futuro de este paradigma sería la continua integración de elementos de distintos paradigmas, tal como ha ocurrido con las llamadas

---

<sup>89</sup> 1997, 1998.

<sup>90</sup> Kuhn, “La estructura de las Revoluciones Científicas”.



ciencias frontera. De ser esto así, es necesario velar por la mantención de una consistencia teórica interna, que permita el crecimiento de la disciplina.

Refiriéndonos ahora a la Teoría Cognitiva en relación al TLP, sugerimos algunos temas a profundizar. Respecto a la etiología del trastorno, nos parece que queda abierta la posibilidad de un estudio de las posibles fallas o déficits de corte cognitivo en el niño, ya sea a través de estudios de seguimiento o mediante investigaciones experimentales. Posibles preguntas serían, entonces, ¿Qué tipos de complicaciones cognitivas en el niño son prelude de un futuro TLP?, ¿Qué pasa con la resiliencia?, ¿Qué tipo específico de ambiente causa estas fallas?

Entendemos que estudios de este tipo no son sencillos y por esta razón proponemos, para facilitarlos, abordajes de corte evolutivo, como el planteado por Sepúlveda<sup>91</sup>, el cual está basado en las teorías piagetanas. Esta perspectiva plantea la necesidad de cumplir, en el desarrollo del infante, con ciertas etapas y con ciertas metas al interior de cada etapa. Ello proporciona referentes concretos con los cuales comparar el desarrollo de sujetos que presenten posteriormente un TPL.

En cuanto al tratamiento, existen cuestiones de tipo técnicas que no fueron profundizadas mayormente en nuestra memoria. Esto, debido que ella tuvo un acento conceptual y al hecho de que nuestra inclinación ha sido la búsqueda de elementos comunes en el enfoque. Estos aspectos técnicos son fuente de disensión entre los autores y nos parece que este hecho podría ser interesante de considerar en futuras investigaciones, tanto por su importancia terapéutica, como por las connotaciones que dichas herramientas implican en términos teóricos. En este sentido, creemos que resulta factible investigar la forma en

que las metas concretas se equilibran con los objetivos estratégicos; el orden a seguir de los focos de tratamiento; el tiempo y duración que la terapia debe tener (si es que debe establecerse un tiempo definido) y el nivel de profundidad esperable para los cambios.

Si bien hemos dejado algunas preguntas abiertas, esperamos con esta memoria, haber dado respuesta a algunas otras que resultan de particular interés en el área de salud mental, de modo tal que este trabajo constituya un aporte para quienes se inicien en el tema del abordaje y tratamiento del trastorno de personalidad límite.

---

<sup>91</sup> Ver anexos.



**BIBLIOGRAFIA**

1. American Psychiatric Association. (1995). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales DSM-IV**. Edit. Masson, S.A. Barcelona.
2. Baringoltz, Sara et al. (1996). **Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia**. Editorial de Belgrano. Capital Federal, Argentina.
3. Beck, A. et al. (1983). **Terapia Cognitiva de la Depresión**. Edit. Desclée de Brouwer. Bilbao.
4. Beck, A. Freeman y otros, (1992). **Terapia Cognitiva de los Desórdenes de Personalidad**. Ediciones Paidós. Barcelona.
5. Bueno, Roberto (1996). “¿Revolución Cognitiva?”. **Revista Chilena de Psicología Clínica**. Año XIII. Vol. VI (I) N°25.
6. Burland, J. Alexis, “Disociación como consecuencia de Abusos severo en la infancia”. En **Borderline Personality Disorder: The Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre, 1994. W.B. Saunders. Philadelphia.
7. Caparrós, Antonio (1984). **La Psicología y sus perfiles**. Edit. Barcanova. Barcelona.
8. David, H. y Bracken, H. V. (1963). **Teorías de la Personalidad**. Edit. Eudeba. Bs. Aires.
9. Díaz, M<sup>a</sup> Soledad y Pemjeam, A. (1996). **Aportes del enfoque cognitivo-conductual a la conceptualización y manejo del dolor crónico y lumbar: revisión bibliográfica**. Memoria para optar al título de psicólogo. U. De Chile. Stgo.

10. Dörr Z., Otto. "Personalidad Normal y Anormal". En **Personalidad y Psicopatología** (1997). Heerlein, Andrés Editor. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Serie Roja. Stgo.
11. Elliot, Greenberg, Rice (1996). **Facilitando el Cambio Emocional**. Edit. Paidós Ibérica. Barcelona.
12. **Enciclopedia Universal Multimedia**. Micronet, 1997.
13. Figueroa C., Gustavo. "Personalidad y Temporalidad. Contribución a los Trastornos de Personalidad desde el Análisis Existencial". En **Personalidad y Psicopatología** (1997). Heerlein, Andrés Editor. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Serie Roja. Stgo.
14. Gallegos, C., (1997). Seminario de Investigación: "**Una revisión reflexiva en torno al Trastorno de Personalidad Límitrofe**". U. de Chile, Depto. Psicología. Stgo.
15. Goldfried, Marvin A. (1996). **De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de Integración**. Edit. Desclée de Brouwer, S.A.
16. Guidano, V. F (1996). "De la Revolución Cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad: la relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo". **Revista de Psicoterapia**, vol. 1, nº 2-3, pgs. 113- 129.
17. Huteau, M. (1989). **Concepciones Cognitivas de la Personalidad**. Edit. Fundamentos. Madrid, España.
18. Kernberg, O. (1986). "Trastornos de Personalidad". **Revista Psiquiatría**. Vol.III; pgs.155 –178.
19. Kernberg, O. (1987). **Trastornos Graves de la Personalidad**. Edit. El Manual Moderno S. A. de C.V. México, D.F.



20. Kernberg, O. "Agresión, trauma y odio en el tratamiento de pacientes borderline". En **Borderline Personality Disorder: The Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre, 1994. W.B. Saunders. Philadelphia.
21. Kernberg, O. (1975). "Borderline Conditions and Pathological Narcissism". En **Borderline Personality Disorder: The Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre, 1994. W.B. Saunders. Philadelphia.
22. Kernberg, Otto. "Una Teoría Psicoanalítica de los Trastornos de personalidad". En **Personalidad y Psicopatología** (1997). Heerlein, Andrés Editor. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Serie Roja. Stgo.
23. Kriz, Jürgen (1985). **Corrientes Fundamentales en Psicoterapia**. Amorrortu Editores.
24. Kuhn, T. S. (1990). **La Estructura de las Revoluciones Científicas**. Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V. Buenos Aires.
25. Linehan, M. M. (1993). **Cognitive-Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder**. Guilford. New York.
26. Linn, S. Jay y Garske, J. P. (1988). **Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos**. Edit. Desclée de Brouwer, S.A.
27. Mahoney, Michael J. (1974). **Cognición y Modificación de Conducta**. Editorial Trillas.
28. Mahoney, M. J. (1997). **Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Teoría, Investigación y Práctica**. Edit. Desclée de Brouwer S.A. España.
29. Marchetti, Ana María y Suárez, Eugenio. En **Integración en Psicoterapia** (1992). Editorial Cecidep. Stgo, Chile.
30. Marmer, Stephen y Fink, David; "Repensando la comparación del Trastorno Límite de Personalidad y el Desorden de Personalidad Múltiple".

- En **Borderline Personality Disorder: The Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre, 1994. W.B. Saunders. Philadelphia.
31. Marx, M. H. y Hillix, W. A. (1972). **Sistemas Teorías Psicológicas Contemporáneos**. Edic. Paidós.
  32. Meichenbaum, D. y Gilmore, J. B (1984). "La Naturaleza de los procesos inconcientes: una perspectiva cognitivo-conductual". **Revista Terapia Psicológica**, año III, n°4, pgs. 7-22.
  33. Millon, T. y Millon, R. (1974). **Psicopatología y Personalidad**. Nueva Editorial Interamericana, México.
  34. Millon, T. (1998). **Trastornos de Personalidad. Más allá del DSM IV**. Edit. Massón. Barcelona.
  35. Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998). **Constructivismo en Psicoterapia**. Edic. Paidós. Barcelona.
  36. Opazo, Roberto (1986). "Enfoque Cognitivo-conductual de los Trastornos de Personalidad". **Revista Psiquiatría III**. Stgo.
  37. Opazo, Roberto (1987). "Tratamiento de los Trastornos de Personalidad. Una aproximación cognitivo-conductual". **Revista Psiquiatría IV**. Stgo.
  38. Paris, Joel (1995). **Il disturbo borderline de personalità: Eziologia e trattamento**. Raffaello Cortina Editore, Milano.
  39. Petti, Theodore A., M.D., M.P.H (1991). "Cognitive Therapies". En **Child and Adolescent Psychiatry**. Edit. by Helver Lewis Williams & Wilkins, USA.
  40. Prochaska, J. O (1984). **Systems of Psychoteraphy. A Transtheoretical Analysis**. Edited by M. Hersen, The Dorsey Press.
  41. Quaytman, Miles y Sharfstein, Steven S (Agosto 1997). "Treatment for severe Borderline Personaliy Disorder in 1987 and 1997". **The American Journal of Psychiatry**. Volumen 154, N° 8.



42. Safran, J. D. y Segal, Z. V. (1994). **El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva**. Edic. Paidós. Barcelona.
43. Sepúlveda, Gabriela (1997). Exposición: “**Enfoque Cognitivo Evolutivo. Aspectos Psicopatológicos y Psicoterapéuticos**”, para el Congreso Anual de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia. U. de Chile, Depto. de Psicología. Stgo.
44. Silva S., H. (1995). **Medicina Legal y Psiquiatría Forense Tomo II**. Editorial Jurídica de Chile. Primera Edición. Stgo.
45. Stone, Michael H., “Characterologic Subtypes of the Borderline Personality Disorder”. En **Borderline Personality Disorder: The Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre, 1994. W.B. Saunders. Philadelphia.
46. Turk, Dennis; Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). **Pain and Behavioral Medicine, A cognitive-behavioral Perspective**. The Guilford Press.
47. Valdivieso F., Sergio. “Conceptos y Definiciones en los Trastornos de la Personalidad”. En **Personalidad y Psicopatología** (1997). Heerlein, Andrés Editor. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Serie Roja. Stgo.
48. Vallis, M., Howes, J., Miller, P. (1991). **The Challenge of Cognitive Therapy**.
49. Van der Kolk, B.; Hostetter, A.; Herron, N.; Fislser, R. “Trauma y Desarrollo del Trastorno de Personalidad Límite”. En **Borderline Personality Disorder: The Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre, 1994. W.B. Saunders. Philadelphia.
50. Varela, Fco., Hayward, J. (1997). **Un Puente para dos miradas. Conversaciones con el Dalai Lama sobre las Ciencias de la Mente**.

Edic. Dolmen. Stgo., Chile.

51. Wheels, J. y Gunderson, G (Enero 1998). "A little Cream an Sugar: Psychoterapy with a Borderline Patient". **The American Journal of Psychiatry**. Volumen 155, N° I.
52. Young, J. E. (1994). **Cognitive Therapy for Personality Disorders: A schema focused approach**. Professional Resource Press, Florida. USA
53. Zagmutt y Ruiz (1988). "Terapia Cognitiva Hoy, Una Actualización". **Revista Terapia Psicológica**, Año VII, N°10.



## ANEXOS

### 1.- PUBLICACIONES NACIONALES

- Opazo, Roberto (1986). “Enfoque Cognitivo-conductual de los Trastornos de Personalidad (TP)”. **Revista Psiquiatría**, año III, pgs. 129-137.

El autor se propone tender un “puente conceptual” entre la Teoría Cognitivo-conductual y la Psiquiatría, producto de: a) que esta primera teoría no suele referirse a los TP, abordándolos desde la segunda perspectiva y b) de que a su vez utiliza conceptos próximos a ella. Se presentan entonces, las principales características del enfoque Cognitivo-conductual, tanto en el plano metodológico, como teórico y clínico. Luego se abordan los TP desde la perspectiva Cognitivo-conductual, tomando los rasgos de personalidad como descripción de estilos conductuales, cognitivos y afectivos, así como causas de la conducta. En tercer lugar se presentan las características esenciales de la Terapia Cognitivo-conductual para los TP, estableciendo niveles en los cuales podría plantearse, como son la fase educacional y el entrenamiento tanto en relajación, como en laboratorio, imaginación y en situaciones naturales. Por último, el autor se refiere a aspectos que trascienden el enfoque, mostrando las debilidades de éste y planteando que el origen de los desajustes psicológicos, sobre todo en los TP, es de orden multicausal y no monocausal como, según Opazo, los autores cognitivo-conductuales pretenden o quisieran asumir.

- Opazo, Roberto (1987). "Tratamiento de los trastornos de personalidad. Una aproximación cognitivo-conductual". **Revista de Psiquiatría IV**; pgs. 35-42. Stgo., Chile.

Este artículo se basa en los avances en el estudio del trastorno de personalidad (TP), enfocándose en las estrategias para la modificación de estructuras de personalidad. Se divide en tres áreas: estudio del trastorno, terapia y terapia conductual-integral.

\*Avances en el estudio: Opazo plantea que lo central del enfoque cognitivo tiene que ver con la forma en que la realidad es procesada cognitivamente. Estas creencias sobre la realidad (distorsionadas o no) se agrupan en estructuras cognitivas, las cuales constituyen, a su vez, matrices estables que influyen en la forma en que procesamos distintos estímulos, determinando de este modo, la conducta. Estas estructuras serían las causantes de los rasgos de personalidad (disposiciones amplias y perdurables a comportarse de ciertas maneras). En relación a estos últimos, hay posturas disimiles dentro de la teoría cognitiva conductual.

\*Terapia Cognitivo-Conductual y cambio de las estructuras de personalidad: Cuando los rasgos de personalidad son rígidos, muy abarcativos o exagerados, dan lugar a TP. Todos los autores cognitivos están de acuerdo en que para cambiar estas estructuras de personalidad disfuncionales es necesario focalizarse en el cambio de las estructuras cognitivas subyacentes, aunque están conscientes de lo difícil que esta modificación puede resultar.

\*Bases para una terapia Conductual – Integral: Opazo señala que el TP tiene un origen multicausal, por lo que el tratamiento debe considerar multitécnicas. No puede referirse sólo al cambio de cogniciones sino que ha



de ocuparse de los sentimientos, de la biología, lo inconsciente, etc. Por esto aconseja el uso de un Super (o Supra) paradigma.

- Zagmutt y Ruiz (1988). “Terapia Cognitiva Hoy, Una Actualización”. **Revista Terapia Psicológica**, año VII, N°10, pgs. 7-14.

Este artículo destaca los cambios que ha experimentado en los últimos años la terapia cognitiva, la cual evoluciona en un continuo que va desde los modelos centrados en las *técnicas*, y que se han denominado terapias cognitivo-conductuales, hasta aquellos centrados en la *conceptualización* y que reciben el nombre de terapias cognitivas. Esta continuo evoluciona en sus fundamentos epistemológicos, desde un paradigma asociacionista a uno constructivista; entre estos últimos modelos, los autores abordan aquellos desarrollados por Guidano, Liotti y Young.

En cuanto a la Teoría Constructivista de Guidano y Liotti, se revisan tres aspectos: 1) un *marco constructivista*, que postula el origen biológico del conocimiento, 2) el desarrollo del conocimiento a partir de un sí mismo, y 3) la organización del conocimiento, que plantea que éste es un proceso de dos niveles: tácito y explícito. Respecto de la terapia Centrada en los Esquemas de Young, se revisa el origen de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT), los mecanismos por los cuales se autoperpetúan y el tratamiento.

Se concluye que ambos modelos estudiados son complementarios, ya que el primer modelo enfatiza el marco teórico, mientras que el segundo explicita los procedimientos terapéuticos. Y además, que ambos pueden integrar los principales aportes de todas las corrientes psicológicas, ya que es posible hallar en ellos principios y técnicas que son “producto de décadas del

desarrollo de nuestra disciplina”<sup>92</sup>.

- Bueno, Roberto (1996) “¿Revolución Cognitiva?”. **Revista Chilena de Psicología Clínica**. Año XIII, volumen VI (I) N° 25, pgs.17-23. Stgo.

Bueno sostiene que el paradigma que prohibía el estudio de la conciencia y de los procesos mentales está en crisis y propone como alternativa al *Conductismo Cognitivo*. Esta corriente acepta la posibilidad del estudio de procesos “mentales”, en tanto se refieren a propiedades de la conducta, a comportamientos encubiertos o privados. Lo cognitivo, en este sentido, actúa causalmente sobre el comportamiento global del individuo. Se opone al cognitivismo o mentalismo como explicaciones de la conducta en base a factores internos autogenerados no observables y critica cualquier método que no asegure adecuadas condiciones de control y validez en sus estudios. Según Bueno, lo psicológico o mental puede ser entendido fundamentalmente como relaciones y éstas son factibles de investigación en términos completamente conductuales. La cognición aludiría, entonces, más que a lo invisible, a lo complejo.

Con base en lo señalado, R. Bueno señala que la Revolución Cognitiva, conceptualmente, no es tal, ya que no hay nada que impida un análisis conductual de la cognición y que ya “existen análisis teóricos, así como modelos y paradigmas experimentales, que se ocupan del tema del comportamiento complejo”<sup>93</sup>.

---

<sup>92</sup> Pg. 13.

<sup>93</sup> Pg. 22.



- Sepúlveda, Gabriela (1997). Exposición: “**Enfoque Cognitivo Evolutivo. Aspectos Psicopatológicos y Psicoterapéuticos**”, para el Congreso Anual de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia. U. de Chile, Depto. de Psicología. Stgo.

Este artículo revisa los aspectos esenciales de la terapia cognitiva evolutiva, enmarcándola como un enfoque constructivista y dentro del contexto genético constructivo de la teoría piagetana, de manera tal de concebir el proceso terapéutico como un desarrollo genético evolutivo. Se abordan aspectos epistemológicos y metodológicos; la persona es vista como un sistema cambiante que depende de su base biológica, cuyo elemento central a evaluar es la organización de la personalidad (sí mismo). “La concepción evolutiva de la psicopatología, relaciona la patología con la etapa de desarrollo de cada sujeto y considera la evolutividad de la patología a través de las distintas etapas de desarrollo”, explicándose la patología por los siguientes aspectos que Piaget enfatiza del desarrollo psicológico: sobre o desvalorización en la adquisición de la imagen personal, la fijación de estructuras rígidas de pensamiento, estados de permanentes desequilibrios en estructuras cognitivas, afectivas, sociales, morales y principalmente lógicas.

Se muestra además, una organización evolutiva de la depresión con base en Kegan (neopiagetano), autor que establece cinco tipos de depresión: de abandono o desamparo, de desilusión, de sacrificio del self, de dependencia y autodevaluativa. Por último, se plantean los objetivos y metodología de la teoría de la terapia, así como también sus fases: autoobservación, experimentación e integración y reorganización del sí mismo a través de la abstracción reflexiva.

## 2.- PUBLICACIONES INTERNACIONALES

- Burland, J. Alexis (1984). “Disociación como consecuencia de Abusos severo en la infancia”. **Borderline Personality Disorder: Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre de 1994.

Este artículo, de corte analítico, describe una población que, sin ser descriptivamente borderline, utiliza la disociación como un mecanismo de defensa. La idea de este trabajo es llevar a cabo una comparación respecto del trabajo de Otto Kernberg.

Kernberg culpa a la preponderancia de introyecciones negativas, sobre las positivas, como el factor principal de la falla en la síntesis entre estados del yo alternantes, y sugiere que esto es consecuencia o de un anormalmente alto nivel de impulso agresivo, constitucionalmente determinado, o de severas frustraciones tempranas, debidas a ciertos tipos de psicopatología en los objetos primarios.

En el estudio de casos desarrollado por Burland existen semejanzas y diferencias. En común con los pacientes con TPL está la función que la disociación presenta. Tal como en los casos estudiados por Kernberg, estas personas usan la disociación defensiva para proteger las introyecciones positivas, ya que temen que su rabia pueda destruir a sus objetos amorosos.

Las diferencias están dadas por la edad de comienzo en la utilización de la disociación (más temprana en el caso de los pacientes con TPL), por el hecho de que, en este caso, la disociación es egosintónica (el problema es que las introyecciones negativas les resultan más molestas aún que la disociación) y por el alcance de este mecanismo de defensa. Burland señala que en los



pacientes borderline no se observa una carga de agresión innata como la descrita por Kernberg y que la disociación está más circunscrita, lo que deja a gran parte del yo de la persona con capacidad de funcionar de manera adaptativa y relativamente sana.

- Meichenbaum, D. y Gilmore, J. B (1984). "La Naturaleza de los procesos inconscientes: una perspectiva cognitivo-conductual". **Revista Terapia Psicológica**.

En este artículo se intenta tender un puente entre las corrientes conductuales y psicodinámicas con objeto de beneficiar ambas tendencias al permitir el tránsito profesional entre ellas. Según los autores, al introducir la *cognición* en el campo conductual, es inevitable la consideración de eventos inconscientes; a su vez, esta introducción implicó tres aspectos en los que se focaliza el artículo, que son los *eventos cognitivos* (la importancia de pensamientos y afectos), *procesos cognitivos* (la importancia de razonamientos encubiertos, sesgos heurísticos y emocionales encubiertos) y *estructuras cognitivas* (la importancia que poseen los esquemas y principios ordenadores centrales).

Los autores deducen que el gran impacto sobre la teoría y la terapia conductual está relacionado con los tres aspectos ya mencionados, deduciendo que cada uno de ellos implica un dominio inconsciente que es necesario reconocer, pues ello constituye la antítesis del punto de vista conductual original. Sostienen que si bien existen similitudes, se mantienen las diferencias entre ambas tradiciones psicológicas, diferencias que atañen a la manera como se comprende el concepto de inconsciente, como se estudia el

desarrollo de la conducta y los enfoques de tratamiento.

- Guidano, V. F. (1996), "De la Revolución Cognitiva a la Intervención Sistémica en términos de complejidad: la relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo". **Revista Psicoterapia**, vol. 1, n° 2-3, pgs. 113- 129.

Este artículo revisa la propia trayectoria psicoterapéutica del autor, desde el conductismo al cognitivismo racionalista y de éste al cognitivismo sistémico. Al repasar lo anterior, se abordan diversos aspectos históricos, comenzando por los preliminares de la Revolución Cognitiva, para luego interiorizarse en ella, contrastando el punto de vista racionalista y el constructivista. Luego, intenta mostrar la perspectiva cognitivista sistémica, en la cual el observador ya no ocupa un lugar imparcial, sino que introduce un orden en la red de procesos interconectados en la que se transforma ahora la realidad, determinando que la observación se transforme en autorreferencial; se sostiene que la lógica autorreferencial regula la autoorganización de un sistema cognoscitivo individual, dirigiendo también su mantenimiento a través del ciclo vital.

Más adelante, el autor plantea los problemas del cambio en psicoterapia y el de la conciencia (rol que desempeña en el desarrollo y calidad de las transformaciones ocurridas durante el curso vital), pues los considera un "punto de contacto crítico cuya profundización nos podría revelar aspectos todavía imprevisibles, capaces de conducirnos a otro nivel de comprensión".



- Kernberg, O. "Agresión, trauma y odio en el tratamiento de pacientes borderline". **Borderline Personality Disorder: Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre de 1994.

Este artículo profundiza en la forma en que el odio y el trauma están presentes en la etiología del trastorno borderline y la manera en que éstos se manifiestan como agresión en la terapia.

El desarrollo del trastorno tendría que ver con una predisposición innata del niño, en combinación con un cierto ambiente. El bebé nace con una tendencia al vínculo con la madre, que requiere de estimulación externa para activarse. Lo mismo ocurre en relación a la ira; existe una tendencia innata que es activada ante la presencia de la frustración respecto a los deseos del niño.

Como centro de las posibles respuestas agresivas de la persona borderline, es posible distinguir, entonces, la presencia de afectos primitivos (frustración). "Los afectos primitivos son el material de construcción de los impulsos".

En la terapia dichas características toman la forma de una gran carga de odio transferencial. Dicho odio debe ser contenido y a la vez analizado en la terapia, por esta razón la Terapia para pacientes borderline debe establecer un marco flexible, pero riguroso, para la relación terapéutica. Debe ser un espacio seguro para que el paciente explore sus identificaciones inconscientes y analice la transferencia, a la vez que se controla la amenaza de vida y el riesgo de conductas destructivas.

- Marmer, Stephen y Fink, David; “Repensando la comparación del Trastorno Límite de Personalidad y el Desorden de Personalidad Múltiple”. **Borderline Personality Disorder: Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre de 1994.

Este artículo se basa en la idea de que, con frecuencia, se confunde al TPL con el Desorden de Personalidad Múltiple (DPM), usando los términos de manera alternativa. Marmer y Fink consideran que el DSM ha limitado la posibilidad de diferenciación efectiva entre estas condiciones. Los autores señalan que, aunque la disociación es común a ambos trastornos, estamos hablando de dos alteraciones diferentes, con procesos, estructuras y formas distintas.

*Similitudes:* Ambas tienen un hecho traumático (físico o sexual) en sus orígenes, ambas son polisintomáticas, manifiestan una elevada comorbilidad y tienen síntomas disociativos, difusión de identidad y amnesia entre sus síntomas (aunque las características y la importancia de éstas hacen difícil la utilización de los mismos conceptos).

*Diferencias:* En primer lugar, el TPL es un desorden del eje II, la personalidad, en cambio el DPM debe ser ubicado en el eje I, pues estamos refiriéndonos a una enfermedad con un tiempo de manifestación definido. Además, los pacientes con DPM crean un estado de estable inestabilidad, que les permite sobrevivir, pagando el precio de la pérdida de memoria y la discontinuidad autobiográfica: Los pacientes con TPL, en cambio, manifiestan una inestable inestabilidad, que los lleva a perder todo lo bueno cuando obtienen lo malo, y viceversa.

Los autores sostienen que, aunque la patología del DPM aparezca como más grave, los pacientes que la exhiben tienen más recursos internos que los



pacientes con TPL, lo que implica, a su vez, un mejor pronóstico.

- Stone, Michael H., "Characterologic Subtypes of the Borderline Personality Disorder". **Borderline Personality Disorder: Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre de 1994.

El texto señala que, si creemos en la definición de TPL dada por el DSM, la mayoría de los desordenes del eje II pueden ser encontrados en conjunción con el TPL, en la forma de una comorbilidad (esto es especialmente cierto para los desórdenes del cluster dramático). Por esta razón, quizás sería más conveniente un diagnóstico de tipo dimensional, que el usado tradicionalmente en términos categoriales.

Stone se pregunta si la Organización de personalidad borderline, como fue descrita originalmente por Kernberg, puede ser entendida mejor como una dimensión de personalidad, planteando que podría ser, incluso, un denominador común de cualquier condición lo suficientemente severa como para justificar clasificaciones tales como las de desorden.

De esta manera, el autor propone que el TPL podría ser considerado un trastorno con una cierta gravedad, que involucra un debilitado sentido de identidad, acompañado de no específicas anormalidades, tales como pobre tolerancia al estrés y pobre capacidad para el trabajo y los hobbies (pobres canales sublimatorios). Esta dimensión estaría entonces representada por diversos subtipos caracterológicos, usualmente del cluster dramático (personalidad histriónica, narcisista y antisocial).

- Van der Kolk, B.; Hostetter, A.; Herron, N.; Fislser, R. "Trauma y Desarrollo del Trastorno de Personalidad Límite". **Borderline Personality Disorder: Psychiatric Clinics of North America**, Diciembre de 1994.

Este artículo es una alternativa a la mirada de Otto Kernberg respecto del TPL. Kernberg considera que el desarrollo de las defensas borderline se asocia a un bloqueo de la tolerancia a la ansiedad, determinado constitucionalmente, o con la existencia de severas frustraciones tempranas. Sin embargo, tendía a considerar que dichas frustraciones, que tomaban la forma de abuso en muchos casos, eran fantaseadas. Pensaba que las imágenes persecutorias de los pacientes respecto a sus padres eran producto de introyectar gran parte de la carga agresiva que ellos proyectan.

Este artículo plantea, en cambio, que la gran evidencia de traumas reales en estos pacientes no puede ser pasada por alto.

Este trabajo de investigación se basa en el estudio de pacientes con Desorden Post Traumático (PTSD). Se han estudiado pacientes veteranos de la guerra de Vietnam y jóvenes víctimas de incesto, comparándolos con pacientes con Trastorno de Personalidad Límite (TPL) y se ha llegado a la conclusión de que manifiestan síntomas muy similares, tales como la desregulación afectiva, la automutilación, los síndromes disociativos, etc.

Según los autores de este artículo, el 87% de los pacientes con TPL estudiados tenía antecedentes de trauma real en la infancia (principalmente abuso físico y sexual). Tomando en cuenta este antecedente de trauma temprano real, la terapia debe tener como aspecto central, la negociación de seguridad interpersonal y la formación de ataduras seguras. Estos pacientes suelen ser maltratados por quienes los tratan, por lo que el trauma tiende a reeditarse. Es necesario que los terapeutas estén atentos a este respecto y que



acojan el trauma y den la opción al paciente de desculpabilizarse y de instaurar formas de relacionarse nuevas.

- Quaytman, Miles y Sharfstein, Steven S. "Treatment for severe Borderline Personality Disorder in 1987 and 1997". **The American Journal of Psychiatry**. Volumen 154, N° 8, Agosto 1997.

Este artículo revisa las experiencias de tratamiento con paciente con TPL, de tipo ambulatorio y hospitalario. Se comparan las experiencias de hospitalización antes usadas con las actuales hospitalizaciones breves.

En el artículo se considera que, tanto antes como ahora, la hospitalización cumple un rol importante al proveer de un ambiente sostenedor, que de seguridad a la persona y estabilidad en momentos de crisis, que den la posibilidad de reevaluar las estrategias psicoterapéuticas y farmacológicas.

Se destaca la necesidad de la presencia de un equipo de tratamiento para estos pacientes, en las situaciones en que la hospitalización es requerida, ya que las personas con TPL a menudo elicitán conflictos en el equipo tratante, que son similares a las defensas del paciente.

Como aprendizaje respecto a la intervención con estos paciente se señala, además, la importancia de dar más responsabilidad al paciente, intentando la creación de un locus interno, con la idea de que tome en sus manos su tratamiento y auto cuidado.

- Wheels, J. y Gunderson, G. "A little Cream an Sugar: Psychoterapy with a Borderline Patient". **The American Journal of Psychiatry**. Volumen 155, N° I, Enero 1998.

Este artículo se basa en los resultados de la aplicación de una terapia psicoanalítica a un paciente borderline.

Los autores señalan que, aunque en general el trabajo con estos pacientes suele ser considerado muy difícil, y por tanto eludido, puede ser una experiencia satisfactoria y enriquecedora. Consideran que es aconsejable el uso selectivo de modalidades familiares, cognitivas y farmacológicas para complementar el análisis, debido a las dificultades que estos pacientes presentan, especialmente en lo concerniente al acting out y los gestos suicidas.

Los autores consideran que es necesario prevenir la aparición de una ganancia secundaria en las autoagresiones de los pacientes. A pesar de que estos actos tienen una raíz no manipulativa, suelen constituir autocastigos o intentos de disminuir la ansiedad, frecuentemente el paciente toma conciencia del efecto de control que éstos tienen. Por esta razón, es necesario reducir esta ganancia secundaria, no estando disponible entre sesiones y no poniendo el foco en dichos actos.

Característicos de la primera fase de la terapia son los olvidos de cita, los silencios, el intento de contacto entre sesiones, la ira y la conducta autodestructiva. El foco de la terapia debe ser el manejo interpersonal; el terapeuta debe ayudar al paciente a reconocer que su ánimo y sus acciones son reactivas a si él o ella perciben sus relaciones como contenedoras. "Un paso importante es transformar las acciones fuera de la sesión en palabras dentro de la sesión".

En el segundo año se puede esperar más estabilización, como para que



el paciente pueda entender su rol en la terapia como un trabajo.

### 3.- CUESTIONARIO DE ESQUEMAS

(Traducido de "Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused Approach". Young, J. E., 1994).

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES

La lista descrita debajo está conformada por declaraciones que una persona puede usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada declaración y decida qué tan bien lo describe a Ud. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que emocionalmente siente, no en lo que piensa que debe ser cierto.

Si lo desea, replantee la declaración de manera tal que ésta sea incluso más acertada respecto a Ud. Entonces, elija la puntuación que corresponda (siendo la más alta 1 y la más baja 6), de acuerdo a lo representativa que ésta sea para Ud. (incluyendo en esta consideración las modificaciones que haya formulado para la sentencia en cuestión). Escriba este número en el espacio delante de cada frase.

#### Escala

- 1 = Completamente falso respecto a mí
- 2 = Principalmente falso respecto a mí
- 3 = Ligeramente más verdadero que falso
- 4 = Moderadamente verdadero respecto a mí
- 5 = Principalmente verdadero respecto a mí
- 6 = Completamente verdadero respecto a mí



## Ejemplo

A. 4 Me preocupa no gustar a la gente que me importa.

1. \_\_\_\_ La gente no ha estado disponible para mí cuando he necesitado satisfacer mis necesidades emocionales
  2. \_\_\_\_ No he obtenido amor y atención
  3. \_\_\_\_ Principalmente, no he tenido alguien de quien depender para que me de consejos y soporte emocional
  4. \_\_\_\_ La mayor parte del tiempo no he tenido a alguien que me nutra, que me dé de sí mismo, o que se interese profundamente en todo lo que me pasa
  5. \_\_\_\_ La mayor parte de mi vida no he tenido quien quiera estar cerca de mí y gastar un montón de tiempo conmigo
  6. \_\_\_\_ En general, la gente no ha estado disponible para darme calidez, apoyo y afecto
  7. \_\_\_\_ La mayor parte de mi vida, no he sentido que soy especial para alguien
  8. \_\_\_\_ Principalmente, no he tenido alguien que realmente me escuche, me entienda, o esté a tono con mis verdaderas necesidades y sentimientos
  9. \_\_\_\_ Raramente he tenido una persona fuerte a mi lado, para darme sentidos consejos o dirección cuando no estoy seguro(a) de que hacer
- \*ed
10. \_\_\_\_ Yo temo que la gente que quiero muera pronto, incluso cuando hay muy pocas razones médicas para mantener esa idea
  11. \_\_\_\_ Me sorprende a mí mismo(a) pegándome a la gente de la que estoy cerca, porque temo que ellos me dejen
  12. \_\_\_\_ Temo que la gente de la que me siento cerca se vaya o me abandone
  13. \_\_\_\_ Siento que carezco de una base estable de apoyo emocional

14. \_\_\_\_ No siento que las relaciones importantes vayan a durar, siempre estoy esperando que terminen
15. \_\_\_\_ Me siento adicto a parejas que no pueden estar disponibles para mí de una forma comprometida
16. \_\_\_\_ Al final, estaré solo(a)
17. \_\_\_\_ Cuando siento que alguien trata de alejarme, me desespero
18. \_\_\_\_ A veces estoy tan preocupado(a) de que la gente pueda dejarme que soy quien la alejo
19. \_\_\_\_ Me altero cuando me dejan solo(a), incluso por un periodo corto de tiempo
20. \_\_\_\_ No puedo contar, con certeza, con que la gente que me apoya estará disponible para mí
21. \_\_\_\_ No me puedo permitir demasiada cercanía con la gente, porque no estoy realmente seguro(a) de que estarán ahí siempre
22. \_\_\_\_ Parece que la gente importante en mi vida está siempre yendo y viniendo
23. \_\_\_\_ Me preocupa mucho que la gente que amo encuentre a otra persona y me deje
24. \_\_\_\_ La gente cercana a mí ha sido muy impredecible; en un momento están disponibles y agradables para conmigo; en otro están enojados, alterados, auto absortos, peleando, etc.
25. \_\_\_\_ Necesito tanto a los otros que me preocupa perderlos
26. \_\_\_\_ Me siento tan desvalido(a) si no tengo gente que me proteja, que temo mucho perderlos
27. \_\_\_\_ No puedo ser yo mismo(a) ni expresar lo que realmente siento, porque la gente me dejaría

\*ab



28. \_\_\_\_ Siento que la gente se aprovechará de mí
29. \_\_\_\_ A menudo siento que tengo que protegerme de los demás
30. \_\_\_\_ Siento que no puedo bajar la guardia en la presencia de otra gente, sino ellos me herirán intencionalmente
31. \_\_\_\_ Si alguien actúa amablemente conmigo, asumo que él/ella está buscando algo
32. \_\_\_\_ Sólo es cuestión de tiempo para que alguien me traicione
33. \_\_\_\_ La mayoría de la gente sólo piensa en sí misma
34. \_\_\_\_ Tengo grandes problemas para confiar en los demás
35. \_\_\_\_ Soy bastante suspicaz acerca de los motivos de la otra gente
36. \_\_\_\_ La gente rara vez es honesta; usualmente no son lo que aparentan
37. \_\_\_\_ Usualmente estoy en la búsqueda de los motivos ulteriores de los demás
38. \_\_\_\_ Si pienso que alguien está apunto de agredirme, trato de herirlo primero
39. \_\_\_\_ Usualmente pongo a la gente a prueba, sólo una vez que han pasado la prueba puedo confiar en ellos
40. \_\_\_\_ Implemento "tests" para ver si los otros me están diciendo la verdad y son bien intencionados
41. \_\_\_\_ Yo suscribo la creencia: "Controla o se controlado"
42. \_\_\_\_ Me enojo cuando pienso en las maneras en que he sido maltratado(a) durante mi vida
43. \_\_\_\_ A lo largo de mi vida, aquellos cercanos a mí se han aprovechado de mí o me han usado para sus propósitos personales
44. \_\_\_\_ He sido física, emocional o sexualmente abusado por gente importante en mi vida

\*ma

45. \_\_\_\_ Yo no calzo
  46. \_\_\_\_ Soy fundamentalmente diferente al resto
  47. \_\_\_\_ No pertenezco a nada; soy un(a) solitario(a)
  48. \_\_\_\_ Me siento ajeno a los demás
  49. \_\_\_\_ Me siento aislado(a) y solo(a)
  50. \_\_\_\_ Siempre me siento fuera de los grupos
  51. \_\_\_\_ Nadie realmente me entiende
  52. \_\_\_\_ Mi familia siempre fue diferente que las familias que nos rodeaban
  53. \_\_\_\_ A veces me siento como si fuera un extranjero
  54. \_\_\_\_ Si yo desapareciera mañana, nadie lo notaría
- \*si
55. \_\_\_\_ Una vez que viera mis defectos, ningún hombre/mujer que yo deseara podría amarme
  56. \_\_\_\_ Si realmente me conociera, nadie que yo deseara querría estar cerca de mí
  57. \_\_\_\_ Soy hereditariamente defectuoso
  58. \_\_\_\_ No importa cuan duramente lo intente, siento que no conseguiré que una mujer/hombre significativa(o) me respete o piense que soy valioso(a)
  59. \_\_\_\_ No merezco amor, atención o respeto de los demás
  60. \_\_\_\_ Siento que no soy capaz de generar amor
  61. \_\_\_\_ En aspectos básicos, yo soy demasiado inaceptable como para mostrarme ante otros
  62. \_\_\_\_ Si los otros descubren mis defectos básicos, no podré mirarlos a la cara
  63. \_\_\_\_ Cuando le gusto a la gente, siento que la estoy engañando
  64. \_\_\_\_ A menudo me veo involucrado con gente que es muy crítica respecto a mí, o que declaradamente me rechaza



65. \_\_\_\_ Tengo secretos íntimos que no quiero que mi gente cercana descubra  
66. \_\_\_\_ Es mi culpa que mis padres no pudieran amarme lo suficiente  
67. \_\_\_\_ No permito que la gente realmente me conozca  
68. \_\_\_\_ Uno de mis más grandes miedos es que mis defectos sean expuestos  
69. \_\_\_\_ No puedo entender como alguien podría amarme

\*ds

70. \_\_\_\_ No soy sexualmente atractivo(a)  
71. \_\_\_\_ Soy demasiado gordo(a)  
72. \_\_\_\_ Soy feo(a)  
73. \_\_\_\_ No puedo mantener una conversación decente  
74. \_\_\_\_ Soy aburrido(a) en situaciones sociales  
75. \_\_\_\_ La gente que valoro no se asociaría conmigo debido a mi estatus social (por ejemplo, ingresos, nivel educacional, profesión, etc.)  
76. \_\_\_\_ Nunca sé que decir en situaciones sociales  
77. \_\_\_\_ La gente no quiere incluirme en sus grupos  
78. \_\_\_\_ Me siento incómodo al estar con gente

\*su

79. \_\_\_\_ Casi nada de los que hago en el trabajo (o colegio) es tan bueno como lo que hacen los demás  
80. \_\_\_\_ Soy incompetente en lo que a logros se refiere  
81. \_\_\_\_ La mayoría de la gente es más capaz que yo en cuanto a trabajo y logros  
82. \_\_\_\_ Soy un fracaso  
83. \_\_\_\_ No soy tan talentoso(a) en mi trabajo como la mayoría de la gente lo es en el suyo  
84. \_\_\_\_ No soy tan inteligente como la mayoría de la gente cuando se trata de trabajo (o colegio)

85. \_\_\_\_ Me siento humillado por mis fracasos e inadecuaciones en el área laboral
86. \_\_\_\_ Con frecuencia me siento avergonzado(a) al estar con otros, porque yo no puedo compararme con ellos en lo que a logros se refiere
87. \_\_\_\_ A menudo comparo mis logros con los de otros y siento que ellos son mucho más exitosos que yo
- \*fa
88. \_\_\_\_ No me siento capaz de llevar adelante mi vida cotidiana por mí mismo(a)
89. \_\_\_\_ Necesito a otra gente para que me ayude a arreglármelas
90. \_\_\_\_ No siento que me las pueda arreglar bien por mí mismo(a)
91. \_\_\_\_ Creo que los otros pueden cuidarme mejor de lo que yo puedo cuidarme a mí mismo(a)
92. \_\_\_\_ Tengo problemas para tomar nuevas actividades fuera del trabajo, a menos que alguien me guíe
93. \_\_\_\_ Pienso que soy una persona dependiente, cuando se trata del funcionamiento diario
94. \_\_\_\_ Echo a perder todo lo que intento, incluso fuera del trabajo (o colegio)
95. \_\_\_\_ Soy inepto(a) en la mayoría de las áreas de la vida
96. \_\_\_\_ Si confío en mi propio juicio en las situaciones cotidianas, tomaré la decisión equivocada
97. \_\_\_\_ Carezco de sentido común
98. \_\_\_\_ No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas
99. \_\_\_\_ No siento confianza en mi habilidad para resolver problemas cotidianos cuando estos aparecen



100. \_\_\_\_ Siento que necesito en quien confiar para que me dé consejos acerca de asuntos prácticos
101. \_\_\_\_ Me siento más como un(a) niño(a) que como un(a) adulto(a), cuando se trata de manejar responsabilidades cotidianas
102. \_\_\_\_ Encuentro que las responsabilidades cotidianas me sobrepasan  
\*di
103. \_\_\_\_ No puedo escapar de la sensación de que algo malo está a punto de pasar
104. \_\_\_\_ Siento que un desastre (natural, criminal, financiero o médico) podría desatarse en cualquier momento
105. \_\_\_\_ Me preocupa llegar a ser una persona de la calle o un(a) vago(a)
106. \_\_\_\_ Temo ser atacado(a)
107. \_\_\_\_ Siento que debo ser muy cuidadoso(a) con el dinero o puedo terminar sin nada
108. \_\_\_\_ Tomo grandes precauciones para evitar enfermarme o ser herido(a)
109. \_\_\_\_ Me preocupa perder mi dinero o ser despedido(a)
110. \_\_\_\_ Me preocupa desarrollar una enfermedad seria, aunque nada grave me ha sido diagnosticado por un doctor
111. \_\_\_\_ Soy una persona temerosa
112. \_\_\_\_ Me preocupo mucho acerca de las cosas malas que ocurren en el mundo: crimen, contaminación y cosas de esas
113. \_\_\_\_ A menudo pienso que me podría volver loco(a)
114. \_\_\_\_ Con frecuencia siento que me va a dar un ataque de ansiedad
115. \_\_\_\_ Suelo preocuparme de que me pueda dar un ataque cardiaco, aunque hay muy pocas razones médicas para preocuparse
116. \_\_\_\_ Siento que el mundo es un lugar peligroso  
\*vh

117. \_\_\_\_ No soy capaz de separarme de mis padres, de la forma en que la gente de mi edad parece hacerlo
118. \_\_\_\_ Mis padres y yo tendemos a estar demasiado involucrados en la vida y problemas de los otros
119. \_\_\_\_ Es muy difícil, para mis padres y yo, no compartir detalles íntimos sin sentirnos traidores o culpables
120. \_\_\_\_ Mis padres y yo tenemos que comunicarnos a diario, o de lo contrario alguno de nosotros se sentirá solo, culpable, herido, o decepcionado
121. \_\_\_\_ A menudo siento que no tengo una identidad separada de la de mis padres o de la de mi pareja
122. \_\_\_\_ Con frecuencia siento como si mis padres vivieran a través mío - No tengo una vida personal
123. \_\_\_\_ Es muy difícil para mí mantener una cierta distancia respecto a la gente cercana a mí; tengo problemas para sostener un sentido de mí mismo separado del de los otros
124. \_\_\_\_ Estoy tan involucrado con mi pareja o mis padres que realmente no sé quién soy o qué es lo que quiero
125. \_\_\_\_ Tengo problemas para separar mi punto de vista, o mi opinión, de la de mis padres o mi pareja
126. \_\_\_\_ Frecuentemente tengo la sensación de que no tengo privacidad, cuando se trata de mi pareja o mis padres
127. \_\_\_\_ Siento que mis padres se sentirían muy heridos si yo viviera solo, separado de ellos
- \*em
128. \_\_\_\_ Dejo que la otra gente haga lo que quiera, porque temo a las consecuencias



129. \_\_\_\_ Pienso que si hago lo que quiero, sólo me estaré buscando problemas
130. \_\_\_\_ Siento que no tengo otra opción aparte que la de llenar los deseos de otros, o sino ellos me rechazarán de alguna forma
131. \_\_\_\_ En una relación, dejo que el otro tenga el poder
132. \_\_\_\_ Siempre dejo que los demás tomen decisiones por mí, así que yo realmente no sé que es lo que yo querría
133. \_\_\_\_ Siento que las decisiones más importantes de mi vida realmente no han sido mías
134. \_\_\_\_ Me preocupa mucho complacer a los otros, para evitar que me rechacen
135. \_\_\_\_ Tengo muchos problemas para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tomados en cuenta
136. \_\_\_\_ Me vengo de la gente de a poco, en vez de mostrar mi rabia abiertamente
137. \_\_\_\_ Soy capaz de hacer casi cualquier cosa con tal de evitar confrontaciones
- \*sb
138. \_\_\_\_ Pongo las necesidades de la gente por sobre las mías, o de lo contrario me siento culpable
139. \_\_\_\_ Me siento culpable cuando desanimo a otros, o cuando los decepciono
140. \_\_\_\_ Le doy más a las otras personas que lo que obtengo a cambio
141. \_\_\_\_ Soy el que usualmente termina cuidando a la gente cercana
142. \_\_\_\_ No hay casi nada que yo no esté dispuesto(a) a soportar si amo a alguien

143. \_\_\_\_ Soy una buena persona, porque pienso en los otros más que en mí mismo(a)
144. \_\_\_\_ En el trabajo, frecuentemente soy el(la) voluntario(a) para hacer tareas extras o trabajar fuera de horario
145. \_\_\_\_ No importa cuan ocupado(a) estoy, siempre puedo hacerme tiempo para los demás
146. \_\_\_\_ Me conformo con poco porque mis necesidades son mínimas
147. \_\_\_\_ Sólo estoy feliz cuando los que me rodean lo están
148. \_\_\_\_ Estoy tan ocupado(a) por la gente importante para mí, que me queda muy poco tiempo para mí mismo(a)
149. \_\_\_\_ Soy el(la) que siempre escucha los problemas de los demás
150. \_\_\_\_ Me siento más cómodo(a) dando un regalo que recibéndolo
151. \_\_\_\_ Los otros siempre piensan que hago demasiado por los demás, y no suficiente por mí mismo(a)
152. \_\_\_\_ No importa que tanto dé, nunca es suficiente
153. \_\_\_\_ Si hago lo que quiero, me siento muy incómodo(a)
154. \_\_\_\_ Es muy difícil para mí pedirle a otros que se preocupen por mis necesidades
- \*ss
155. \_\_\_\_ Me preocupa mucho perder el control de mis acciones
156. \_\_\_\_ Temo seriamente dañar física o emocionalmente a alguien si mi enojo se sale fuera de control
157. \_\_\_\_ Siento que debo controlar mis emociones o impulsos, o algo malo puede pasar
158. \_\_\_\_ Un montón de resentimiento y rabia crece dentro de mí sin que yo la exprese



159. \_\_\_\_ Estoy demasiado pendiente de mostrar sentimientos positivos hacia la gente (por ejemplo, afecto, preocupación, etc.)
160. \_\_\_\_ Encuentro embarazoso expresar mis sentimientos ante los demás
161. \_\_\_\_ Encuentro difícil ser cálido y espontáneo
162. \_\_\_\_ Me controlo tanto a mí mismo(a) que mucha gente piensa que yo no tengo emociones
163. \_\_\_\_ La gente me considera emocionalmente constreñido  
\*ei
164. \_\_\_\_ Debo ser el mejor en la mayoría de lo que hago, no puedo aceptar segundos lugares
165. \_\_\_\_ Yo trato de tener todo en perfecto orden
166. \_\_\_\_ Tengo que lucir de la mejor manera todo el tiempo
167. \_\_\_\_ Trato hacerlo lo mejor que puedo; no me conformo con un "suficientemente bueno"
168. \_\_\_\_ Tengo que dedicarme tanto a rendir que casi no tengo tiempo para realmente relajarme
169. \_\_\_\_ Casi nada de lo que hago es lo suficientemente bueno; siempre puedo hacerlo mejor
170. \_\_\_\_ Debo cumplir todas mis responsabilidades
171. \_\_\_\_ Siento que hay una constante presión para que yo cumpla y tenga las cosas hechas
172. \_\_\_\_ Mis relaciones sufren debido a que yo me presiono tanto
173. \_\_\_\_ Mi salud sufre, porque me pongo bajo mucha presión para hacer las cosas bien
174. \_\_\_\_ A menudo sacrifico mi placer y mi felicidad con tal de alcanzar mis propios estándares
175. \_\_\_\_ Cuando cometo un error, me merezco fuertes críticas

176. \_\_\_\_ No puedo permitirme arrancar de las situaciones difíciles, o dar excusas por mis errores

177. \_\_\_\_ Soy una persona muy competitiva

178. \_\_\_\_ Le pongo mucho énfasis al dinero y al estatus

179. \_\_\_\_ Siempre tengo que ser el(la) "Número uno", en términos de mi desempeño

\*us

180. \_\_\_\_ Tengo muchos problemas para aceptar un "no" por respuesta cuando quiero algo de otra persona

181. \_\_\_\_ A menudo me enojo o me pongo irritable si no puedo conseguir lo que quiero

182. \_\_\_\_ Soy especial, y por lo tanto no debiera aceptar las restricciones por las que otra gente tiene que pasar

183. \_\_\_\_ Odio que me constriñan o que no me dejen hacer lo que quiero

184. \_\_\_\_ Siento que no estoy obligado(a) a seguir las mismas reglas o convenciones que el resto

185. \_\_\_\_ Siento que lo que yo tengo para ofrecer es de mucho más valor que lo que los demás pueden aportar

186. \_\_\_\_ Usualmente pongo mis necesidades por sobre las de los demás

187. \_\_\_\_ Con frecuencia me doy cuenta que estoy tan concentrado(a) en mis propias prioridades que no tengo tiempo para mi familia o mis amigos

188. \_\_\_\_ La gente suele decirme que controlo mucho la forma en que las cosas se hacen

189. \_\_\_\_ Me irrita mucho cuando la gente no hace lo que le pido

190. \_\_\_\_ No puedo tolerar que otros me digan que hacer

\*et



191. \_\_\_\_ Tengo grandes dificultades para conseguir parar de beber, fumar, comer en exceso, u otros problemas de conducta
192. \_\_\_\_ No puedo disciplinarme a mí mismo(a) para completar rutinas o tareas aburridas
193. \_\_\_\_ Frecuentemente me permito dar salida a impulsos y expresiones de emoción que me meten en problemas o dañan a otra gente
194. \_\_\_\_ Si no puedo alcanzar una meta, fácilmente me frustró y me rindo
195. \_\_\_\_ Me resulta sumamente difícil sacrificar gratificaciones inmediatas para alcanzar metas de largo plazo
196. \_\_\_\_ A menudo pasa que, una vez que empiezo a sentirme enojado(a), simplemente no puedo controlar mi enojo
197. \_\_\_\_ Tiendo a excederme en lo que hago, incluso cuando sé que eso es malo para mí
198. \_\_\_\_ Me aburro muy fácilmente
199. \_\_\_\_ Cuando las tareas se ponen difíciles, usualmente no puedo perseverar y completarlas
200. \_\_\_\_ No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo
201. \_\_\_\_ No me puedo forzar a hacer cosas que no disfruto, aunque sepa que es por mi propio bien
202. \_\_\_\_ Pierdo el control ante la más pequeña ofensa
203. \_\_\_\_ Rara vez soy capaz de mantener mis decisiones
204. \_\_\_\_ Casi nunca puedo contenerme en mostrar a la gente lo que realmente siento, sin importar el costo que esto pueda tener
205. \_\_\_\_ A menudo hago, impulsivamente, cosas de las que luego me arrepiento

\*is

### Interpretando el Cuestionario de Esquemas

Nosotros no hemos desarrollado todavía normas estadísticas para el Cuestionario De Esquemas, aunque se investiga en este sentido. Mientras tanto, hemos desarrollado el siguiente procedimiento informal para el uso clínico.

Los ítems en este cuestionario están agrupados de acuerdo a esquemas específicos. Estos grupos están separados por asteriscos y un código de dos letras es una abreviación para un esquema. Por ejemplo, los ítems 1-9 están seguidos por la abreviación "\*ed", indicando que estos ítems tienen que ver, específicamente, con el esquema "Deprivación emocional". Las abreviaciones para los 16 esquemas son:

* ed	=	Deprivación emocional
* ab	=	Abandono
* ma	=	Desconfianza/abuso
* si	=	Aislamiento social
* ds	=	Incapacidad/Vergüenza
* su	=	Indeseabilidad social
* fa	=	Fracaso en el logro
* di	=	Dependencia funcional/Incompetencia
* vh	=	Vulnerabilidad a ser herido y a la enfermedad
* em	=	Exposición al riesgo
* sb	=	Subyugación
* ss	=	Auto sacrificio
* ei	=	Inhibición emocional
* us	=	Estándares rígidos



- \* et = Autoridad
- \* is = Auto control insuficiente/Auto disciplina

**RESUMEN**

**Memoria para optar al Título de Psicólogo:  
“Trastorno de Personalidad Límite desde la Perspectiva Cognitiva:  
Aportes Conceptuales y Psicoterapéuticos”**

**Autores** : Marcela C. Celis Garcia  
Patricio A. Gaete Quiroz

**Profesor Patrocinante** : Juan Yañez Montecinos.

**Profesor Guía Metodológico** : Elisabeth Wenk Wehmeyer.

Los Trastornos de Personalidad (TP) constituyen un problema de salud mental de gran relevancia, debido a las grandes dificultades y polémicas existentes que plantean a nivel teórico, respecto a cuáles son los criterios que definen un TP. Asimismo, las personas que presentan un TP, plantean problemas en las relaciones interpersonales que establecen y por lo tanto, en el tratamiento. Estos problemas se acentúan en personas con un Trastorno de Personalidad Límite (TPL), debido a sus características de inestabilidad, impulsividad, intentos suicidas y el establecimiento de relaciones enmarcadas en la dualidad víctima-victimizador.

La Teoría Cognitiva (TC) recién comienza a realizar esfuerzos tendientes a conceptualizar los TP, y en especial el TPL, en cuanto a sus orígenes, diagnóstico y tratamiento.



El presente trabajo sistematiza y organiza la bibliografía concerniente al TPL, los fundamentos de la TC y la postura de ésta respecto al TPL, representada en las perspectivas de cuatro autores cognitivos importantes en relación con este trastorno. Basándose en lo anterior, se realiza un análisis crítico que arroja los elementos comunes que se advierten en el desarrollo y evolución de estas teorías.

Se concluye que la TC posee posturas teóricas diferentes, así como un lenguaje no unificado para conceptualizar el TPL. A su vez, al definir los aportes específicos de la TC al TPL, se concluye que existe una marcada disparidad en cuanto a la profundidad y consistencia teóricas, en relación a las categorías de Etiopatogenia, Definición del Trastorno y Tratamiento.

En el área etiopatológica los aportes cognitivos son, reconocidamente, de nivel general y especulativos. Aún así, se describe cierta vulnerabilidad emocional en los pacientes borderline y la presencia de ambientes invalidantes (los cuales poseen características bien definidas) en su niñez.

En cuanto al Diagnóstico, la postura cognitiva deja en manos de la Fenomenología (DSM-IV) el establecimiento de categorías que discriminen lo que se entiende por un TPL. Ahora bien, es en la explicación de estas categorías donde está el aporte más potente de la TC acerca del trastorno, siendo posible distinguir en esa explicación, dos categorías conceptuales complementarias: desequilibrios y creencias/esquemas distorsionadas(os). Ambas categorías conceptuales corresponden a dos maneras distintas de ver el trastorno, las cuales enfatizan aspectos diferentes del funcionamiento de los pacientes con TPL. Ello genera a su vez, dos miradas terapéuticas distintas. Los autores “centrados en el esquema” señalan que el foco del tratamiento estaría en la corrección, ampliación y mejoramiento de estas creencias, es decir, la reestructuración cognitiva. A su vez, la terapia “centrada en los

desequilibrios” apunta a integrar el polo opuesto y los matices de cada dimensión disfuncional en la que el paciente límite presente esta oscilación característica.

Además, y debido a las características mismas del trastorno, se enfatizan en la terapia, factores considerados de segundo orden en el enfoque cognitivo racionalista. Se toman entonces, como elementos más relevantes y como fuente de cura, la relación terapéutica<sup>94</sup> y el factor emocional<sup>95</sup>.

---

<sup>94</sup>Safran y Segal (1994. Pgs. 37-44), Safran y Greenberg (1996, pg.85; cit. en Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia), Tineo, L. (1996, pg. 125; en Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia).

<sup>95</sup> Elliot (1996; pgs.70-77), Oatley (1992, pg. 70; cit. en Facilitando el Cambio Emocional.)