

EL ABORDAJE CLÍNICO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: UNA EXPLORACIÓN DE LAS ESCUELAS COGNITIVO-CONDUCTUAL, GESTALT, POSRACIONALISMO Y PSICOANÁLISIS

CLINICAL APPROACH OF PEOPLE DIAGNOSED WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: AN EXPLORATION OF THE COGNITIVE-BEHAVIORAL, GESTALT, POSTRATIONAL AND PSYCHOANALYTICAL SCHOOLS.

A ABORDAGEM CLÍNICA DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE: UMA EXPLORAÇÃO DAS ESCOLAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL, GESTALT, PÓS-RACIONAL E PSICANALÍTICA.

Nicol Andrea Barria Asenjo.¹

Universidad Santo Tomás sede Osorno Chile.

RESUMEN.

El diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad ha ido en incremento en los últimos años, junto con ello, desde la psicología clínica se han diversificado, las formas de abordaje y tratamiento. La presente investigación tiene como objetivo analizar cómo entienden y abordan el Trastorno Límite de Personalidad psicólogos chilenos desde su respectiva formación y línea de abordaje desde las escuelas Cognitivo-Conductual, Gestalt, Psicoanálisis y Posracionalismo. Para esto se plantearon dos preguntas de investigación: ¿Cómo entienden el Trastorno Límite de la Personalidad los psicólogos de estas escuelas? Y ¿Cómo abordan el Trastorno Límite de la Personalidad los psicólogos mencionados? Para responder a estas preguntas se aplicó un tipo de entrevista semiestructurada a una muestra de 10 Psicólogos, los cuales tienen especialización en las escuelas mencionadas. Para dar cuenta de los resultados se utilizó un análisis por categorías, un análisis de contenidos y el Software NVIVO propio de metodologías cualitativas. Entre los principales resultados encontramos desde las cuatro escuelas diferencias teórico-prácticas a la hora de

¹ Nicol Andrea Barria Asenjo. Universidad Santo Tomás, Chile, sede de Osorno.
Nicolbarria05@gmail.com

entender y abordar el trastorno de personalidad límite, sin embargo, coinciden en desviarse de la visión entregada por el DSM-V, concibiéndolo como un manual psiquiátrico que inscribe y restringe al individuo, las orientaciones suscitan la comprensión del individuo orientado en primera instancia a verlo en su totalidad y subjetividad, dentro de la cual exhiben un funcionamiento particular. Además, el avance del proceso en psicoterapia se consigue estableciendo un vínculo terapeuta-paciente capaz de sostener la conducta desbordante característica de estos, asimismo, predomina el uso de técnicas, sin embargo, a pesar de coincidir en esto, cada escuela posee diversas técnicas características de sus enfoques

***Palabras clave:** Psicología clínica, terapeutas, psicoterapia, conductas, características, enfoques.*

ABSTRACT.

The diagnosis of the Personality Limit Disorder has been increasing in recent years, along with it, from the clinical psychology have diversified, the forms of approach and treatment. The objective of this research is to analyze how Chilean psychologists understand and deal with the Personality Disorder from their respective formation and line of approach from the Cognitive-Behavioral, Gestalt, Psychoanalysis and Posrationalism schools. For this, two research questions were asked: How do the psychologists of these schools understand the Limit of Personality Disorder? And how do the mentioned psychologists approach the Limit of Personality Disorder? To answer these questions, a type of semi-structured interview was applied to a sample of 10 Psychologists, who have specialization in the mentioned schools. To account for the results, an analysis by categories, an analysis of contents and the NVIVO Software own of qualitative methodologies were used. Among the main results found from the four schools theoretical-practical differences in understanding and addressing the borderline personality disorder, however, coincide in deviating from the vision delivered by the DSM-V, conceiving it as a psychiatric manual that inscribes and restricts the individual, the orientations arouse the understanding of the individual oriented in the first instance to see it in its totality and subjectivity, within which they exhibit a particular functioning. In addition, the progress of the process in psychotherapy is achieved by establishing a therapist-patient link able to sustain the overflowing behavior

characteristic of these, likewise, the use of techniques predominates, however, despite agreeing on this, each school has several characteristic techniques of its approaches

Keywords: Clinical psychology, therapists, psychotherapy, behaviors, characteristics, approaches

RESUMO.

O diagnóstico de transtorno de personalidade borderline tem vindo a aumentar nos últimos anos, junto com ele, a partir de psicologia clínica diversificaram as formas de gestão e tratamento. Esta pesquisa tem como objetivo analisar como entender e lidar com o limite Transtorno da Personalidade psicólogos chilenos da sua respectiva formação e abordagem de linha das escolas comportamentais cognitivas, Gestalt, Psicanálise e Posracionalismo. Para isso, duas perguntas de pesquisa foram feitas: Como os psicólogos dessas escolas entendem o Limite do Transtorno da Personalidade? E como os psicólogos mencionados abordam o Limite do Transtorno da Personalidade? Para responder a estas perguntas um tipo de entrevistas semi-estruturadas com uma amostra de 10 psicólogos, que têm experiência nas escolas mencionado foi aplicado. Para dar conta das categorias de análise de resultados, foi utilizada uma análise de conteúdo e software qualitativa NVivo próprias metodologias. Os principais resultados são de diferenças quatro escolas teóricas e práticas em entender e tratar transtorno de personalidade borderline, no entanto, concordam em desviar-se da visão proporcionada pelo DSM-V, concebendo-o como um psiquiátricos registros manuais e restringe o indivíduo indivíduo, orientação entendimento aumento orientada principalmente para vê-lo na íntegra e subjetividade, em que exibem uma determinada operação. Além disso, o andamento do processo terapêutico é realizado através da criação de um terapeuta-paciente capaz de manter a característica de comportamento transbordamento desses uso também predominante de ligação técnica, no entanto, apesar de concordar com isso, cada escola tem diferentes características técnicas das suas abordagens

Palavras-chave: Psicologia clínica, terapeutas, psicoterapia, comportamentos, características, abordagens

INTRODUCCIÓN:

En el presente artículo se pretende abordar el Trastorno Límite de Personalidad, desde la mirada de cuatro orientaciones de trabajo psicológico como son las escuelas: Gestalt, Cognitivo-Conductual, Posracionalismo y Psicoanálisis. Si bien en Chile los parámetros de Guía clínica respecto a descripciones utilizadas en el sistema público son basadas en el CIE-10. La clasificación más actual -entregada respecto del trastorno-, se encuentra en la *guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, cuyo manual señala respecto del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) que:

“Empieza en las primeras etapas de la edad adulta y se define como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 364)

Por una parte podemos señalar que ambos criterios mencionados -CIE-10 y DSM-5-, “Son compatibles con el Examen Internacional para los TP (IPDE) es un instrumento diagnóstico basado en una entrevista clínica semiestructurada” (Esbec y Echeburúa, 2014, P. 256).

Por otro lado, debido a las problemáticas que suscita este trastorno suele identificarse con más claridad en la adolescencia. Según Anna Freud (1949) esta etapa -la adolescencia-, se caracteriza por ser un flujo constante de emociones que van moldeando la conducta y personalidad.

Ahora bien, para que sea diagnosticado el trastorno es necesario en primera instancia una larga duración, permanencia e intensidad de la sintomatología (Esbec y Echeburúa, 2014).

Asumiendo esto, la importancia de estudiar de forma crítica la diversidad de abordajes en los procesos de psicoterapia con un paciente TLP, recae en primero momento según Enrique Esbec y Enrique Echeburúa (2014) dado que “Conocer el nivel de funcionamiento de la personalidad de un individuo y su perfil de rasgos patológicos proporciona al clínico una rica base de información para la planificación del tratamiento y para la predicción del curso de muchos trastornos mentales, además del TP en sí mismo” (P. 256). A saber, todo conocimiento respecto al abordaje clínico de estos pacientes es fundamental, en función del complejo funcionamiento del individuo con este diagnóstico (Fiorini, 2004).

Asimismo, para el abordaje disciplinar -desde la psicología-, es fundamental el realizar una comparación de los diferentes abordajes existentes, puesto que, existe un incremento en las cifras de pacientes con este diagnóstico y una especie de paralización en cuanto a las mejorías dentro de los procesos de tratamiento para la población TLP.

Dicho esto, en último momento, hay que destacar que la relevancia social de esta investigación es servir como información científica para estudiantes de pregrado y profesionales de salud mental, para un mejor abordaje de este tipo de trastorno.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad -y en esto se incluye al TLP-, generan sufrimiento, conductas desadaptativas, dificultades en sus relaciones interpersonales e interacciones sociales interrumpiendo el funcionamiento normal del individuo (Cardenal, Sanchez y Ortiz, 2007). Del mismo modo, tienden a ser egosintónicos, se asocian a patología afectiva ansiosa, abuso de sustancias y trastorno de somatización, por mencionar algunos (Cuevas y López, 2012). De manera análoga, el paciente con TLP se caracteriza por ser extremadamente sensibles, no toleran la soledad, intentan evitar de diversas maneras el sentirse solos y hacerse responsables, llegando muchas veces a la automutilación o el suicidio (Oldham y Fowler, 2013).

En concreto, dentro de las características de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, podemos encontrar: alteración en la identidad, auto-dirección, empatía y/o relaciones íntimas caóticas o con aparentes desconexiones, rasgos de personalidad no adaptativos específicos de los afectos negativos, desinhibición, conductas agresivas, pensamiento dicotómico, por mencionar algunas. En este sentido el DSM-5 al igual que su predecesor reconoce 256 formas posibles de expresión de este trastorno (Ferrer, 2013).

Las características propias del trastorno son un tema por debatir dentro de las investigaciones clínicas. Según Kernberg (1992) en estos pacientes predominan las emociones intensas, particularmente la ira, depresión o ambas, como características de estos pacientes.

Por otro lado, encontramos a Etcheverría (2015) quien refiere que lo predominante respecto a estos pacientes es la autoimagen, en la cual predomina la insatisfacción percibiéndose como perversos, o en un extremo tener sentido de inexistencia.

En suma, los pacientes estudiados en este escrito establecen con frecuencia vínculos intensos, se vivencian a sí mismos como víctimas y generan situaciones mediante las cuales refuerzan esta autopercepción. Además la pobreza respecto a la calidad de vínculos relacionales de estos pacientes, juntamente con su labilidad emocional, son contraproducentes para un desarrollo adaptativo en relación con su entorno, siendo una de las barreras más marcadas para desenvolverse (Yontef, 2009).

Por último, respecto a las investigaciones realizadas, encontramos al psiquiatra Simón Guendelman (2014) quien refiere;

Dziobek y cols. Estos autores utilizaron el MET (multi-faceted empathy test), un test ecológico-práctico que permite evaluar los rendimientos por separado de la empatía afectiva y cognitiva, además de resonancia magnética funcional. Los pacientes con TPL mostraron déficit en el rendimiento de ambos tipos de empatía. (p. 1220)

Otro estudio realizado por Schnell, Dietrich, Schnitker, Daumann y Herpertz (2006) afirman que son las diferencias en la región fronto límbica de los pacientes Límite, las cuales están asociadas con la expresión del control, la regulación de las emociones, impulsividad y agresividad. Estos resultados fueron obtenidos al aplicar el *test de apercepción temática* (TAT) junto con una variada gama de estímulos neutros (Jiménez, 2016).

Luego de los datos, es crucial entender que el TLP se plantea como un trastorno dimensional, gradual, y dependiente de la intensidad del sufrimiento y del nivel de conflicto presente para relacionarse consigo mismo y además en sus relaciones interpersonales. En favor de aquello, las características y el diagnóstico se adhieren a la subjetividad de cada paciente (Silva, 2014).

ETIOLOGÍA

El concepto límite, ha sido utilizado de diversas maneras, “En un inicio se utilizó cuando el profesional no estaba seguro del diagnóstico” (Torres, 2007,p.1).

Stern (1938) lo utilizó por primera vez para pacientes que se encontraban entre la psicosis y neurosis (Etcheverría, 2015). Mosquera (1993) nos señala que Schmilberg, en la década del 50, propuso como principal característica; “La incapacidad para tolerar la rutina y una introspección pobre” (Mosquera en Etcheverría, 2015, p.7). Los desacuerdos respecto al diagnóstico para este tipo de pacientes se mantuvieron, ya que eran pacientes peculiares. En el auge de estudios con pacientes límite, se destaca a Kernberg (1992), quien encontró características propias de estos pacientes en su estructura intrapsíquica.

Es a partir de este auge en los estudios, que Millon (1987) comienza a desarrollar una teoría sociocultural como causante del Trastorno Límite. Siendo este uno de los investigadores que han dejado un gran legado para lo que son actualmente las clasificaciones o criterios diagnósticos de los trastornos mentales (Escribano-Nieto, 2006).

En 1980, se incorpora por primera vez el Trastorno Límite de la Personalidad como entidad definida en el DSM-III (AIAQS, 2011). Es en 1992 que la Organización Mundial de la Salud incorporo al TLP en la Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión (CIE-10). A partir de aquí, paso a ser un trastorno que incluye; antecedentes familiares, fenomenología, curso y respuesta al tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2000). Actualmente el Trastorno Límite de la Personalidad se encuentra en el grupo b de los trastornos de personalidad presentados en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Por su parte, Chile cuenta con la Guía clínica en Trastorno de Personalidad Límite, la cual incluye: proceso de diagnóstico; procedimiento y variados abordajes que se desarrollan en el país para este tipo de pacientes (González, 2010).

EPIDEMIOLOGÍA.

Según Ferrer (2013) encontramos que el trastorno límite de la personalidad es un trastorno grave con una elevada prevalencia entre la población general, los cuales presentan carencias funcionales severas, debido a esto -las personas diagnosticadas con este trastorno-, hacen mayor uso de tratamientos, sin embargo, no se han percibido mejorías destacables en sus tratamientos, a pesar de ser unos de los trastornos de la personalidad más estudiados. Algunos autores tales como Kaplan, Sadock y Grebb (1994) señalan que la incidencia de pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad va en aumento. Siendo hoy en día uno de los trastornos de personalidad más frecuentes.

Según Ferrer (2013) la prevalencia de este trastorno de la personalidad es de un 1,3% de la población mundial, y en el ámbito clínico se estima que corresponde a un 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y a un 15-20% de los ingresados

Dentro de las cifras de prevalencia del Trastorno Límite de Personalidad en población general Cuevas y López (2012) señalan:

La Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, APA) en el año 2000 señaló que el Trastorno Límite de Personalidad (TPL) afecta cerca de un 2% de la población general y un 10% de los individuos que acuden a las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC). (p. 98)

EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DESDE CUATRO ORIENTACIONES PSICOLÓGICAS.

Gestalt.

La llegada de la tercera fuerza de psicología denominada Humanismo, como nuevo paradigma, trajo consigo una nueva visión del hombre (Martinez, 1999) puesto que “Ponen de manifiesto el carácter único y totalizador del ser humano”(Velásquez, 2001,p. 134). Es de esta corriente es que se desprende el enfoque Gestáltico. La terapia gestáltica es una terapia fenomenológico-existencial enseña el método fenomenológico del darse cuenta, en el cual percibir, sentir y actuar es distinto a interpretar y repetir actitudes preexistentes (Yontef, 2009).

Fredricks y Laura Perls, se centraron en definir lo psicológicamente sano, no poniendo el acento en la patología, el individuo sano no es solo quién no está enfermo “Es una experiencia que tiene unas características propias: creatividad, espontaneidad, ajuste al entorno, flexibilidad, energía y capacidad de transformación”(Picó, 2014, p. 10).

Sobre todo, la Gestalt, aborda la psicopatología desde el ángulo de los temas en proceso, lo que en otras palabras reflejaría el ¿dónde, ¿cuándo y cómo una perturbación o una disfunción, se manifiestan y cómo se mantienen? (Delisle, 2000). Señalándose al individuo normal como un sujeto que forma configuraciones con las características de una buena Gestalt, lo contrario a esto, “el bloqueo o rigidez” (Boric, 1981) la formación y destrucción de una Gestalt, genera que las necesidades no sean reconocidas ni expresadas, generando una alteración en la armonía flexible y el flujo del campo (Yontef, 2009). La premisa del

proceso es observar el holismo del sujeto de estudio, el individuo no es un ente disociado o dividido. Wertheimer (1925) afirma que al intentar estudiar un fenómeno en forma separada en cuanto se fragmenta este se destruye (Wertheimer en Martín, 1976).

Proceso terapéutico de la Gestalt.

A saber, este enfoque no considera los trastornos de la personalidad, sino más bien los categoriza como alteraciones del carácter, dentro de esta categoría encontramos al paciente Límite; “Una alteración del carácter es un nivel de organización de la personalidad más perturbado que el del neurótico y menos que el de un psicótico”(Yontef, 2009, p. 397). Es en función de lo anterior, que la escuela considera trastornos del organismo. La división de cuerpo y mente visualizados en el ser humano como aspectos separados, para estos terapeutas es ya una forma desacertada de pensar (Latner, 1972).

Asumiendo que el proceso de Psicoterapia Gestáltica con pacientes TLP se interesa más por la experiencia presente que por los recovecos del pasado. “Los dos pilares sobre los cuales se apoya la terapia Gestalt son el ahora y el cómo (...) ahora, abarca todo lo que existe. El pasado ya no es, el futuro aún no es (...) el cómo, abarca todo lo que es estructura, conducta, el proceso que transcurre” (Perls, 2002, p. 56). Enfatiza la toma de conciencia de lo que ocurra en el aquí y ahora, en el plano mental, emocional y corporal (Instituto de desarrollo psicológico, 1989). Debido a esto, dentro del proceso es fundamental para estos pacientes desarrollar la construcción del vínculo, esto remite a lo que Buber (1956) llamó; encuentro, diálogo Yo-Tú, o diálogo existencial (citado en Vinacour, 1995). En lo que respecta al rol del terapeuta se debe tener en claro que se requiere responder “Genuinamente a la unicidad de la persona tratada” (Yontef, 2009, p. 454).

En cuanto al proceso y su visión de hombre, y a este tipo de pacientes, se propone un tratamiento más dialogal, “Que sea confrontado en forma realista(...) con la responsabilidad de detener la sobre-actuación y asumir su cuota de responsabilidad” (Yontef, 2009, p. 436). Que el paciente Límite, conecte la división que presenta en su personalidad, por eso el proceso tiende a durar muchos años, la calma en el proceso es -de vital importancia-.

El psicoanálisis.

En 1909, por primera vez Sigmund Freud, daba una conferencia pública sobre el psicoanálisis (Freud, 1914). Los inicios de esta escuela se remontan a 1893 y 1899 desarrollándose los estudios de la Histeria, como primer objeto de estudio de la corriente, etapa hoy conocida como prepsicoanalítica (Freud, 1893).

Freud en sus indagaciones clínicas describió la mente como un aparato con instancias psíquicas que se encuentran en conflicto, siendo el Ello puramente inconsciente y uno de los principales objetos de estudio de la corriente, para llevar a cabo estas indagaciones se utiliza la -asociación libre- técnica analítica por excelencia durante el tratamiento, poniendo énfasis en el olvido de palabras, deslices del habla, errores, trastocaciones (Freud, 1901) sueños, interpretación y análisis de los mismos (Freud, 1900) el chiste (Freud, 1905) y el tabú (Freud, 1913) por mencionar los más relevantes dentro del proceso analítico.

Mientras que Freud por un lado estudiaba la naturaleza del ser humano, por otro se introduce la necesidad de estudiar al sujeto del inconsciente. Lacan (1952) refiere que “El psicoanálisis ha desempeñado un papel en la dirección de la subjetividad moderna y no podría sostenerlo sin ordenarlo bajo el movimiento que en la ciencia lo elucida” (pp. 32). Lo que en otras palabras refleja el cómo la sociedad Posmoderna afecta a la presencia del mal subjetivo, considerando nuestra compleja sociedad con relaciones líquidas, inestabilidad, la función del lenguaje y la crisis de lo simbólico. La importancia que este autor da al lenguaje recae en que aun pensando, ese pensamiento del sujeto trae palabras (Lacan, 1975)

Concepción y procedimiento psicoanalítico.

Freud tempranamente reconoce que sus pacientes tenían una relación con sus síntomas, no solo los padecían, sino estos además denunciaban algo. Estas indagaciones e hipótesis ayudaron a descubrir en el funcionamiento psíquico dos procesos, a saber, el primario y el secundario. El proceso primario refiere a la energía libre que no se encuentra ligada, posteriormente sistematizada como *Principio del Placer*. Por otra parte, el proceso secundario comprende a la energía que ha sido ligada, dando paso al *Principio de Realidad*. Los hechos que movieron a instalar la hipótesis de que el Principio de Placer rige la vida anímica encuentran su expresión también en el mecanismo de que el aparato anímico se

afana por mantener lo más baja posible, o al menos constante, la cantidad de excitación presente en él. Dicho de otro modo Freud, a quién hemos seguido de cerca, comprende que de alguna manera la búsqueda por la satisfacción y el placer orientará no sólo las acciones, sino a su vez la constitución del aparato psíquico mismo. Pero ¿cómo se observa esto en la clínica? ¿Qué lo distinguiría de otros tratamientos terapéuticos?

Dentro de sus descubrimientos Freud vió como los pacientes en vez de recordar lo reprimido, lo repetían en la transferencia. Por lo mismo, llegará a afirmar que la repetición es un modo de memoria, un modo de recordar, es decir, de poder buscar “simbolizar” eso que no se puede decir de otra manera si no es por medio de la repetición.

Asimismo, afirma que el impulso que busca la propia muerte y desaparición esta comandado por la pulsión de muerte que sería aquello que se encuentra en *más allá del principio del placer* (Freud, 1920). Los resultados en el proceso de tratamiento de los pacientes, fue el hilo conductor para el establecimiento de la corriente, visualizándose a través de la subjetividad y unicidad de los casos clínicos abordados una teoría y práctica más integral para el abordaje de los pacientes Límite.

Algunos pacientes se caracterizan por un tipo de separación o fragmentación del Yo en partes duales y opuestas. En palabras de Braier (2013) “La escisión del Yo, fenómeno cuya importancia es el seno de la organización Límite que hoy reconocemos” (p.3) Siendo esta la característica central de análisis sobre el cual se sustentará el tratamiento del paciente TLP.

Sobre el concepto diagnóstico dentro del procedimiento psicoanalítico Joel Dor (1991) en su texto “Estructuras clínicas y psicoanálisis” menciona la dificultad existente en el hecho de que exista un “diagnóstico” en el campo del inconsciente, “en 1895 – lo que equivale a decir en el nacimiento del psicoanálisis- Freud planteó esta cuestión. Ahora bien, a pesar de este obstáculo, es necesario llegar a este punto, el diagnóstico ayuda a determinar la orientación del tratamiento.

Por último, encontramos un tipo de abordaje propio para estos pacientes, Kernberg (1978) desarrolló un modelo de entrevista que denominó entrevista estructural para destacar las características estructurales de los tres principales tipos de organización de la personalidad. Se centra en los síntomas, conflictos o dificultades que presenta el paciente, y los modos

particulares en que los refleja en la interacción de aquí y ahora con el entrevistador (Barria y Safuri, 2019).

Cognitivo-Conductual.

Para efectos de la presente investigación y como tentativa a una visión integral respecto del abordaje de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, se revisarán diversos autores que han abordado he investigado este diagnóstico desde el enfoque cognitivo-conductual.

La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido (Díaz, Villalobos y Ruiz, 2011). Fue la complejidad de los problemas de los pacientes y la aparición de nuevos trastornos clínicos -como consecuencia de una sociedad cada vez más compleja y acelerada-, lo que ayudó a crear la terapia cognitiva-conductual siendo a mediados de los años 70 cuando se publicaron los primeros manuales de la terapia.

Beck y Ellis plantean que las personas tienen pautas de pensamientos desadaptativos, una herencia biológica y las influencias de los demás que permiten en su interacción el hacernos seres humanos (Sanchez, 2007). Uno de los principios de esta escuela es que la cognición, la emoción y la conducta humana no constituyen entidades separadas.

El proceso con el paciente se centra en el presente, intentado abarcar desde la situación actual la manera de combatir los pensamientos disruptivos en el sujeto, enseñando a que sea el mismo sujeto su propio terapeuta y quien aprenda a aliviar sus síntomas (Beck, 1995).

Por su parte, el terapeuta debe conceptualizar el caso, construir el vínculo, socializar, educar al paciente, identificar problemas, recoger datos, poner a pruebas hipótesis y sintetizar.

Del mismo modo, la terapia Dialectico Conductual creada por Marsha Linehan, fue creada para “Tratar específicamente los síntomas característicos del Trastorno Límite de la Personalidad”(De La Vega y Quintero, 2013, pp. 1) el tratamiento consiste en entrenamiento de habilidades, psicoterapia individual y atención en momentos de crisis.

Proceso terapéutico Cognitivo-Conductual.

Para Beck “La personalidad es entendida como un conjunto de esquemas de pensamiento”(Stagnaro, 2004, p. 269). Por consiguiente, esquemas, es entendido como “Una unidad de procesamiento de información, esto es, una estructura cognitiva que aprehende y categoriza la información relativa a una porción de la realidad” (Keegan, 2004, p. 288).

En esta misma línea, Jeffrey Young Autor de la Terapia de Esquemas ha postulado la existencia de una serie de esquemas desadaptativos tempranos que predisponen a la persona a experimentar sentimientos negativos persistentes, sobre los cuales se trabaja (Young y Kloslo, 2007).

En lo que respecta al proceso terapéutico desde la modalidad más clásica, la terapia enfatiza la colaboración y la participación activa (Beck, 1995). “Con frecuencia los pacientes activan respuestas emocionales intensamente negativas en los terapeutas estos pueden responder de un modo que consolide los esquemas de abandono y desconfianza, perpetuando el ciclo” (Keegan, 2004, p. 288). Es por esto, que uno de los principales objetivos de la terapia es la identificación de los pensamientos automáticos distorsionados, que se presentan de forma automática mientras el individuo está en medio de una situación particular o recuerda un suceso significativo del pasado (Sanchez, 2007).

En tanto el enfoque Dialéctico Conductual es una terapia “Ampliamente organizada, incluye trabajo entre sesiones y tareas para casa. La directividad de los terapeutas es mayor en las etapas iniciales, cuando los pacientes carecen de control conductual y se implican conductas que ponen en riesgo su propia vida” (De La Vega y Quintero, 2013, p. 47). La desregularización emocional presente en los pacientes Límite es el foco principal de este tratamiento.

Por último, el diagnóstico TLP “Conlleva una elevada incapacidad funcional y se asocia a elevados costes para los servicios sanitarios” (Soler, Elices, y Carmona, 2016, pp. 36). Debido al complejo funcionamiento como efectos en su entorno más cercano es que desde este enfoque -escuela cognitivo-conductual de la psicología clínica-, se integran diversos elementos buscando que el paciente lleve una vida que pueda vivir.

Posracionalismo.

La historia del Posracionalismo en terapia cognitiva, “Comienza con el trabajo de Guidano y Giovanni Liotti, quienes en 1983 publicaron el libro *Cognitive Processes and Emotional Disorders*” (León y Tamayo, 2011, p. 38). A partir de lo cual la corriente comenzó a sentar sus bases teóricas y prácticas.

Tomaron como punto de partida una visión evolucionista del conocimiento, basándose en las premisas epistemológicas de Popper (1963,1972), en la epistemología evolutiva de Campbell (1974) y Lorenz (1973), y en la teoría motora de la mente desarrollada por Weimer (1977), para concebir el conocimiento como el producto de un sistema de construcción activa de la mente, negando el origen sensorial del conocimiento, así como la pasividad del organismo que conoce. (Molledo, 2008, p. 71)

Con el término Posracionalismo, se buscó forjar una diferenciación de los modelos clínicos existentes hasta ese momento en la psicoterapia cognitiva, por lo que, se propuso una perspectiva nueva de la cognición, de la realidad, así como también de la identidad personal, es en esta línea que la corriente Posracionalista “Reconoce al individuo como un irreductible generador de su significado”(Mazzola et al., 2010, parr.1). Enfocándose en la representación del mundo externo y real que el individuo crea.

Respecto al *self*, su dinámica constitutiva comprende la experiencia inmediata y la imagen consciente que se tiene de uno mismo (Guidano, 1991). Para entender la complejidad de esta dinámica es que Liotti integra la importancia de la primera infancia en la construcción y posterior reconstrucción de las vivencias en la edad adulta dentro del proceso de terapia.

Liotti comienza a resaltar la influencia de la epistemología constructivista, la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget y –tal vez, lo más importante– la teoría del apego de John Bowlby, la cual permitió darle a las emociones una impronta fundamental en el desarrollo de la identidad personal, ya que éstas en la primera infancia, junto con algunos rasgos innatos como el temperamento, preceden a la emergencia del lenguaje, permitiéndole al sujeto identificar en sí mismo, desde la infancia, aquellas emociones que le caracterizan a partir de la calidad afectiva de sus vínculos de apego. (León y Tamayo, 2011 p. 38)

Estos aspectos a observar vienen en paralelo con la subjetividad de cada individuo, poniendo hincapié a que cada uno de nosotros puede percibir el mundo sólo a través de su percepción, el individuo como generador de su propio significado se acopla a la aparición del lenguaje, pues a través de este es que se puede entregar una explicación de nuestra experiencia inmediata, siendo este conocimiento no solo cognitivo, sino fundamentalmente emocional (Aronsohn, 2001).

Proceso terapéutico Posracionalista.

Para esta corriente “Tanto la psicopatología como los trastornos emocionales fueron reducidos casi exclusivamente a una patología del apego” (Molledo, 2008, p. 72). El clínico en el proceso de abordaje se enfoca en la ciencia del significado personal, estas organizaciones, en el caso de la psicopatología, son configuraciones individuales y específicas.

En el abordaje, son los procesos de autoorganización del paciente los que influyen en la estrategia terapéutica, considerando en primera instancia el motivo de consulta por cual la persona con dificultades llega. Se visualiza dentro del proceso la flexibilidad como un principio explicativo del ser humano, proceso que se activa con la autoobservación y la autoevaluación (Guidano, 1991).

Guidano (1987) al desarrollar la teoría de las *Organizaciones de Significado Personal* (OSP), si bien es cierto, define el concepto de OSP como el ensamble específico de los procesos ideos afectivos que le permiten a cada individuo mantener su sentido de unicidad personal y de continuidad histórica, no obstante, incluye las numerosas transformaciones que experimenta en el ciclo de vida (Guidano en López y Jaramillo, 2017).

Respecto al rol del terapeuta, para la corriente este es entendido como un “perturbador estratégicamente orientado, ayudando al sujeto a alcanzar un funcionamiento mental capaz de mayores adaptaciones” (Nardi, Bellantuono y Molledo, 2010, p. 64). Postura exitosa en la práctica clínica para el proceso de los pacientes siendo un observador del proceso de autoobservación de la experiencia psicológica del consultante con la premisa de que “el conocimiento es posible sólo en el ámbito del campo de existencia del individuo que la vive activamente; un observador externo no puede percibir objetivamente tal conocimiento. (Oneto y Molledo, 2002, p. 2)

Los elementos para trabajar con pacientes Borderline incluyen el vínculo que desarrolla el sujeto después del nacimiento y en el período de desarrollo “la teoría del apego, desarrollada por Bowlby postula una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos. Como núcleo de la teoría se encuentra la reciprocidad de las tempranas relaciones, la que es una precondition del desarrollo normal” (Fonagy, 1999, parr. 1). La calidad del vínculo con sus figuras representativas, entiéndase, -cuidadores- para el infante es un determinante para el desarrollo de una patología.

Las personas “Se relacionan acorde a su sistema de apego desarrollado a lo largo de su vida” (Becerril y Álvarez, 2012, p. 21). El apego, por ende, promueve una eficiente regulación afectiva la cual se expresará en la operativa del individuo a lo largo de su vida.

Bowlby (1980) refiere que “Las relaciones tempranas disruptivas, negligentes y abusivas pueden sentar los fundamentos de una salud mental desorganizada en edades posteriores” (Lecannelier, 2006, p. 35). Esta es la dirección contraria de los vínculos de apego, explicativos para la comprensión de la impulsividad y dificultosas relaciones interpersonales que presentan los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

PARADIGMA Y METODOLOGÍA.

Esta investigación se enmarca desde del paradigma Humanista Interpretativo, esto debido a que su objeto es el desarrollo de conceptos que ayuden a comprender los fenómenos sociales en medios naturales dando la importancia necesaria a las intenciones, experiencias y opiniones de todos los participantes es un proceso de interrelación mutua, por lo que no importa tanto la generalización de sus conclusiones, sino la peculiaridad del fenómeno estudiado, donde el investigador se sumerge en la realidad para captarla y comprenderla (Martínez, 2013).

DISEÑO.

En cuanto al diseño se utilizó el Fenomenológico, “Porque estos se preocupan por determinar el sentido dado a los fenómenos, descubrir el significado y la forma cómo las personas describen su experiencia acerca de un acontecimiento concreto” (Bisquerra, 2009, pp. 317).

POBLACIÓN Y MUESTRA.

La Población de la investigación corresponde a Psicólogos chilenos, especialistas en los enfoques; Cognitivo-Conductual, Gestalt, Psicoanálisis y Posracionalismo. A saber, se entrevistó como muestra a 10 Psicólogos de Chile, los cuales se desempeñan en las ciudades: Chiloé, Osorno, Puerto Montt, Concepción, Santiago, Viña del mar, Valparaíso y en otros países. Con experiencia significativa teórico-práctica en el abordaje de pacientes con diagnóstico TLP.

SESGO DE LA INVESTIGACIÓN.

En la investigación cualitativa, reconocer el sesgo, es uno de los soportes de esta, entender las limitaciones y aclarar las mismas, favorece la comprensión de los resultados. Debido a esto, la presente investigación presenta un sesgo de selección muestral de inclusión. Los profesionales entrevistados y seleccionados por conveniencia cuentan con especializaciones en el enfoque representado, cargos directivos, reconocidos a nivel nacional, internacional y con basta experiencia en lo que es el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad. Se aclara que esta selección fue en favor de los resultados. Si bien es cierto, no se puede generalizar en estos, el conocimiento y refuerzo teórico de la investigación busca ser un aporte para la psicología clínica, por esto, se seleccionó a los profesionales idóneos para representar a los enfoques.

INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Para la recolección de datos se usó una entrevista semi-estructurada. En efecto, las 10 entrevistas realizadas a psicólogos chilenos contaban con 10 preguntas y tuvieron una duración promedio de 50 minutos por profesional entrevistado.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida se analizó a través de un análisis categorial. Para Torres (2002) “La categorización constituye un mecanismo esencial en la reducción de la información recolectada”(Romero, 2005,p. 1).

Además del análisis categorial hemos utilizado análisis de contenido, definido según Bardin (1996) “Como un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes” (Cáceres, 2003, p. 55). Esto nos permite identificar conceptos reiterativos al discurso, dando origen a significados comunes.

Por último se contó con el análisis realizado en el Software NVIVO. Se adhiere a esto que el proceso fue guiado por 2 investigadoras cualitativas.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Se enviaron cartas de autorización a la escuela de psicología UST sede Osorno, para iniciar el proyecto en el año 2017, este procedimiento se repitió para la continuación de la investigación en el año 2018. Posterior a esto se enviaron cartas de autorización a coordinación.

Además del envío de cartas de invitación a la muestra por parte de la institución, se enviaron consentimientos informados a los entrevistados con tal de que sus identidades fueran protegida y la autorización de la investigación y resultados. Por último, se aseguró el resguardo de las entrevistas por periodo de 5 años.

RESULTADOS.

Para efectos de la presente investigación, los resultados serán expuestos considerando los objetitos específicos. Estos responden al objetivo general el cual buscó: “Analizar cómo entienden y abordan el Trastorno Límite de Personalidad, las escuelas Cognitivo – Conductual, Gestalt, Posracionalismo y Psicoanálisis, 10 psicólogos chilenos”.

En el primer objetivo específico se buscó describir cómo entienden el Trastorno Límite de Personalidad.

Categoría 1.

Podemos señalar con base en los datos obtenidos que en la categoría **“Desadaptación del sujeto”** entienden el trastorno Límite como una manifestación interna del sujeto, donde se siente desadaptado de sí mismo y del medio. Pertenece a esta categoría un 30% de la muestra: *“Desadaptación del sujeto”* (Psicólogo 1-N-Cc. *“Comienza a tener este trastorno del sí mismo y que quiere decir que de algún modo no se siente”* (Psicóloga 3-C-Gs) *“Ya tiene una falta previa que es que no se encuentra en sí mismo”* (Psicólogo 5-Gs)

Categoría 2.

Respecto a la categoría **“Déficit en la comprensión de sí mismo y distorsión del self”**: Entienden el TLP a través de la relación entre el sujeto y el medio, presentándose disociaciones en el Self del paciente. Pertenece a esta categoría un 20% de la muestra. *“Una persona existe entendiendo cuál es su relación con el mundo”* (Psicólogo 5-A-GS)

“Dificultad para integrar distintos elementos de la identidad personal, problemas con la propia imagen personal... un self fracturado” (Psicólogo 4-R.Post)

Categoría 3.

Dentro de la categoría **“Consecuencia de relaciones de apego deficientes y brecha entre la experiencia inmediata y experiencia narrativa”**: Entiende el TLP como un trastorno que se genera a partir de las relaciones de apego deficientes y caóticas. Generándose una brecha entre la explicación y su experiencia. A esta categoría corresponde un 20% de la muestra. *“Los afectos preprogramados... Se van desarrollando respecto de factores maduracionales (...) En los factores de apego se van a dar ciertos patrones relacionales (...) relaciones de apego excesivamente caótica y desordenada” (Psicólogo 4-R-Post) “Una brecha entre la experiencia inmediata y la explicación que hace de esta experiencia inmediata y ahí en esta brecha es donde justamente surge la sintomatología” (Psicólogo 8-A-Post)*

Categoría 4.

La categoría **“Estructura Psíquica caracterizada por la Escisión del Yo”**: Entienden el TLP como una estructura psíquica intermedia, la cual presenta una fragmentación o disociación del Yo. Corresponden a esta categoría un 30 % de la muestra. Dentro de los datos recogidos encontramos: *“Planteado como una nueva categoría estructural, en términos de organización psíquica” (Analista 7-J) “La fractura, escisión, disociación o debilidad yoica, es el principal problema del Trastorno” (Analista 10-R) “Presenta una difusión de la identidad, no logra un yo integrado” (Analista 2-M)*

Categoría 5.

Dentro de las características de los pacientes la categoría **“Labilidad emocional y conducta discordante”**: El paciente TLP presenta un débil manejo de sus emociones, presentando conductas discordantes y desbordantemente impulsivas. Correspondiendo esta categoría a un 100% de la muestra, dentro de los datos entregados por los entrevistados encontramos:

“Percibe que el mundo es malo, no regula cogniciones, emociones y presenta conductas desbordantes” (Psicólogo 1-N-Cc) “Aspectos de impulsividad y poco manejo de las emociones” (Psicólogo 9-J-Cc) “hiper reacciona, le cuesta mucho establecer contacto con sus necesidades, del mismo modo rigidiza sus patrones de conducta” (Psicóloga 3-C-Gs)

“No sostenerse en sí mismo, viven una angustia mucho más brutal que los neuróticos, empieza a funcionar en la vida pero sin saber lo que está sintiendo” (Psicólogo 5-A-Gs) *“Son personas altamente desregularizadas emocionalmente, con alta impulsividad, mentalización muy pobre de los otros”* (Psicólogo 4-R-Post) *“Presenta dificultades de integración respecto de cómo él se ve y respecto de las cosas que le han sucedido, presenta una discordancia, especialmente con la rigidización y una falta de abstracción de los procesos mentales”* (Psicólogo 8-A-Post) *“una patología en el fondo polisintomática, comorbilidad asociada a consumo de drogas, inmoderación sexual, sentimientos de vacío crónico”* (Analista 2-M) *“Labilidad emocional, reactividad emocional, por lo general sienten que el problema lo tienen con otro”* (Analista 6-F) *“Tienen severas dificultades en el control de los impulsos, presentan momentos de gran desintegración de la función del Yo”* (Analista 7-J) *“Presentan bastante dificultad de adaptación a la realidad, una gran inestabilidad en la vida, una inestabilidad en el propio Yo, en las relaciones amorosas, sociales (...) en un paciente Límite todo es intenso, todo es excesivo, presentan una alta impulsividad”* (Analista 10-R).

Respondiendo a nuestro segundo objetivo que buscó: “Describir el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad, desde la perspectiva de 10 psicólogos chilenos de las escuelas Cognitivo – Conductual, Gestalt, Posracionalismo y Psicoanálisis” encontramos:

Categoría 1:

“Creación del vínculo paciente-terapeuta y manejo de la Transferencia”: Abordan el TLP en primera instancia en un intento de vinculación al inicio de la psicoterapia teniendo en cuenta la subjetividad de cada paciente y poniendo énfasis posteriormente en el proceso transferencial. Corresponde a esta categoría el 70% de la muestra. Dentro de los datos obtenidos podemos encontrar:

“Luchar con la trasferencia que es todas las situaciones tensas y estresantes que a propósito del trastorno trae el sujeto y las quiere poner en juego en la terapia” (Psicólogo 1-N-Cc) *“Establecer un vínculo en donde el paciente se sienta ojalá seguro y no enjuiciado”* (Psicóloga 3-C-Gs) *“El contacto y la transparencia. La autenticidad, la congruencia. con lo cual se desarrolla esta relación persona a persona”* (Psicólogo 5-A-Gs) *“No perder de vista la historia, biografía, destacar la subjetividad, significar la visión que tiene la persona, no es un sujeto de experimentación”* (Psicólogo 4-R-Post)

“Interpretación, la confrontación y la interpretación de la transferencia” (analista 2-M)
“Sería muy importante en términos como de ofrecer otro, en el sentido de un semejante en la interacción...El terapeuta tendría que encarnar de alguna manera ese otro que de alguna forma falló” (analista 7-J) *“Uno establece un vínculo con su paciente, pero también sobre la persona del analista, recaen una serie de afectos, de representaciones y expectativas, que responden a la historia previa del paciente” (analista 10 -R)*

Categoría 2.

Respecto a la categoría **“técnicas en el proceso de abordaje”**: Para abordar al paciente TLP se utilizan técnicas durante el proceso de psicoterapia. Corresponde a esta categoría el 100% de la muestra. Dentro de los datos recogidos encontramos.:

“La interpretación que uno tiene que es fundamental con pacientes límites(...) neutralidad técnica y por último el análisis de la transferencia, que es necesaria una atención constante a la realidad inmediata del paciente, así como ayudarlo a integrar las relaciones Objetales parciales” (analista 2-M) *“La técnica fundamental está basada en la interpretación” (analista 7-J)* *“Trabajar con sus estados reflectivos emocionales y sus dichos, lo otro que yo no sé si es técnica, propiamente tal, es el instalarse en el lugar de contención” (analista 10-R)* *“El modelaje del comportamiento, el modelaje de las emociones, pero fundamentalmente tengo que entrenar al sujeto para que combata los esquemas de pensamiento desadaptativos,” (Psicólogo 1-N-Cc)* *“Las técnicas son 1 la estructuración cognitiva, 2 dialéctica conductual en si misma entre aceptación y confrontación eterna con el paciente, 3 generalización el paciente aprenda a lidiar que generaliza las ideas cotidianas. 4 prácticas de Mindfulness” (Psicólogo 9-J-Cc)* *“Un continuum de conciencia de vez en cuando, diferentes técnicas que lo hagan situarse en el aquí y el ahora, darse cuenta de sus sensaciones, darse cuenta de lo que estaba sintiendo” (Psicóloga 3-C-Gs)* *“Técnicas mucho más potentes o mucho más útiles tienen que ver con el trabajo corporal... estimular la consciencia corporal, cuando toco al mundo o cuando el mundo me toca a mí (...) Otra técnica que se ocupa es el continuum de consciencia” (Psicólogo 5-A-Gs)* *“La técnica de la moviola, que tiene como objeto la autoobservación (...) Básicamente es ir viendo la experiencia inmediata y el nivel explicativo o narrativo” (Psicólogo 4-R-Post)* *“La técnica que más utilizamos es la técnica de la moviola”*

(Psicólogo 8-A-Post) Nosotros utilizamos solo la interpretación, hay distintas formas de interpretar, en la orientación Lacaniana” (Analista 6-F)

Categoría 3.

En la categoría **“Duración del proceso de psicoterapia”**: Los enfoques abarcados en la presente investigación tienen un periodo estimado para el tratamiento de un paciente con diagnóstico de TLP. Corresponde a esta categoría un 100% de la muestra. Encontrándose entre los datos obtenidos

“Puede ser desde los 6 meses hasta 2 años para ser prudente” (Psicólogo 1-N-Cc) “dos años o si es que no es más, de estas terapias conductuales es una de las más largas, como mínimo 6 meses” (Psicólogo 9-J-Cc) “se hablan de terapia de dos o tres años (Psicóloga 3-C-Gs) Por 2, 3 o 4 años, ya que reestablecer esto es algo como complejo” (Psicólogo 5-A-Gs) “después de los 10 meses viene un análisis evolutivo” (Psicólogo 4-R-Post) “un rango de 3 a 6 meses, como rango de terapia” (Psicólogo 8-A-Post) “Se está hablando de entre 6 meses a un año” (analista 2-M) “tratamientos de más de un año” (analista 7-J) “Estaríamos hablando de procesos de mínimo 6 meses, llegando incluso a los 3 o 4 años (Analista 10-R) “3 a 4 años, es relativo” (Analista 6-F)

DISCUSIÓN.

La presente investigación contó con dos supuestos:

- 1- Cada Escuela, Psicoanálisis, Gestalt, Cognitivo-Conductual y Posracionalismo, tienen diversos tipos de abordaje en el tratamiento que se entrega una vez diagnosticado el Trastorno Límite de la personalidad
- 2- Cada Escuela, Psicoanálisis, Gestalt y Cognitivo-Conductual presenta diferentes caracterizaciones que se entregan a este tipo de pacientes, junto con una modalidad de trabajo variada y atenta a diferentes aspectos de la organización de la personalidad.

Considerando los supuestos y luego de obtenidos los resultados de las 10 entrevistas realizadas a profesionales chilenos, podemos aseverar medianamente ambos. Si bien es cierto, hay diferencias en el abordaje propios de cada enfoque psicológico, hay semejanzas señaladas en los resultados. Por otro lado, referente al segundo supuesto, existe la misma

postura, las diferencias en caracterizar al paciente existen. No obstante, las entrevistas entregan algunas similitudes bastante novedosas, considerando que son profesionales de enfoques en muchos casos opuestos a niveles teórico-prácticos.

En este sentido, habría que investigar con mayor profundidad en los aspectos señalados, quedando pendiente para investigaciones posteriores las aseveraciones planteadas para ser confirmadas o no. Por ejemplo, Crowell et all (2009) señala que la vulnerabilidad vivida por este tipo de pacientes se relaciona directamente con la impulsividad presente, en este sentido, para esta autora la característica definitoria sería esta especie de diada. No es menor el hecho de que en la presente investigación, los resultados demuestran que un 100% de la muestra señala la impulsividad como característicos de estos individuos.

A la hora de entender al paciente con TLP las características consideradas foco para un trabajo durante el proceso de psicoterapia, son la labilidad emocional y la impulsividad. Respecto a esto, se presenta la actualización de la teoría biosocial, la cual considera la desregulación y la impulsividad como propios de este trastorno de la personalidad siendo elementos nucleares, como la teoría de la mentalización (Bateman y Fonagy, 2010). Debido a esto, los resultados obtenidos, son capaces de confirmar los resultados de las investigaciones más recientes respecto al trastorno.

También encontramos que el 100% de la muestra utiliza técnicas en el proceso de psicoterapia con estos pacientes y que los tratamientos fluctúan entre un periodo de 6 meses a 4 años.

Las diferencias a la hora de entender, encontramos que la escuela Cognitivo-Conductual entiende el TLP como una desadaptación cognitiva y conductual del sujeto, Desde la Gestalt se entiende como una desconexión del sí mismo y de la relación del paciente con su entorno, él paciente no se siente. Para el Psicoanálisis el TLP es una estructura psíquica intermedio entre neurosis y psicosis o neurosis y perversión dependiendo del nivel de disociación del yo que temporalmente presentan los pacientes. Por último, el Posracionalismo lo entiende como una brecha entre la experiencia inmediata y la lectura que hace de esta el paciente.

Es importante, en ultima instancia, el señalar las diferencias teóricas pertenecientes a cada enfoque abordado. Ahora bien, el estudio de este trastorno persiste como uno de los dilemas postmodernos en incremento.

El desarrollo de la investigación neurobiológica sigue presente en el estudio de las alteraciones psíquicas y, obviamente, también en el estudio del TLP. Aunque de manera poco preeminente, hay cierto interés en la detección de parámetros psicofisiológicos distintivos del TLP, respondiendo a una perspectiva más biologicista o integradora que podría generar nuevos resultados no abordados en este proyecto. Por lo tanto, es necesario profundizar en aquello para siguientes investigaciones.

CONCLUSIONES.

En la presente investigación se realizó un recorrido histórico de la concepción del Trastorno Límite de la Personalidad, llegando a la clasificación más actual de estos pacientes y la cual fue el eje central del trabajo realizado. Se revisó sucintamente la etiología y epidemiología. Se describieron algunas de las principales características clínicas del paciente con TLP, y por último, se centró profundamente en la comprensión y abordaje de cuatro orientaciones de trabajo psicológico con el paciente Límite. No obstante, toda la información recogida nos deja la impresión de que aún hay un déficit en la comprensión e intervención eficaz de este trastorno.

Los hallazgos en el trascurso de la investigación, relativo a como entienden el Trastorno Límite de la Personalidad las orientaciones de trabajo psicológico, nos exponen que la visión del individuo que padece la patología desde los cuatro enfoques teórico prácticos se desvía de la categorización entregada por el DSM-V, concibiendo a este, como un manual psiquiátrico que inscribe y restringe al paciente, por tanto, las orientaciones suscitan la comprensión del individuo orientado en primera instancia a verlo en su totalidad, dentro de la cual exhiben un funcionamiento particular.

El Trastorno Límite de la Personalidad, “Constituye uno de los retos más difíciles en el campo de la salud mental y la terapia resulta, en la mayoría de los casos, frustrante, por lo cual es abordada con cierta aprensión por los clínicos” (Caballo y Camacho, 2000, pp. 48). Si bien es cierto, esta aprensión por los terapeutas se presenta por la complejidad de la sintomatología en el paciente, no obstante, el avance del proceso en psicoterapia, en consenso por las orientaciones abordadas, se consigue por medio de la creación de un vínculo terapeuta-paciente, capaz de sostener la conducta desbordante del paciente, a través

de una actitud pasiva, basada en el compromiso terapéutico, la ética profesional y lograr demostrarse como persona ante el paciente.

De acuerdo a los abordajes, si bien es cierto, las cuatro orientaciones de trabajo psicológico tienen una orientación teórica-práctica diversa, no obstante, es fundamental para los terapeutas el uso de técnicas durante el proceso de psicoterapia con los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, enfocadas a trabajar la afectividad, conductas desbordantes y su particular impulsividad considerada una suerte de característica principal a la hora de entender y abordar este trastorno de la personalidad. Como promedio de duración de los abordajes con los pacientes TLP desde las cuatro orientaciones se estima que el proceso fluctúa desde los 6 meses como mínimo, periodo en el cual hay una parcial remisión de síntomas, hasta los 4 años logrando hacer una extrapolación del trabajo de terapia.

A pesar de la revisión en el presente trabajo de otras investigaciones realizadas respecto a este tipo de pacientes y de los datos recogidos en este proyecto, como se mencionó en un inicio se mantiene la debilidad en cuanto a abordajes e intervenciones que denoten mejorías en el tratamiento. todavía queda mucho por hacer e investigar, y las investigaciones futuras sobre el abordaje, nos ayudarán a comprender mejor que práctica psicológica arroja mejorías trascendentes para el funcionamiento de estos pacientes

Dedicado a: Antonella Ruiz, mi hija y a mi familia. Por su apoyo y amor incondicional. A mis amigas y compañeras de carrera por siempre estar a mi lado dándome contención y motivación (Tere, Ale, Maca, Barbi, Cami Otero, Cami Gómez, Cami Altamirano y Eli)

Agradecimientos: A la Universidad Santo Tomás, sede Osorno. Chile. A la escuela de psicología de la misma sede. A las investigadoras Carolina Chávez, Joselyn Sáez. Al Profesor y amigo Pedro Fritz. Al Psicólogo y amigo Roberto Polanco-Carrasco. Al Dr. Christian Thomas. A los psicoanalistas y amigos Nicolás Pinochet y Felipe Flores. Y por último pero no menos importante a los 10 psicólogos que conformaron la muestra de esta investigación.

REFERENCIAS.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Manual Disorders*, 3rd ed. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Manual Disorders*, 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Manual Disorders*, 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association

American Psychiatric Association Practice Guidelines (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Association. American Journal of Psychiatry, 158 (10 supplement), 1-52.

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5^o Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014

Arangón, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M y Piñol, J (2013) *Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases*. Gaceta sanitaria, 27, 171-174.

Álvarez, E (2012). *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida: los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia*. Universidad de Cantabria.

Aronsohn, S. (2001). *Vittorio Guidano en Chile*. Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano Sociedad Chilena de Terapia Psoracionalista.

Bateman, A., y Fonagy, P (2010) *Mentalization based treatment for borderline personality disorder*. World Psychiatry, 9, 11-15

Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. México: Fondo de C.

- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa S.A
- Barria, N y Safuri, G (2019) *El trastorno límite de la personalidad desde la concepción psicodinámica y el efecto retorno sobre la psicosis ordinaria*. España: Revista digital Punto de Fuga: Sección clínica de madrid.
- Nardi, B, Bellantuono, C y Moltedo, A (2010). Una aproximación adaptativo-evolutiva a las organizaciones de significado personal (O.S.P) de Vittorio Guidano: Nuevas perspectivas en la psicoterapia Post-Racionalista. 63–70. Revista *GPU*
- Bisquerra, R. (2009). Metodología de la investigación educativa. España: La muralla
- Boric, A. (1981). Conceptos básicos de la psicoterapia humanista y transpersonal, 1–10.
- Braier, E. (2013). La estructura limítrofe una perspectiva teórico-clínica desde la metapsicología freudiana. 1–49. Argentina: *Asociación Psicoanalítica de Argentina*,
- Caballo, V y Camacho, S. (2000). El trastorno de la personalidad: Controversias actuales. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal.*, (5), 31–
- Cáceres, P (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. 53–82. Chile: *Revista de La Escuela de Psicología Facultad de Filosofía y Educación Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*.
- Cuevas, C y López Á (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. 97–114. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12,
- De La Vega, I., & Quintero, S. (2013). Terapia Dialéctico Conductual para el Trastorno de Personalidad Límite. 45–56. *Acción Psicológica*.

- Delisle, G. (2000). *Las perturbaciones de la personalidad: Una perspectiva gestáltica*. Canada. 3° ed: C. Vásquez.
- Esbec, E y Echeberúa, E (2014) La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. Chile. *Terapia psicológica*, Vol. 32, N° 3, 255-264: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Keegan, E (2004). Abordaje cognitivo del Trastorno límite de la Personalidad. Argentina: *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*.
- Aragonès, E, Fernández, A y Moreno, J (2017). Los trastornos de personalidad. El trastorno limite de la personalidad. Retrieved from http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1431
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., & Linehan, M.M., (2009) *A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory*. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.
- Escribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1(11), 4–20.
- Etcheverría, L. (2015). *Trastorno límite de personalidad : una mirada integral . Aportes desde el psicoanálisis y la sistémica*. Uruguay: Universidad de la República Uruguay.
- Fiorini, H. (2004). Teoría y Técnica de Psicoterapia, 220. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522107>
- Folwe, J. O. y C. (2013). *Trastornos de la personalidad (I)*. (D. H. y M. Hyman, Ed.) (Medical Tr). Arlington, Virginia.

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 003. Freud, S. (1900) *Obras completas de Sigmund Freud, La interpretación de los sueños* (Primera Parte). Volumen IV. Buenos Aires y Madrid: Amorrortu editores.

Freud, S. (1900-1901) *Obras completas de Sigmund Freud, La interpretación de los sueños* (Segunda parte). Volumen V. Buenos Aires y Madrid: Amorrortu editores

Freud, S (1914-16) *Obras completas de Sigmund Freud, Volumen XIV, Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S (1916-1917 [1915-16] *Conferencias de introducción al psicoanálisis. 5ª conferencia: "Dificultades y primeras aproximaciones"* Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1993, vol. XV.

Freud, S. (1910) *Cinco conferencias sobre psicoanálisis, un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci y otras Obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, A. (1949). *El yo y los mecanismos de defensa "Das ich und die abwehrmechanismen."* Buenos Aires: Paidós

Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana (Sobre el olvido, los deslices en el habla, el trastocar las cosas confundido, la superstición y el error)*. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1905). *El chiste y su relación con lo inconciente*. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1913). *Tótem y tabú y otras obras*. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1923). *El yo y el ello y otras obras*. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1955). *Mas alla del principio del placer. Sigmund Freud Obras completas vol. XVIII (Vol. XVII)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gendlin, E. (1962). *Teoría de la Personalidad y Cambio de Personalidad. Universidad de*

- Chicago. Universidad de Chicago.
- González, M. (2010). *Guía Clínica en Trastorno de la Personalidad Limítrofe*. Santiago, Chile.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, C. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona.
- Guendelman, S, Garay, L, y Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista Médica de Chile*, 142(2), 204–210. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200010>
- Guidano, V. (1991). *El sí-mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista* Buenos Aires: Paidós.
- Jiménez, K. (2016). Consideraciones sobre el trastorno límite de la personalidad y aproximaciones psicoterapéuticas eficaces. 26–43. *Revista Cupula*, 30.
- Kernber, O. (1967) *Borderline personality organization*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 15, 641-685.
- Kenberg, O. (1979). *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*. Buenos Aires; Paidós.
- Kenberg, O. F. (1992). *Diagnóstico estructural. Trastornos Graves de La Personalidad. Estrategias Psicoterapéuticas*. Retrieved from http://teoriaspsicologicas2.files.wordpress.com/2012/10/otto-kernberg-trast-graves-de-la-personalidad-cap-1_diagnostico-estructural.pdf
- Kloslo, J y Joung, J (2007). *Reinventar tu vida cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. *Journal of Experimental Psychology: General* (Vol. 136).
- Lacan, J. (1952). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. *Escritos I*.
- Lacan, J. (1955). El sentido de un retorno a Freud en el psicoanálisis. 7–11. *Verba Volant*. *Revista de Filosofía y Psicoanálisis*, 42.
- Lacan, J. (1975). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. *Le Bloc-Notes de La Psychanalyse*, 5(1885), 1–47. Retrieved from <http://www.ecole-lacanienne.net/>
- Latner, J. (1972). *Fundamentos de la gestalt*. Chile. M. Ortiz, Ed: Cuatro Vientos.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e Intersubjetividad - Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Chile: LOM ediciones)

- López, A. J. y D. (2017). *Breve descripción del Modelo Cognitivo Posracionalista de Vittorio Guidano y su presencia actual en escenarios de la psicología en Antioquia*. *Revista Poiésis*, 32, 53–66. Retrieved from <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/2298/1729>
- Marín, R. A. y A. (2007). *Otto Kernberg y Heins Kohut dos conceptos diferentes del trastorno límite*. *Journal of Experimental Psychology*.
- Díaz, M.(2011). *Historia de la Terapia Cognitivo Conductual*, 1, 29–50.
- Martín, Á. (1976). *Manua práctico de psicoterapia Gestalt*. España: Desclée de.
- Martinez, M. (1999). *La Psicología Humanista como Nuevo Paradigma Psicológico*.
- Martínez, V. (2013). *Paradigmas de investigación: Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación. Una visión desde la epistemología dialéctico crítica*, 18–27.
- Mayan, M. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Molledo, A. (2008). *La Evolución de la obra y el modelo de Vittorio Guidano: notas histórico biográficas*. *Revista de Psicología*, XVII, 65–86.
- Oneto, L., y Molledo, A. (2002). *Las Organizaciones de Significado Personal de Vittorio Guidano : Una llave explicativa de la experiencia humana*. *Revista Psicoperspectivas*, 1, 1–11.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. <https://doi.org/9788479034924>
- Perls, F. (2002). *Sueños Y Existencia: Terapia Gestaltica* Chile: editorial Cuatro Vientos
- Peskin, L. (2006). *El diagnostico Psicoanalítico*. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 244–266.
- Picó, D. (2014). *Una introducción a la terapia gestalt*. *Terapiados*, 38. Retrieved from http://gestaltnet.net/sites/default/files/apuntes_gestalt_terapiados-2_0.pdf
- Psicológico, I. de D. (1989). *Gestalt y Psicoterapia*. *Correo N° 17*. *La soberbia terapéutica*, 17.
- Rey, F. (2013). *La subjetividad en una perspectiva cultural- histórica : avanzando sobre un legado inconcluso*, (11), 19–42.
- Romero, C. (2005). *La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa*.

Revista de Investigaciones Cesmag, 11(11), 1–7.

- Roudinesco, É. (2000) *Por qué el psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós Ibérica. SA
- Sanchez, N. H. y J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (LibrosEnRe). Psicología, psiquiatría y psicoanálisis.
- Thompson, S, Frydman, A, Salinas, L, Mantegazza, R, y Toro, C. (2007). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuarios de Investigaciones*, 14.
- Sastre de blas, M. (2017). *El proceso simbólico y la construcción del sujeto, a partir de la relación adulto-niño. Desarrollo como revolución*. Universidad complutense de Madrid.
- Freud, S(1893). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Silva, H. (2014). DSM - 5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(1), 7–8.
- Soler, J., Elices, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 35–49.
- Stagnaro, N. C. y J. (2004). Personalidad normal y patológica y trastorno borderline de la personalidad: un enfoque histórico-nosográfico. *Vertex Revista Arentina de Psiquiatría*, 15. Retrieved from <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf#page=35>
- Tamayo, A. L. y D. (2011). La psicoterapia cognitiva posracionalista: un modelo de intervención centrado en el proceso de construcción de la identidad. *Katharsis*, 12(2), 37–58. Retrieved from <http://www.iue.edu.co/revistasiue/index.php/katharsis/article/view/153>
- Torres, T. (2007). Trastorno límite de personalidad: tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual. *Cuadernos de NeuroPsicología*, 3.
- Velásquez, L. (2001). Terapia Gestáltica de Friedrich Solomon Perls: Fundamentación fenomenológica-existencial. *Psicología Desde El Caribe*, n° 7, 130–137.
- Vinacour, C. (1995). Estilos de personalidad y polaridades: La teoría aplicada a la terapia gestaltica, 37–50.
- Violeta Cardenal, M. S. y M. O.-T. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora Personality disorders according to millon ' s personality model : an integrative. *Clinica y Salud*, 18, 305–324.

- Wikinski, D (2004). Una aproximación psicoanalítica a las personalidades límite. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 15.
- Wingenfeld, K., Kuehl, L. K., Janke, K., Hinkelmann, K., Dziobek, I., Fleischer, J., ... Roepke, S. (2014). Enhanced emotional empathy after mineralocorticoid receptor stimulation in women with borderline personality disorder and healthy women. *Neuropsychopharmacology*, 39(8), 1799–1804. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.36>
- Yontef, G. (2009). *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. (6° edición). Chile: Editorial cuatro vientos.
- Peskin, Leonardo (2006) *El diagnóstico psicoanalítico*. Buenos Aires. Subjetividad y procesos cognitivos, Núm. 8: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Freud, S. (1886-1899) *Obras completas tomo I. Publicaciones prepsicoanalítica y manuscritos inéditos en vida de Freud*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S (1893- 1899) *Obras completas tomo III Primeras publicaciones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Akras, R. y Marín, A. (2007) *Otto Kernberg y Heinz Kohut, dos conceptos diferentes del trastorno límite*. Medellín: Universidad de San Buenaventura.
- Kernberg, O. (1992) *Trastornos Graves de la Personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. México, D.F: El manual moderno, S.A de C.V.
- Dor, J. (1991) *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu
- Bodni, O. (2006) *Diagnóstico Psicoanalítico. Subjetividad y procesos cognitivos*. Buenos Aires.
- Kernberg, O. (1979) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.,
- Freud, A (1954) *El Yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Aristia, J. (2014) *Más allá de la representación: Un recorrido metapsicológico para pensar la clínica de lo fronterizo. Tesis para optar al grado de magister en psicología clínica en adultos*. Santiago-Chile: Universidad de Chile.

Recibido: 6 de junio del 2019

Aceptado: 26 de junio del 2019

SIN CONFLICTOS DE INTERÉS