

## **Trastornos de la personalidad y apego: diagnóstico y evolución.**

Etchevers, M., Helmich, N. & Giusti, S. (2018).

Manuscrito no publicado . Facultad de Psicología. UBA

### **Resumen:**

#### **1. Introducción**

Los trastornos de la personalidad representan un 12% de los problemas psicopatológicos (Torgersen, 2009) implicando un alto costo para la salud pública debido a las altas tasas de recaída, riesgo suicida y de auto y hetero lesión, abandono y dificultades de abordaje para la mayoría de los tratamientos. Dentro de este grupo los llamados Trastorno Límite de la Personalidad o cuadros Borderline representan una tasa de prevalencia del 2%-3% en la población general (Torgersen, 2009). Es por ello que es relevante aunar esfuerzos para lograr un mayor entendimiento de sus causas, en pos de evaluar estrategias de prevención y detección temprana. La relación entre el trastorno, sus causas de mantenimiento y particularmente la relación entre sus orígenes y los tratamientos, adquieren una importancia mayor dada la evidencia de factores de vulnerabilidad psicosocial, abuso o maltrato y déficits sufridos en la infancia de estos pacientes. En esta revisión abordaremos la relación entre el cuadro clínico, sus posibles causas y modelos de tratamientos.

#### **2. Antecedentes TLP**

En 1921, Emil Kraepelin señala los principales criterios diagnósticos: inestabilidad de la afectividad y de las relaciones interpersonales, impulsividad, ira intensa e inapropiada y actos autolesivos. Ernst Kretschmer (1925, citado en Millon, Millon y Davis, 1998), supone un temperamento mixto cicloide-esquizoide caracterizado por una melancolía agitada, actitud hostil e hipocondríaca, nerviosismo y una respuesta afectiva insuficiente. En el mismo año, Hans Reich (1925, citado en Millon, Millon y Davis, 1998) destaca en estos pacientes una mayor tendencia de agresión infantil y un narcisismo primario con graves alteraciones del superyó.

Desde los aportes de la psicología del yo, Robert Knight (1940) puso el acento en las funciones reflexivas, sugiriendo que las mismas se encuentran afectadas en dicho trastorno. En 1950, Kurt Schneider señala como componente constitucional de las conductas disruptivas de irritabilidad a los cambios súbitos del estado de ánimo producto de una personalidad lábil.

Años después, Otto Kernberg y Eve Caligor (1975) utiliza el término «límite» para describir a aquellos pacientes que cumplen con estos criterios y Daniel Stern (1983) los denomina "el grupo de la línea de la frontera".

Los autores de los años sesenta y setenta, incluyen el trastorno límite dentro de los desórdenes esquizofrénicos, centrándose de ésta forma en las experiencias transitorias psicóticas que observaban en los pacientes (Wender et al., 1977; Zanarini y Frankenburg, 1997).

En la década del '80, las investigaciones empíricas categorizan al trastorno límite como un trastorno afectivo (Akiskal, King, Rosenthal, Robinson, & Scott-Strauss, 1981; Stone, 1980; Zanarini y Frankenburg, 1997), enfatizando la labilidad afectiva y la disforia crónica. En 1984, Waldinger y Gunderson consideran al trastorno límite como una forma específica del trastorno de personalidad dentro de otros trastornos del Eje II del DSM IV TR. De esta forma, se diferencia de los trastornos esquizofrénicos y los estados neuróticos. Se ubican como características distintivas de este cuadro la automutilación, los comportamientos parasuicidas, la preocupación excesiva por el abandono y la soledad, la actitud muy exigente, el pensamiento cuasipsicótico, las regresiones terapéuticas y las dificultades en la contratransferencia (Zanarini y Frankenburg, 1994; Millon, Millon y Davis, 1998).

Durante los años noventa se asocia al trastorno límite con otros trastornos del control de impulsos como

ser el trastorno antisocial de la personalidad, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y con los trastornos de la alimentación (Zanarini y Frankenburg, 1997). En 1968, Michael Balint realiza un aporte significativo en la etiología del trastorno límite, propone un nivel de falta o falla anterior al periodo del Complejo de Edipo, como propuesta alternativa al modelo del conflicto pulsional. De esta forma, la tarea principal en la terapia no consistiría en la interpretación o búsqueda de un contenido inconsciente reprimido. Las causas de esta falla o déficit pueden ser de origen biológico o de origen ambiental, como ser cuidados insuficientes, deficientes, fortuitos o una actitud demasiado ansiosa o sobreprotectora o áspera, rígida, groseramente incoherente por parte de los padres o cuidadores.

Como se ha desarrollado, el concepto "límite" se ha ido complejizando a lo largo de los años. Si bien ya en el DSM-III (1980) se lo incluye como entidad diagnóstica oficial, a través de los años se han ido proponiendo otros términos para representar a todo un conjunto de rasgos sindrómicamente distintivos, como son: personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad, trastorno lábil de la personalidad, etc. De igual forma, el concepto de "límite" continúa en vigencia constituyéndose como una entidad diagnóstica específica.

### **3. Modelo de los cinco factores y los TP**

Debido a que el sistema de diagnóstico categorial comienza a mostrar ciertas limitaciones, en particular para los clínicos, se integra a las propuestas diagnósticas la perspectiva dimensional. La misma se basa en un enfoque que asume que los trastornos mentales no son cualitativamente diferentes de la normalidad o salud mental sino que representan un extremo por exceso o déficit, o gradaciones. En este sentido, los Trastornos de la Personalidad serían entonces expresiones disfuncionales del modo de ser de los individuos, por lo que también es necesaria una concepción dimensional que permita establecer relaciones entre los rasgos del funcionamiento normal y psicopatológico de la personalidad. Resulta necesario mencionar que este modelo no aborda sustancialmente a los trastornos mentales por presentar limitaciones propias.

El desarrollo analítico factorial del Modelo de los cinco factores proporciona una estructura coherente, conceptual y empírica (Lynam & Widiger 2001). En esta línea, Thomas Widiger y Thomas Costa (2012) proponen considerar a los trastornos de la personalidad como variantes desadaptativas de la personalidad. Retoman el Modelo de los cinco factores para explicar la estructura general de la personalidad en la cual se distinguen cinco dominios: apertura a la experiencia, responsabilidad, extraversión, amabilidad, neuroticismo.

Según Robert McCrae y Paul Costa (2012) la Apertura a la experiencia hace referencia a la presencia de imaginación activa, sensibilidad estética, capacidad de introspección o curiosidad intelectual. Costa y McCrae (1980) definen la Responsabilidad como aquellos rasgos ligados a la capacidad para controlar los impulsos, actuar con propósitos o metas claras, planificar, organizar y llevar adelante proyectos e ideas. En el 2008, David Funder, Oliver John, Robins Richard y Lawrence Pervin ubican como rasgos de la Extraversión a aquellos que reflejan la tendencia a comunicarse con las demás personas, a ser asertivos, activos y verbalizadores. La Amabilidad agrupa los rasgos que se asocian a la capacidad para establecer vínculos psicosociales, al altruismo, y a una amplia disposición a preocuparse por los demás (McCrae y Costa, 2012). El Neuroticismo se define como la predisposición a experimentar emociones negativas como miedos, sentimientos de culpa, tristeza, enojo, o como la inestabilidad emocional (Costa & McCrae, 1980; Widiger, 2009).

Distintos autores retoman el Modelo de los cinco factores y observan que los pacientes con TLP tienden a puntuar bajo en nivel de agudeza y conciencia, y alto en nivel de neuroticismo (Morey y Zanarini, 2000, Samuel y Widiger, 2008, Saulsman y Page, 2004). Por otra parte, el neuroticismo se encuentra asociado con trastornos del estado de ánimo, ansiedad y uso de sustancias y está probablemente relacionado a una elevada comorbilidad con el TLP (Ormel et al., 2013). Asimismo, se ha correlacionado el neuroticismo con la angustia y el comportamiento suicida, ambos prevalentes en el TLP (Ormel et al., 2013).

Paris (2009) pone de manifiesto que el tratamiento del TLP no aborda ni se centra en toda la estructura de la personalidad. Widiger y Mullins-Sweatt (2009) destacan que los clínicos tratan dominios específicos del

Modelo de los cinco factores en el TLP. Es decir, el cambio ocurre respecto a componentes como por ejemplo, la inestabilidad afectiva, la impulsividad o las conductas autolíticas, en lugar de abordar todo el constructo global del TLP. En esta línea, los autores señalan que uno de los tratamientos empíricamente apoyados para el TLP (APA, 1995) es la Terapia Dialéctica Conductual (TDC; en inglés, DBT, de *dialectical behavior therapy*). Sin embargo, la investigación ha demostrado que si bien la DBT es un tratamiento eficaz para muchos de los componentes de este trastorno de la personalidad, no para todos (Koerner y Linehan, 2000). Scheel (2000) determinó que la DBT ha sido particularmente efectiva en la disminución de las conductas autolesivas y la hostilidad, pero no en otros aspectos como ser la desesperanza.

#### **4. Apego**

La estructuración psíquica en el ser humano se constituye a partir de la protección brindada por un cuidador que responde a las necesidades del infante. En este sentido, han cobrado relevancia tanto el estudio de la falta de sostén materno en los momentos iniciales de la constitución psíquica (Spitz, 1965; Winnicott, 1980), como de la disponibilidad afectiva parental (Bowby, 1989).

Bowlby (1969) plantea cuatro sistemas de conductas relacionados íntimamente entre sí, las cuales son consideradas heterogéneas y dependen de distintos factores contextuales e individuales para su activación y desactivación, su intensidad y morfología (Delgado & Oliva Delgado, 2004).

El primer sistema se basa en las conductas de apego, es decir, en aquellas que fomentan la proximidad y el contacto con las figuras de los cuidadores, considerados como base segura que promueven la exploración. Entre estas conductas se encuentra el llanto, la sonrisa, las vocalizaciones y los balbuceos. Al distanciarse de la figura de apego o sentirse en peligro, las mismas se activan para restablecer la proximidad. En el segundo sistema se encuentran aquellas conductas de exploración, las mismas disminuyen al aumentar las conductas de apego.

Los dos sistemas anteriores se ven facilitados por la activación de un tercer sistema en relación a las conductas de miedo a los extraños. Mientras que el cuarto sistema denominado afiliativo, implica sostener la proximidad y la interacción con los otros cercanos y con aquellos con los que aún no hay un vínculo afectivo.

En 1970, Ainsworth y Bell diseñaron la situación del extraño donde examinaban los cuatro sistemas de conductas de apego. La misma es una experiencia que se basa en que una madre y un niño se encuentran en una sala de juegos donde aparece una desconocida. Mientras el niño juega con la nueva persona incorporada en la sala, la madre se retira de la habitación. Luego de unos minutos, la misma se reincorpora y vuelve a retirarse esta vez junto al extraño, quedando el niño solo. Finalmente ambos regresan. Los resultados fueron concordantes con lo esperado: en presencia de la madre aumentaron las conductas exploratorias y el juego, mientras que las mismas disminuyeron en presencia de la desconocida, y aún más, al retirarse la madre.

A partir de esta experiencia, se distinguieron tres patrones conductuales de apego: El apego seguro, representando al 63% de niños en la población general; el inseguro-evitativo, siendo el 21%; y el inseguro-ambivalente, 16% (Bakermans, Kranenburg y van Ijzendoorn, 2009; Main, Kaplan y Cassidy, 1985)

El patrón de apego seguro, implica un patrón de apego saludable y se observa en aquellos casos donde el cuidador se muestra atento, sensible y disponible. De esta forma, el niño se siente seguro en presencia de su cuidador y al ausentarse experimenta ansiedad y malestar por la separación, reduciéndose la exploración y el juego. Cuando el cuidador reaparece, busca el contacto físico, la ansiedad disminuye, y retoma la conducta exploratoria.

Por otra parte, en el apego inseguro-evitativo, se observó que algunos niños exploraban e inspeccionaban los juguetes ignorando la presencia de la madre, mostrándose bastante independientes. Cuando ésta abandona la habitación, no se observaron modificaciones en la conducta de los niños, ni se veían

afectados, y al regresar la misma, no intentaban el contacto físico con ella. Ainsworth y Bell (1970) interpretaron que estos niños sentían que no contaban con el apoyo de la figura de apego y respondían de una forma defensiva, negando la necesidad de su madre para evitar frustraciones.

Otro patrón de apego es el inseguro-ambivalente. Estos niños se mostraban preocupados y con poca exploración. Al retirarse la madre de la habitación se incrementa la ansiedad de separación. Mientras que al regresar se los observaba irritables y ambivalentes en relación a la resistencia y el acercamiento de contacto. La hipótesis asociada a estas pautas de apego es que las madres de estos niños se habían mostrado responsables y sensibles en algunas ocasiones, y frías e insensibles en otras. Estas inconsistencias por parte de la figura de apego conlleva a la inseguridad en el niño respecto de la disponibilidad de la madre.

A los tres tipos de apego desarrollados por Ainsworth y Bell (1970), se ha propuesto recientemente un cuarto tipo denominado inseguro desorganizado el cual presenta características en común con los dos apegos inseguros (Main y Solomon, 1986). Se observa en estos niños un comportamiento inentendible y bizarro ante la separación de la madre. Cuando se reúnen con la misma y como consecuencia de una total desregulación emocional, el niño responde con conductas confusas y contradictorias como: estereotipias, quedarse inmóvil, autolesionarse o incluso querer escapar de la habitación. En los niños que desarrollan este patrón de apego se observa mayor inseguridad.

En relación a la teoría del apego, Bowlby (1980) desarrolló el concepto de modelo interno activo o modelo representacional (*internal working model*) entendido como una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros constituyendo la base la identidad y la autoestima. Estos modelos se gestan en la interacción con las figuras de apego y van a influir sobre las relaciones sociales del sujeto.

En 1985, George, Kaplan y Main diseñaron el Adult Attachment Inventory (AAI), un cuestionario que permite evaluar el modelo interno activo de los adultos. El mismo consiste en indagar la interpretación y elaboración del recuerdo de las experiencias de apego durante su infancia y otorgarle un valor a las mismas. De este procedimiento se desprenden tres tipos de modelos internos activos: padres seguros o autónomos, padres preocupados y padres rechazadores. Los mismos se corresponden con los patrones de apego descritos anteriormente. Algunos estudios proponen una cuarta categoría: padres no resueltos, que serían el equivalente del apego inseguro desorganizado/desorientado (Main y Hesse, 1990).

En consonancia con los aportes mencionados se llega a la conclusión que el sistema de apego es regulador de la experiencia emocional (Sroufe, 2000) a lo largo de toda la vida, por lo cual cumple un rol fundamental en el centro de los trastornos mentales y de la totalidad de la tarea terapéutica. Diversos autores entienden los problemas de apego temprano como un factor causal de primer orden para el desarrollo del TLP (Kernberg, Weiner & Bardenstein 2000; Bateman & Fonagy 2004; Mosquera y González, 2009).

Fonagy (2000) y Fonagy et al, (2000) destacaron la importancia del apego en el desarrollo de la función simbólica y la forma en la que un apego inseguro y desorganizado puede generar vulnerabilidad. Distintos abordajes teóricos sustentan que las representaciones del apego en personas con patología límite serán muy inseguras y desorganizadas (Fonagy & Bateman, 2007).

Bateman y Fonagy (2004) afirman que las personas con TLP son inseguras en su apego, sin embargo, consideran que las descripciones de apego inseguro desde la infancia o adultez no proporcionan un relato clínico adecuado ya que el apego ansioso es muy común (Broussard & Northup, 1995), y que estos patrones de apego persisten relativamente estables de la infancia a la adultez (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). En contraposición, se ubica como rasgo distintivo de los TLP la ausencia de estabilidad del patrón de apego (Higgitt & Fonagy, 1992).

#### **4.1 Apego y regulación afectiva**

Distintos autores como Spitz (1965), Stern (1985), Sameroff y Emde (1989), Trevarthen (1989), o Tronick (1989), se dedicaron al estudio de la vida afectiva de los infantes dándole relevancia al vínculo madre-bebé

y dentro del mismo, al bebé como activo participante de las interacciones. Es decir, destacan la necesidad innata de contacto intersubjetivo ubicando a la regulación afectiva como un área significativa dentro de la investigación.

La regulación afectiva fue definida como la capacidad de controlar y modular nuestras respuestas afectivas (Brazelton y Cramer, 1993; Beebe y Lachman, 1988, Trevarthen 1989). La misma interviene no sólo en la primera infancia sino a lo largo del desarrollo de la vida adulta propiciando la capacidad de simbolización, un buen contacto con uno mismo y con el ambiente (Duhalde et al., 2011).

Fonagy, Gergely, Jurist y Target (2002) establecen una relación entre regulación afectiva y mentalización, siendo la mentalización un factor primordial en la organización del self y en la regulación afectiva, que integra aspectos afectivos y cognitivos.

La mentalización, es definida como la capacidad de percibir y comprender la conducta propia y la de los demás en términos de estados mentales. Implica un componente autorreflexivo y un componente interpersonal, que posibilitan al individuo distinguir la realidad interna de la externa (Fonagy, 1999). Mientras que la regulación del afecto consiste en el proceso de elaborar estados mentales logrando un sentido de agencia (Stern, 1985). De todas formas, el sentido de ser agente de sí mismo también depende de la mentalización, en tanto el sentimiento de propiedad de las acciones está en relación al estado mental que inició la acción (Vernengo y Stordeur, 2016).

Söderström y Skårderud (2009), investigaron la mentalización en padres con problemática de consumo de sustancias. Señalaron como factor de riesgo las habilidades de mentalización dañadas y los trastornos de regulación afectiva de estos padres. La mentalización de la pareja parental en relación al cuidado y protección del bebé, cuyo cerebro es aún inmaduro y vulnerable ante el estrés y la excitación fisiológica, se ve afectada por el consumo provocando conductas de riesgo en las interacciones entre los cuidadores y el niño. Estas familias, requieren de apoyo sustancial para promover una atención lo suficientemente buena para el bebé, ya que son consideradas de alto riesgo por la carga de la transmisión intergeneracional de las representaciones internas de las experiencias de sus padres. Con este propósito, los autores presentan un programa de entrenamiento a padres en Oregon, llamado "Los años increíbles" (*The incredible years*) en el cual el objetivo está puesto en las modificaciones a largo plazo de las interacciones comportamentales generales, en lugar de las representaciones del cuidador de esas interacciones. Promover el funcionamiento reflexivo de los padres implica ayudarlos a mantener al niño en mente en formas cada vez más complejas y sofisticadas (Slade, 2006). La estrategia terapéutica consiste en modelar la reflexión y facilitar la curiosidad en pos de desarrollar la mentalización de los padres (Slade, 2006). Algunos ejemplos de las técnicas aplicadas en el programa implican hacer menos énfasis en el contenido histórico y narrativo, y más foco en procesos interactivos y reflexivos actuales. Sin embargo, el contenido histórico y narrativo de las experiencias pasadas contribuyen a las experiencias emocionales y relacionales, en especial en cómo se desenvuelven actualmente en su rol de padres. Es por ello que explorar las experiencias presentes conlleva a considerar las experiencias propias de apego.

Por otra parte, se organizan grupos terapéuticos de padres, sin los niños presentes, y se realizan preguntas orientadas a reflexionar sobre la consideración y el entendimiento del otro, por ejemplo: ¿Cómo piensas que tu hijo se siente en esa situación?, ¿Si tu hijo pudiese hablar, qué diría ante esto?. Asimismo, en reuniones de padres-hijos se propone trabajar conjuntamente sobre la interacción con la familia. El objetivo del mismo es generar una actitud benigna, curiosa y calma, en la que los padres se comprometan a intentar comprender qué es lo que sucede en la mente de sus hijos. Estas reuniones son grabadas y usadas como herramientas en distintos espacios para promover la reflexión parental.

## **5. Características nucleares del TLP**

El TLP se encuentra clasificado en el DSM-5 (APA, 2014) dentro del grupo B de la categoría de trastornos de la personalidad, junto con los subtipos límite, histriónico y narcisista. Se caracteriza por pensamientos polarizados y dicotómicos, y una desregulación emocional que conlleva a la impulsividad y vínculos interpersonales inestables.

Se trata de un trastorno que se presenta en distintas culturas con una prevalencia del 2%-3% en la población general, siendo el más frecuente en el contexto clínico, en tanto que representa el 15-20% de los pacientes hospitalizados y el 10% de los pacientes ambulatorios. Afecta más a las mujeres que a los hombres (3:1) y la mayor incidencia se encuentra entre los 19 y 34 años (APA, 2014).

### **5.1 Inestabilidad emocional**

Distintos autores convergen en que en el TLP se presenta una grave disfunción en cuatro áreas: emocional, conductual, interpersonal y cognitiva (Gunderson, 2001; Linehan, 1993; Skodol et al, 2002). Entre aquellas características que aumentan la vulnerabilidad temperamental en el TLP se encuentra la agresividad impulsiva, la inestabilidad afectiva (Siever et al, 1991; Skodol et al, 2002), y la vulnerabilidad emocional (Linehan, 1993; Livesley et al, 1998; Zanarini et al, 1997). Sin embargo, los autores incluyen un nuevo factor como una característica fundamental en la vulnerabilidad intelectual: la sensibilidad a la ansiedad. La misma es considerada como una característica diferencial individual y estable, incluye la propensión a la creencia de que los síntomas relacionados con la ansiedad tendrán consecuencias somáticas, cognitivas y/o sociales negativas (Reiss, 1991).

Calkins y Hill, (2007) definen a la regulación emocional como conductas habilidad y estrategias ya sea conscientes o inconscientes, automáticas o voluntarias que permiten modular, inhibir o aumentar la expresión o experiencia emocional.

La disregulación emocional suele manifestarse como enfado intenso e injustificado.

Mosquera, Gonzalez y Van der Hart (2010) señalan que en el TLP predomina una inestabilidad emocional, acompañada de una sensación de vulnerabilidad casi permanente, una marcada reactividad a factores externos, y una dificultad para funcionar adaptativamente por largos periodos de tiempo. Esto se ve reflejado en la sintomatología del TLP dado que la mayoría llevan vidas caóticas y presentan conflictos interpersonales, siendo tanto su visión de los eventos así como el autoconcepto frágiles y variables. Se trata de sujetos con un alto nivel de autoengaño, incapacidad para escuchar, y entienden al otro como un ser manipulable (Rubio Larrosa, 2006).

Sjåstad, Gråwe, Egeland (2012) realizaron un estudio con el fin de examinar si la prevalencia de trastornos afectivos es mayor en pacientes con TLP que en pacientes con otros trastornos de la personalidad. Hallaron que la tasa de depresión y distimia de pacientes con TLP era más baja que en otros grupos de trastorno de la personalidad, mientras que la tasa de trastorno bipolar tendió a ser mayor. Los resultados sugieren que el TLP tiene una asociación más fuerte con trastornos afectivos en el espectro bipolar que los trastornos en el espectro unipolar, lo cual podría indicar una relación etiológica o criterios de superposición diagnóstica.

### **5.2 Impulsividad**

La inestabilidad afectiva y la amplitud e intensidad de los estados de ánimo negativos ha sido asociada una significativa probabilidad de impulsividad (Tull, Gratz, Latzman, Kimbrel & Lejuez, 2010).

La impulsividad es entendida como una dificultad en la reflexión del impacto de las propias acciones en los demás o en uno mismo (Bateman y Fonagy, 2016). Al respecto, Fonagy (2000) explica que la impulsividad de estos pacientes puede ser por falta de conciencia de sus estados emocionales asociada con la ausencia de representación simbólica de los mismos y por las estrategias físicas centradas en la acción que predominan mayormente en las relaciones amenazantes, es decir, los comportamientos del otro son interpretados según las consecuencias observables y no por su intencionalidad.

Aproximadamente el 73% de los pacientes con diagnóstico de TLP presentan un comportamiento agresivo, lo que dificulta gravemente el trabajo terapéutico y la mejora clínica. Kogan-Goloborodko, Brüggmann,

Repple, Habel, Clemens (2016) encontraron que estos pacientes presentan mayores niveles de agresividad e impulsividad.

Bateman y Fonagy (2016), han observado que la impulsividad afecta diversas áreas: atención, planificación y acción. La atención se ve disminuida ya que los pacientes tienden a aburrirse con facilidad y presentan dificultad para sostener el foco en un tema o concentrarse en una tarea. Por otra parte, los pacientes con diagnóstico de TLP presentan una falla en planificación debido a una carencia en la premeditación, la consideración o la preocupación sobre las consecuencias de sus acciones. Por último, la acción es ejecutada sin reflexión previa, a veces en relación a acciones agradables como desagradables.

El diagnóstico de TLP se considera un factor de riesgo suicida. La tasa de suicidio ronda entre el 3% y el 9,5% de pacientes con TLP, siendo el número de intentos anteriores de suicidio, el predictor más fuerte del comportamiento suicida futuro (Fyer et al., 1988; Pompili et al., 2005; Singareddy y Balon, 2001).

Existen ciertas variables en la historia personal que generan más riesgo de suicidio consumado, entre las cuales se encuentran: trauma infantil, abuso sexual, entorno familiar y social desfavorable, familiares que se hayan suicidado, autolesiones no letales e intentos anteriores de suicidio (Forti Sampietro y Forti Buratti, 2012). La etiología del TLP se encuentra vinculada, entre otros factores, a una alta prevalencia de situaciones de abuso infantil y que se correlaciona significativamente con la cantidad de intentos de suicidios, debido a que se considera un factor determinante en el desarrollo de conductas autolesivas.

La alta tasa de intentos de suicidio en pacientes con TLP se encuentra relacionada con las características predominantes del trastorno, tales como la desregulación emocional, los cambios bruscos de humor, los conflictos de identidad, el miedo a la soledad, y la impulsividad, siendo esta última la más asociada al comportamiento suicida. En este sentido, el tratamiento de la impulsividad debe ser un objetivo relevante en la terapia para prevenir futuros intentos de suicidios (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, Mann, 1997).

Forti Sampietro y Forti Buratti (2012) clasifican las conductas autolesivas en cinco subgrupos. 1) Autolesiones no autolíticas directas: conductas meditadas que implican un daño directo en el cuerpo, aunque sin intención suicida, como cortes superficiales; 2) Autolesiones no autolíticas indirectas: no causan un daño directo sobre el cuerpo pero sí un perjuicio a uno mismo como las relaciones abusivas o el consumo problemático de sustancias, entre otros; 3) Intento autolítico frustrado no letal: tentativa de suicidio que no alcanza su objetivo debido a que el método utilizado no es letal. 4) Intentos autolíticos letales frustrados: intento de suicidio que no ha llegado a su fin pero que cuenta con un método viable y riesgoso. 5) Suicidio consumado: termina con la vida del paciente.

Si bien las autolesiones no autolíticas son un factor de riesgo, cumplen la función de regular emocionalmente al paciente y no siempre tienen por objetivo al suicidio. Las mismas se encuentran asociadas a altos niveles de impulsividad, agresividad, sentimientos negativos, baja autoestima y depresión. Es significativo aclarar que no toda autolesión implica riesgo de suicidio consumado o un diagnóstico de TLP. Tampoco lo es la frecuencia y variedad de la lesión, pero sí la gravedad de la misma.

Se considera que la comorbilidad con el diagnóstico depresivo y el abuso de sustancias son insuficientes para determinar la conducta suicida en sujetos con TLP. Sin embargo, se encuentran más comportamientos suicidas en pacientes depresivos con trastorno de la personalidad límite que en pacientes con depresión sin trastorno de la personalidad límite comórbido. (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, Mann, 1997). Otros estudios han hallado un aumento de riesgo suicida en pacientes con TLP si éste se encuentra asociado al trastorno depresivo mayor, al trastorno bipolar, al trastorno por uso de sustancias o al trastorno por estrés posttraumático (Forti Sampietro y Forti Buratti, 2012). Esta diversidad en los estudios se debe en parte a la heterogeneidad del TLP, para cuyo diagnóstico el DSM exige que se cumplan 5 de los 9 criterios, lo que genera variantes clínicas. De esta manera, pronosticar una conducta autolesiva se vuelve dificultoso debido a que el TLP presenta cuadros muy heterogéneos y una alta comorbilidad (Mehlum, 2009).

Por otro lado, existe una alta incidencia de trastorno del sueño entre los pacientes con TLP (Asaad, Okasha y Okasha, 2002, Plante, Zanarini, Frankenburg y Fitzmaurice, 2009, Sansone, Edwards, Forbis, 2010, Semiz, Basoglu, Ebrinc y Cetin, 2008). Dicho trastorno se caracteriza por la presencia de pesadillas, un mayor estado de vigilia y una menor calidad y duración del sueño, lo cual afecta directamente en la eficacia del mismo. Está altamente correlacionado con la desregulación de las relaciones personales, los conflictos de identidad, la desregulación afectiva y las conductas autolesivas. Asimismo, se encuentra una relación bidireccional entre la agresividad característica del TLP y el sueño, en tanto la agresión puede llevar a padecer problemas del sueño y una mejor calidad de éste puede conducir a disminuir la agresividad (Kamphuis, Meerlo, Koolhaas y Lancel, 2012). Las poblaciones que padecen este trastorno presentan un mayor consumo de medicación para conciliar el sueño y una mayor disfunción diurna (Hafizi, 2013).

Por otro lado, existe una alta correlación entre los trastornos del sueño y el abuso de sustancias (Gann et al., 2001), las historias de abuso infantil (Chen et al., 2010, Glod, Teicher, Hartman y Harakal, 1997; Greenfield, Lee, Friedman y Springer 2011; Heitkemper, Cain, Burr, Jun y Jarrett 2011) y el comportamiento suicida (Anestis, Bender, Selby, Ribeiro, y Joiner, 2011; Blasco-Fontecilla et al., 2011; Fitzgerald, Messias y Buysse, 2011; Liu, 2004; Liu y Buysse, 2006; Pigeon, Britton, Ilgen, Chapman y Conner, 2012; Wojnar et al., 2009).

Fonagy (2000) retoma la temática del suicidio por la relevancia que tiene para los clínicos. Refiere que los mismos deben estar alertados de los modelos de apego desorganizado que caracterizan a estos pacientes. En relación a esto, sostiene que los intentos de suicidio son un intento forzado de restablecer una posible respuesta para evitar el abandono. Este autor explica al abandono como la reinternalización de la intolerable autoimagen "ajena" que lleva a la destrucción del self. Desde esta perspectiva, el suicidio sería la destrucción fantaseada de este otro "ajeno" dentro del self. Asimismo, refiere que dentro de las manifestaciones del apego desorganizado encontramos más frecuentemente el suicidio y la autoagresión en mujeres y la violencia contra otras personas en hombres siendo estas formas de relacionarse las que permiten externalizar las partes "ajenas" del self. Los hombres violentos vehiculizan los estados del self intolerables a través de un otro significativo, la manipulación de esta relación permite engendrar la autoimagen que intentan olvidar. Es por esto que, cuando el proceso de externalización se ve amenazado por la existencia mental independiente del otro, el paciente recurre a actos violentos con doble funcionalidad. Por un lado, recrear y re-experimentar el self "ajeno" dentro del otro y, por otro, destruirlo en la creencia inconsciente de que será para siempre. La relación recupera su función cuando la externalización es posible y absoluta, es decir, cuando estos hombres son reasegurados al percibir el terror en la víctima.

### **5.3 Conflicto interpersonales**

Los pacientes con TLP experimentan mayores dificultades para resolver los problemas sociales y perturbaciones en sus relaciones románticas. Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, & Gerber (1996) encontraron que el 75% de los pacientes que cumplían con los criterios para el TLP, también compartían el subgrupo del apego adulto de "temerosamente preocupado con respeto al trauma". Bateman y Fonagy (2016) sostienen que el patrón de apego temeroso (apego ansioso y evitación relacional) se encuentra asociado a una dolorosa intolerancia a la soledad, a una marcada hipersensibilidad a las situaciones sociales, a una mayor alerta a las respuestas hostiles y a una considerable reducción de las memorias positivas de las interacciones diádicas.

Fonagy (2000) señala que los pacientes con TLP no pueden imaginar al otro teniendo una construcción de la realidad diferente de las que ellos experimentan como convincentes, es por esto que sus esquemas interpersonales son extremadamente rígidos.

Bernabeu, Salazar, Gómez Vallejo y García Cabeza (2015) señalan que estos pacientes realizan grandes esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado, lo cual podría dar lugar a cambios en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento, así como percibir sentimientos crónicos de vacío. Como consecuencia de esto, las relaciones interpersonales suelen ser intensas e inestables debido a que la

idealización o devaluación de la percepción que tienen de las personas se encuentran sujetas a cambios bruscos y caprichosos.

Drapeau y Perry (2004) realizaron un estudio exploratorio en relación a los conflictos interpersonales en pacientes con diagnóstico de TLP. En el mismo, compararon los patrones de relación de 12 pacientes con TLP con los de 11 pacientes sin patología del Eje II utilizando la escala CCRT-LU (Albani, Pokorny, Blaser, Gruninger, König, Marschke & Kachele, 2002). Los resultados mostraron que los pacientes con TLP presentan simultáneamente deseo y temor de establecer relaciones con otros significativos. A su vez, se observó que los mismos se sentían insatisfechos y asustados, y determinados por otros, dependientes y débiles en situaciones interpersonales, con menos deseos de atender a otros, perciben a los demás como más amorosos y subyugadores, que los sujetos que no han sido diagnosticados con TLP.

## **6. Comorbilidad**

Vindual y Nicolau (2007) realizan una investigación con el objetivo de estudiar el fenómeno de la multiplicidad diagnóstica en tres categorías de pacientes: pacientes con diagnóstico de TLP, otros trastornos de la personalidad y esquizofrenia. Fundamentan este estudio en investigaciones previas que señalan que en pacientes con TLP es más probable que en otros pacientes tener múltiples diagnósticos en el eje I. Dentro de los trastornos del eje I, los que se presentan con mayor frecuencia en comorbilidad con el TLP son los trastornos del estado de ánimo, los de ansiedad, los relacionados con sustancias y los de la conducta alimentaria. Por otro lado, en el eje II, junto con el TLP también se presenta el trastorno de la personalidad paranoide, antisocial, evitativo, dependiente y depresivo.

Los autores también destacan la importancia de estudiar multiplicidad diagnóstica explican que los pacientes con TLP tienen más probabilidad de recibir un mayor número de diagnósticos que los pacientes sin el diagnóstico de TLP, señalando que un 80-90% de los pacientes con TLP u otros trastornos de la personalidad tienen un diagnóstico adicional y un 40% tiene 2 o más diagnósticos adicionales.

## **7. Conclusión**

El TLP está determinado por distintos conflictos, entre los que se encuentran: problemas agudos en la autoimagen, dificultades en las relaciones interpersonales, desregulación afectiva y conflictos con la identidad. A su vez, estos se encuentran asociados a niveles altos de impulsividad y agresividad, baja autoestima, miedo al abandono y a conductas autolesivas e intentos de suicidio. Todos estos factores se corresponden unos con otros y se retroalimentan entre sí (Mosquera, 2010). Es decir, los sujetos con TLP tienen un tipo de personalidad maladaptativa que se expresa en los comportamientos recién mencionados y en una disfunción que afecta lo emocional, lo conductual y lo interpersonal.

Para ser diagnosticado con TLP se debe reunir cinco de los nueve criterios presentados por el DSM-IV-TR y, a su vez, los síntomas deben significar un deterioro en la vida del paciente o bien resultar en angustia. El problema radica en que existen 256 formas posibles de cumplir con los criterios propuestos por el DSM y ser diagnosticado con TLP, lo que significa una gran heterogeneidad del cuadro y un desafío para el diagnóstico, el tratamiento y su investigación. Asimismo, es de gran relevancia el lugar que ocupa el TLP en el entorno de la salud mental y sanitario, y reparar sobre sus particularidades clínicas, como su alta comorbilidad con los cuadros psicóticos, depresivos, bipolares y con el trastorno ansioso, obsesivo-compulsivo, de personalidad: antisocial, evitativo, esquizotípico y paranoide, sumado a las problemáticas alimentarias, de adicciones y las tendencias suicidas. A esto se le agrega las graves dificultades en el ambiente familiar, social, incluso legal y económico.

Son significativos los avances en la investigación para la comprensión y el abordaje del TLP. Se han logrado identificar significativos factores de riesgo y posibles causas del mismo, sin que ninguna de ellas de manera aislada explique por sí sola la totalidad del trastorno. Por otra parte se cuenta con herramientas terapéuticas para su abordaje basadas en numerosas investigaciones.

A su vez hemos mencionado las dificultades en los abordajes tanto desde los aspectos inherentes al cuadro en sí mismo y en las limitaciones del apoyo familiar que suelen padecer estos pacientes. Existe una

nutrida bibliografía con mayor o menor nivel de evidencia respecto de la capacitación y el apoyo que requieren los profesionales y el equipo tratante en general que aborde esta problemática. Es decir que existe un extenso aunque siempre insuficiente nivel conocimiento sobre las variables del terapeuta, del paciente y del proceso terapéutico en general. Consideramos que a la luz la fuerte relación reseñada anteriormente entre los procesos de desarrollo, cuidados insuficientes recibidos, estilos de apego y dificultades en la niñez, los tratamientos psicodinámicos con base empírica presentan factores comunes terapéuticos muy efectivos en este trastorno. Estos abordajes contienen en sí la posibilidad de la recreación en el marco de la terapia de una relación reparadora, sólida, empática y de una relación terapéutica que integra tanto los aspectos amorosos como agresivos de los pacientes. La inestabilidad emocional, consecuencia de la deficitaria construcción del self es central tanto el tratamiento basado en la mentalización como en el tratamiento focalizado en la transferencia. Ambos cuentan con aspectos comunes encontrándose ambos dentro del modelo psicodinámico. También hemos mencionado aquellos tratamientos que han hecho sus aportes dentro del paradigma cognitivo-conductual.

El incremento de la conciencia sobre este problema tanto por parte de los profesionales como de los centros de investigación resulta esperanzador. En la medida en la que los profesionales de la salud mental y otros actores sociales relevantes incrementen su formación especializada una mayor cantidad de población podrá beneficiarse de tratamientos útiles.

## **8. Bibliografía**

Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 49-67.

Akiskal, H. S., King, D., Rosenthal, T. L., Robinson, D., & Scott-Strauss, A. (1981). Chronic depressions: Part 1. Clinical and familial characteristics in 137 probands. *Journal of Affective Disorders*, 3(3), 297-315.

Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., Gruninger, S., Konig, S., Marschke, F., ... & Kachele, H. (2002). Reformulation of the core conflictual relationship theme (CCRT) categories: The CCRT-LU category system. *Psychotherapy Research*, 12(3), 319-338.

Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008).

Ibor, J. J. L., & American Psychiatric Association (Eds.). (2001). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Masson.

Comentado [1]: VER

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

Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Editorial Masson S.A. Barcelona.

Asociación Americana de Psiquiatría (1980). *Diagnostic and statistical manual, 3rd edn (DSM-III)*. American Psychiatric Association, Washington.

Anestis, M. D., Bender, T. W., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2011). Sex and emotion in the acquired capability for suicide. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 172-182.

Asaad, T., Okasha, T., & Okasha, A. (2002). Sleep EEG findings in ICD-10 borderline personality disorder in Egypt. *Journal of Affective Disorders*, 71(1), 11-18.

Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment

Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & human development*, 11(3), 223-263.

Balint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Tavistock Publications.

Baryshnikov, I., Joffe, G., Koivisto, M., Melartin, T., Aaltonen, K., Suominen, K., ... & Isometsä, E. (2017). Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders. *Journal of affective disorders*, 210, 82-89.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide*. Oxford University Press.

Beebe, B. y Lachmann, F.M. (1988). "The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representation", *Psychoanal. Psychol.*, 5:305-337.

Bernabeu, A. A., de Pablo, G. S., Vallejo, S. G., & Cabeza, I. G. (2015). Trastornos de la personalidad clínicamente más significativos: límite, obsesivo compulsivo y paranoide. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5015-5021.

Blasco-Fontecilla, H., Alegria, A. A., Lopez-Castroman, J., Legido-Gil, T., Saiz-Ruiz, J., De Leon, J., & Baca-Garcia, E. (2011). Short self-reported sleep duration and suicidal behavior: a cross-sectional study. *Journal of affective disorders*, 133(1), 239-246.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). *Random House*. Furman, W., & Buhrmester, D.(2009). *Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version*. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 470-478.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss (Vol. III). Loss*. NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1989). *Secure and insecure attachment*. NY: Basic Books.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1993). *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial (Vol. 165)*. Grupo Planeta (GBS).

Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A., & Mann, J. J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1715-1719.

Broussard, C. D., & Northup, J. (1995). An approach to functional assessment and analysis of disruptive behavior in regular education classrooms. *School Psychology Quarterly*, 10(2), 151.

Calkins, S. D., Hill, A., & Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*.

Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child development*, 65(4), 971-991.

Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., ... & Zirakzadeh, A. (2010, July). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. In *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier 85(7), 618-629.

Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (2012). Major contributions to the psychology of personality. In *Hans*

*Eysenck: Consensus and controversy* (pp. 75-84). Routledge.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Still stable after all these years: personality as a key to some issues in adulthood and old age. In: Baltes PB. & Brim OG, editores. *Life span development and behaviour*.3, 65-102. New York: Academic Press.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38(4), 668.

Delgado, A. O., & Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.

Drapeau, M., & Perry, J. C. (2004). Interpersonal conflicts in borderline personality disorder: An exploratory study using the CCRT-LU. *Swiss journal of psychology*, 63(1), 53-57.

Duhalde, C., Tkach, C., Esteve, M. J., Huerín, V., & R De Schejtman, C. (2011). El jugar en la relación madre-hijo y los procesos de simbolización en la infancia. *Anuario de investigaciones*, 18, 239-246.

Duhalde, C.; Tkach, C.; Esteve, J.; Huerin, V., Schejtman, C. R. (2011). "El jugar en la relación madre-hijo y los procesos de simbolización en la infancia". *Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología UBA. Volumen XVIII*.

Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of personality and Social Psychology*, 58(2), 281.

Fitzgerald, C. T., Messias, E., & Buysse, D. J. (2011). Teen sleep and suicidality: results from the youth risk behavior surveys of 2007 and 2009. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 7(4), 351.

Fonagy, P. (1999). Persistencias-transgeneracionales del apego: una nueva teoría. En *Aperturas psicoanalíticas* N° 3. <http://www.aperturas.org>.

Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. En *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis*, 4.

Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the american psychoanalytic association*, 48(4), 1129-1146.

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101.

Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E; and Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization: Developmental Clinical and Theoretical Perspective*, New York: Others Press.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(1), 22.

Forti Sampietro, L., & Forti Buratti, M. A. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL*, 38 (4), 149-154.

Funder, D. C., John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (2008). *Handbook of personality: Theory and research*.

- Fyer, M. R., Frances, A. J., Sullivan, T., Hurt, S. W., & Clarkin, J. (1988). Comorbidity of borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45(4), 348-352.
- Gann, H., Feige, B., Hohagen, F., van Calker, D., Geiss, D., & Dieter, R. (2001). Sleep and the cholinergic rapid eye movement sleep induction test in patients with primary alcohol dependence. *Biological Psychiatry*, 50(5), 383-390.
- Gergely, G., Fonagy, P., Jurist, E., & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press. New York
- Glod, C. A., Teicher, M. H., Hartman, C. R., & Haraikal, T. (1997). Increased nocturnal activity and impaired sleep maintenance in abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1236-1243.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Gunderson, J. G. (2009). Datos preliminares sobre la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad: papel de la evitación experiencial. *Psiquiatría Biológica*, 16(1), 1-11.
- Greenfield, E. A., Lee, C., Friedman, E. L., & Springer, K. W. (2011). Childhood abuse as a risk factor for sleep problems in adulthood: evidence from a US national study. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(2), 245-256.
- Gunderson J.G. (2001) *Borderline personality disorder: A clinical guide* American Psychiatric Press, Washington, DC
- Hafizi, S. (2013). Sleep and borderline personality disorder: A review. *Asian journal of psychiatry*, 6(6), 452-459.
- Heitkemper, M. M., Cain, K. C., Burr, R. L., Jun, S. E., & Jarrett, M. E. (2011). Is childhood abuse or neglect associated with symptom reports and physiological measures in women with irritable bowel syndrome?. *Biological research for nursing*, 13(4), 399-408.
- Higgitt, A., & Fonagy, P. (1992). Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 161(1), 23-43.
- Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child development*, 64(2), 605-621.
- John OP, Richard R, Pervin LA. *Handbook of personality: Theory and research*. New York: GuilfordPress; 2010.
- Kamphuis, J., Meerlo, P., Koolhaas, J. M., & Lancel, M. (2012). Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep medicine*, 13(4), 327-334.
- Kernberg, O. F. (1975). A systems approach to priority setting of interventions in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 25(3), 251-275.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. *Major theories of personality disorder*, 106-140.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. Basic Books.
- Knight, R. P. (1940). Introjection, projection and identification. *The Psychoanalytic Quarterly*, 9(3), 334-341.

Knight, R. P. (1940). The relationship of latent homosexuality to the mechanism of paranoid delusions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 4(5), 149.

Koerner, K., & Linehan, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 23(1), 151-167.

Kogan-Goloborodko, O., Brüggmann, E., Repple, J., Habel, U., & Clemens, B. (2016). Experimentally assessed reactive aggression in borderline personality disorder. *PloS one*, 11(11), e0166737. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166737>

Kraepelin, E. (1921). *Manic-depressive illness and paranoia*. Livingstone, Edinburgh.

Kretschmer, E. (1925). *Physique and Character: An Investigation of the Nature of Constitution and of the Theory of Temperament; with 31 Plates*. Kegan Paul, Trench, Trubner.

Linehan M. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: development of new treatments versus evaluation of existing treatments. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 7:113–19.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.

Liu, X. (2004). Sleep and adolescent suicidal behavior. *Sleep*, 27(7), 1351-1358.

Liu, X., & Buysse, D. J. (2006). Sleep and youth suicidal behavior: a neglected field. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(3), 288-293.

Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 55(10), 941-948.

López, F. (1993). El apego a lo largo del ciclo vital. En M.J.Ortiz y S. Yarnoz (Eds.) *Teoría del apego y relaciones afectivas*. Bilbao: Universidad del País Vasco.

Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of abnormal psychology*, 110(3), 401.

Main, M. y Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant deorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. En M.T. Greenberg, D. Cicchetti y E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT, US: Ablex Publishing.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.

McCrae, R., & Costa, P. (2012). *Personality in Adulthood, Second Edition: A Five-Factor Theory Perspective*. New York: Guilford Press.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*.

Guilford Press.

Mehlum, L. (2009). Clinical challenges in the assessment and management of suicidal behaviour in patients with borderline personality disorder. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(3), 184-190.

Millon, T., Millon, T., & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Masson.

Morey, L. C., & Zanarini, M. C. (2000). Borderline personality: Traits and disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 733.

Mosquera, D., & Gonzalez, A. (2009). El apego inseguro-ambivalente y sus efectos en el adulto con Trastorno Límite de la Personalidad. *X Jornadas de Apego y Salud Mental. Internacional Attachment Network*.

Mosquera, D., Gonzalez, A., & van der Hart, O. (2010). Trastorno límite de la personalidad. *Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-TR Revista Persona*, 10(2), 7-22.

Ormel, J., Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E. H., Hankin, B., ... & Oldehinkel, A. J. (2013). Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship. *Clinical psychology review*, 33(5), 686-697.

Paris J. (2006). Personality disorders: psychiatry's stepchildren come of age. Presented at Annu. Meet. Am. Psychiatr Assoc., 159th, Toronto, Canada.

Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 277-290. *personality disorders*, 18(1), 36-51.

Pigeon, W. R., Britton, P. C., Ilgen, M. A., Chapman, B., & Conner, K. R. (2012). Sleep disturbance preceding suicide among veterans. *American journal of public health*, 102(S1), S93-S97.

Plante, D. T., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Fitzmaurice, G. M. (2009). Sedative-hypnotic use in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Journal of personality disorders*, 23(6), 563-571.

Pompili M, Innamorati M, Szanto K, Di Vittorio C, Conwell Y, Lester D, et al. (2011). Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. *Psychiatry Res*. 186, 300–5.

Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical psychology review*, 11(2), 141-153.

Rubio Larrosa, V. (2006). Los síntomas "ocultos" en el TLP. *Psicología.com*, 10(1).

Sameroff y Emde (Eds.). (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*, New York: Basic Books.

Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical psychology review*, 28(8), 1326-1342.

Sansone RA, Edwards HC, Forbis JS (2009) Sleep quality in borderline personality disorder: a

cross-sectional study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 12(5). doi:10.4088/PCC.09m00919

Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 23(8), 1055-1085.

Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the society for research in child development*, 1-77.

Scheel K. R. 2000. The empirical basis of dialectical behavior therapy: summary, critique, and implications. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 7, 68–86

Scheel, K. R. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 68-86.

Schneider, K. (1950). *Die psychopathischen Persönlichkeiten* [Psychopathic personalities]. Oxford, England: Franz Deuticke.

Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., & Cetin, M. (2008). Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1), 48-55.

Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1647.

Singareddy R. K., Balon R. (2001) Sleep and suicide in psychiatric patients. *Ann Clin Psychiatry*. 13, 93-101.

Sjåstad, H. N., Gråwe, R. W., & Egeland, J. (2012). Affective disorders among patients with borderline personality disorder. *PloS one*, 7(12),: e50930. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050930>

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*, 51(12), 936-950.

Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 640-657.

Söderström, K., & Skårderud, F. (2009). Minding the baby. Mentalization-based treatment in families with parental substance use disorder: Theoretical framework. *Nordic Psychology*, 61(3), 47-65.

Spitz, R. A. (1965). *El primer año de vida del niño*. 1991, México: Fondo de Cultura Económica.

Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant mental health journal*, 21(1- 2), 67-74.

Stern, D. (1983). *La primera relación: madre-hijo* (Vol. 1). Ediciones Morata.

Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*, Buenos Aires: Paidós,1990.

Stevenson-Hinde, J., & Shouldice, A. (1995). Maternal interactions and self-reports related to attachment classifications at 4.5 years. *Child Development*, 66(3), 583-596.

Stone, M. H. (1980). *The borderline syndromes: constitution, personality, and adaptation*. New York: McGraw-Hill Companies.

Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50: 624–632. doi:10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x

Trevarthen, C. (1989). «Origins and Directions for the Concept of Infant Intersubjectivity», *SRCD Newsletter*, Autumn 1989:1-4.

Tronick, E. Z. (1989). «Emotions and emotional communication in infants», *American Psychologist*, vol. 44, 112-119, University of Massachusetts.

Tull, M. T., Gratz, K. L., Litzman, R. D., Kimbrel, N. A., & Lejuez, C. W. (2010). Reinforcement sensitivity theory and emotion regulation difficulties: A multimodal investigation. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 989-994.

Vernengo, María Pía y Stordeur, Marina (2016). REGULACIÓN AFECTIVA Y PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA. DE LA INVESTIGACIÓN A LA CLÍNICA. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Vindual, G. P., & Nicolau, A. L. P. (2007). Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de la personalidad. *Psiquiatría Biológica*, 14(3), 92-97.

Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38(2), 190-202.

Wender, P. H., Rosenthal, D., Rainer, J. D., Greenhill, L., & Sarlin, M. B. (1977). Schizophrenics' adopting parents: Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 34(7), 777-784.

Widiger, T. A. (2009). In defence of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(2), 120-123.

Widiger, T. A., & Costa, P. T. (2012). Integrating normal and abnormal personality structure: the five-factor model. *Journal of personality*, 80(6), 1471-1506.

Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2009). Five-factor model of personality disorder: A proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 197-220.

Winnicott, C. (1980). Fear of breakdown: A clinical example. *The International journal of psychoanalysis*, 61, 351.

Wojnar, M., Ilgen, M. A., Czyz, E., Strobbe, S., Klimkiewicz, A., Jakubczyk, A., ... & Brower, K. J. (2009). Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *Journal of affective disorders*, 115(1), 131-139.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 161: 2108–2114.

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 3(1), 25.

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 11(1), 93-104.