

Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP)

Psychological treatment for Borderline Personality Disorders (BPD)

Enrique García Bernardo¹

¹Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN

Los Trastornos de la Personalidad Límite, (TLP) han ido ganando en importancia como patología psiquiátrica debido a las características clínicas de los pacientes, que hacen enormemente difícil tratarles, por la tendencia a interrumpir los tratamientos que se les proponen y a recaer, por las repercusiones que generan desde el punto de vista sociosanitario así como el elevado consumo de servicios que generan, lo que les ha llevado a convertirse en un grave problema de salud pública. Se describe a continuación un resumen de un modelo de tratamiento psicoterapéutico para su implementación en un contexto multidisciplinar y dentro de una red de servicios de salud mental que actúen de forma coordinada, haciendo especial hincapié en las características técnicas de la psicoterapia a emplear. Se revisan básicamente el Modelo de O. Kernberg de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia complementado con el Programa Ambulatorio Intensivo diseñado y puesto en práctica por J. Gunderson. Se complementa con una breve referencia al Modelo de M. Linehan de la DBT (Dialectic Behavioural Psychotherapy).

ABSTRACT

Borderline personality disorders (BPD) have become increasingly relevant as a psychiatric disorder because of the clinical characteristics of patients (very hardy to treat), the patient tendency to discontinuation and relapse, their socio-medical impact, and the high service use they generate. This turns them into a serious public health problem. A model of psychotherapeutic treatment is described to be implemented in a multidisciplinary context within a net of mental health services working in a coordinate way. The emphasis is focused on the technical characteristics of the psychotherapy. O. Kernberg's Transference Focused Psychotherapy model along with J. Gunderson's Intensive Outpatient Program are described. In addition, the Dialectic Behavioural Therapy model is briefly outlined.

Palabras clave

Trastorno Límite de Personalidad, Psicoterapia focalizada en la transferencia, Terapia dialéctica-comportamental, Tratamiento ambulatorio.

Key words

Borderline Personality Disorders, Kernberg's transference focused psychotherapy, Gunderson's intensive, Outpatient program.

En el tratamiento actual de los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (en adelante **TLP**), en cualquier centro asistencial de Salud Mental, la práctica habitual es la realización de **alguna forma de psicoterapia**, que ocupará un lugar central del tratamiento (Gunderson y Gabbard 2000), junto a otras medidas adicionales, que incluirán con toda probabilidad, un tratamiento psicofarmacológico que variará según el momento clínico de los pacientes, así como diversas medidas terapéuticas tomadas de los modelos de rehabilitación psicosocial, incluyendo el uso de diversos dispositivos terapéuticos (hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial, miniresidencias, unidades específicas para TLP, etc.) para mejorar la adaptación a la realidad del paciente y su mejor ajuste personal, familiar y social.(Gunderson 2002).

Hoy en día disponemos de varias técnicas psicoterapéuticas que han demostrado ser efectivas para el adecuado tratamiento de los pacientes con TLP, con resultados contrastados y verificables en la literatura especializada (Gabbard 2004, Horwitz 1996, Kernberg 1994, Linehan 1993), con prácticas muy sistematizadas y en algún caso manualizadas, que han hecho variar el pronóstico de estos pacientes en un sentido mucho más positivo. Se expondrán a continuación, un resumen de estas técnicas, con sus características principales.

Concepto

La característica esencial del trastorno gira alrededor de un eje central constituido por un T. de la Identidad, un patrón general de inestabilidad en las relaciones afectivas, interpersonales y la autoimagen, así como una notable impulsividad derivada de la incapacidad de procesar sus pensamientos y emociones y la necesidad de derivarlos hacia el polo de la conducta con la consiguiente conflictividad derivada (Gunderson 2002).

Características clínicas TLP

Son los pacientes que más servicios consumen (consultas ambulatorias, urgencias, hospitalización, hospital de día, trabajo social, etc.) y que con una alta frecuencia menos se benefician, permaneciendo inalterados por los diversos tratamientos ensayados. (Waldinger y Gunderson 1987).

Criterios diagnósticos

ICD-10 F60-3 T. Inestabilidad emocional de la personalidad:

Marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin anticipar las consecuencias de las acciones, junto a un estado de ánimo inestable y caprichoso. Frecuentes arrebatos de ira que conducen a actitudes violentas o manifestaciones explosivas. Estas se desencadenan con facilidad por pequeñas frustraciones o críticas.

Dos variantes:

F60-30 Inestabilidad emocional en P. de tipo Impulsivo

- Inestabilidad emocional.
- Ausencia de control de impulsos.

Explosiones de violencia y comportamiento amenazante ante críticas o frustraciones, a veces mínimas.

Incluye – T. Personalidad Explosiva.

Excluye – Antisociales.

F60-31 Inestabilidad emocional de Personalidad tipo límite

Varias de las características de inestabilidad emocional "con confusión":

- Imagen de si mismo.
- Objetivos y preferencias internas (incluyendo sexuales).
- Facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables repetidas.
- Sucesión de amenazas suicidas o actos autoagresivos.

DSM – IV; 301.83 (Criterios diagnósticos de la Asociación Americana Psiquiatría) T. Personalidad Borderline (TLP)

Patrón continuo de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos con marcada impulsividad que comienza al final de la adolescencia y aparece en una gran variedad de contextos, indicado por al menos 5 de los siguientes:

1. Francos esfuerzos para evitar ser abandonados (real o imaginariamente).
2. Patrón de relaciones emocionales intensas e inestables con alternancia entre la idealización y la devaluación de los mismos.
3. T. Identidad caracterizado por una idea o imagen de sí mismos inestable y poco cohesiva.
4. Impulsividad en al menos dos de las siguientes áreas con la posibilidad de resultar en un daño para el sujeto: (ej. gastos, sexo, abuso sustancias, conducir peligrosamente, atracones comida).

5. Comportamiento suicida recurrente, amenazas, comportamiento autoagresivo, automutilante.
5. Inestabilidad afectiva, marcada reactividad (disforia, inestabilidad o ansiedad).
6. Sentimientos crónicos de vacío.
7. Rabia intensa, incontrolada o dificultades para controlarla.
8. Síntomas psicóticos transitorios, relacionados con stress (carácter referencial-paranoide) no estructurado o síntomas disociativos.
9. El diagnóstico no se puede hacer antes de los 18 años (T. Identidad sería su correlato en la adolescencia).

Historia natural y curso

Los pacientes con TLP presentan un curso variable, muy inestable en la juventud con tendencia a irse estabilizando con el paso del tiempo mas allá de las intervenciones terapéuticas. Habitualmente se recoge que 1/3 de los pacientes se "cura", entendiéndose por ello que consiguen una estabilidad por debajo de sus condiciones potenciales previas. A los 15 años del comienzo del trastorno la mitad de las mujeres y una tercera parte de los hombres han sido capaces de constituir relaciones estables. Aquellos con condiciones socioeconómicas mas bajas suelen tener una peor evolución (Gunderson y Gabbard 2000).

El peor dato y uno de los más relevantes a considerar para cualquier profesional que trate a estos pacientes es el relativo a la tasa de suicidios consumados, que se fija, en diversos estudios, en el 10% de los pacientes a lo largo de su curso vital (Gunderson 2002).

Generalidades sobre tratamiento de los TLP

Se hace muy difícil simplificar el **tratamiento psicoterapéutico** de los TLP. Podemos citar como razones que explican esa dificultad :

- La complejidad de estos pacientes por sus características clínicas.
- Su variabilidad dependiendo del lugar y momento evolutivo en que son atendidos.
- Las dificultades de su abordaje terapéutico al tener que unir diferentes recursos de procedencias diversas en un todo final coherente y homogéneo.
- Las limitaciones en cuanto a los resultados esperables de un tratamiento farmacológico convencional realizado de forma aislada.
- La problemática que plantean tanto a nivel institucional como en consultas convencionales, a nivel ambulatorio y hospitalario

Son todas ellas características que hacen que a la hora de intentar dilucidar que técnicas terapéuticas sean las más adecuadas, haya que aclarar, de entrada, que la **selección** del abordaje elegido va a depender esencialmente de que se haga dentro de una estricta **continuidad de cuidados** entre los diversos niveles asistenciales y por los diversos profesionales que intervengan en el tratamiento desde las diferentes orientaciones psicoterapéuticas disponibles. La disponibilidad de profesionales con un entrenamiento adecuado en una técnica u otra impone una restricción de tipo aleatorio en muchos lugares de tratamiento.

Una característica esencial es la necesidad de disponer de equipos multiprofesionales para abordar los tratamientos (Paris 1994). Cada uno aportará su granito de arena. Si lo hace de forma coherente y constructiva, el tratamiento funcionará. Si es al contrario habrá serios problemas y el riesgo de ruptura o abandono del tratamiento será alto, con las consiguientes crisis del lado de los pacientes.

Una vez que se pone en marcha el tratamiento será necesario individualizar el mismo para adaptarse a las necesidades de cada paciente en particular (Horwitz 1996, Paris 1994).

No es éste el lugar donde plantear disquisiciones teóricas respecto a la articulación de los diversos modelos tentativos tanto de la comprensión del origen de la psicopatología como de las técnicas terapéuticas. Se expone en la figura 1 un esbozo de una posible articulación entre ellos, sin mayores pretensiones.

Figura 1



Tratamiento ambulatorio

- a) Psicoterapia.
 1. Basada en principios psicodinámicos.
 2. Psicoterapia cognitivo conductual.
- b) Psicoterapia de Grupo.
- c) Hospital de Día*.
- d) Terapia de Familia*.

e) Abordajes Psicosociales –

Rehabilitación*

Psicoterapia analítica modificada

Es el elemento central y nuclear del tratamiento. Es donde el paciente permanecerá la mayor parte del tiempo y donde se desarrollarán las medidas más importantes de cara a su evolución terapéutica.

Se describen a continuación, sucintamente, una serie de marcos de referencia teórico-técnicos para la elaboración de un modelo psicoterapéutico coherente basado en principios psicodinámicos, utilizando como referencia el modelo de psicoterapia psicoanalítica desarrollado por O. Kernberg **PFT PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA**) en la Universidad de Cornell en New York para estos pacientes), (Horwitz, 1996; Yeomans, 1992; Kernberg, 1994; Koenisberg y Kernberg, 2000) complementado con el esquema de J. Gunderson desarrollado en el Mclean Hosp. Afiliado a la Universidad de Harvard en Boston y publicado en forma de Guía para el tratamiento de los pacientes con TLP, disponible además en español (**TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO PARA TLP**), (Gunderson, 2002; Gunderson y Gabbard, 2000).

A) PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA (PFT) Modelo O Kernberg

Estrategia General Tratamiento.- Siguiendo a O. Kernberg aunque matizando algunas de sus referencias técnicas, podemos resumir las características de la estrategia general del tratamiento psicoterapéutico de los TLP. Esta estrategia se encuentra manualizada y por lo tanto disponible para su aprendizaje y replicación , estando basada en los siguientes puntos:

1. Marco estable con definición de los límites del encuadre.
2. Actividad del terapeuta centrada sobre problemas de juicio de realidad, mecanismos proyectivos y distorsiones del tratamiento.
3. La transferencia negativa debe ser tolerada.
4. Intervenciones del terapeuta que establezcan puentes entre sentimientos y acciones.
5. Elaboración de comportamientos autodestructivos mediante confrontación y clarificación.
6. Los acting out deben ser bloqueados a través del establecimiento de límites sobre acciones potencialmente peligrosas para el paciente, otros y el tratamiento.
7. Intervenciones basadas en el "aquí y el ahora" (especialmente en las fases iniciales del tratamiento).
8. Atención a la contratransferencia como aspecto esencial del trabajo terapéutico.

Encuadre Técnico

Todos los enfoques psicoterapéuticos se llevan a cabo en unas condiciones técnicas objetivas que actúan como elementos protectores proporcionando seguridad tanto al paciente como al terapeuta para el correcto desarrollo de la psicoterapia. Son las reglas del juego, (Gabbard, 2004) que en el caso que nos ocupa, el del tratamiento psicoterapéutico de los TLP, son particularmente importantes debido a las características clínicas ya reseñadas de estos pacientes, y que podemos resumir como :

- Trabajo **Cara a Cara**.
- Comportamiento **natural**, en ausencia de actitudes más neutrales o indiferentes.
- **Abstinencia estricta**, especialmente en lo que concierne a los intercambios emocionales con los pacientes. Debido a su potencial turbulencia emocional y su alta sensibilidad, pueden suponer un obstáculo insalvable si el terapeuta se deja llevar y trasgredir los límites de la relación psicoterapéutica.
- **No gratificación transferencial**. Cuidado con la idealización y la devaluación, tan frecuentes como forma de funcionamiento mental de estos pacientes (escisión). El terapeuta es visto alternativamente en una u otra posición siendo fundamental que se preserve su espacio neutral.
- **Análisis de la transferencia** en todo el rico despliegue que se produce desde la fantasía del paciente, ocupando para él todo tipo de significaciones en relación directa a sus personajes biográficos más significativos.
- Atención a la **contratransferencia**. Es sabido que estos pacientes consiguen con gran frecuencia, facilidad e intensidad, provocar intensas emociones en las personas que se relacionan con ellos y por supuesto en los terapeutas. Puede ser una herramienta muy útil si se educa pero puede ser un obstáculo importante si se actúa en la relación terapéutica.
- Análisis de las severas regresiones que se producen durante las sesiones con el paciente.
 - Intervenciones tácticas que restauren el juicio de realidad.

Al avanzar la Psicoterapia

- Variación del encuadre que se va convirtiendo de forma progresiva en el propio de un Psicoterapia Psicoanalítica en términos clásicos (PFT), de interpretación del conflicto en la transferencia, con elementos de significación en el aquí y ahora de la relación transferencial y su correspondencia en la fantasía inconsciente del paciente, con sus correspondientes elementos biográficos del pasado del paciente.

(Kernberg, 1994; Horwitz, 1996; Koenisberg y Kernberg, 2000; Yeomans, 1992)

Establecimiento de Prioridades

La psicoterapia de los pacientes con TLP, por sus características clínicas, debe manejarse en un rango de posibles intervenciones por parte del terapeuta que están sujetas a momentos clínicos muy variados, que pueden plantear dudas en cuanto a su jerarquización a la hora de tomar decisiones. Hay algunas situaciones,

por lo demás bastante comunes, que precisan de una atención prioritaria y deben tenerse en cuenta para evitar problemas. Las más importantes serían :

— Comportamiento **suicida u homicida** inminente.

— **Amenazas a la continuidad del tratamiento.** De enorme importancia pues son responsables del alto índice de abandonos prematuros.

— Comunicación **deshonesta o mentirosa**, contrastada y confrontada con el paciente. Si se estructura como forma de conducta habitual constituye una auténtica Transferencia Psicopática.

— **Acting-out** (conducta impulsiva de descarga) dentro o fuera de sesión psicoterapéutica.

Requisitos de paciente y psicoterapeuta

En el encuentro psicoterapéutico hay básicamente dos actores que deben representar sus papeles de acuerdo a la obra y siempre en función de sus características personales, si bien de forma ideal, como actores, deben de poseer una serie de características que resumo a continuación.

Figura 2

Preparación Psicoterapia	
PACIENTE	PSICOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none">• Ve el problema en él• Busca y desea el cambio• Se asume (paciente y/o entorno)la responsabilidad del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Entrenado y formado• Acuerdo con el paciente sobre objetivos• Capacidad de contención

Figura 3

Actitudes necesarias en el Terapeuta
<ul style="list-style-type: none">• Cree que el paciente tiene interés• Cree que puede mejorar• Acepta su papel esencial con el paciente• Percibe al paciente de forma empática• Cree que le puede ayudar• Preparado para duras contingencias• Preparado para trabajar con otros y supervisar o consultar

Dificultades del tratamiento

Tanto la elección de la modalidad de psicoterapia, el momento y lugar donde se realiza, quien la realiza, como las dificultades derivadas de la situación clínica de los pacientes y las más sutiles de las instituciones donde se lleva a cabo, todos son factores que dan origen a dificultades de cara a generar una mínima estabilidad allí donde la inestabilidad es la norma. Se resumen a continuación algunas de las dificultades más comunes.

— Establecimiento de la Alianza Terapéutica, es decir, el acuerdo básico sobre la estrategia de trabajo entre paciente y terapeuta.

— Intervenciones del terapeuta no adecuadas al momento clínico y/o evolutivo del mismo.

— Distorsiones del modelo terapéutico por :

- Falta de coherencia interna.
- Problemas en el funcionamiento mental que implican distorsiones en la percepción generadas por procesos defensivos inconscientes del tipo de la escisión y la identificación proyectiva.
- Modelos que privilegian la atención sintomática dejando de lado los elementos estructurales de la personalidad con el resultado de actuaciones parcelares estériles e inadecuadas.
- Rupturas de la Continuidad de Cuidados por insuficiente organización de la red de atención en Salud Mental para estos pacientes.

Cambio terapéutico

Aunque pueda resultar un tanto peculiar a estas alturas, nunca está de más que limitemos el alcance de las intervenciones psicoterapéuticas de una forma realista. Si nos fijamos en los estudios disponibles en la literatura sobre el tema nos encontraremos que cambia de forma muy significativa los síntomas depresivos, mejora el funcionamiento global (**GAS**, Global Assessment Scale) así como las quejas subjetivas del paciente. Los síntomas autoreferidos por el paciente disminuyen (Checklist 90). Ambas proporcionan estabilidad y fijan al paciente al tratamiento. Como es lógico, los problemas nucleares del TLP, a saber, el funcionamiento interpersonal y los roles sociales, que precisan de una identidad estable son los que cambian menos precisando de abordajes más largos y fundamentalmente de psicoterapias introspectivas como la reseñada.

B) PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO PARA TLP TRATAMIENTO ESCINDIDO (SPLIT TREATMENT) MODELO GUNDERSON

A continuación se desarrolla un modelo psicoterapéutico institucional desarrollado por **J. Gunderson en el Mclean Hosp. de Boston (EEUU)** que une la Psicoterapia Individual en los términos generales expresados anteriormente junto

con otras modalidades de psicoterapia y con actuaciones terapéuticas derivadas de la Rehabilitación psicosocial, la psicoterapia de Grupo y la de Familia así como del funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas. Con especial atención al frecuente problema de la comorbilidad y especialmente la derivada del consumo de drogas. (Gunderson, 2002; Gunderson y Gabbard, 2000; Waldinger y Gunderson, 1987).

El programa sigue un esquema como el que se muestra a continuación adaptado.

Figura 4



La esencia del modelo es lo que se denomina **"Split Treatment"** o tratamiento escindido, consistente en dos variables fundamentales: (Gunderson, 2002).

— **Psicoterapia Psicodinámica** unida a **DBT** (Dialectical Behavioural Therapy) según el modelo de **M. Linehan** que se expone más adelante.

— Medidas de **Case Management** (manejo de casos) derivadas de las actuaciones que se desarrollaron como medidas terapéuticas rehabilitadoras dirigidas a pacientes psicóticos, en este caso adaptadas para su implementación con TLP. Serían básicamente las que permiten que se desarrolle la psicoterapia permitiendo una mayor estabilidad clínica y una mejor adaptación del paciente a su entorno. Aquí habría que incluir el tratamiento farmacológico, la atención a las familias, la atención al consumo de drogas, la psicoeducación tanto del paciente como de la familia, el entrenamiento en habilidades sociales y todas aquellas medidas que favorezcan la adherencia del paciente al tratamiento.

Los objetivos diferenciados de cada una de ellas aparecen reflejados en la Fig 5.

Figura 5

Psicoterapia : Objetivos	Case Management : Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Cambio estructural• Crecimiento Personal• Resolución Conflictos• Identidad Estable• Maduración• Desarrollo nuevas capacidades• BUENAS COSAS	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría sintomática• Resolución Problemas• Manejo comportamental• Habilidades Sociales• Manejo Impulsividad• MALAS COSAS

Si analizamos las ventajas de este modelo de tratamiento aparecerían las que se detallan a continuación :

- Contención adecuada de las dificultades esperables.
- Disminución de los abandonos del tratamiento.
- Reducción de aquellas formas de funcionamiento mental de los TLP que con más frecuencia provocan problemas en la relación terapéutica (escisión e identificación proyectiva).

Todas ellas favorecen la adherencia la tratamiento mejorando la alianza terapéutica y traen como resultado la mejoría en el pronóstico del paciente.

Psicoterapia cognitivo conductual DBT (M. Linehan)

Se trata de un modelo psicoterapéutico extendido hoy en día por todas las instituciones que se dedican al tratamiento de los TLP. Basado en los principios extraídos del modelo cognitivos añadiéndole una estrategia dialéctica en la intervención con el paciente. (Linehan, 1993).

Especialmente indicado en los momentos iniciales del tratamiento y sobre todo para el control de las conductas impulsivas. Fue desarrollado en origen para el control en pacientes con gestos autolíticos repetidos demostrando de forma clara su utilidad y replicación allá donde se ha puesto en marcha.

Sus características esenciales serían :

- Duración más corta.
- Especialmente útil en pacientes con dificultad para establecer la alianza terapéutica:
 - Uso anómalo de pensamientos dicotómicos con invasión de contenidos emocionales. **Disregulación emocional.**
 - Percepción del mundo como lugar peligroso e invasivo. **Entorno invalidante.**

— Vivencias precoces de abandono

– cogniciones autodestructivas en relación con objetos internos abusadores o negligentes.

— Objetivos:

- Modulación de los afectos.
- Mantenimiento del estado de ánimo.
- Control de conducta para mitigar afecto abandono, insuficiencia, desconfianza e incompetencia.
- Formato técnico que combina sesiones individuales junto con otras grupales para el entrenamiento de las habilidades aprendidas., así como accesibilidad telefónica.

Psicoterapia de grupo

Puede ser una técnica psicoterapéutica muy útil, siempre como coadyuvante de la psicoterapia individual. Ofrece al paciente la oportunidad de entender el uso sistemático de sus mecanismos de defensa (escisión e identificación proyectiva) que ocurre de forma casi fisiológica en cualquier grupo. Los grupos deben estar formados por pacientes límites en la línea cercana a funcionamientos más sanos.

La dilución de la transferencia en el grupo aparece citada como uno de los elementos terapéuticos principales de este modelo de psicoterapia al evitar la concentración problemática que en ocasiones sucede en la Psicoterapia Individual. Lo mismo ocurre con las reacciones contratransferenciales que habitualmente suscitan. El terapeuta debería ser, idealmente, diferente al de la psicoterapia individual.

Algunas intervenciones (señalizaciones) son mejor toleradas cuando provienen de otros miembros del grupo que del propio terapeuta. De la misma forma interpretaciones realizadas al contexto grupal son más fácilmente toleradas por el paciente límite individual.

Hay que cuidar la extrema sensibilidad de estos pacientes a la privación y al abandono, que se intensifica en el grupo, así como a la fuerte competitividad por lograr un lugar imaginario de favor o, por contra, la tendencia a los comportamientos (acting-out) que tienden a la ruptura de los límites del encuadre grupal. (Gunderson y Gabbard, 2000).

La psicoterapia de Grupo es de gran utilidad tanto en formatos inspirados en principios psicodinámicos como en la DBT (para su utilización en entrenamiento en habilidades sociales), evidentemente con consideraciones teórico-prácticas distintas en ambos formatos.

Referencias

Gabbard, G. (2004). Long-Term Psychodynamic Psychotherapy : A basic text. Core competencies in psychotherapy. American Psychiatric Press.

Gunderson, J. y Gabbard, G. (2000). Psychotherapy for Personality Disorders. Review of Psychiatry. Vol. 19. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. (2002). Trastorno Límite de Personalidad : Guía Clínica. Barcelona: Ars Médica.

Horwitz, L. (1996). Tailoring the psychotherapy to the borderline patient. Journal of Psychotherapy practice and research (pag. 287-306). American Psychiatry Press.

Kernberg, O. (1994). The psychotherapeutic treatment of Borderline Personality Disorder. American Psychiatric Press. En J. Paris (Ed.), Borderline Personality Disorder. A multidimensional approach (pag. 261-284).

Koenisberg, H. y Kernberg, O. (2000). Extending the limits of treatability. New York: Basic Books.

Linehan, M. M. (1993). Skills trainings manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press. Manual de Tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Buenos Aires: Paidós. 2003.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

Paris, J. (1994). Borderline Personality Disorder: A multidimensional approach. American Psychiatric Press.

Waldinger, R. y Gunderson, J. (1987). Effective psychotherapy with borderline patients. American Psychiatric Press.

Yeomans, F. et al. (1992). Treating the Borderline Patient: A contract based approach. New York: Basic Books.

*No es el propósito de este artículo el desarrollo de los puntos c, d, y e.

© **2009 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid**

**C/ Cuesta de San Vicente, nº 4, 6ª planta
28008 Madrid
Telef.: 91 541 99 99
Fax: 91 559 03 03**



clinsalud@correo.cop.es