

Universidad de Belgrano  
Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología



**El desafío de la Alianza Terapéutica en el tratamiento del Trastorno  
Límite de la Personalidad**

Trabajo Final de Carrera

Marzo 2024

Alumna/o: Carolina Roberts

Matrícula: 40221766

Tutor: Lic. Verónica León

## **Índice**

Dedicatoria .....	2
Agradecimiento .....	3
Resumen .....	4
Lista de Abreviaturas .....	5
Introducción.....	6
Presentación de la temática.....	6
Problema y pregunta de investigación.....	7
Relevancia de la temática .....	7
Objetivos generales y específicos .....	8
Objetivo General .....	8
Objetivos Específicos.....	8
Alcances y límites del trabajo de investigación.....	8
Antecedentes .....	9
Estado del arte.....	11
Marco teórico conceptual.....	12
Desarrollo metodológico .....	12
Procedimiento .....	12
Índice Comentado.....	13
Capítulo I: El trastorno límite de la personalidad .....	14
Antecedentes del TLP .....	16
La desregulación emocional como característica central del TLP .....	19
Relación del apego con el trastorno límite de la personalidad .....	21
Capítulo II: La alianza terapéutica .....	24
Desarrollo del concepto de alianza terapéutica .....	24
La alianza terapéutica para Bordin y autores que complementan su teoría .....	26
Capítulo III: Más allá de las vicisitudes de la construcción de alianza terapéutica .....	32
La Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) en el tratamiento de personas con TLP .....	32
El rol del terapeuta y la prevención de rupturas en la alianza terapéutica .....	35
Conclusión .....	37
Bibliografía .....	39

## **Dedicatoria**

A mi marido Claudio que con su amor y mejor disposición me incentivo a que persiguiera mis sueños.

A mis hijos biológicos y de la vida, Lucía, Candela, María y Mirko quienes con su amor toleraron ausencias, llegadas tarde, almuerzos y cenas salteadas y me acompañaron en este proceso.

A mi mamá, quien compartió conmigo, incluso clases virtuales en Pandemia, cuando con mi computadora corría de su casa a la mía, acompañándola en su enfermedad.

A Graciela Delvalle, que con su presencia, hizo posible mi ausencia.

**Carolina Roberts**

## **Agradecimiento**

A Lorena Cifuentes Ibáñez, compañera y amiga, que con su sabiduría, organización e invaluable generosidad me acompañó a la meta.

A la Lic. Ema Galtieri por acompañarme desde los inicios en esta casa de estudio con mi carrera de Psicopedagogía y motivarme a realizar la carrera de Psicología con su mejor predisposición y cariño.

A Virginia Tarsitano, a quien conocí siendo mi profesora de la carrera de psicopedagogía en esta casa de estudios en el año 1994, y se ha transformado no solo en una muy buena amiga sino en mi maestro y guía incondicional para atravesar los pasos de mi primera profesión.

Al Dr. José Barros por transmitirme su pasión por la carrera y por orientarme en mi práctica.

A la Lic. Verónica León, mi profesora y tutora por aceptar desde un principio, acompañarme en este trayecto final de mi carrera.

A Ángeles, por creer en mí e incentivar me permanentemente.

¡Muchas Gracias!

“Si avanzamos tropezando sin tener un claro sentido hacia dónde nos dirigimos o que hacemos, estamos destinados a lastimarnos a nosotros mismos y a los demás” - A. Beck-

**Carolina Roberts**

## **Resumen**

El trastorno límite de la personalidad (TLP), es un trastorno mental que se caracteriza por desregulación emocional que afecta diferentes áreas de la vida, como el social, familiar y laboral entre otros. Este trastorno requiere un diagnóstico diferencial y atención precisa, que contemple el aspecto dinámico y heterogéneo de quienes lo padecen. Fernández Álvarez (2011) considera a la psicoterapia el tratamiento adecuado para abordar este padecimiento, que resulta discordante con las expectativas esperadas. La alianza terapéutica es el factor común por excelencia para una psicoterapia eficaz. Alfred Bordin (1979) describe a esta alianza como un constructo que se hace operativo a través de un acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos y metas a alcanzar, basado en un vínculo de trabajo en conjunto. La relación terapéutica considera al terapeuta y al paciente como imprescindibles en esta relación de trabajo, en donde las características de ambos, facilitará a que la alianza se construya y mantenga, o por el contrario que aparezcan obstáculos que la desestabilizan. Construir y mantener esta alianza con personas que padecen del Trastorno Límite de la Personalidad, requerirá de habilidad, creatividad y flexibilidad del terapeuta para trascender los diagnósticos y manuales, encontrar lo que hace al vínculo único y especial, más que en cualquier otra patología y utilizar la experiencia y formación para así poder sortear las vicisitudes que atenten contra ella o hagan tambalear su estructura.

Palabras Claves: Alianza terapéutica - trastorno límite de la personalidad - variables de eficacia

## **Lista de Abreviaturas**

AT: Alianza terapéutica

TLP: Trastorno límite de la personalidad

DBT: Dialectical Behavioral Therapy

DSM: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

CIE 11: Clasificación internacional estadístico de enfermedades y problemas relacionados con la salud

# **Introducción**

## **Presentación de la temática**

El presente trabajo titulado “El desafío de la alianza terapéutica en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad” tiene como finalidad identificar y describir las características de la alianza terapéutica con el objetivo de analizar variables de eficacia en la construcción y mantenimiento de la AT en personas con TLP.

Esta conceptualización intenta abordar las variables que lleven a la eficacia en el proceso terapéutico, siendo la AT el constructo por excelencia para lograr un cambio en el usuario, logrando una mejor calidad de vida de los pacientes.

En las últimas décadas, las investigaciones en psicoterapia estudiaron cuáles son los componentes que influyen en los resultados de los tratamientos psicoterapéuticos. Diversos autores se han ocupado de definir AT, entre ellos, se toma lo expuesto por Bordin (1979): la AT es una concepción que se hace operativa a través de tres elementos constitutivos, tales como un vínculo positivo y un acuerdo entre las tareas y las metas.

El vínculo es una compleja e importante red de relación entre paciente y terapeuta que se basa en la confianza mutua, la empatía y el respeto. Sobredicho, Orlinsky y Kenneth (1968) refieren que la calidad del vínculo está estrechamente relacionada con la mejora del paciente por sobre técnicas específicas utilizadas en psicoterapia.

Las metas son los objetivos generales hacia dónde se dirige la psicoterapia. Se relaciona con el grado de acuerdo entre las partes en relación al objetivo de la intervención.

Finalmente, las tareas son las actividades específicas que debe realizar el paciente para beneficiarse con la terapia.

Estos conceptos interactúan de manera continua y dinámica, es decir, la capacidad de lograr un acuerdo entre terapeuta y paciente con respecto a las tareas y las metas de la terapia influyen en la calidad del vínculo y viceversa. Asimismo, en el momento de abordar una terapia, es importante considerar que los distintos tipos de personalidad van a crear este vínculo de trabajo de una manera diferente, lo cual facilita o entorpece la tarea. En suma, estas nociones se han extendido a varios modelos terapéuticos otorgando un valor adicional a la AT.

Sobre TLP, Miller (s.f) comenta” Las personas con TLP suelen verse abrumadas por la ira y los sentimientos de abandono, vergüenza y auto desprecio. Estos sentimientos repercuten negativamente en sus relaciones” (Child Mind Institute, s.f., párr. 5).

Por esa razón, presentan dificultades en la construcción y mantenimiento de vínculos que influyen de manera directa en la alianza terapéutica, y es parte de la labor, poder sortear estos inconvenientes, para asegurar en parte, los buenos resultados terapéuticos. Por ello, identificar claramente las características de las personas con TLP es esencial para el futuro trabajo.

### **Problema y pregunta de investigación**

Se considera que las personas con TLP sufren de desregulación emocional, conductual y social, por ello la AT es un desafío a construir entre terapeuta y paciente ante las vicisitudes, implicancias y obstáculos del vínculo.

La pregunta de investigación surge a raíz de reconocer estas desregulaciones y cómo atentan contra la AT, observación que resulta importante para lograr los mejores resultados en el proceso psicoterapéutico conceptualizando características de la AT en personas con TLP.

Esta alianza tendrá en cuenta las características del terapeuta y del paciente para trabajar conjuntamente en función de tareas y metas acordadas y resultará clave a la hora de la instalación del proceso terapéutico, siempre y cuando se tenga en cuenta la especificidad que presenta este TLP en el contexto terapéutico.

Hasta el momento se han llevado a cabo investigaciones sobre la conceptualización de la alianza terapéutica, de modo que diversos autores han analizado e identificado variables que intervienen en la construcción y mantenimiento de la AT, ajustando estas a un modelo específico de psicoterapia. Gran parte de estas investigaciones estuvieron destinadas a estudiar cuáles son los componentes que influyen en los resultados de los tratamientos psicoterapéuticos. Estos estudios han señalado a los factores comunes como variables de gran incidencia en los resultados; y a la AT como el factor común por excelencia. Esta preponderancia que asume el concepto de AT impone la necesidad de comprender en detalle las características del mismo, para poder acotar y especificar según las características de la persona/paciente, lo que se traducirá en mejores resultados de aplicación en la práctica.

### **Relevancia de la temática**

El trastorno límite de la personalidad es un padecimiento que aqueja a una gran cantidad de personas a nivel mundial, limitando y perjudicando los vínculos interpersonales, las áreas social, laboral y educativa, y en el transcurso de la vida cotidiana. Se considera importante tener en cuenta las dificultades vinculares en la AT, para poder realizar un adecuado trabajo psicoterapéutico y así mejorar la calidad de vida de las personas que padecen este trastorno; también, prevenir posibles comorbilidades.



Esto insta a examinar la temática AT para favorecer las intervenciones de los profesionales y que desde el inicio de la relación terapéutica adquieran habilidades para manejar el proceso convirtiéndolo en un lugar seguro; y paralelamente, desarrollar la capacidad de reparar posibles rupturas relacionales con pacientes con dificultad para controlar sus emociones.

Es por esto que se considera crucial, el diagnóstico y tratamiento temprano de las personas que padecen este trastorno.

Este trabajo intenta generar valor en la temática, profundizar conceptos, y dar visibilidad a las conductas previsibles, y prevenibles, en personas con TLP en la AT, para lograr una mayor eficacia en el abordaje clínico del paciente en el proceso terapéutico.

## **Objetivos generales y específicos**

### **Objetivo General**

Conceptualizar características de la alianza terapéutica en personas con trastorno límite de la personalidad.

### **Objetivos Específicos**

- Relacionar el concepto de alianza terapéutica con los conceptos de: vínculo, tareas y metas.
- Analizar los rasgos y conductas frecuentes de las personas con trastorno límite de la personalidad en el contexto terapéutico.
- Identificar variables de eficacia en la construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica con personas con trastorno límite de la personalidad.

## **Alcances y límites del trabajo de investigación**

Para el presente trabajo se utilizó una revisión bibliográfica histórica y actual.

La exploración alcanza a personas con TLP, sus características y las posibles comorbilidades y los aspectos de la vida que se ven afectados por éste. A su vez, considerando que una de las indicaciones para su mejoramiento, es la psicoterapia, también describe a una parte esencial y primera

de la misma, que es la AT. Se conceptualizan sus componentes y quienes la articulan, y lo que es más importante y alude al desafío de este trabajo, desarrolla y articula aquellas vicisitudes que se suscitan cuando un paciente con las características del TLP, se vincula profesionalmente con el terapeuta, para construir conjuntamente dentro de este vínculo, tareas y metas.

Cómo construir en este escenario, una adecuada alianza terapéutica lo suficientemente sólida para que se mantenga a pesar de los intentos de boicot o ruptura a las que se verá expuesta, que nivel de flexibilidad es pertinente y cómo sortear esos obstáculos forman parte de lo desarrollado.

Son varios los modelos terapéuticos que tienen en cuenta a la AT. Si bien otros abordajes como el Psicodinámico y el Humanístico Existencial han hecho importantes aportes al tema, entre otros, este trabajo se abordará desde el enfoque de las terapias contextuales, específicamente de la Terapia Dialéctico Conductual conocida por sus siglas en inglés DBT, ya que ésta ha tenido en los últimos años, un desarrollo e investigación certero y de gran aplicación para este trastorno.

## **Antecedentes**

Como antecedentes a la investigación sobre la AT, Freud (1976) menciona en su trabajo “Dinámica de la transferencia” la importancia de desarrollar un vínculo entre paciente y terapeuta como objetivo principal, cuyo interés y actitud del analista sea lo suficientemente comprensiva para lograr un vínculo positivo, favoreciendo la desarticulación de la resistencia que pudiera manifestarse al comienzo de la terapia. Sobre el afecto transferencial, Freud describe a la transferencia como beneficiosa y positiva que facilita la aceptación de las intervenciones sobre las interpretaciones, por ello, destacó la importancia del trabajo con las mismas, con la transferencia del paciente y las capacidades y aptitudes de la porción de la conciencia intacta de este, para desarrollar un compromiso real con el terapeuta (Corbella y Botella, 2003).

Horvath y Luborsky (1993) plantean que esa porción de capacidad intacta de conciencia es la que va a permitir lograr los objetivos del tratamiento. Fue a partir de Freud que surgen dos corrientes en relación al concepto de transferencia: la primera fue desarrollada por Sandor Ferenczi (1837-1933) quien considera importante para el paciente tanto el recordar como el revivir el pasado problemático en la relación terapéutica; esto generó un cambio en el psicoanálisis tradicional y sembró ideas, que fueron tomadas por autores como Michael Balint, Donald Winnicott y Franz Alexander.

La otra corriente fue en la dirección de la Psicología del Ego, que da importancia a la adaptación del este a su entorno, atribuyendo importancia a los aspectos reales de la relación terapéutica y desarrollando el concepto de AT.

Elizabeth Zatzel (1907-1970) hizo una distinción entre transferencia y alianza, estimando que esta última era la parte no neurótica del vínculo entre paciente y analista, y es la que va a permitir diferenciar las experiencias reales con el terapeuta y las del pasado (Corbello y Botella, 2004).

Sobre lo expresado, se puede observar que las definiciones de AT varían según los autores, quienes, por su parte, fueron agregando aspectos distintivos a lo largo de la historia. Por ejemplo, Ralph Greenson (1967) hizo una aproximación importante al concepto distinguiendo a la alianza de trabajo de la terapéutica. La alianza de trabajo consistía en la habilidad del paciente de adaptarse a las tareas propuestas en el análisis, mientras que la alianza terapéutica se vinculaba más con la habilidad del terapeuta de crear un vínculo. O sea, hay una configuración de transferencia y una respuesta humana real y mutua del paciente y terapeuta que incluye: la confianza, el aprecio y el respeto.

Según Rogers (1957), el modelo Humanista desarrolla la AT a partir de tres pilares tales como: la empatía, la congruencia y el aceptar incondicionalmente al paciente; de esta forma se logra afianzar la relación con el paciente y que ésta sea efectiva para el proceso (Corbello y Botella, 2003).

Estos autores, enfatizan la importancia que tiene la alianza terapéutica en el proceso de terapia, y en sus resultados.

A pesar de otras diferentes miradas que se tienen sobre el constructo, según el marco teórico, la AT es un instrumento esencial y de gran importancia para todas las escuelas.

Bordin (1979) refiere la alianza terapéutica o alianza de trabajo como un constructo que se hace operativo por medio de tres componentes, un acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la psicoterapia; otro acuerdo acerca de las tareas propias que se estén llevando a cabo; un vínculo entre paciente y terapeuta que podría expresarse por medio del aprecio, la confianza y el respeto mutuo, y por la percepción de un compromiso común y una recíproca comprensión de las actividades psicoterapéuticas.

Por su parte Gelso (2009) ha considerado a la relación real, como una relación genuina entre terapeuta y paciente. También Norcross (2002) señala la importancia de la racionalidad y objetividad en la terapia.

En relación al concepto TLP, el término ha tenido muchas controversias, y según el modelo presenta diferencias. Desde entonces, se han ido realizando diversas conceptualizaciones y quedó establecido básicamente en las siguientes características: la primera se inspiró en el trabajo de Kernberg (1975), en el cual utilizó la expresión "límite" para referirse a la mayoría de las formas graves de carácter patológico. La segunda, surgió entre el periodo de los años sesenta y setenta, cuyo enfoque fue en la tendencia de estos pacientes a experimentar experiencias psicóticas transitorias. Por lo que

desde esta perspectiva el trastorno límite quedaba ubicado dentro del espectro de los desórdenes esquizofrénicos (Wender, Rosenthal, Rainer, Greenhill, Sarlin, 1977 y Zanarini y Frankenburg, 1994). La tercera, que reunió una gran cantidad de estudios empíricos realizados durante los años ochenta, focalizó en la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límite, lo que llevó a considerarlo como un trastorno afectivo (Akiskal, 1981; Stone, 1980; Zanarini et al., 1997). En la cuarta definición (Gunderson, 1984) diferencia el término "límite" de un número sustancial de otros trastornos de personalidad con características distintivas como automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Zanarini y Frankenburg, 1994; Millon, 1998). Las conceptualizaciones quinta y sexta sobre la psicopatología límite surgieron durante los años noventa, Zanarini (1993) considera el trastorno límite dentro de los trastornos de los impulsos (por ejemplo, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, con el trastorno antisocial de la personalidad y trastornos de la alimentación).

Concluyendo, el TLP se trata de una forma específica de trastorno de la personalidad que aparece con otros trastornos del control de impulsos (Zanarini y Frankenburg, 1997). En el mismo orden de ideas Herman y Van Der Kolk (1987) mencionan que se trata de una variación crónica del trastorno postraumático vinculado con problemas disociativos, pe. Trastorno disociativo de identidad (Caballo y Camacho, 2000).

## **Estado del arte**

A pesar del surgimiento de unas pocas teorizaciones que intentan enriquecer la conceptualización de la alianza, mostrando otras facetas del fenómeno, la definición de Bordin de los años 70, ha sido históricamente y continúa siendo en la actualidad la conceptualización más aceptada y utilizada para comprender la alianza y para diseñar instrumentos para evaluarla. De esta manera, sigue siendo principalmente definida a partir de elementos consensuales y colaborativos. Esto le permite al terapeuta y al paciente trabajar juntos para lograr los objetivos del tratamiento (Doran, 2014).

Para Bermúdez y Navia (2013) sigue siendo principalmente conceptualizada a partir de elementos de consenso y trabajo en equipo. Esto permite que el terapeuta y el paciente colaboren para alcanzar los objetivos del tratamiento.

Por su parte Etchevers y Helmich (2019) defienden que la AT es un factor predictivo para los resultados en psicoterapia, siendo uno de los más importantes. También, se pueden observar algunos aportes en relación a la especificidad de cómo implementar esta alianza en distintos modelos, en el modelo cognitivo conductual, el psicodinámico actual y humanístico existencial, o dentro el modelo

sistémico como el tratamiento vincular de parejas, o familiar. También se han realizado estudios en relación a la construcción de la AT en épocas de pandemia, a través de una atención terapéutica on line, con las especificidades del caso, pero que escapan a los alcances de este trabajo.

El trastorno límite de la personalidad representa un reto en el diagnóstico y en la relación terapéutica (vínculo) junto con las tareas y metas en los contextos clínicos. Las dificultades diagnósticas relacionadas con el abordaje de estos pacientes pueden conducir a manejos psicofarmacológicos no exitosos, por lo que la psicoterapia es el eje del tratamiento, y la construcción de la AT un desafío.

## **Marco teórico conceptual**

AT se abordará desde la concepción de Edward Bordin (1976), como una relación entre el paciente y el terapeuta que se entrelaza y en la cual se actúa de manera colaborativa. Para que esta relación se construya positivamente deben estar presentes, tres variables que sostienen y conforman a la alianza y que son el vínculo, el acuerdo de las tareas y los objetivos, elementos que se desarrollarán en el capítulo correspondiente.

Por ello, el presente trabajo de investigación “El desafío de la alianza terapéutica en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad” considera los pilares de la AT y la articulación con el TLP, bajo el abordaje clínico de las terapias contextuales, más precisamente la terapia dialéctico conductual (DBT). Se justifica que el modelo de las terapias de la tercera ola, entre ellas la DBT, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de personas con TLP, centrada en el control de conductas autolesivas, reduciendo estos comportamientos impulsivos como la conducta suicida y autolesiones, y en la interacción más funcional de las relaciones y la regulación de las emociones.

Se entiende por terapias contextuales aquellas que integran experiencias y comportamiento de una persona dentro de su entorno, considerando las interacciones y mutua transformación.

## **Desarrollo metodológico**

### **Procedimiento**

Se ha utilizado para el siguiente trabajo, artículos originales, libros, revistas científicas, y trabajos monográficos, tesis y papers tanto en castellano como en inglés. Se han consultado páginas web y buscadores científicos como Google académico y Scielo.

El criterio de selección utilizado para la búsqueda fue la centralización en autores contemporáneos en terapias basadas en la evidencia, cuyas palabras claves fueron psicoterapia, factores comunes, alianza terapéutica, trastorno límite de la personalidad, rupturas de la AT y DBT. El

propósito de este trabajo es abordar las dificultades que se suscitan en la combinación de estos conceptos tanto para la creación de una alianza terapéutica adecuada como para su mantenimiento, así realizar una conclusión con la mayor precisión posible y obtener como herramienta ciertos vectores de eficacia utilizados en el trabajo terapéutico.

## **Índice Comentado**

Capítulo I: se desarrollarán las características propias de una persona con trastorno límite de la personalidad, y como estas influyen en las distintas esferas de su vida como ser la social, laboral y familiar. Asimismo, se hará una relación con la teoría del apego y se priorizará la desregulación emocional como principal rasgo de este trastorno.

Capítulo II: concepto de alianza terapéutica y variables que hacen a la misma. En este capítulo se desarrollará como se construye esta alianza, cuáles son sus componentes y se dará prioridad al desarrollo de la teoría de Edward Bordin.

Capítulo III: se desarrollarán en este capítulo las vicisitudes de la construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica en pacientes con TLP, el rol del terapeuta y los aportes de la Terapia Dialectico-Conductual.

## **Capítulo I: El trastorno límite de la personalidad**

Se busca examinar y describir el trastorno de la personalidad para especificar luego las características propias y singulares del trastorno límite de la personalidad, en relación a su diagnóstico, evolución y pronóstico, así como también sus posibles comorbilidades y tratamientos.

El trastorno de la personalidad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM-5) se caracteriza por:

Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un deterioro.

Basados en las similitudes descriptivas que presentan los trastornos de la personalidad, estos se dividen en tres grandes grupos: A, está compuesto por los tipos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica, con características excéntricas o raras. B, se encuentran los tipos de personalidad antisocial, histriónicos, límites y narcisistas, se caracterizan por el dramatismo y emociones exageradas. C, incluye a los individuos ansiosos y temerosos, con personalidad evitativa, dependiente y obsesivo compulsivo. (p. 648)

Autores como Blanco Artola, Gómez Solorzano, Orozco Matamoros (2020) sostienen que los trastornos de la personalidad se encuentran entre las afecciones psiquiátricas más comúnmente experimentadas, afectan aproximadamente entre 5 y 15% de la población. Estos suelen diagnosticarse cuando las desviaciones culturales a largo plazo en la cognición, las emociones y el comportamiento interrumpen las actividades diarias o causan angustia. Así mismo, las personas con trastornos de la personalidad experimentan un impacto destructivo del estigma social, además de los síntomas problemáticos de la enfermedad en sí.

Para Blanco Artola et.al (2020), estos trastornos cobran importancia para los profesionales de salud mental por su alta frecuencia que afecta en gran medida la interacción entre éstos y los pacientes, dado que se trata de un fuerte predictor del resultado y una causa de mortalidad prematura, como así también, un gran costo para la sociedad.

De acuerdo al DSM- 5, los trastornos límite de la personalidad se caracterizan por:

1-Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (Nota: No incluir el suicida ni las conductas potencialmente auto lesivas (por ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas auto lesivas que figuran en el Criterio 5.)

2-Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3-Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4-Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto lesivas (p ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios) (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas auto lesivas que figuran en el Criterio 5).

5-Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas auto lesivas.

6-Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo (p ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7-Sensación crónica del vacío.

8-Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9-Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (p. 663)

En otras palabras, el patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales es la base de este trastorno, así como la autoimagen, los afectos y la gran impulsividad que resulta muy difícil moderar. Estas personas realizan un gran esfuerzo para evitar el abandono, que puede ser tanto real como imaginario; la mera posibilidad de un rechazo o separación de algo externo, afecta tanto la autoimagen como la cognición, el afecto, y el comportamiento. Manifiestan una alta sensibilidad a los



cambios, aunque no sean repentinos, y a las circunstancias ambientales. Suelen asociar el abandono a una condición propia; la intolerancia a la soledad puede desencadenar en autolesiones o comportamientos suicidas. Si bien necesitan estar con otros, sus relaciones son inestables e intensas. Eso se traduce en vínculos que por momentos son extremadamente demandantes, pero que inesperadamente se vuelven distantes y amenazadores.

Una persona con TLP, puede llegar a pensar que el otro no responde adecuadamente al vínculo, sintiéndose desvalorizado y que la otra persona no le dedica el tiempo o calidad suficiente. Son personas que cuidan de los otros con la expectativa de que harán lo mismo con ellos, pero este giro brusco de idolatrar o menospreciar al cuidador (pe. amante, amigo) produce serias dificultades vinculares. Su autoimagen no suele estar valorizada, y de necesitar del otro de manera extrema para vivir, convierten inesperadamente esta necesidad a un repudio y rechazo extremo y exagerado en relación a quien formaba parte de ese vínculo. Esta pobre imagen de sí mismos, por momentos, y dependiendo de las circunstancias, en variadas ocasiones se transforma en un sentimiento crónico de vacío, en un sentirse inexistente frente a la falta de vínculos significativos. Asimismo, podrían tener modificaciones abruptas en la autoimagen, metas y/o proyectos. Estos vinculados con modificaciones en relación al ámbito laboral, identidad sexual, valores, grupos de amigos, entre otros. En cuanto a su perfil laboral y educativo, aquellas tareas más estructuradas y organizadas suelen ser las más convenientes y en donde se observan mejores resultados en relación al desempeño, pero estas personas suelen boicotarse a sí mismas cuando están próximos a una meta, como ser recibirse, lograr un puesto de trabajo o lograr una relación estable, esto produce una pérdida de empleo recurrente, interrupciones y cambios en la educación y separación de vínculos.

### **Antecedentes del TLP**

Es aproximadamente cinco veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado, de aquellas personas que padecen TLP. Se encuentra también un mayor riesgo familiar de trastorno antisocial de la personalidad, por consumo de sustancia y trastornos bipolares o depresivos. Se diagnostica predominantemente en mujeres, aproximadamente un 75%. Puede presentarse comorbilidad con trastornos depresivos o bipolares, y se pueden diagnosticar los dos cuando se encuentran criterios de ambos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En la Guía de práctica clínica (1994) sobre TLP exhibe evidencias recientes sobre la negligencia y la falta de implicación emocional de los cuidadores que repercuten en la socialización del niño y pueden contribuir, tal vez, al riesgo de suicidio. En la práctica, diagnosticar los TLP no resulta sencillo, es decir, suele haber frecuentes errores al realizarlos. Es importante para un buen diagnóstico tener un registro del inicio de los patrones de comportamiento y si estos llevan ya un tiempo de larga duración para no diagnosticar adicional y erróneamente una bipolaridad o depresión.

Antecedentes importantes de personas con TLP son las muertes prematuras de los padres, los conflictos hostiles, el abuso sexual y físico y el abandono. También, los trastornos que conviven con el TLP suelen ser las depresiones, bipolaridad, trastornos de consumo de sustancias, de la conducta alimentaria, por déficit de atención y el de estrés post traumático junto con otros trastornos de la personalidad. Teniendo en cuenta la impulsividad de estos pacientes, es frecuente observar el juego desenfrenado, atracones de comida o abuso de sustancias. Por otro lado, el porcentaje de suicidio consumado, que oscila entre el 8 y 10%, explica porque son comunes las consultas de pacientes con TLP frente a los reiterados actos destructivos, intentos o amenazas de suicidio, quemaduras, cortes y otros tipos de autolesiones. Respecto de la muerte prematura por suicidio, esta se encuentra asociada a trastornos comorbidos depresivos o al consumo de sustancias. La causa de estos actos suele estar asociada a amenazas de separación o rechazo o situaciones en que el individuo asume una responsabilidad mayor en algún área de su vida.

El deterioro de los afectos y el riesgo de suicidio son mayores en los adultos jóvenes, y van disminuyendo gradualmente con la edad. Sin embargo, la tendencia a manifestar fuertes emociones a actuar impulsivamente y vivir intensamente las relaciones está presente durante toda la vida; en el rango de los treinta y cuarenta años de edad es donde se logra más estabilidad.

German y Hooley (2012) manifiestan en relación al comportamiento auto lesivo propio de las personas con TLP que este no siempre desemboca en un suicidio consumado, sino que hay distintas posibilidades que podrían agruparse en los siguientes grupos: A) Autolesión no analítica directa, es la conducta para suicida, un acto deliberado de agresión hacia el propio cuerpo sin intencionalidad suicida, entre ellos, el cutting es una de las practicas que más se ha extendido en estas personas. B) Autolesión no analítica indirecta, se caracteriza por situaciones de maltrato que no implican daño directo sobre el propio cuerpo, por ejemplo, el abuso de alcohol. C) Intento auto lítico no letal frustrado, es el intento de suicidio con método no letal, es decir, que la vida de la persona no corre riesgo, aunque sufra lesiones importantes. D) Intento autolítico letal frustrado, a diferencia del punto C, el método es letal, pero la persona no muere. E) Intento de suicidio consumado que, acaba con la vida de la persona.

Se agrega que las personas con TLP presentan una inestabilidad afectiva traducida en momentos de disforia, irritabilidad o ansiedad de varias horas, producto de una gran reactividad del estado de ánimo. Es frecuente que manifiesten su ira de manera descontrolada, con poca capacidad de inhibición. Son parte de este trastorno las explosiones verbales, manifestaciones sarcásticas y los resentimientos prolongados, frente a la negligencia, indiferencia o nuevamente amenaza de abandono o separación. Estas situaciones refuerzan la culpa y el sentimiento de poca autovaloración Se aburren fácilmente. Por lo que buscan entretenimientos constantes. En situaciones extremas de estrés algunas personas desarrollan síntomas de tipo psicótico, como por ejemplo alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal entre otros. Puede aparecer ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos como la despersonalización, pero son pasajeros y no ocupan un criterio de comorbilidad. En varias

ocasiones lo que ayuda a disminuir síntomas es el acercamiento de la persona cuidadora o con quien mantuvo un vínculo que sufrió ruptura real o imaginaria (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

A diferencia, en la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (2022) con su concepción dimensional propone el diagnóstico general “trastorno de personalidad y relacionados”, dándole importancia a las alteraciones presentes en el paciente en lo intra e interpersonal. En primer lugar, se evaluará la gravedad de las alteraciones de la personalidad, pudiendo ser estas leves, moderadas o graves. En segundo lugar, y en función de la valoración dimensional anteriormente mencionada, se valora a nivel categorial los rasgos prominentes, que se asemejan al modelo de los cinco tipos: desapego, afectividad negativa, desinhibición, anaplastia y anti sociabilidad. Por último, junto a los rasgos prominentes se debe encontrar un patrón límite de comportamiento específico que no se ajusta a ninguna de las dimensiones de este modelo.

Acorde a la Guía de práctica Clínica del Trastorno Límite de la Personalidad (2011) se describen deficiencias a nivel estructural y funcional en determinadas áreas cerebrales que son clave para regular el afecto, la atención, el autocontrol y las funciones ejecutivas.: la amígdala, el hipocampo y regiones orbito frontales. Se refieren mayor actividad en la corteza prefrontal, dorso lateral y cuña, y menor actividad en la circunvolución anterior derecha del cuerpo calloso.

Considerando a la Guía Práctica Clínica sobre el trastorno límite de la personalidad (2011)

El TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. La heterogeneidad de la presentación clínica del cuadro, su dificultad de conceptualización y la falta de unificación en las teorías sobre la personalidad han derivado en una gran cantidad de términos y en un desacuerdo entre los distintos autores en cuanto a los atributos esenciales que caracterizan esta entidad. Stern en 1938 fue el primero en utilizar el término *borderline* en una publicación psicoanalítica para referirse a pacientes que no podían ser clasificados claramente en las categorías neuróticas o psicóticas denominándose “grupo límite de la neurosis”. En los años posteriores diferentes autores utilizan distintos términos para referirse a estos pacientes: “esquizofrenia ambulatoria”, “esquizofrenia pseudoneurótica”, “carácter psicótico” u “organización *borderline* de la personalidad”. El estado actual del concepto *borderline* puede sintetizarse en función de las distintas concepciones sobre el trastorno. (p. 20, párr. 1-2)

Se lo ha considerado, dentro del espectro del desorden esquizofrénico, como una forma grave de una organización estructural de la personalidad, como una forma específica de alteración de la personalidad al margen de los síndromes esquizofrénicos y de los estados neuróticos, dentro de los trastornos afectivos, como un trastorno de los impulsos; y, en los últimos años, como una entidad relacionada con el trastorno por estrés postraumático por la elevada frecuencia de antecedentes traumáticos. (p. 22 párr. 1)

En suma, TLP es un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en el afecto y la autoimagen, como así también el control de los impulsos. Están presentes en muchos ámbitos de la vida del individuo. El TLP es el causante de un malestar característico que genera desadaptación social, ocupacional y funcional en general.

En la personalidad límite descrita por Millon y Davis (1998) el sujeto suele sufrir intensos cambios de humor endógenos, periodos de abatimiento y apatía que se van intercalando con distintos momentos de enojo, ansiedad y euforia. No existe una homogeneidad en el nivel de energía, sino que fluctúa, con alteraciones en los ciclos de sueño y vigilia y periodos de desequilibrios afectivos. La conciencia es condenatoria con pensamientos suicidas de automutilación y auto denigración. La separación, el mensaje contradictorio y la ambivalencia afectiva, producen emociones que pueden perjudicar la relación (Díaz, 2001).

Livesley (2000) agrega algunas características de los TLP como inestabilidad en el self, dificultades en las relaciones, afectos y organización cognitiva además de ser altamente resistentes al cambio. Por su parte, Thomas (2008) refiere que como consecuencia del patrón desadaptativo en las relaciones sociales, es frecuente que los vínculos se disuelvan con facilidad, y esto a su vez refuerza el temor al abandono y al mal trato, aspectos que suelen ser recurrentes en la sintomatología de las personas con TLP. Lo mencionado, conduce a reacciones emocionales tales como el aislamiento y a conductas impulsivas (Díaz, 2001).

### **La desregulación emocional como característica central del TLP**

Por su parte, Marsha M. Linehan en el Manual de Tratamiento de los Trastornos con Personalidad Límite (2003) considera que el principal trastorno de las personas con TLP es la desregulación de las emociones; considerando a la teoría social, se destaca que esta desregulación sucede como consecuencia de una disposición biológica, cierto contexto ambiental y la interacción entre estos dos factores.

Se considera que esta desregulación emocional podría verse afectada por una modulación inadecuada y poco adaptativa, más la presencia de vulnerabilidad emocional que produce una alta sensibilidad a los estímulos emocionales, una respuesta intensa a estos, y un volver a calmarse de manera lenta, luego de la excitación emocional.

Como se ha mencionado anteriormente, esta incapacidad de modular adecuadamente las emociones también produce síntomas y consecuencias. Por modulación, se entiende a la capacidad de inhibir las emociones inapropiadas, poder organizarse positivamente para la acción con un objetivo, independientemente de la emoción presente, poder calmar la excitación fisiológica y centrar la atención.

Se piensa que la desregulación emocional surge de la combinación de un sistema emocional híper sensible con la incapacidad de modular las emociones fuertes y las acciones asociadas a estas. Sin embargo, es necesario especificar a qué subtipo de TLP corresponden, por la multiplicidad de síntomas y signos y las consecuentes repercusiones en su entorno (Caballo, 2004).

Linehan (2003) expresa que si bien existe una base biológica se observan variaciones de una persona a otra. Se conoce que el ambiente invalidante durante el desarrollo de la persona, es totalmente nocivo, y quien padece de TLP, a su vez, también genera un ambiente invalidante, caracterizado por respuestas erróneas e inapropiadas a pensamientos, creencias, y sentimientos propios, ya sea porque responden exageradamente o porque estos son ignorados.

En la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011) se refuerza lo expuesto por Linehan (2003) en cuanto al ambiente de la persona con este trastorno y agrega que la incidencia de maltrato es muy frecuente y alta, encontrando ciertos daños como abusos físicos, sexuales y emocionales de manera concurrente, sumado a la negligencia por parte de los cuidadores. Es importante destacar que los malos tratos no bastan para que una persona tenga TLP, esto se asocia a una negación emocional de dicho maltrato por parte de cuidadores y a los factores predisponentes y las características contextuales del vínculo progenitor- hijo.

Cabe señalar que uno solo de los factores mencionados no es suficiente para que se desarrolle TLP; de lo que si no quedan dudas, es que aquellos que poseen dicho trastorno tienen como antecedentes familiares, otros trastornos de la personalidad, adicciones, escaso o poco cuidado, ausencia de empatía, poco registro de la situación o negación de la misma, o características que hacen del entorno familiar un contexto inestable, muchas veces invalidante, poco confiable, que sumado a factores predisponentes de la persona, facilitan la aparición del trastorno de la personalidad, en este caso el límite.

## **Relación del apego con el trastorno límite de la personalidad**

Existen en la bibliografía diversas referencias bibliográficas sobre la relación entre el apego y la aparición del TLP y en la mayoría lo vincula a un apego inseguro, idea que refuerza Linehan (2003) al referirse al ambiente invalidante.

Sobre el apego, aquel vínculo emocional profundo, formado por el niño y su figura de cuidado, Bowlby (1969:1980) describe ese desarrollo vincular a temprana edad como parte de la naturaleza humana; los infantes desarrollan un estilo de apego de acuerdo a la forma en que se relaciona con su cuidador, si se presentan carencias en relación a este vínculo se lo llama apego inseguro; estos niños desarrollan patrones de comportamiento en los que se presentan deficiencias en relación a las emociones y a la confianza. El apego inseguro puede desencadenar situaciones evitativas (apego inseguro evitativo) en las que el niño ha aprendido a no contar con sus figuras de apego, ya que no están accesibles o no son empáticas, no atienden a sus necesidades, o los rechazan emocionalmente. Como resultado de estas carencias, estos niños evitan el contacto emocional, desarrollan dificultades para entablar y mantener vínculos, son retraídos frente a situaciones dolorosas, mostrándose independientes y autosuficientes, no pueden ser empáticos, y suelen no manifestar emociones frente a la partida o re encuentro con sus cuidadores, mostrándose indiferente.

En el apego ambivalente, los progenitores o cuidadores estuvieron presentes de alguna manera, pero con dobles discursos, con incoherencias en sus dichos y acciones, como por ej. Ser extremadamente exigentes por momentos y muy permisivos por otros. Suelen ser parejas inestables que manifiestan sus propias autocríticas a los hijos, produciendo temor al abandono y dudas en relación a estos cuidadores. Estos niños buscan aprobación y muestras de cariño, y certeza de que sus cuidadores estarán disponibles, aunque estos no pudieran consolarlo. Presentan dificultades para separarse de las figuras de apego, aunque son ambivalentes y no se muestran muy afectuosos; son temerosos de reiteradas separaciones.

Por último, el apego desorganizado, es cuestionado por algunos autores debido a la gran heterogeneidad de rasgos que lo caracteriza; siendo es una combinación de los dos anteriores. Lo que más caracteriza a estos niños es la incapacidad de controlar sus emociones, viéndose desbordados por las mismas. No son capaces de entablar relaciones íntimas por miedo al abandono (Piquero, 2001). Feeney y Noller (2002) estudiaron las relaciones de apego en adultos, concluyendo que estas influyen en el vínculo terapeuta-paciente, ya que es probable que, en éste, se repitan los patrones de relaciones de apego de la persona, como también se podrían repetir en otros espacios como en los vínculos de pareja. Lossa, Corbella y Botella (2012) afirman que aquellos pacientes adultos con apego seguro tienen mejores resultados tanto en la construcción de la AT como en el tratamiento psicoterapéutico, mientras que los que experimentaron apego inseguro, suelen tener resultados más pobres. Por otro

lado, quienes tienen un modelo de apego evitativo, son más propensos a sufrir rupturas en las AT de sus tratamientos.

La Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011) menciona sobre la Epidemiología que:

Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP. En términos generales, se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas 10 y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Hay muy pocos estudios sobre la prevalencia del TLP en personas jóvenes. Afecta entre el 0,9-3% de la población comunitaria menor de 18 años 26. (p. 22, párr. 1 y 2)

Y, en relación al curso clínico de las personas con TLP, tal como se menciona en la guía anteriormente citada, este suele ser inestable, en general a la par de periodo de crisis en los que se presenta determinada sintomatología como conductas auto lesivas, abuso de sustancias, intentos de suicidio, síntomas psicóticos transitorios, comportamientos impulsivos como agresiones y conductas sexuales de riesgos.

El pronóstico de personas con TLP suele tener una evolución variable, con una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo, haciendo posible el sostener relaciones sociales y laborales más estables a partir de los cuarenta y cincuenta años de edad.

Un artículo publicado en la Revista Científica The Lancet (2012) menciona ciertas novedades en relación a este trastorno, entre ellas, que el TLP forma parte de un espectro heterogéneo y amplio en el que se destacan tres dominios característicos: la identidad inestable, las emociones intensas y rápidamente cambiantes, y los problemas en las relaciones interpersonales.

En relación a la identidad inestable, la persona experimenta constantemente dudas sobre si misma, como es, como agrada a los demás, si está actuando correctamente. Estas dudas se relacionan tanto con su imagen corporal, como con su personalidad y comportamiento, lo que puede ocasionar sufrimiento, inconvenientes para sostener metas y cambios constantes de opinión.

Considerando lo antedicho, resulta difícil ante las personas que padecen este trastorno, construir y mantener una alianza terapéutica en el tiempo atravesada por cambios frecuentes.

En cuanto a las emociones intensas, se sostiene que cualquier estímulo de distinta índole e intensidad puede activar una reacción emocional intensa, siendo muy difícil para la persona inhibir esta reacción o poder controlarla para moderar su intensidad.

Por último, se considera que las dificultades en los vínculos, es característico de la imposibilidad de lograr una distancia emocional saludable en las relaciones. Es decir, que se agobia, podría ponerse distante, y a la vez resultaría demandante para el profesional.

Según se conoce, el afrontamiento de estas dimensiones de cada persona con TLP, podría provocar situaciones de ira, autolesiones o actos suicidas. También es importante conocer la comorbilidad de TLP con otros trastornos mentales que se deben evaluar simultáneamente. Los chequeos médicos frecuentes son aconsejables por la comorbilidad con trastornos somáticos, y el riesgo de sufrir enfermedades infecciosas y metabólicas, como cardiovasculares y respiratorias que es más frecuente en mujeres (Lavilla, 2022)

Mosquera y González (2011) refieren en su artículo “Del apego temprano al Trastorno límite de la personalidad” que los síntomas de este trastorno, a veces, describen la conducta más aparente o caótica, pero que es esencial entender que se centran en la alta reactividad a factores externos, la sensación casi permanente de vulnerabilidad, y una gran dificultad para sostener en el tiempo una conducta adecuada o esperada socialmente, lo que se ve reflejado en la visión del mundo que los rodea, en las dificultades de vincularse con los demás y en el frágil auto concepto. Aunque no es la única pieza del rompecabezas para determinar el surgimiento de un trastorno de la personalidad límite, si es una pieza importante la vinculación a modelos de apego disfuncionales vividos en sus primeros años con sus cuidadores.



## **Capítulo II: La alianza terapéutica**

En este capítulo se desarrollará el concepto de alianza terapéutica (AT) desde la visión de algunos autores para luego describir sus elementos constitutivos. Se hará mayor hincapié sobre lo expuesto por Bordin con la correspondiente articulación en la temática ya que se considera ser el autor más representativo.

Se expondrá acerca de las vicisitudes de la construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica con pacientes con TLP, haciendo hincapié en aquellos aspectos cruciales a tener en cuenta para manejar efectivamente las rupturas y obstáculos que podrían llevar al fracaso del tratamiento.

Este constructo, es decir la AT, vínculo, o un arte, es “un baile de a dos” que requiere de un compromiso para poder construirla, y habilidad para poder mantenerla.

¿Cómo se forma la alianza terapéutica? ¿Qué es verdaderamente? ¿Quiénes participan de esta? ¿Qué tiene más peso en el vínculo, el terapeuta o el paciente? ¿Por qué algunos pacientes no presentan habilidades como para poder construirla? ¿Qué hace que la alianza se rompa? ¿Se puede reparar?

Las personas con TLP boicotean a esta alianza. Y así, varias preguntas más surgen en el momento de abordar este constructo y su relación con los pacientes.

### **Desarrollo del concepto de alianza terapéutica**

A lo largo de la historia varias han sido las definiciones utilizadas para referirse a lo que hoy en día es la AT, lo cierto es que un proceso terapéutico, no puede considerarse, sin incluir a esta relación interpersonal y trabajo colaborativo entre paciente y profesional. La calidad emocional de este vínculo es fundamental y como se mencionó, también es predictor de la eficacia del trabajo terapéutico.

El concepto de AT ha recibido atención por parte de diversos autores y profesionales, independientemente de la corriente psicológica a la que adhieran.

Freud (1912) en sus primeros escritos se refería a la transferencia que solo era posible lograr si existía una actitud comprensiva por parte del analista. Se refiere a esta como una forma beneficiosa de vínculo con el terapeuta. De esta manera, el analista era provisto de poder, y el paciente aceptaba lo referido por el analista. Es decir que, en un principio, se le dio importancia a la cuestión transferencial que aportaba este último. Zetzel (1956) realizó una distinción entre transferencia y alianza, sosteniendo que esta última era la parte no neurótica de la relación terapeuta paciente, que daba lugar al insight y al uso de interpretaciones por parte del terapeuta, y la transferencia, era lo que iba a dificultar o facilitar el establecimiento de la alianza. Otros autores como Gelso y Carter (1985), niegan una diferencia entre

transferencia y alianza debido a que separar los conceptos reduce la importancia de la interpretación de la transferencia.

Lo que se tiene en cuenta en relación a la transferencia, es hasta dónde las vivencias o influencias del pasado influyen en la construcción de la alianza con el profesional. Como señalan Corbella y Botella (1969), hay defensores de la alianza como transferencia, y entre éstos se encuentra Friedman (1969), quien sostiene que las transferencias maternas infantiles son parte de la alianza. Lambert (1992) postuló que el 30% de la efectividad terapéutica está dada por la alianza terapéutica. Para Horvath y Beth (2002) la AT en el campo de la psicoterapia se la define como la fortaleza de cooperación entre el paciente y el terapeuta el cual incluye las redes afectivas, la confianza y el establecimiento de metas.

A partir de 1980, se construyeron diferentes escalas que permitieran evaluar el concepto de Alianza y de relación terapéutica.

Del Re et al (2012) corroboran investigaciones previas, observando que la variabilidad del terapeuta en la alianza parece ser más importante que la variabilidad en los pacientes, en relación al resultado de la terapia.

Se destaca que la AT por sí sola, no es curativa, sino que su importancia radica en su calidad como componente facilitador del proceso terapéutico (Corbella & Botella, 2003).

Mosquera (2004) por su parte, plantea que trabajar sobre conductas de riesgo y evitar que interfieran en la terapia, fortalece la alianza terapéutica y evita el deterioro de la misma. Incluso, considerando nuevamente a Corbella y Botella (1969) los planteamientos de Bowlby (1988) sostienen que la situación terapéutica es una nueva relación de objeto donde el cliente puede formar una relación positiva con el terapeuta.

Se entiende que el hecho de que se construya y consolide una buena alianza terapéutica, dependerá de condiciones del paciente, como de las actitudes del terapeuta y del tipo de problema que los convoca.

La AT también ha sido asociada a la respuesta temprana, que es entendida como la relación de colaboración entre paciente y terapeuta (Bordin, 1979).

En las décadas pasadas este concepto tuvo un rol protagónico en la investigación en psicoterapia por haber demostrado ser uno de los predictores del cambio de los pacientes. Se ha observado particularmente una conexión entre alianza terapéutica y resultados tempranos; por ello resulta importante una alianza inicial sólida, ya que ha predicho mejores tasas de remisión sintomática (Klein, Schwartz, Santiao, Vivian, Vocisano, Castonguay, & Keller, 2003).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un modelo que ha demostrado interés, desde sus comienzos, en la alianza terapéutica, y los aspectos involucrados en esta. Goldfried y Davson (1981) señalan que el terapeuta conductista verdaderamente capaz es el que puede al mismo tiempo, conceptualizar los problemas y realizar los ajustes necesarios para mantener con su paciente una relación cálida y empática.

Las investigaciones vuelven, desde las distintas corrientes, incluida la TCC, a aspectos mencionados por diversos autores, que hacen a las características del terapeuta y cliente, respectivamente; es indudable que Carl Rogers y Edward Bordin logran conceptualizar este constructo de manera tal que los distintos modelos de terapia adhieran a su teorización. Rogers (1957), dio importancia a la actitud positiva incondicional del terapeuta como uno de los rasgos fundamentales, significando esta una actitud de respeto y aceptación total de las vivencias y sentimientos del paciente; también a la empatía y a la autenticidad.

### **La alianza terapéutica para Bordin y autores que complementan su teoría**

Sin embargo, es incuestionable el aporte de Bordin (1976), y el alcance y aceptación que ha tenido, el desarrollo de su teoría en relación a la AT y sus componentes. Este autor define a la alianza como el anclaje y relación entre cliente y terapeuta; describe tres componentes que forman la alianza: el vínculo, el acuerdo en las tareas y acuerdo en objetivos. Refiere que no es posible lo citado, si no existe un mínimo entendimiento y acuerdo entre terapeuta y paciente, para cualquier tipo de terapia, ya sea individual, grupal o familiar. La claridad con que se realicen estos acuerdos, va a repercutir en la fortaleza de distintas alianzas que forman la alianza terapéutica. Por otro lado, la consolidación de la AT, no depende solamente de la claridad de acuerdos, sino de los mutuos entendimientos y acuerdos referidos a las metas que los objetivos componen. Estas tareas son generalmente propuestas por el terapeuta de acuerdo a su experiencia y manera de manejar el proceso. Las mismas incluyen los pensamientos y acciones que forman parte del trabajo terapéutico; percibir y registrar cuáles son las tareas importantes para la mejoría del paciente, sumamente importante para el establecimiento de la alianza. Las tareas a las que hace referencia Bordin (1976) tienen que ser percibidas de forma clara para el establecimiento de la alianza, y el acuerdo entre el terapeuta y el paciente debe estar inmerso en un marco de confianza y aceptación, para poder así trazar los El acuerdo también debe incluir cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, trabajados estos entre paciente y terapeuta; es esencial que haya confianza y aceptación, por ende una alianza positiva habilita a la aceptación y el trabajo terapéutico (Bordin,1980) Las tareas a las que hace referencia Bordin (1976) tienen que ser percibidas de forma clara para el establecimiento de la alianza, y el acuerdo entre el terapeuta y el paciente debe estar inmerso en un marco de confianza y aceptación, para poder así trazar los objetivos. El paciente debe sentirse comprendido en un ambiente amable, empático y colaborativo, para poder sostener un vínculo que lo ayude a exponer su problemática, lejos de encontrar una mirada juzgadora.

Entonces, para Bordin la fuerza de la AT dependerá de cuánto entienda el paciente la conexión existente entre estas tareas y los objetivos de cambio propuestos, y de cuánto se ajustan estas tareas a las posibilidades del paciente de comenzar a hacerlas en ese momento. Si lo propuesto implica un desafío que no acuerda con las capacidades del paciente, esto también debilita a la alianza, y hará necesario producir cambios. En relación a los vínculos Bordin hace referencia a los que son producto de la experiencia compartida, tanto placentera como dolorosa y recuerda a que, si bien en un principio consideraba que cada tipo de alianza requería un tipo específico de vínculo, luego descubrió que todos los abordajes hacen referencia a los sentimientos de agrado, cuidado y confianza que los participantes comparten para construir la AT. Siendo así, las diferentes combinaciones de tareas y metas diferirá solo en cuánto agrado, cuidado y confianza son requeridos para sostener cada trabajo colaborativo en particular. El vínculo usuario-terapeuta es el que va a facilitar el cambio a través del proceso de la terapia.

Luborsky (1976) considera a la AT como una entidad dinámica que evoluciona con las diferentes fases de la terapia, y reconoce dos: La primera se da al inicio de la terapia y se relaciona con el apoyo que siente el paciente sobre la ayuda que le proporciona el terapeuta. La segunda consiste en el trabajo conjunto, posterior, para mejorar las dificultades del mismo.

A pesar de algunas diferencias entre la conceptualización de la AT entre Bordin y Luborsky, estas definiciones parecen complementarse, ya que la alianza tipo 1 de Luborsky podría asimilarse a los sentimientos de comodidad y confianza que empiezan a experimentar los pacientes al iniciar el proceso de psicoterapia y comenzar a construir un vínculo positivo, acorde a Bordin; y en relación al acuerdo de tareas y objetivos referido por este último, esto se vincularía con la alianza tipo 2 de Luborsky, que abarca todo el trabajo posterior que se da luego de que se crea ese espacio inicial de confianza, y que va a desarrollarse a lo largo del proceso terapéutico.

Por esto se presentaron altibajos en el desarrollo. Se infiere que serían contemplados en esta segunda etapa y en los acuerdos y metas, que deberán irse evaluando a medida que surjan obstáculos, rupturas, o cumplimiento de objetivos acordados.

Las expectativas, opiniones, y construcciones que se van desarrollando respecto al trabajo, la relación y la visión del otro, resultan relevantes para el establecimiento de esta, así como a su vez la alianza modula la relación. Es decir, la relación modula la alianza y viceversa.

Si bien varios son los autores que aún sostienen que no hay evidencia suficiente para identificar los mecanismos y los factores que harían que un proceso terapéutico sea exitoso, existen distintos estudios que posicionan a la AT como uno de los elementos claves para asegurar el éxito terapéutico. Es así como esta alianza entre terapéutica y paciente, se convierte en una intervención efectiva que permite al terapeuta construir un encuadre de trabajo seguro, de acuerdo a Prusinski (2023), quien sostiene que el efecto dinamizador de este factor se apoya en lo que se podría llamar una cierta

intimidad entre el paciente y terapeuta; va a ser justamente esa intimidad que se puede desplegar gracias a la alianza, la que va a habilitar la comunicación permanente con la parte estable de la personalidad del usuario, permitiendo también acercarse a los cambios esperables por el paciente, a pesar de las tensiones y dificultades que se susciten en el transcurso del tratamiento. Por último, y muy importante, esta alianza va a permitir que el terapeuta se conecte con aquellas características únicas y específicas del usuario, que de otra manera quedarían ocultas.

En otras palabras, se considera a la AT como un marco de referencia útil, siendo el sostén para ir el despliegue del tratamiento desde su inicio hasta el fin del mismo, sobreviviendo a las rupturas, desacuerdos y desencuentros que se susciten (Cobella y Botella, 2003).

Como la alianza es considerada un factor significativo en el éxito del proceso terapéutico, teniendo en cuenta a Prusinski (2023,), se les otorga importancia a los resultados de los procesos psicoterapéuticos asociados especialmente a aquellos que se pueden medir objetivamente, como por ejemplo una disminución de síntomas y una mejoría general en el funcionamiento de un paciente.

La comunidad académica, Ackerman, Hilsenroth (2003) y Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y Wampold (2012) consensan que el valor de la alianza terapéutica es Independiente de las distintas corrientes teóricas que adopten los psicoterapeutas.

Lambert y Bergin (1992) y Assay y Lambert (1999) sobre estudios de eficacia en psicoterapia y los factores asociados a los resultados terapéuticos han concluido que un 30% de la mejoría del paciente es explicada por la relación terapéutica

Según Sprenkle, Davis y Lebow (2009) el desarrollo de la AT no sigue una tendencia lineal, entre una sesión y otra, sino que refleja un proceso dinámico más complejo expuesto a roturas y reparaciones a lo largo del tratamiento. Por parte del terapeuta son esenciales, la actitud hacia el usuario, el propio registro de habilidades y limitaciones, y profesionalismo. También se le otorga importancia a la educación y entrenamiento del terapeuta. Teniendo en cuenta a Horvath (1994), por parte del usuario, la voluntad básica de cooperar es esencial para una buena calidad de alianza terapéutica, así como una estructura de personalidad más madura que se basa en modelos de apego favorables. La experiencia temprana de los usuarios, así como el funcionamiento interpersonal previo al proceso terapéutico pueden influir en esta construcción de la alianza.

Como se puede observar son múltiples las facetas que hacen a la construcción y a la calidad de este constructo, y seguramente quedan varios aspectos a explorar e investigar aún, para saber cómo estos influyen positiva o negativamente en esta cimentación. Se ha evaluado incluso como se establece esta alianza y las diferencias existentes entre una terapia virtual y presencial, no encontrándose aspectos diferenciales importantes. Sin embargo, es destacable mencionar que en

general la evaluación de la calidad de la alianza realizada por pacientes y terapeutas no siempre va a la par.

La importancia atribuida a la alianza terapéutica pone de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional entre terapeuta y paciente; más concretamente el entendimiento, el encaje o la compatibilidad entre ambos, facilita o dificulta directamente la AT. Por lo tanto, las variables del terapeuta y del paciente adquieren especial protagonismo.

La investigación sugiere que las características preexistentes de los pacientes y la calidad de las intervenciones influyen en la AT (Crits-Christoph y Gibbons, 2003).

En el mismo orden de ideas, Corbella y Botella (2003) enfatizan que aquellos pacientes a los que les cuesta establecer una buena relación terapéutica podrían aprovechar más las técnicas específicas, mientras que los que ya establecen una buena alianza con el terapeuta se beneficiarán de intervenciones menos técnicas y más exploratorias.

En un estudio realizado por Lossa et al. (2012), con pacientes adultos en proceso terapéutico, se observó que los pacientes con apego ansioso tienen mayores dificultades para establecer objetivos de manera conjunta con el terapeuta, ya que esto despierta un patrón ansioso frente a la posibilidad de cambios en su vida. Vale decir que, a medida que estos pacientes se acercan al cambio y cumplimiento de objetivos en un momento de la terapia, se produce un retraimiento, y el objetivo se aleja, debiendo así volver a recordarlos. Los pacientes al no ver los resultados del tratamiento, cuestionan al terapeuta y todo esto produce un tambaleo de la AT. Eames y Ross (2002) realizaron otros estudios, en el que evidencian que pacientes adultos con apego ansioso, obtienen menor puntaje en AT, concordando con los resultados de las investigaciones de Sauer (2003) quien concluye que aquellos con estilo de apego inseguro evitativo y ansioso, dificultan las construcciones de la AT. Por último, Bermudez y Navia (2013) investigan acerca de los factores propicios para desarrollar una sólida AT y razonan que la participación voluntaria y comprometida de los pacientes en la terapia, más la confianza depositada en la misma y el deseo de cambiar son factores que influyen positivamente.

Asimismo, la calidez y la empatía del terapeuta son aspectos relevantes para el progreso terapéutico, pero no suficientes por sí solos para lograr la AT (Corbella & Botella, 2003).

Frente a esta realidad, Beutler y Clarkin en 1990 realizaron una selección de tratamientos posibles, centrado en el estudio de las relaciones entre las intervenciones del terapeuta por un lado y las variables del paciente por el otro, para elegir el tratamiento más adecuado para cada caso, verificando algunas consideraciones como un paciente resistente y con un estilo de afrontamiento internalizador, se beneficiaría en mayor grado de un terapeuta poco directivo y dirigido al Insight, mientras que un paciente con dificultades en la construcción de la AT, se beneficiaría más con un

terapeuta de perfil directivo y con el uso de técnicas específicas (Corbella y Botella, 2003). Se entiende por Insight a la comprensión.

Ubicando a la relación terapéutica como aspecto central del proceso psicoterapéutico Bregman (2009) publica un trabajo en el que refiere a la importancia de la AT en función de los resultados terapéuticos, y no ubicando a los procedimientos técnicos en primer lugar, además sostiene que esta AT es constitutiva de la técnica que utilice el profesional, no debiéndose considerar al margen de la misma. Menciona que la AT es un constructo donde interactúan los aspectos interpersonales, y los técnicos, incluyéndose entre sí y definiendo la efectividad del proceso.

De la Fuente Zepeda y Cruz del Castillo (2017) investigan los factores vinculados con el psicoterapeuta que influyen en el vínculo con el paciente, teniendo en cuenta que la personalidad, el compromiso, la experiencia y formación del terapeuta influyen sobre la calidad de la AT. Otras investigaciones a cargo de Etchevers y Helmich (2019) concluyen que la antigüedad en el ejercicio de la profesión marca una diferencia positiva, permitiendo a los más experimentados referirse a lo artesanal de la práctica, es decir, reflexionen sobre sí mismos, desarrollen la capacidad de humildad y sean amables con sus pacientes, siendo más independientes del marco teórico al que adhieren para así crear un vínculo fructífero con sus pacientes. Por el contrario, quien no goza de experiencia, se ajusta a que la labor terapéutica es un conjunto de habilidades aprendidas racionalmente; más dogmática y esquemáticamente, teniendo un vínculo más neutral con su paciente.

La AT sería una negociación entre las diferencias que existen entre las expectativas de los pacientes y las ideas del terapeuta, basadas en aspectos como teoría clínica, experiencia y la evidencia científica (Rossetti y Botella, 2017).

Se ha encontrado que las habilidades interpersonales del terapeuta como ser la fluidez verbal, la capacidad de persuasión, la expresión emocional, la comprensión, calidez y capacidad de reparar rupturas en el vínculo, influyen beneficiosamente en la alianza. Además, la relación terapéutica se puede dividir en dos elementos: uno emocional, que incluye la atención, comprensión y vínculo terapeuta- paciente y otro cognitivo que implica la creencia en la competencia del terapeuta para llevar a cabo el tratamiento con buenos resultados (Wampold y Flückiger, 2023).

Horvath y Bedi (2002) destacan de la alianza terapéutica, su énfasis en la colaboración y el consenso que debe existir entre terapeuta y paciente. Es decir, mientras las primeras formulaciones hacían hincapié en las contribuciones del terapeuta o en las distorsiones inconscientes de la relación paciente-terapeuta, las investigaciones actuales le dan importancia a la colaboración activa que debiera presentarse entre ambos, destacando la calidad y la fuerza de esta relación de colaboración entre paciente y terapeuta.

Un aspecto importante a considerar son las rupturas, inevitables, que pueden suceder con todos los terapeutas y en todos los modelos de terapia (Mitchell, Eubanks-Carter, Muran, Safran 2011). Distinguiendo, Safran y Muran (2000) sugirieron que la AT se caracteriza por episodios de ruptura-reparación durante el curso del tratamiento, y que estos procesos pueden tener un impacto en los resultados del paciente. Se focalizaron en la ruptura de la alianza terapéutica definiéndose como periodos de tensión o quiebre en la comunicación y la colaboración entre el paciente y el terapeuta.

En la actualidad, se presentan varios instrumentos que se utilizan para medir diferentes aspectos de la AT, a continuación, se mencionara algunos de ellos:

La escala Penn (Alexander y Luborsky, 1986:1987) surge del marco psicodinámico influido por el trabajo de Luborsky mientras que la VPPS ( Hartley y Strupp, 1983) también recoge aspectos de la concepción psicodinámica, combinada con aportaciones influidas por el trabajo de Strupp (1974). El WAI ( Horvath, 1981:1982) y el EAPI (Pinsof y Catherall, 1986) se basan en el trabajo de Bordin sobre la alianza terapéutica (Horvath y Greenberg, 1989). Las escalas CALPAS/CALTRANS (Gaston y Ring, 1992; Marmar, Weiss y Gaston, 1989) y TAS (Marziali, 1984), están influidas por la concepción psicodinámica y la propuesta por Bordin. Hay distintas versiones de cada uno de estos instrumentos y la mayoría han sido adaptados para ser contestados por el cliente, el terapeuta y observadores externos, y muestran propiedades psicométricas aceptables (Horvath y Symonds, 1991: Maldavsky, Alvarez, Neves y Stanley, 2017).



## **Capítulo III: Más allá de las vicisitudes de la construcción de alianza terapéutica**

Los terapeutas se enfrentan a dificultades para la construcción de una AT estable con pacientes que padecen de TLP y otros trastornos psiquiátricos comórbidos (p. ej., trastornos de la conducta alimentaria y consumo problemático). Estos problemas se relacionan con alteraciones en el proceso de vinculación y con un patrón de desregulación emocional prevalente.

Lineham sostiene que para empezar a trabajar con pacientes con TLP hay que generar una aceptación en ellos de cómo son en el momento presente, y de cómo se vinculan. También, es importante entender que, a pesar de las dificultades, están dispuestos a crecer y hacer progresos debido a su capacidad inherente de cambio, para ello, es esencial el registro de lo que le sucede y ser consciente de su problemática para poder habilitar cualquier tipo de cambio.

Waizmann, Espíndola y Roussos (2009) sostienen que las rupturas en la AT es un tema de gran interés de investigación en psicoterapia. Se sabe que la resolución de una ruptura habilita tanto a restablecer una buena alianza terapéutica como a permitir al paciente un cambio (Safran, Crocker, McMair, Murray, 1990). Estas rupturas ocurren muchas veces al inicio de los tratamientos, cuando aún no se ha podido desarrollar el proceso de psicoterapia en sí, frecuentemente vinculado a las características propias del trastorno y también a una AT débil.

Como refiere Safran (2005) una ruptura en la alianza es un obstáculo para la psicoterapia, pero también da información importante al terapeuta sobre su paciente. Teniendo en cuenta el patrón de conducta que caracteriza al TLP, extrema sensibilidad y ausencia de habilidades para regular las emociones que no fueron aprendidas, se entiende que la construcción de la AT con estos pacientes seguirá el mismo modo de funcionamiento.

### **La Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) en el tratamiento de personas con TLP**

Para la DBT, la desregulación emocional es producto de una combinación de lo biológico (vulnerabilidad emocional), y lo ambiental (ambiente invalidante), a lo largo de un tiempo determinado. Esto produce formas extremas de regulación emocional, que van adquiriendo estos pacientes a lo largo de su historia, creyendo ser para éstos, soluciones.

La desregulación emocional, que es el centro de estos pacientes, repercute en todas las esferas de su vida, produciendo reactividad en el estado de ánimo, desregulación conductual con conductas impulsivas que tienen como función regular las emociones extremas, desregulación cognitiva, interpersonal y del self. Es por esto que la DBT es eficiente para enseñarles a conectarse

con sus emociones de una manera adecuada, no explosiva, y a resolver las situaciones que se vayan presentando, para que no haya repercusiones negativas a largo plazo (Boggiano, Gagliese, 2018).

Ante dichos pacientes, se presentan dificultades para reconocer si son capaces o no de llevar a cabo determinadas tareas, y una manera de hacerlo; propone la DBT es propiciar las condiciones para que dicha tarea o conducta se manifieste, y así poder evaluar, si está dentro de su repertorio ya que, de otro modo, se inhiben emocionalmente, y ponen en juego su incapacidad para analizar su conducta y habilidades. Podrían utilizarse el juego rol playing en las primeras entrevistas como forma de anticipar, imaginar, prever, que cuestiones podrían aflorar en el vínculo terapeuta-paciente. Ocupando así, el terapeuta en el juego el lugar del paciente, y actuar en situaciones que se esperan que sucedan. Marta Linehan (1993), refiere que el modelado es una fuente de aprendizaje, que se utiliza en la terapia dialéctico conductual y que nutre a la experiencia. Esto difiere de la TCC clásica, que puede concebirse principalmente como una terapia con énfasis en el cambio. A diferencia, la DBT se basa en la filosofía dialéctica realzando la importancia de equilibrar cambio y aceptación. En segundo lugar, se destaca el trabajo sobre las conductas que interfieren con la terapia. Linehan relaciona esto con el concepto de transferencia de los modelos psicodinámicos. Por último, los pacientes con TLP presentan una seria afectación de los vínculos interpersonales con lo cual la relación terapéutica ocupa un lugar especial, y sirve de modelo para reinventar el vínculo (Linehan, 1993).

Los terapeutas se enfrentan a dificultades para la construcción de una AT estable con pacientes que padecen de TLP y otros trastornos psiquiátricos comórbidos (p. ej., trastornos de la conducta alimentaria y consumo problemático). Estos problemas se relacionan con alteraciones en el proceso de vinculación y con un patrón de desregulación emocional prevalente.

Piero y Ferrero (2003) comentan que los pacientes con TLP hacen intentos por ampliar los límites de la AT, según sus características afectivas, lo que requiere por parte del profesional, de cierta habilidad para manejar esta situación. Las variables diagnósticas no parecen predecir el nivel de AT, pero sí influyen sobre esta, la calidad de los vínculos y relaciones pasadas y actuales. En la literatura se pueden encontrar factores predictivos en relación a la calidad de la AT y la sensibilidad interpersonal global y, los problemas interpersonales se evocan como los factores predictivos más certeros asociados a dificultades en la construcción de la misma (Puschner B, Bauer S, Horowitz LM, Kordy H., 2005).

Sin embargo, aún no está claro, el papel que desempeñan las dimensiones de la personalidad en la predicción de la alianza terapéutica, no obstante, sería importante investigar acerca de ellos para prever posibles dificultades y así planear de una manera más adecuada las intervenciones y el plan de trabajo psicoterapéutico de acuerdo a las características propias de cada paciente con TLP, respetando sus diferencias, para lograr así más y mejores cambios positivos.

Por otro lado, se pueden encontrar estudios que consideran a la AT como mediadora, entre el tipo de vínculo terapeuta- paciente, pero es importante en esta instancia poder verificar, si es la buena alianza lo que lleva a eficacia en el tratamiento, o si el tratamiento eficaz conduce a una buena alianza.

Al decir de Aramburú Fernández (1996): “En la relación terapéutica, el terapeuta presta especial atención a las interacciones que se dan dentro del contexto terapéutico, aceptando que el paciente forma parte de éste y por tanto influye en el contexto y en la realidad terapéutica creada”. (p. 135)

En la terapia dialéctico- conductual, se enfatiza un posicionamiento dialéctico: se combina la aceptación con el cambio, la flexibilidad con los límites, el apoyo con el cuestionamiento, enfatizando la validación y aceptación de la situación real del paciente. Como sostiene Linehan (2003), esto requiere que el terapeuta encuentre la parte de verdad o sabiduría en las respuestas del paciente, basada en la creencia de que éste desea progresar y puede cambiar. También, implica una cierta empatía de la sensación de desesperación que siente el paciente, entendiendo que como terapeuta está de su lado, para promover los cambios y trabajar juntos.

Como estos pacientes tienen de alguna manera incorporado las maneras en las que responden a determinadas situaciones problemáticas, y en general estas son recurrentes, limitadas y traen consecuencias negativas, lo importante sería ampliar estas posibilidades con estrategias y habilidades más adecuadas y que den mejores resultados. La perspectiva dialéctica entonces, parecería conveniente para anteponer una solución alternativa que no traiga aparejada las consecuencias negativas que pueden presentar las estrategias que utiliza comúnmente. Es beneficioso que no anule por completo a la otra, sino que brinde alternativas reales y consistentes al paciente, sin que se sienta hostigado (Aramburú Fernández, 1996). En este modelo de terapia, se trabajan habilidades de mindfulness o conciencia plena, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal. Kohlenberg y Tsai (1991) consideran al Mindfulness como una autoconciencia que permite a los pacientes mantenerse y estar presentes, aunque estén expuestos a estímulos aversivos, pensamientos, emociones y eventos negativos que generalmente evitan. Sloan and King's (2007) refieren que la regulación emocional se vincula con los intentos del paciente para ejercer influencia sobre qué emociones tiene, cuándo y cómo tenerlas para evitar la sobre o sub regulación de las mismas. La tolerancia al malestar implicaría una aceptación del mismo, hasta cierto nivel para luego poder generar cambios y la efectividad interpersonal abarca el aprendizaje de habilidades, que permitan a estos pacientes manejarse asertivamente en sus acciones y toma de decisiones.

Teniendo en cuenta los elementos constitutivos de la AT según Bordin, se podría relacionar el acuerdo de objetivos con la primera fase de la DBT, la fase de pre entrenamiento, en donde ese tiempo

y espacio está dirigido a la toma de decisión de realizar o continuar con el tratamiento, y en donde se establecen los objetivos de la terapia. Linehan (2003) manifiesta que la importancia de esta etapa es que se realiza en un contexto de validación y toma de conciencia de necesidad de cambio, en la que coexisten tanto la posibilidad de no empezar con la psicoterapia o si hacerlo. En relación al vínculo al que refiere Bordin, este se vincularía con las etapas siguientes de la DBT.

### **El rol del terapeuta y la prevención de rupturas en la alianza terapéutica**

Una vez construida la AT, es necesario estar atentos a aquellos factores que, más que hacerla móvil o permeable, puedan de alguna manera atentar contra su solidez, afectando así el vínculo terapeuta- paciente y por ende el desarrollo eficaz del proceso terapéutico. Así y todo, son frecuentes los desajustes y rupturas en el trayecto, más aún con pacientes con TLP. En la ruptura está inmersa una tensión o un desajuste en la relación colaborativa entre terapeuta y el paciente (Safran y Murrin, 2006).

Sumando, Mitchell, Eubanks-Carte, Muran y Safran (2011), refieren que este deterioro es producto de una falta de colaboración en las tareas, objetivos o rigidez en el lazo afectivo. Al decir de Bordin (1979) no solo la construcción sino también la reparación de la AT se torna significativos. ya que ambos en realidad son el tratamiento en sí.

Los pacientes con TLP suelen dejar las terapias antes de tiempo; por lo que no hay que descuidar aquellos factores que incrementan su compromiso con el proceso terapéutico y con la vida misma. Es decir, se complejiza en estos pacientes la adherencia a un tratamiento, no solo el psicoterapéutico, sino también el farmacológico, ambos íntimamente vinculados y necesarios para mejorar su calidad de vida.

El trabajo terapéutico debe orientarse en la prevención y en gestión de las crisis. Los aspectos iatrogénicos más comunes están relacionados con el diagnóstico, un enfoque terapéutico inadecuado, una medicalización excesiva, la falta de experiencia o formación de los psicoterapeutas. Una relación terapéutica invalidante, la ausencia de un plan de crisis o los ingresos a urgencias de manera recurrentes pueden ocasionar un impacto negativo en el bienestar del paciente (Rodríguez Cahill, Ruiz Llaveró, Martín Escudero, Garnelo Fernández, Sánchez Rodríguez, Casares García, y Morales González, 2021).

Estudios realizados por Pilar Regalado y Pablo Gagliosi (s.f) confirman que los pacientes con TLP efectivamente despiertan sentimientos negativos en los terapeutas, generando preocupación, frustración, rechazo, agotamiento, desconcierto, y una sensación del terapeuta de que el paciente lo

está manipulando. Por un lado, se pudo observar falta de formación teórica y práctica en relación al diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, por parte de los profesionales de la salud mental, por ejemplo, muchos profesionales no trabajan psicoeducando o realizando entrenamiento de habilidades con ellos. La falta de experiencia también tiene un impacto negativo. Es importante que se conozcan los modelos que han probado eficacia, así como los demás tratamientos necesarios para tratar a estos pacientes como la psicofarmacología y sus efectos. De la misma manera, como se puede trabajar con las familias y el entorno, con lo cual la actualización científica permanente es crucial para evitar las consecuencias negativas en los terapeutas. En 2013, Sansone y Sansone acordaron que la gran parte de las investigaciones indican reacciones emocionales y percepciones negativas hacia estos pacientes.

El mantenimiento del vínculo terapéutico suele ser complejo debido a la desconfianza, idealización y desvalorización con las que el paciente se vincula con el terapeuta o equipo de profesionales, especialmente en un comienzo, por eso un contrato terapéutico donde consten los objetivos del tratamiento y las responsabilidades tanto del paciente como de terapeuta, suele ser útil (Linehan, 2003).

Existen estudios que consideran que hay una actitud negativa del equipo médico que atiende a un paciente con estas características, y los terapeutas estarían incluidos. El motivo es la consideración general de que son manipuladores, la falta de esperanza en la recuperación, la incomunicación y la falta de tiempo para atenderlos (Peso y Kendal, 2013).

Las conductas de los pacientes difíciles pueden generar elevado malestar en los terapeutas, como enojo y rechazo hacia el paciente y un sentimiento de incompetencia hacia uno mismo (Lorenzetti, Jaques, Donovan, Cottrell y Buck, 2013). Las características del terapeuta podrían contribuir a que el paciente sea visto negativamente. Estas se refieren a variables sociodemográficas, por un lado, considerando que los terapeutas más jóvenes y mujeres tienden por ejemplo a valorar más despectivamente a los pacientes. La otra variable está vinculada al desarrollo de la profesión, es decir, cómo aquellas personas con alta carga y estrés laboral, con escasa experiencia y poco conocimiento concreto de la complejidad de estos pacientes, son quienes sub-valoran más negativamente a los mismos. Krebs, Garret & Konrad (2006) agregan, que aquellos que poseen poca experiencia, conocimientos y están en una situación de estrés laboral tampoco contribuyen a una percepción favorable. La tercera variable refiere a características propias del terapeuta y alude a que aquellos más perfeccionistas en su labor, no tienen una visión positiva de la situación. También aspectos del sistema de salud como falta de tiempo, infraestructura del lugar, gran cantidad de pacientes en poco tiempo, trámites administrativos que el terapeuta no puede manejar, contribuyen negativamente en esta mirada.

## **Conclusión**

El TLP es un trastorno heterogéneo, desafiante, con múltiples facetas, que alude a carencias, sufrimiento, invalidación y desesperanza. Las personas que en sus primeros años pasaron por estas condiciones, logran construir su débil identidad con desregulación emocional, impulsividad, dependencia, vínculos controversiales y poco registro de la situación en la que se ven involucrados. La psicoterapia es una de las vías más eficientes en poder brindar a estos sobrevivientes, herramientas para que puedan producir cambios efectivos, reales que los lleven a vivir una vida con menos limitaciones y mayor despliegue de posibilidades, acompañada de la farmacología pertinente.

Las terapias contextuales, y en especial la DBT ha demostrado ser la más eficaz, y poder desde la aceptación y el cambio, con su teoría dialéctica, brindar este espacio de mejoría para personas con TLP.

La construcción de un buena AT consolidada y firme, por un lado, flexible y permeable, por el otro, es la base esencial para ir sorteando los avatares de este vínculo paciente - terapeuta tan controvertido, y para lograr resultados. La literatura e investigaciones existentes continúan sin encontrar aquello que logre ir más allá de las dificultades presentes, para que sorteadas estas, se construya una buena alianza. Este es el desafío. ¿Qué se necesita para poder lograrlo? ¿Cómo se transita este camino de cambios?, sin salir de los lineamientos del modelo teórico al que se adhiere, sin traspasar las propias emociones y sentimientos que estos pacientes generan en los terapeutas pudiendo validar y creer, y hacerles creer que realmente un cambio es posible. Porque sí que lo es, pero para lograrlo, es necesario una combinación de elementos.

Durante las sesiones de psicoterapia, por momentos la relación podría tornarse dependiente y asfixiante o por otro fría, tensa y distante, conforme a los rasgos del paciente. Será la empatía y habilidad del propio terapeuta, sumado a su experiencia, historia personal, cultura, más su formación profesional, lo que hará que este desafío, transforme el futuro desesperanzado de estos pacientes en un horizonte positivo posible

Se considera que saber manejar la frustración, y los sentimientos que estos pacientes generan en los profesionales, requiere de experiencia profesional y horas de práctica de psicoterapia. La actualización constante de los profesionales para estar al tanto de las últimas investigaciones al respecto, como neurociencias, inteligencia artificial, farmacología, serán el complemento de esta combinatoria, así como también el propio trabajo terapéutico y la supervisión.

Son muchas las variables a las que debe estar atento un terapeuta en estos casos, ya que los pacientes con TLP traen consigo un bagaje de elementos adicionales, como otros trastornos comórbidos, hospitalizaciones frecuentes y problemas legales.

Finalmente, respecto de la identificación de las variables de eficacia en la construcción y mantenimiento de la AT con personas con trastorno límite de la personalidad estas consistirán en saber combinar las habilidades para descubrir el momento adecuado de intervención, tener empatía para entender el padecimiento, sabiduría para conocer las limitaciones y fortalezas del otro, capacidad de comunicación para ser claros y precisos a la hora de formular objetivos, carisma para en un ambiente cálido poder generar confianza y expectativas de cambio, también firmeza para tolerar las embestidas y plasticidad para rearmar la situación. La técnica permite llevar a cabo el proceso, el modelo da un encuadre, pero va a ser la AT única e irrepetible con cada paciente, lo que hará una diferencia, aumentando la experiencia y sabiduría de quien participa.

Las herramientas para lograrlo, una buena terapia personal del terapeuta, una formación científica y sólida, actualización permanente en la temática y afines y supervisión de lo trabajado para poder visualizar aquello que se pierde en el intento. Sumados permiten moverse con soltura y sabiduría al atender a un paciente con TLP y barajar de la mejor manera las variables disponibles, para producir un cambio favorable. Se entiende, por ende, que profesionales recién recibidos y con poco trayecto recorrido, deberían considerar la abstención del tratamiento de estos trastornos, por no estar habilitados para resolver favorablemente el dilema. Una buena especialización sería la ocasión para poder lograrlo junto con lo anteriormente citado.

## **Bibliografía**

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. DSM 5. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Anales de psicología 2003, vol. 19, nº 2 (diciembre), 205-221 © Copyright 2003: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728 *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación\**Sergi Corbella y Luis Botella\*\* Universidad Ramon Llull (Barcelona, España)
- Aramburú Fernández, B. (1996). *La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad*. *Psicología conductual*, 4 (1), 123-140. Recuperado de: [www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1996/art08.1.04.pdf](http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1996/art08.1.04.pdf)
- Beck, A. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós ediciones.
- Bermudez, C. y Navia, C. (2013). *Factores que y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica de familia y pareja*. *Revista colombiana de Psicología*. 22(2), 333- 343.
- Blanco Artola, C., Gómez Solorzano, N., & Orozco Matamoros, D. (2020). *Actualización de los trastornos de personalidad*. *Revista Médica Sinergia*, 5(4), e437. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i4.43>
- Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1979,16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1983). *A Working Alliance Based Model of Supervision*. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 35-42. <https://doi.org/10.1177/0011000083111007>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York, NY: John Wiley & Sons
- Caballo, V. y Camacho, S. (2000). *El Trastorno Límite De La Personalidad: Controversias Actuales*. *Psicología desde el Caribe*, (5),31-55. [fecha de Consulta 10 de octubre de 2022]. ISSN: 0123-417X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503>
- Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica. Salut Mental (Catalunya) II. Títol IV. Colecció: Quaderns de salut mental. Castella: 8. *Trastorn Límit de la personalitat*. Catalunya



- Corbella, S., Botella, L. (2003). *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*. Anales De Psicología, volumen (19), número (2), pp. 205-221. Recuperado de: revistas.um.es
- Crits-christoph, P y Gibbons, M. (2003). *Research developments on the therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy*. Psychoanalytic Inquiry, 23 , 332-349
- Díaz, J. (2001). *Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastorno Borderline de la personalidad*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001, vol XXI, n.o 78, pp. 51-70 Espinosa, Javier Jaime, Blum Grynberg, Bertha, & Romero Mendoza, Martha P
- Escudero, V. (2009). *La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar*. Apuntes de Psicología, volumen (27), número (2), pp. 247-259. Recuperado de: www.researchgate.net
- Etchevers, M y Helmich, N. (2019). *Alianza terapéutica y características del terapeuta*. Enciclopedia Argentina de la salud mental. Fundación Aiglé.
- Fernández Álvarez, H. (2011). Paisajes de la psicoterapia. *Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos
- Germain, S. y Hooley, J. (2012). *Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction*, Psychiatry Research 197, 1(2), 78-84. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.050>
- González, A. y Mosquera, D. (2011). Del apego temprano al TLP. *Mente y cerebro*, 46, 18-27
- Herman, J. L. y Van Der Kolk, B. A. (1987). *Traumatic antecedents of borderline personality disorder*. En: B. A. van der Kolk (dir.), Psychological trauma (p. 111-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Horvath, A. y Bedi, R. (2002). *The alliance*. En J.C. Norcross (ed.), Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients (pp. 39-64). New York: Oxford University Press. Kiesler, D.J. (1973).
- Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993): *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(4), 561-573. Recuperado de: <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/mobile/trabajo.php?id=169&idtt=8>
- Klein, D., Schwartz, J., Santiago, N., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. y Keller, M. (2003). *Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and client characteristics*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(6), 997-1006. [Links]

- Kohlenberg R, Tsai M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. Media SSaB, editor. New York.
- . Krebs , E. , Garret, J. y Konrad, T. (2006). The difficult doctor? *Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data*. BMC Health Services Research, 6: 128.18.
- Lavilla, M. ( 26 de febrero de 2022). *Lo último del Trastorno límite de la personalidad (TLP)*.(1ª Parte). Tratamiento Recuperado de <https://tlptratamientos.com/blog/lo-ultimo-del-trastorno-limite-de-la-personalidad-tlp-1a-parte/>
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento del trastorno de personalidad límite*. Barcelona: Paidós ediciones.
- Lorenzetti , R. C. , Jacques , M. , Donovan C. Cottrell , S. y Buck, J. (2013). Managing difficult encounters: *Understanding physician, patient and situational factors*. American Family Physician, 87(6): 419-425.
- Lossa, L., Coreballa, Botella (2012). *Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica*. Boletín de Psicología (105), 91-103.
- Maldavsky, D., Álvarez, L., Neves, N. y Stanley, C.(2017). *Construcción De La Alianza Terapéutica Durante La Sesión: Conceptos E Instrumento Para La Investigación Empírica Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol. 21, núm. 2, pp. 146-161, 2017 Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Manuales de psicología 2003, vol. 19, nº 2 (diciembre), 205-221 © Copyright 2003: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728 *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*\*Sergi Corbella y Luis Botella\*\* Universidad Ramon Llull (Barcelona, España).
- Miller, C (s.f) Child Mind Institute *¿Qué es el trastorno límite de la personalidad? Y por qué ahora está siendo diagnosticado y tratado en adolescentes*.<https://childmind.org/es/articulo/que-es-el-trastorno-limite-de-la-personalidad/>
- Mitchell, A., Eubanks-Carte, C., Muran, J.C., Safran, J. D. (2011). *Rupture Resolution Ranting System (3RS) Manual*. Recuperado de [http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/3rs\\_manual\\_11-11.pdf](http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/3rs_manual_11-11.pdf)
- Mosquera, D. (2004). *Abordaje terapéutico del trastorno límite de la personalidad*. La Coruña: España.

- Organización Mundial De La Salud (Oms) (2022). *Clasificación Internacional Estadística De enfermedades Y problemas relacionados con la salud* (11 Ed.). Organización Mundial De La Salud.
- Peso EJ, Kendal S. (s.f). *Actitudes del personal hacia pacientes hospitalizados con trastorno límite de la personalidad*. *Práctica de salud mental* (2013) 17 (3): 34–8.
- Pierò, A., Cairo, E., & Ferrero, A. (2013). *Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad*. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 6(1), 17-25.
- Piquero, I. (2 de junio de 2001). *Apego inseguro: qué es, tipos y cómo trabajarlo*. *Psicología Online*. Recuperado <https://www.psicologia-online.com/apego-inseguro-que-es-tipos-y-como-trabajarlo-5781.html>
- Puschner B, Bauer S, Horowitz LM, Kordy H. *The relationship between interpersonal problems and the helping alliance*. *J Clin Psychol*. 2005; 61:415---29. 15.
- Robles, S. (16 de marzo 2023) *Que es el vínculo terapéutico y por qué resulta*  
[clahttps://www.cuerpamente.com/psicologia/vinculo-terapeutico-que-es\\_5877](https://www.cuerpamente.com/psicologia/vinculo-terapeutico-que-es_5877)
- Rodríguez Cahill, C., Ruiz Llaveró, G., Martín Escudero, D., Garnelo Fernández, P., Sánchez Rodríguez, F., Casares García, M. I. y Morales González, K. (2021). *Introgencia en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad*. *Clínica Contemporánea*, 12(3), 22.  
<https://doi.org/10.5093/cc2021a21>
- Rossetti, M., Botella, L. (2017). *Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. (26), número (1), pp. 19-30.  
Recuperado de: [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. *Bilbao: Desclée de Brouwer*.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). *Has the concept of the alliance outlived its usefulness?* *Psychotherapy*, 43, 286–291.
- Sansone RA, Sansone LA. *Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder*. *Innov Clin Neurosci*. 2013; 10(5-6): 39-43.
- Sloan, DM. y Kring, AM. (2007). *Measuring Change in Emotion during Psychotherapy: Conceptual and Methodological Issues*. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2007; 14(4):307-22

- Thomas, A. (2008). *An exploration of the relationship between childhood sexual abuse, caregiver support, and maladaptive cognitive schema among incarcerated women*. Trabajo de grado, Doctorado en Filosofía, The Graduate Faculty of The University of Akron, EEUU
- Torres G, Tamara E. (2007). Cuadernos de neuropsicología. The conversation. *El trato de las personas con trastorno límite de la personalidad. ¿Es posible su recuperación?*
- Waizmann, Vanina, Espíndola, Isabel y Roussos, Andrés (2009). *Acerca de las rupturas de alianza terapéutica*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(1), 25–41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- 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.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1994). *Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient*. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 3(1), 25.