



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado

Montevideo, julio de 2023

En Busca de la Integración: Apego Desorganizado y
Trastorno Límite de la Personalidad.

Autora: Florencia Furtado / C.I: 4.703.278-3

Tutor: Asist Mag. Alfredo Parra

Revisor/a: Prof. Adj. Mag. Evelina Kahan

Índice de contenido

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 3 |
| 1. Introducción..... | 4 |
| 2. APEGO | 6 |
| 2.1. Mentalización y regulación emocional | 9 |
| 2.2. Apego desorganizado..... | 13 |
| 2.3. Bases neurobiológicas del apego desorganizado | 15 |
| 2.4. Consecuencias del apego desorganizado | 18 |
| 2.4.1. La internalización del Alien Self..... | 18 |
| 2.4.2. Desconfianza epistémica..... | 19 |
| 2.4.3. Falso self y disociación | 19 |
| 3. TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD | 21 |
| 3.1. Identidad..... | 24 |
| 3.2. Relaciones interpersonales | 26 |
| 3.3. Regulación emocional y comportamiento..... | 29 |
| 3.4. Fallas en la mentalización en el TLP | 31 |
| 4. PSICOTERAPIA Y TLP..... | 34 |
| 4. 1. Psicoterapia centrada en la transferencia (TFP) | 35 |
| 4.2. Terapia Basada en la Mentalización (MBT)..... | 36 |
| 5. REFLEXIONES FINALES..... | 39 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 42 |

Resumen

El presente trabajo en formato monográfico se enmarca en la culminación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República y tiene como objetivo una aproximación teórica sobre el apego desorganizado y el Trastorno Límite de Personalidad (en adelante: TLP) desde diferentes perspectivas. La comprensión de la relación entre apego desorganizado y TLP se considera relevante en el ámbito de la psicología clínica y la salud mental, ya que puede proporcionar bases para el desarrollo de estrategias preventivas y terapéuticas del trastorno.

En este trabajo se analizará la relación entre el apego desorganizado y el trastorno límite de personalidad, con el objetivo de profundizar en la comprensión de su interacción, construcción y manifestaciones clínicas.

Para ello se exponen diversas consecuencias del apego desorganizado que ayudan a comprender el TLP y que podrían estar directamente relacionadas con su sintomatología. Asimismo, se profundiza en la disfunción de procesos de aprendizaje social asociados al apego desorganizado, así como su desarrollo y manifestación posterior en el TLP.

Además, se ahonda en el modelo explicativo de Bateman y Fonagy (2016) sobre la vulnerabilidad a las fallas en la mentalización en las personas con TLP.

Finalmente se exploran dos modelos terapéuticos efectivos para el abordaje del TLP: La Terapia Focalizada en la Transferencia de Kernberg y La terapia Basada en la Mentalización de Bateman y Fonagy. Estas modalidades terapéuticas han mostrado resultados prometedores en el tratamiento del TLP al abordar específicamente los desafíos relacionados con la regulación emocional, las relaciones interpersonales y la mentalización.

Palabras clave: Apego desorganizado, Trastorno límite de personalidad, Mentalización

1. Introducción

El Trastorno Límite de Personalidad es un trastorno complejo y grave caracterizado por un patrón generalizado de dificultades en la regulación de la emoción, el control de impulsos y una inestabilidad tanto en las relaciones como en la imagen del self (Bateman y Fonagy, 2013, p.1).

Este trastorno, tiene consecuencias devastadoras en la salud mental y física de las personas que lo padecen. En este sentido, la relación entre el apego desorganizado y el TLP es de gran importancia en el campo de la psicología y la salud mental, ya que el TLP es un problema de salud pública con una prevalencia que varía entre el 1,4% y el 5,9% de la población general (Clarkin et al, 2007). Con una alta mortalidad asociada al suicidio 50 veces mayor que la población general (Bateman y Fonagy, 2013, p.2).

Diversos autores entienden los problemas de apego temprano como un factor causal de primer orden para el desarrollo del TLP (Kernberg 1984; Bateman y Fonagy 2016; Mosquera y González 2013; Gunderson 1996; Linehan 2009). Luego de una revisión bibliográfica, las teorías explicativas del TLP coinciden en que las experiencias relacionales tempranas son un factor determinante en la constitución de dicho trastorno. Pero es de relevancia aclarar, que esta no es la única causa, de hecho, tampoco existe una relación lineal de causa efecto entre apego desorganizado y TLP. Los modelos interactivos de vulnerabilidad biológica (Gunderson y Lyons Ruth, 2008) combinados con fallas en las experiencias de apego tempranas son los más aceptados hasta el momento en relación a este trastorno (Wagner et al, 2009, Wagner et al, 2010)

En esta línea, la comprensión del desarrollo del apego resulta sumamente relevante para la salud mental ya que establece las bases para el bienestar emocional, psicológico y social a lo largo de la vida. Los patrones de apego que se forman en la infancia tienen un gran impacto en el relacionamiento social en la edad adulta, en el desarrollo de la personalidad, la regulación emocional, la capacidad cognitiva y en la salud mental a largo plazo (Rojas Estapé, 2021, p.95). Un apego seguro funciona, no sólo, como un factor protector contra determinadas patologías y situaciones estresantes (Guerrero, 2018, p.78), sino que también habilita el desarrollo para una sólida mentalización. (Fonagy y Lorenzini, 2014, p.2). En contraposición, las relaciones de apego perturbadas pueden derivar en el desarrollo de un

estilo de apego desorganizado y traer consigo graves problemas de salud mental (Guerrero, 2018, p.123).

En esta dirección, se ha observado una asociación significativa entre el TLP y el apego desorganizado. Dicho estilo de apego, resultado de experiencias de negligencia y/o abuso en la infancia, puede operar como un factor predisponente en la génesis de la enfermedad mental y llevar a patrones de conducta y pensamiento disfuncionales que contribuyen al desarrollo del TLP (Fonagy, 2001, p.2). Estudios indican que aproximadamente entre un 50% y un 80% de los pacientes con TLP presentan un apego desorganizado (Lorenzini y Fonagy, 2014, p. 6).

En la presente monografía, se espera proporcionar una comprensión más profunda de los mecanismos subyacentes que contribuyen al desarrollo de estos patrones relacionales y su relación con el TLP. Además, se busca sumar una mirada que pueda ser útil en el ámbito clínico para mejorar la comprensión de las necesidades y desafíos a los que se enfrentan las personas con TLP, así como para favorecer las intervenciones y abordajes de este trastorno.

Para esto se parte de ciertas interrogantes que guiarán el curso de este trabajo:

¿Qué procesos intrapsíquicos defensivos se producen en el apego desorganizado que podrían estar relacionados con el TLP? ¿Qué sucede a nivel estructural y representacional en las personas con TLP? ¿Cuáles son sus manifestaciones? ¿Qué sucede con el desarrollo de la mentalización? ¿Qué elementos son importantes tener en cuenta a la hora de aplicar un tratamiento psicoterapéutico en personas con TLP?

2. APEGO

El apego es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear lazos afectivos con determinadas personas. Decir que un infante está apegado o que tiene apego a alguien significa que está absolutamente dispuesto a buscar proximidad y contacto con ese otro con el objetivo de obtener seguridad, calma y regulación emocional en los momentos de mucha intensidad (Bowlby, 1989, p. 40; Di Bártolo, 2022, p.13).

Bowlby (1989) formuló la hipótesis de que el niño indefenso mantiene la proximidad de su cuidador por medio de un sistema de patrones de respuesta emocional que tiene como función biológica la protección. Necesita de una satisfacción primaria y sirve para organizar la conducta del infante con el objetivo de que busque comunicación y proximidad hacia un adulto más sabio (p.40-42) y más informado que él capaz de darle protección y consuelo (Fonagy et al, 2017b, p.2).

La naturaleza del apego se advierte como esencialmente afectiva y de carácter innato. Se sustenta sobre bases genéticamente determinadas, se desarrolla a partir de interacciones con las personas del entorno inmediato en la infancia, y se mantendrá relativamente estable a lo largo de la vida (Gaya Ballester 2014, p. 376).

El sistema de apego se activa en el infante cuando se encuentra en situaciones de estrés o amenaza, como por ejemplo cuando tiene hambre, está cansado o algo le genera miedo (Di Bártolo, 2022, p.16). En estas situaciones, se activan las conductas de apego (y se desactivan las de exploración) con el objetivo de obtener cercanía con el cuidador y así poder recuperar el equilibrio emocional (Fonagy, 1999, p.1). El mismo le proveerá un contexto de afecto y confianza, que regula, calma y consuela el malestar del niño (UNIR Openclass, 2020, 8:22).

Cuando se reinstala la sensación de seguridad de que hay una figura protectora y disponible a su disposición (y se desactivan las conductas de apego), el niño siente la libertad de animarse a explorar y experimentar nuevamente el mundo sin miedo (Di Bártolo, 2022, p.19). De esta manera, la figura de apego oficiará de base segura desde la cual salir a explorar y como un refugio al cual volver cuando se presentan situaciones estresantes (Di Bártolo, 2022, p. 16).

El infante en un estado de activación buscará en la respuesta de su figura de apego una representación de su estado mental que pueda internalizar como tal y utilizar para regularse afectivamente (Fonagy y Target, 2007 p.272). Cuando el cuidador responde de manera

sensible y amorosa ante las necesidades emocionales del bebé, se establece una conexión afectiva segura que le permite al infante de manera gradual, ir incorporando habilidades de autorregulación, pudiendo encontrar formas para calmarse y desarrollar estrategias para ser capaz de tolerar sus emociones negativas y transformarlas en positivas. (Di Bartolo, 2022, p.15) Por este motivo, las experiencias repetidas de cuidado y atención brindadas al infante son fundamentales para que este pueda asociar sensaciones de intensa activación emocional con confort y seguridad (Van der kolk, 2014, p.127).

En este proceso, el infante irá internalizando estas experiencias de cuidado en forma de representaciones mentales e irá construyendo patrones mentales y emocionales que servirán como cimientos para su autorregulación afectiva en el futuro. Dichas representaciones contienen un resumen de las experiencias y expresan un estilo de interacción con la figura de apego. Asimismo, serán las encargadas de que el niño construya expectativas de cómo funcionará la interacción y condicione su comportamiento de acuerdo a ellas (Di Bártolo, 2022, p.20).

En esta línea, la creación de estos patrones esperables a partir de la acumulación de las experiencias interpersonales con la figura de apego, Bowlby (1989) los llamó "modelos internos de procesamiento". Ellos regulan la interacción con la figura de apego y orientan el procesamiento de las experiencias afectivas en las relaciones. Esto implica que dichas experiencias están determinadas por un filtro específico que organiza y otorga significado a la interacción, dando forma gradual a un estilo de relación interpersonal. Con el tiempo estos modelos mentales se generalizan, se vuelven inconscientes y persisten a lo largo de la vida, influyendo directamente en el desarrollo de relaciones interpersonales (p.152).

Dichos modelos contienen dos elementos básicos: una representación de la figura de apego que tiene como rasgo central su confiabilidad y disponibilidad, y una representación complementaria de sí mismo que representa el propio valor, de cuán aceptable y merecedor de ayuda y protección se es a los ojos de la figura de apego.(Di Bartolo, 2022, p.21; Bowlby, 1989, p.151) Por lo tanto, influyen directamente el modo en cómo el infante se siente respecto a sus figuras de cuidado y respecto a si mismo .(Pinedo y Santelices, 2006, p.204).

Durante la infancia, estos modelos dirigen el comportamiento de la siguiente manera: un infante que tiene una figura de apego disponible y que responde sensiblemente en momentos de necesidad, buscará a través de ella la regulación necesaria (apego seguro). Por el contrario, si el niño no encuentra una respuesta adecuada y coherente en su figura de apego, construirá una representación de apego en la que no esperará una regulación adecuada; en

estas situaciones, el niño no buscará su figura de apego aunque la necesite (apego evitativo). Por otro lado, si esta figura responde de forma errática, a veces sí y a veces no, es posible que el niño intente buscarla en momentos de necesidad, pero la falta de confianza en su disponibilidad le impedirá calmarse por completo (apego ansioso) (Di Bartolo, 2022, p.20).

Por otra parte, la cualidad de dichas representaciones de apego puede influir en la confianza epistémica del niño, que es su capacidad para confiar en la información recibida por los demás en relación al mundo social (Bateman y Fonagy, 2016, p.55).

La teoría de la confianza epistémica postula que el bebé humano, generalmente primero dentro del contexto de las relaciones de apego tempranas, se inclina instintivamente a desarrollar una apertura a la recepción de comunicaciones sociales de sus cuidadores principales. Dicho de otro modo, la confianza epistémica es una adaptación que permite al infante recibir conocimiento social de sus mayores mejor informados (Fonagy et al, 2017b, p.2).

Este proceso se lleva a cabo a través de señales ostensivas, las cuales son captadas por el bebé con una sensibilidad especial. Dichas señales son las encargadas de estimular los canales de aprendizaje social, por lo que desencadenan una postura de apertura al aprendizaje social en el niño, preparándolo para considerar las próximas comunicaciones como significativas (Fonagy et al, 2017b, p.2).

Es a través del contacto ocular o un tono de voz específico que estas señales suponen la externalización de un lenguaje no verbal determinado en el que se le avisa al niño que la información que va a recibir es relevante y generalizable (UNIR Openclass, 2020, 11:26).

Fonagy argumenta que los niños aprenden a confiar en las señales ostensivas de sus cuidadores cuando reciben consistencia en la información que se les proporciona y cuando las señales están en sintonía con sus propias percepciones del mundo (Fonagy, 2017b, p.4).

En este sentido, un cuidador seguro y confiable a través de estas señales promueve la confianza general en el niño de que es importante como persona o individuo, Esto le permite confiar en su propia capacidad para entender cómo funciona el mundo social y en la precisión de las señales y de las comunicaciones que recibe de sus cuidadores. Además, contribuye a que su mente esté más abierta a recibir nueva información social en el futuro y así poder actualizar sus creencias en torno al conocimiento social (Bateman y Fonagy, 2016, p.56).

Un ejemplo donde un cuidador emite señales ostensivas podría ser cuando un bebé que se lastima mientras juega y recibe una respuesta afectiva congruente por parte de sus figuras de apego. Cuando el bebé llora y muestra tristeza, el cuidador se acerca rápidamente, lo toma en brazos con delicadeza y le habla con una voz cálida y tranquilizadora. Al expresar empatía y cuidado a través de su lenguaje no verbal y palabras reconfortantes, se le transmite al bebé que está a salvo y que puede confiar en su figura de apego para brindarle apoyo emocional en momentos de malestar.

Otro ejemplo diferente podría ser que, durante un momento de juego, la madre quiera que el bebé preste atención a un juguete específico. Por lo que puede señalar el juguete con su dedo índice y mirar al bebé con una sonrisa, emitiendo así una señal ostensiva para dirigir la atención del bebé hacia el objeto y estimular su curiosidad. De esta manera le señala al bebé que conocer e interactuar con el juguete es importante y seguro, y al mismo tiempo se mantiene en sintonía con él, ya que el bebé está jugando y explorando. Pero si esa misma respuesta sucede en otro contexto, por ejemplo, cuando el bebé está llorando o con hambre, no sería congruente con su afecto, y las señales no serían recibidas.

Cuando no hay una respuesta sensible que emita señales ostensivas, lo que sucede es que el infante quedará en un estado de aislamiento mental e hipervigilancia en torno a la comunicación social, lo que podría derivar en un futuro en un patrón de rigidez característico de los trastornos de personalidad (UNIR Openclass, 2020, 24:40).

En resumen, el establecimiento de un apego seguro desempeña un papel crucial en la formación de la autorregulación emocional y en el desarrollo de una visión confiable del mundo social y de sí mismo. Comprender los procesos en los que se encuentra implicado proporciona una visión más clara de cómo las experiencias de apego tempranas y el ambiente emocional influyen directamente en el desarrollo del infante y posteriormente en su vida adulta.

2.1. Mentalización y regulación emocional

La mentalización implica tener la capacidad de interpretar y comprender los pensamientos, emociones e impulsos que están detrás del comportamiento de los demás y de uno mismo. A su vez, permite anticipar y predecir el comportamiento, así como también entender cómo las propias acciones pueden afectar a los demás. Es una habilidad especializada de interpretación que permite ir más allá de lo evidente y comprender las motivaciones internas

de las personas en términos de estados mentales, lo que contribuye a interactuar de manera más efectiva y empática con los demás (Lanza Castelli, 2013, p.79).

La capacidad de mentalizar no es innata, sino que es un logro del desarrollo que llega a establecerse a través de un apego seguro. Originalmente la capacidad de mentalizar se desarrolla a través de las interacciones tempranas con los cuidadores principales y puede ser un determinante clave en la organización del self y en la regulación emocional (Bateman y Fonagy, 2016, p.31).

En este sentido, la calidad del apego y la capacidad de mentalización de los cuidadores determinan el desarrollo de la capacidad del infante de comprenderse a sí mismo y a los demás en términos de estados mentales. Específicamente, la posibilidad de que la mentalización se desarrolle adecuadamente depende de la efectividad y precisión de la respuesta del cuidador a las necesidades de infante y en la capacidad parental de tener “al niño en mente” comprendiendo su comportamiento en términos de sus sentimientos e intenciones subyacentes (Slade, 2009, p.2). En esta línea, el cuidador que mentaliza y sintoniza con el infante se acerca a él con curiosidad por lo que le está sucediendo y por cómo lo está viviendo, centrado en entenderlo y responder a sus necesidades (Mas Hasse, 2017, p.13). El hecho que el cuidador trate al niño como un agente mental hace que el mismo se sienta visto, entendido y mentalizado y pueda comenzar a desarrollar un sentido del self (Fonagy y Target 2007, p.273; Fonagy,1999, p.4).

El proceso es intersubjetivo: el infante accede a la mente del cuidador a la vez que el cuidador se esfuerza por comprender y contener el estado mental del infante (Fonagy, 2000, p.32). Ante las señales afectivas que emite el bebé, el cuidador responde sensiblemente con un reflejo marcado, es decir, exagerado mediante expresiones faciales y vocales que el niño está preparado evolutivamente para identificar. Es así que mediante dicho reflejo el cuidador indica que el estado mental que está representando es el del infante y no el propio. Por lo que el reflejo es similar pero no es el mismo ya que no solo refleja el estado afectivo del niño, sino que agrega una significación a la vivencia del niño respetando lo que dicha vivencia significa para él (Miller, 2016, p.172).

Esta respuesta marcada resulta fundamental para el niño ya que en la interacción la figura de apego funciona para el infante como un otro regulador de sí mismo (Stern, 1985, p.131). A través de una respuesta marcada y contingente la figura de apego le presta su mente al bebé para ayudarlo a organizar y modular sus emociones (Di Bártolo, 2022, p.15). Bion (1966 citado

en Altmann de Litvan y Grill, 2000) explica que la madre con su “rêverie” (función materna) ordena el caos de sentimientos y emociones del niño y se los devuelve reordenados (pp.4).

Un ejemplo de ello, podría ser un cuidador que, ante el desborde emocional del infante, lo abraza suavemente y con una voz amorosa y melódica le exprese: “chiquito, estás muy cansado, acá está mamá, vamos a prepararnos para dormir”. Esta respuesta es congruente con lo que le sucede al infante y a su vez contiene y explica lo que le está sucediendo.

En esta línea, el cuidador al tener una representación del infante con sentimientos, deseos e intenciones, le permite explorar su experiencia interna a través de esa representación. Esto le ayuda a este último a dar sentido a su propia experiencia y a comprender la conducta en función de los estados mentales subyacentes (Graell y Castelli, 2014, p.10).

La representación expresada por el cuidador será internalizada por el infante y servirá para estructurar su mundo interno. Ya que le proveerá un sistema simbólico representacional de sus estados afectivos, proporcionándole un sentido a su experiencia y la regulación emocional necesaria (Mas Hesse, 2017, p.139) (Bateman y Fonagy, 2016, p.32).

Gradualmente, el infante se dará cuenta de que tiene sentimientos y pensamientos, y será capaz de distinguirlos. Además, aprenderá a simbolizar, regular su experiencia interna y desarrollar una representación coherente de sí mismo y de los demás (Miller, 2016, p. 172).

Por otra parte, antes de ser capaz de mentalizar, el infante se relaciona con el entorno en modos prementalísticos (Mas Hesse, 2017, p. 139). A partir del sexto mes, el niño comienza a desarrollar habilidades primitivas de mentalización que se volverán más complejas a lo largo de su desarrollo. Durante los primeros tres años de edad, el niño opera en un modo de equivalencia psíquica en el que considera que sus pensamientos son réplicas directas de la realidad y no representaciones de ésta (Graell y Castelli, 2014, p.4).

De este modo, el niño no puede diferenciar entre la mente de los demás y la propia, y no puede comprender que los demás tienen puntos de vista diferentes e independientes (Graell y Castelli, 2014, p.5). No considera que sus ideas sean representaciones de la realidad, sino más bien réplicas directas de la misma, copias de ésta que son siempre verdaderas y compartidas por todos, y que tienen una realidad equivalente a la de los objetos del mundo físico (Castelli, 2013, p. 82).

Es a través de experiencias repetidas de regulación afectiva, generadas por un espejamiento suficientemente bueno, lo que facilitará que el infante pueda ir desacoplando la realidad

representacional de la realidad externa. Alrededor de los cuatro años, el infante mediante el juego simbólico pasa a experimentar su mundo representacional de un modo simulado. Este modo puede ser pensado como una defensa del anterior, en que la realidad se vuelve demasiado atemorizante (Villalba, 2011, p.16).

Desde esta óptica, los estados mentales se viven como simbólicos, siempre y cuando estén claramente separados del mundo exterior. A través del juego simbólico el infante aprende a “hacer como si” y a representar situaciones y personajes imaginarios. Mediante este tipo de juego, el niño puede usar su imaginación y creatividad para atribuir roles y estados mentales a objetos o personas que no están presentes físicamente (Bateman y Fonagy, 2016, p.48).

Un ejemplo ilustrativo de este proceso se puede observar en el juego simbólico de un niño que, mientras juega debajo de una mesa, imagina que dicha mesa se convierte en un fuerte donde se está ocultando. A través de este tipo de simulación, el niño es capaz de separar las representaciones mentales de la realidad física. Así, la mesa puede ser concebida como un fuerte en su mundo imaginario, pero no puede ser ambas cosas al mismo tiempo en el plano físico.

Sin embargo, es a través de una relación de apego seguro con un adulto confiable, empático y receptivo, que el niño logra integrar gradualmente estos dos modos prementales y acceder a la capacidad de mentalizar. Esta integración permite reconocer los estados mentales como simbólicos y relacionados con los hechos del mundo exterior, sin confundirlos o equipararlos directamente (Castelli, 2013, p.83; Fonagy y Target, 2007, p.275). Cerca de los cinco años, el niño alcanza una etapa de simbolismo y su capacidad representacional se desarrolla lo suficiente como para representar su propia mente y la de los demás en términos de sentimientos, pensamientos, creencias y deseos. Esto indica que el niño ha adquirido la capacidad de mentalización (Graell y Castelli, 2014, p.6).

Cuando la mentalización se logra desarrollar, la regulación afectiva cambia y se transforma, permitiendo modificar los estados afectivos y regular al self (Fonagy y Target, 2007, p.271). La regulación afectiva habilita el desarrollo de la mentalización y a la vez se ve condicionada por ella; una adecuada regulación emocional permite un apto retorno a la calma, lo que facilita el proceso de mentalización dando paso a la apertura y receptividad de los estados mentales propios y ajenos.

A través de la mentalización es posible poder reflexionar sobre la propia afectividad, y conocer la vivencia subjetiva subyacente y su significado. Esto a su vez, contribuye a una mayor regulación de respuestas emocionales efectivas (Miller, 2016, p.175).

La “afectividad mentalizada” supone una capacidad madura de identificar, regular y expresar los afectos y representa la comprensión experiencial de los sentimientos de una manera que va más allá de la comprensión intelectual (Fonagy y Target, 2007 p.271). Se trata de una mentalización respecto a las emociones, lo que alude a pensar sobre los sentimientos propios y los de los demás en estos términos.

En síntesis, el apego seguro supone el trabajo preliminar para una mentalización madura más adelante en la vida (Bateman y Fonagy, 2013, p.2). Los niños que experimentan un apego seguro, con cuidadores que los contienen emocionalmente, les hablan sobre sus estados de confusión y responden a sus necesidades emocionales; tendrán una mayor capacidad para comprender y representar la mente de los demás y la propia a lo largo de su desarrollo.

En contraste, los niños con un apego inseguro o desorganizado, como se plasmará en el siguiente apartado, tendrán más dificultades para desarrollar estas habilidades de mentalización (Graell y Castelli, 2014, p.6). En tanto, cuando un niño experimenta traumas en su apego y se encuentra en situaciones familiares donde no se enfoca en los estados mentales ni se les da importancia verbalmente, o donde se invalida su habilidad para identificar y expresar emociones, la integración de los modos prementalisticos no se logra. Como resultado, se mantiene la coexistencia de ambos modos de manera disociada, al menos en algunas áreas y situaciones de la vida, como sucede con las personas con TLP (Castelli, 2013, p.83).

2.2. Apego desorganizado

El apego desorganizado es un estilo de apego que carece de organización en sus estrategias de regulación y enfrentamiento del estrés. Frente a la desregulación emocional no hay un modo de recuperar el equilibrio (Di Bartolo, 2022, p.39). Este tipo de apego se suele desarrollar en niños que viven en entornos con violencia intrafamiliar, en donde se alternan conductas violentas con otras de afecto o de miedo e inseguridad en los propios padres (Sanchis, 2020, p.3)

Cuando se abordan los aportes de Main y Hesse (1990 citado por Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999) en relación a la desorganización de las estrategias de apego en los bebés, se destaca que uno de los aspectos distintivos por parte de la figura de apego es la presencia de comportamientos atemorizados o atemorizantes (pp. 520). Esto significa que cuando la figura

de apego observa al bebé angustiado o enfermo, manifiesta una actitud asustada o que asusta, lo que le impide brindar la calma y contención necesarias (Di Bartolo, 2022, p. 43) (Lyons-Ruth, 2004, p. 6). Esta actitud transmite al infante un miedo parental no resuelto, descrito por Bowlby como "terror sin solución".

En este contexto, el "terror sin solución" se refiere a la experiencia del infante de encontrarse atrapado en una lucha interna entre acercarse a la figura de apego en busca de protección y alejarse al mismo tiempo debido al miedo y la inseguridad que le produce. Estas relaciones inconsistentes o aterradoras llevan al infante a experimentar una intensa angustia y confusión, lo que dificulta su capacidad para establecer una estrategia de apego coherente.

Desde estas nociones, las conductas parentales desorganizantes y el terror sin solución, sitúan al infante en una paradoja biológica irresoluble, ya que se activan al mismo tiempo tendencias contradictorias entre el sistema de defensa (lucha/huida) y el de apego (proximidad) (Gayá Ballester, 2014, p.378). Los aspectos atemorizantes de la figura de cuidado se almacenarán en el sistema de defensa y aquellos más idealizados en el de apego, por lo que existirá una disociación entre dos modelos mentales contradictorios que deben permanecer separados adaptativamente ya que no es posible integrar que la fuente de protección y consuelo sea al mismo tiempo fuente de amenaza y estrés. (UNIR Openclass, 2020, 26:05)

Como resultado de unos modelos internos de trabajo fragmentados, el niño generará conductas basadas en la contradicción y el temor (Di Bartolo, 2022, p.40). Por ejemplo, conductas contradictorias, aproximación, evitación, congelamiento. Movimientos mal encauzados, incompletos o interrumpidos, angustia y evitación hacia la figura de apego. También manifestará estereotipias, movimientos asimétricos, descoordinados y posturas anómalas e indicaciones indirectas de desorganización y desorientación, como la deambulación desorientada, expresiones confusas, absortas y cambios rápidos en el afecto (Lyons-Ruth, 2004, p.4).

Siguiendo la línea de los posibles elementos precursores de este estilo de apego, el comportamiento atemorizado/atemorizante de la figura de cuidado no sería únicamente el responsable en la desorganización, sino que es posible dejar al infante en este estado de terror sin solución de otras formas, con comportamientos menos evidentes que el maltrato. (Di Bartolo, 2022, p.42)

En este sentido, las investigaciones de Lyons-Ruth (2006) plantean que la desorganización en el infante puede surgir de una multiplicidad de fuentes y explica que pueden existir ciertas conductas parentales que poseen el rasgo de ser comunicaciones afectivas contradictorias y disruptivas que implican una dificultad para responder adecuadamente a las necesidades emocionales del niño. Estos errores de comunicación afectiva son respuestas desorientadas, respuestas negativas-intrusivas, respuestas de confusión de rol y respuestas de retiro de los cuidadores (p.17).

En consonancia con esta visión, otras comunicaciones desorganizantes también pueden ser: usar un tono amistoso mientras se tiene una conducta amenazante o viceversa, inducir al niño a realizar una conducta y luego prohibírselo, reírse cuando el bebé llora, burlarse de él, ignorarlo, no permitirle llorar, no responder ante sus llamados, interactuar con el bebé en silencio (Di Bartolo, 2022, p. 44)

En este contexto, las perturbaciones comunicacionales pueden ser vividas por el infante como “traumas ocultos” ya que no necesariamente se tratan de un evento traumático *per se*, fácil de observar, sino que se constituyen a partir de la amenaza que siente el bebé ante las fallas de comunicación afectiva y la falta de disponibilidad de sus cuidadores (Lyons-Ruth, 2006, p.10).

Las conductas parentales desorganizadas mencionadas anteriormente, generarán un estrés crónico en el niño y una hiperactivación en su apego que hará que su necesidad de proximidad y cercanía sea mucho más grande, a pesar de que no reciba el consuelo que necesita (Bleiberg, 2013, p.14).

Por otro lado, aunque físicamente el infante busque proximidad con la figura de apego de manera intensa, presentará un retraimiento defensivo del mundo mental, ya que resulta demasiado doloroso, aterrizante y peligroso para el self acceder a estados mentales de alguien que maltrata cuando debería estar cuidando y protegiendo. Esta contradicción entre la proximidad física y la evitación mental se sitúa en la base del apego desorganizado (Fonagy, 2000, p.33-34)

2.3. Bases neurobiológicas del apego desorganizado

Como explican Barudy y Dantagnan (2010) “la mente infantil emerge de la interfaz entre las experiencias relacionales de un niño con sus progenitores y la estructura y funcionamiento

de su cerebro” (p.23) Esto significa, que la biología y el apego, son una díada inseparable, que interactúan en una relación dinámica, la cual se desarrolla a partir de la experiencia relacional (Lawler y Causadias, 2014, p.100).

Los sistemas neuroquímicos mejor estudiados implicados en la conducta de apego son el sistema oxitocinérgico y el sistema dopaminérgico. Ambos sistemas se van a ver influidos por factores ambientales como las experiencias afectivas tempranas establecidas en la infancia (Díaz Atienza, 2015, p.1).

El sistema dopaminérgico de recompensa es un conjunto de circuitos neuronales que se activan en respuesta a estímulos placenteros. En el caso del apego, el sistema dopaminérgico motiva al individuo a buscar proximidad con otros y la figura de apego funciona como un estímulo placentero para el niño, ya que le proporciona seguridad, afecto y cuidado (Fonagy y Lorenzini, 2014, p.12). Por lo que la activación del sistema dopaminérgico estará estrechamente vinculada al sistema de apego y a la respuesta que el niño recibe.

En los infantes con apego desorganizado, la hiperactivación del sistema de apego puede estar relacionada con una mayor activación del sistema dopaminérgico, ya que existe una liberación constante de la dopamina al tener la necesidad imperiosa de buscar proximidad con la figura de apego. Su activación estará más relacionada a la necesidad de buscar proximidad y protección que a sensaciones placenteras a las que normalmente se asocia este sistema. El exceso de liberación de dopamina hace que el cerebro disminuya su sensibilidad (retirando receptores) y por tanto su capacidad para experimentar placer (lo que sucede en dinámicas adictivas).

Por otro lado, la oxitocina es una hormona producida en el hipotálamo y liberada por la glándula pituitaria en respuesta a la estimulación sensorial y emocional. La oxitocina tiene una serie de efectos fisiológicos y psicológicos en el cuerpo, incluyendo la regulación del comportamiento social, la respuesta al estrés y la regulación emocional. Además, la oxitocina también parece tener un papel importante en el reconocimiento social, facilitando la vinculación social y la confianza en los demás. Esta hormona aumenta la percepción de la confianza y el reconocimiento emocional en los demás, lo que puede ser importante para la construcción y mantenimiento de relaciones sociales saludables (Díaz atienza, 2015, p.3).

En particular, la oxitocina ha sido implicada en la regulación de la amígdala, una estructura cerebral que desempeña un papel importante en la respuesta emocional y el procesamiento del miedo y la ansiedad. La oxitocina se une a los receptores de oxitocina en la amígdala, lo

que reduce la actividad de la amígdala y, por lo tanto, reduce la respuesta de miedo y ansiedad (Fonagy y Lorenzini, 2014, p.13).

La amígdala es una estructura cerebral importante para la regulación emocional y la respuesta al estrés. En los niños con apego desorganizado, se han observado alteraciones en el funcionamiento y la conectividad de la amígdala. (Reguera Nieto, 2014, párr.16)

Se ha encontrado que el apego desorganizado está asociado con niveles más bajos de oxitocina en los niños (Monteserín, 2012, párr.20). Esto podría deberse a que el estrés crónico (cortisol) interfiere en la producción y liberación de oxitocina, lo que se relaciona directamente con una mayor actividad en la amígdala en respuesta a estímulos estresantes. Si esta actividad es perpetuada en el tiempo, podría provocar una sensibilidad aumentada a dichos estímulos y una mayor reactividad a nivel comportamental acompañado de una desregulación de las respuestas ante el miedo y la ansiedad.

Por otra parte, la corteza y los lóbulos frontales, estructuras conectadas con la regulación emocional y la mentalización tendrán un funcionamiento reducido y no podrán inhibir la activación de la amígdala (Camacho-Cruz et al, 2021, p.139)

La baja liberación de oxitocina en infantes con apego desorganizado está asociada con un entecimiento en el retorno a niveles basales de cortisol inducido por separación (Spangler y Grossman 1993 citado en Fonagy 2000, p.34). El cortisol es una hormona que se produce en situaciones de estrés y que ayuda al cuerpo a movilizar energía para hacer frente a la situación estresante. En un niño que experimenta una separación de su figura de apego, el cortisol aumenta como respuesta al estrés de la separación. Sin embargo, una vez que la figura de apego regresa y se restaura la sensación de seguridad, los niveles de cortisol deberían volver a los niveles basales.

En el caso de los niños con apego desorganizado, se ha observado que estos tienen dificultades para regular sus niveles de cortisol después de una separación de la figura de apego (Lyons Ruth y Jacobvitz, 1999, p.525). Esto significa que el cerebro estará demasiado tiempo expuesto a esta hormona.

La exposición crónica a niveles elevados de cortisol tiene un efecto tóxico sobre las células del cerebro y contribuye a reducir los receptores de dopamina, creando un sistema menos sensible a la misma y por tanto, a las recompensas emocionales.

Esta exposición crónica a altos niveles de cortisol en niños con una crianza insensible, genera anomalías en el desarrollo neurológico y posteriormente déficits en la mentalización. (Fonagy, 2000, p.34)

Las alteraciones neurológicas en niños con apego desorganizado se han relacionado con una mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales en la edad adulta, incluyendo el TLP. (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999, p.550) A continuación se describen algunas de estas consecuencias de dicho estilo de apego.

2.4. Consecuencias del apego desorganizado

El desarrollo de un estilo de apego desorganizado puede tener múltiples consecuencias. En lo que concierne a este trabajo se toman tres que podrían ser especialmente relevantes para la comprensión y constitución del TLP.

2.4.1. La internalización del Alien Self

Los niños que no pueden desarrollar una representación estable y coherente de su propia experiencia a través de la experiencia de ser reflejados adecuadamente por los cuidadores, como en el caso del apego desorganizado, serán propensos a internalizar las representaciones distorsionadas como parte de su autorrepresentación. (Bateman y Fonagy, 2007, p.90)

Esto significa que el niño incorpora en la estructura de sí mismo una representación del otro y de sí mismo como inaceptable y ajena a su identidad. que contiene pensamientos y sentimientos intolerables o perturbadores, hacia sí mismo y hacia la figura de apego (Quintero y de la Vega, 2013, p.26). Por su parte, Bateman y Fonagy (2016) llaman a esta representación "alien self" (p.50).

A esta representación desajustada, no se puede acceder voluntariamente, por lo que se percibe como ajena y extraña a la propia identidad, y el contacto con ella resulta insoportable. En definitiva, tendrá que ser expulsada, puesta fuera, por dos motivos, en primer lugar porque no coincide con el "self constitucional o verdadero" y por otro porque es persecutoria (Fonagy, 2000, p.4). Por lo tanto, cuando se establece conexión con esta área del self, se despliegan una serie de mecanismos defensivos como la escisión y la identificación proyectiva, características del TLP.

2.4.2. Desconfianza epistémica

La creación de un estilo de apego desorganizado produce el cierre de la mente a la comunicación de conocimientos personalmente relevantes sobre el entorno social y cómo funcionar dentro de tal entorno (Lorenzini, 2021, párr.3)

Si el cuidador no emite señales ostensivas y el niño no desarrolla la capacidad de confiar en las señales y comunicaciones de los cuidadores, el canal de aprendizaje social no se estimula; el niño queda en un estado de desconfianza adaptativa y escepticismo hacia la información social que recibe con el objetivo de protegerse. Es decir, desconfía de las intenciones y de la información recibida, ya que en gran medida esta no suele ser congruente con su estado interno por ende no refleja la realidad. Como consecuencia, el infante no será capaz de adquirir e internalizar nueva información personalmente relevante, por lo que tampoco podrá utilizarla para modificar su entendimiento social (Bateman y Fonagy, 2016, p.56; Fonagy et al, 2017b, p.3).

En este sentido, el niño va a experimentar el conocimiento social recibido como engañoso y poco fiable. La desconfianza epistémica hará que el niño permanezca bloqueado en un estado general de rigidez, sospechando de la información social recibida, rechazándola o distorsionándola. Por lo que se encontrará impedido para desarrollar su capacidad de adaptarse socialmente (Bateman y Fonagy, 2016, p.58; Fonagy et al. 2016, p.608)

Esto traerá como resultado, individuos que se mantienen en un estado de hipervigilancia constante hacia su entorno social como una adaptación eficiente y una indicación de que se está ejerciendo la cautela adecuada en relación con la influencia social (Fonagy et al, 2017b, p.6)

2.4.3. Falso self y disociación

Además de la necesidad de apego, los infantes tienen otra necesidad fundamental para sobrevivir y protegerse: la autenticidad. Gabor Maté (2016) explica que el ser humano necesita estar en contacto consigo mismo, sabiendo quién es y cómo se siente. La autenticidad se trata de poder permanecer en contacto con el cuerpo, con las necesidades emocionales y los sentimientos viscerales (Aron, 2016, 10:15). Winnicot (1960) se referirá a self verdadero, donde se aloja la espontaneidad y la creatividad del ser (p.5)

Pero ¿qué sucede cuando la autenticidad del self amenaza la relación de apego? Un bebé que reciba castigo o indiferencia a sus demandas emocionales comprenderá que si expresa

sus emociones no será aceptado ni querido por la figura de apego, El infante percibe que hay algo malo en su manera de ser, por lo que renuncia a seguir en contacto con su verdadero self para poder preservar el vínculo con el cuidador (Aron, 2016, 10:53).

Es así que se construye en la psiquis del infante un falso self que funciona como una barrera y defensa adaptativa al ambiente social, con el objetivo de sobrevivir y protegerse de un entorno amenazador. Su función es ocultar y proteger al self verdadero de la angustia. En este sentido, el bebé adopta una posición de sumisión ante el cuidador y aprende a suprimir sus verdaderas emociones y necesidades para sobreadaptarse a las demandas del entorno (Winnicott, 1960, p.3-5; Naffah Neto, 2007, p.79).

La separación del self a través de la creación del falso self puede relacionarse con la teoría de la disociación estructural la cual establece que ante un trauma (incluido el de apego) la personalidad tiende a dividirse en dos partes (Mosquera et al, 2011, p.19).

Por un lado, existirá una personalidad emocional (PE) asociada al sistema de defensa, donde se alojará la memoria traumática (alien self), y su activación dependerá de estímulos amenazantes. Esta parte de la personalidad podría estar asociada al self verdadero. Por otro lado, habrá una personalidad aparentemente normal (PAN) asociada al sistema de apego, encargada de mediar la interacción con el mundo social, análoga a la existencia de un falso self (Mosquera et al., 2011, p.19).

El paciente con disociación estructural de la personalidad no tiene un sentido integrado de la misma, sino que alterna entre estados mentales (partes de la personalidad) que contienen diferentes emociones, distintos conceptos del self y de las relaciones. (Mosquera y González, 2013, p.15)

Con relación a esto, la teoría de Liotti (citado por Lyons- Ruth, 2006) expone que los patrones de apego desorganizado pueden ser precursores para el desarrollo de la disociación en la vida adulta. Desde esta perspectiva, el apego desorganizado presenta una falta generalizada de integración a nivel mental y conductual, la cual operaría como una vulnerabilidad a la organización disociativa de la vida mental del infante y posteriormente del adulto (p.3). Dutra y Lyons-Ruth (2005 citado en Lyons-Ruth, et al. 2006) en consonancia especifican que el factor más determinante en torno a la sintomatología disociativa en adultos es la desafección materna y la falta de sincronía durante los dos primeros años de vida (p.9).

Cuando el cuidador no responde de manera sintonizada a las necesidades emocionales del niño, éste se ve obligado a bloquear la hostilidad percibida en el cuidador y a actuar como si

no le afectará lo que siente al respecto. Sin embargo, a nivel fisiológico, el niño permanece en un estado de alerta constante, preparado para enfrentar posibles situaciones amenazantes. Si no es tolerable lo que se experimenta, la alternativa posible es la disociación (Van der Kolk, 2014, p.137)

En definitiva, la relación entre el falso self y la disociación estructural radica en que el falso self actúa como una máscara que encubre las partes más auténticas y vulnerables del individuo, al mismo tiempo que lo protege del entorno (Winnicott, 1960, p.3). Por otro lado, la disociación estructural permite mantener separados estos diferentes aspectos de la personalidad, evitando así la integración y la confrontación de emociones difíciles o traumáticas. Ambos mecanismos tendrán como objetivo proteger al verdadero self de lo intolerable.

3. TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

El primer psiquiatra en utilizar la etiqueta de "límite" fue Stern (1938) al describir de esta manera a los pacientes que no entraban en la categoría de psicóticos ni neuróticos, sino que se encontraban en el límite de estas dos clasificaciones.

El TLP es el tipo de funcionamiento psicológico de más difícil diagnóstico. Durante mucho tiempo no han sido claras las características de este cuadro psicopatológico, utilizándose más bien una técnica de descarte para su diagnóstico: quién no cumple los criterios de una organización psicótica de la personalidad, y a su vez, se aleja de los criterios de normalidad, constituiría una organización límite de la personalidad (Fossa, 2010, p.1).

Más adelante, desde otra óptica, Kernberg (1975) propone una organización fronteriza de la personalidad, que no es un estado transitorio oscilante entre la neurosis y la psicosis, sino que implica una organización patológica de la personalidad específica y estable (p.21).

Lo fronterizo refiere a pacientes que presentan una organización caracterológica crónica que no es ni típicamente neurótica ni típicamente psicótica y que está caracterizada por: constelaciones sintomáticas típicas; mecanismos defensivos del yo; una patología típica de las relaciones objetales internalizadas; y rasgos genético-dinámicos típicos. (Kernberg, 1975, p.21)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) establece que el TLP consiste en un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de

la autoimagen y de los afectos, junto con una impulsividad intensa que se manifiesta por cinco o más de los siguientes síntomas descriptivos:

(1) Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario (2) Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación (3). Alteración de la identidad: sentido de sí mismo acusado (4). Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo, (5). Comportamiento suicida recurrente o automutilación (6). Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (7). Sentimientos crónicos de vacío (8). Ira inapropiada e intensa (9). Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2013, p.364).

En otro aspecto, al observar el nivel estructural, Kernberg (1975) explica que cuando las experiencias de satisfacción son insuficientes, predominarán las experiencias de frustración y dolor, lo que llevará a que el aparato mental carezca de los recursos necesarios para integrar la aparición de estos intensos sentimientos agresivos (p.39).

La división natural objetal (propia del desarrollo) de los aspectos libidinales derivados de experiencias de gratificación por un lado y los aspectos agresivos derivados de experiencias de frustración por otro, permanecerá sin integrar, pero esta vez por razones defensivas, como una forma de proteger al self de las angustias desgarradoras que surgen con la integración (Somavía Santa-Cruz, 2008, p.5).

Las personas con TLP fallan en la integración de las imágenes objetales de origen libidinal y agresivo, lo cual significa que quedan por separado las imágenes totalmente buenas del objeto de las imágenes totalmente malas, lo mismo sucede con el sí mismo. Este mecanismo de defensa esencial es denominado escisión (Kernberg 1975, p.41-42).

La escisión y otros mecanismos subsidiarios (la negación, la idealización primitiva, la identificación proyectiva y omnipotencia/devaluación) surgen como mecanismos adaptativos para poder conservar la figura de apego y mantenerla alejada de las imágenes amenazantes al costo de debilitar el funcionamiento del yo, reduciendo su capacidad adaptativa y flexibilidad (labilidad yoica) (Kernberg, 1984, p.12; Fernández , 2008, párr. 4).

La labilidad yoica significa debilidad del yo y tiene como indicadores: la baja tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos, insuficiencia de los canales de sublimación, una falta

de límites entre el objeto y el sí mismo y una regresión al pensamiento de proceso primario. (Kernberg, 1984, p.16)

Una de las posibles manifestaciones clínicas de la escisión podría ser la aparición contradictoria y alternada de estados mentales ligados a una negación de conexión emocional entre ellos y una falta de preocupación por la contradicción. La persona con TLP es consciente de que en un determinado momento tuvo percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí mismo y sobre los demás que fueron radicalmente distintos a los que tuvo en otro momento, pero esto no tiene una repercusión emocional profunda, o sea que reconoce intelectualmente el sector negado, pero no logra integrarlo con el resto de su experiencia emocional. (Kernberg, 1975, p. 40)

Este mecanismo de defensa esencial también puede observarse a través de las distorsiones cognitivas que padecen estas personas, como por ejemplo el pensamiento profundamente dicotómico. Las personas con TLP utilizan de forma crónica categorías excluyentes, construyendo su mundo en términos de todo o nada. De este modo, las opiniones de los demás, de sí mismo y del mundo en general, tienden a ser completamente positivas o negativas (Nieto, 2006, p. 10).

Para un paciente con TLP la realidad se distribuye en blanco y negro, buenos y malos, conmigo o contra mí; todo está escindido, distribuido en dos grupos extremos sin que haya zonas intermedias. Es así que la experiencia subjetiva de estos pacientes está dividida en dos partes: una parte persecutoria llena de objetos peligrosos que pueden atacar, destruir y, especialmente, abandonar; y otra parte poblada de objetos buenos e idealizados en los que poder refugiarse de los más amenazantes (Fernández, 2008, párr. 23).

En la misma línea, Mosquera et al. (2011) relacionan el TLP con la teoría de la disociación estructural y afirman que dicha disociación es la base de la sintomatología límite (p.17) (Mosquera y González, 2013, p. 22) Dicha afirmación se basa en estudios de investigación que sostienen que existe una alta frecuencia de disociación en los pacientes con TLP (Galletly, 1997; Paris & Zweig-Frank, 1997; Chu & Dill, 1991).

La teoría de la disociación estructural de la personalidad puede ayudar a comprender los diferentes grupos de síntomas del TLP, los mismos pueden ser entendidos como manifestaciones de intrusiones y/o cambios entre diferentes partes disociativas de la personalidad (Mosquera et al, 2011, p.33). El hecho de percibir el mundo y a sí mismo desde

un self fragmentado traerá consigo consecuencias en la identidad, la regulación emocional, las relaciones interpersonales y el comportamiento de las personas con TLP.

3.1. Identidad

La identidad se define como la representación mental de uno mismo a través del tiempo, en diferentes lugares y contextos. Refleja un conjunto de valores, metas, preferencias, necesidades, sentimientos y actitudes a partir de las cuales la persona dota de un significado primordial su existencia y proyecto vital (Frías, 2020, p.18).

Desde la mirada de la disociación estructural, y de acuerdo con Mosquera et al. (2011) las personas con TLP verán socavada su identidad debido a que la misma también se encuentra fragmentada. Por un lado, existe un falso self sobreadaptado al entorno que funciona como una (PAN) en detrimento de la autenticidad de la persona y por el otro, hay un self verdadero o (PE) que contiene una representación insoportable de sí mismo y del objeto, y el contacto con ella resulta intolerable (p.19).

Esta división genera consecuencias en la identidad y autopercepción de las personas con TLP. Las mismas poseen una auto imagen y percepción de sí mismas que puede cambiar rápidamente de un momento a otro de manera significativa. Además, suelen carecer de una sólida definición de sí mismas y no sienten tener una identidad propia, coherente y estable en el tiempo, por lo que buscan pistas afuera y se adaptan de una manera camaleónica al entorno (Mosquera, 2004, p. 51). Tanto es así, que dichos individuos se sentirán frecuentemente como "farsantes" y vivirán con el temor constante de ser descubiertos y rechazados (Mosquera y González, 2013, p. 20).

En este sentido, es habitual la excesiva crítica hacia sí mismos al punto de llegar a hacerse daño de múltiples maneras (Mosquera, 2004, p.72). Los sentimientos de insuficiencia, inadecuación e invalidez que experimentan estos pacientes, podrían estar relacionados con lo que Bateman y Fonnagy (2016) describen como la existencia de una "intencionalidad verdaderamente malévola instalada en el sí mismo", debido a la presencia del alien self. Dicha intencionalidad se expresa desde el interior a través de una autodestructividad desmedida (p.53) y guarda relación con la formación de un superyó interno de naturaleza sádica, que castiga severamente y refuerza los sentimientos de culpa y auto-acusación (Kernberg, 1984, p.17).

A su vez, esta combinación de experiencias puede generar un ciclo autodestructivo en el cual la persona con TLP por momentos se siente intrínsecamente mala y se autolesiona física o emocionalmente como forma de castigo.

Los mecanismos defensivos y la existencia del alien self promueven la fragmentación de la identidad que se pone de manifiesto como difusión de identidad, la misma sucede cuando no hay integración representacional del self y del objeto. Kernberg (2007) sostiene que la difusión de identidad es una consolidación estructural y patológica del mundo internalizado de relaciones objetales, ya que las mismas se internalizan de manera parcial y escindida, reflejando una carencia estable de integración del concepto del self y de los otros significativos. (p.19)

Esta falta de integración en la identidad puede observarse en la narrativa del paciente, a través de descripciones contradictorias y caóticas de sí mismo y de los otros y en la incapacidad de percibir e integrar esas contradicciones (Bernardi, 2011, p.35). También puede manifestarse a través de un sentimiento subjetivo de incoherencia y una tendencia a confundir en las relaciones interpersonales las características, emociones y deseos propios con los de la otra persona (Mosquera y González, 2013, p.20)

Las personas con TLP padecen de una falta de límites mentales y emocionales entre sí mismo y los demás. Esta vulnerabilidad hace que se apeguen a sus seres queridos como si fueran una extensión de sí mismos, “es como si no supiesen quiénes son, dónde empiezan y terminan, y dónde empiezan y terminan los demás” (Mosquera, 2004, p.31). Dichas personas tienden a volcar su sentido de identidad en el otro. Consecuentemente, cuando se sienten abandonadas, experimentan una sensación insoportable de vacío y falta de sentido, como si también fueran abandonados por su propia identidad (Fernandez, 2008, párr. 3).

La idealización primitiva podría ser una clara manifestación de difusión de identidad. Esto sucede cuando se tiende a ver un objeto externo como totalmente bueno, perfecto e idealizado en un intento de defender al objeto bueno del objeto malo (Kernberg, 1975, p.41). Esto significa que en la infancia el niño debió disociar los aspectos negativos del cuidador para preservar el vínculo con su figura de apego, por mera supervivencia, por lo que en la adultez idealizará fácilmente como lo hacía con su progenitor (Mosquera y González, 2013 p.16).

Este mecanismo es una fantasía directa que viene de una necesidad primaria de sentir protección y seguridad; entonces se crea un objeto ideal del cuál poder aferrarse, pero de

una manera superficial, ya que no existe una estima real en tanto no es posible conocerlo de una manera integral y compleja (Kernberg, 1975, p.41).

Siguiendo con este autor, se plantea que en las personas con TLP no hay capacidad de conexión con un otro único, particular y con matices, sino que existen solamente dos aspectos polarizados desde los cuales relacionarse. Cuando se relacionan con los aspectos negativos de sus otros significativos y de sí mismos se disocian de los positivos y viceversa. La conexión con cada aspecto dependerá en tanto el objeto frustrate o gratifique, es decir, el otro será bueno en la medida que se comporte de acuerdo a sus demandas emocionales. (Kernberg, 1975, p.44)

Desde estos conceptos, es posible señalar que las personas con TLP pueden idealizar a una persona en un momento dado, viéndola como la solución a todos sus problemas, pero luego, si esa persona no cumple con sus expectativas, pueden devaluarla rápidamente, y considerarla mala o poco importante. Esta alternancia pone de manifiesto la difusión de identidad.

3.2. Relaciones interpersonales

La fragmentación mental produce diversas repercusiones en el ámbito de las relaciones interpersonales. Esto puede deberse a la prevalencia de modelos internos de trabajo no integrados que llegan a dominar el comportamiento de las personas con TLP en el marco de sus relaciones interpersonales (Fonagy, 2000, p.3).

Por ejemplo, una persona con TLP ante una situación amenazante puede reaccionar considerando abandonar a su pareja, lo que activa su sistema de defensa (PE). Sin embargo, la posibilidad de perder a esa persona desencadena su sistema de apego (PAN), llevándola a manifestar intenciones suicidas en un intento de salvar la relación (Mosquera y González, 2013, p.26).

Esta contradicción en los modelos internos se debe a una relación ambivalente y caótica con la figura de cuidado, que fue percibida tanto como fuente de temor como de protección. En este sentido, es frecuente que los pacientes con TLP se mantengan en relaciones perjudiciales con parejas abusivas, a pesar de ser conscientes del daño que les causan (Quintero y de la Vega, 2013, párr.24).

La falta de integración de estos modelos -sumado a una hiperactivación en el apego- daría por resultado adultos que necesitan desproporcionadamente vincularse de manera

intensa, apegándose a otros fácil y rápidamente, y generando vínculos inapropiadamente intensos con los demás (Bateman y Fonagy, 2013, p.3)

Lo que contribuye a dicha inestabilidad interpersonal y dificulta el establecimiento de relaciones saludables en las personas con TLP es la desconfianza epistémica.

Bateman y Fonagy (2016) consideran la desconfianza epistémica como el mecanismo clave que da paso al desarrollo de una personalidad patológica (p.60)

Los niños con apego desorganizado que vieron perturbados sus canales de aprendizaje social y no pudieron desarrollar confianza en la información social recibida, posiblemente no tengan motivos para confiar en sí mismos ni en los demás, y rechacen la información social que no sea consistente con sus creencias (Bateman y Fonagy, 2016, p.58)

En esta línea, es posible observar la desconfianza epistémica en pacientes con TLP que tienen una capacidad comprometida para interpretar adecuadamente las acciones sociales en términos de estados mentales, por lo que la información es negada o distorsionada. También se puede manifestar como la atribución errónea de la intención y la suposición de motivos malévolos detrás de las acciones de otra persona (Fonagy et al., 2016, p.607).

El autor explica que la interpretación de un comportamiento en la que se le adjudica al otro intenciones y deseos malevolentes como primera alternativa, sin dejar espacio para otro tipo de pensamiento, da como resultado esquemas interpersonales rígidos y adopta lo que se percibe como una mala adaptación o patrón de rigidez, es decir, incapacidad para cambiar, adaptarse socialmente y actualizar la información social (Fonagy, 2000, p.7).

A su vez, la rigidez implica una falta de flexibilidad en las relaciones interpersonales y en la modificación de las creencias estables. Supone una forma de pensamiento inflexible y resistente al cambio en la que se tiende a aferrar a creencias preexistentes y a resistirse a la influencia de nuevas ideas o información. La rigidez mental se manifiesta en la tendencia a mantener puntos de vista inflexibles, evitar el cuestionamiento de las propias creencias y ser poco receptivo a perspectivas alternativas (Fonagy, 2000, p.8).

De esta manera, el individuo con TLP queda aislado en un estado de inaccesibilidad social y de inflexibilidad comunicativa social, llamado por Fonagy, et al (2016) "petrificación epistémica". La misma refiere a la rigidez en la forma en que las personas con TLP procesan y utilizan la información social. En dicho estado, el individuo se vuelve incapaz de cambiar su forma de pensar o su comportamiento debido a una desconfianza extrema en la información

que recibe de su entorno. Esto genera dificultades en el aprendizaje y en la adaptación a nuevas situaciones sociales (p.608).

Siguiendo en la línea de las relaciones interpersonales Mosquera y González (2013) afirman que las personas con TLP no disfrutan de las relaciones, sino que las necesitan (p.17). Esto sucede por la necesidad de proyección del alien self y también porque no hay una sensación de coherencia en el self si no hay un otro (Fonagy, 2000, p.37).

En este sentido puede decirse que, los esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario, en parte también se deben a la profunda incapacidad para tolerar la soledad que padecen estos pacientes. Gunderson (1996) sostiene que las fallas tempranas en el apego serían las responsables de la intolerancia a la soledad y la imposibilidad de estos pacientes de invocar una introyección tranquilizante (p.752).

La ausencia de un espejamiento adecuado que haya validado su existencia (Frías, 2020, p.19) y la sensación de sentirse invisibles genera un estado emocional extremadamente doloroso, manifestado en el sentimiento crónico de vacío. Algunos pacientes recurren al uso de sustancias o autolesiones como una forma de escapar de esta intensidad emocional. Estas formas de evasión reflejan la necesidad de encontrar alivio y distracción ante un sentimiento interno sumamente angustiante (Mosquera y González, 2013, p.27).

El anhelo de desconexión, como una manera de eludir un mundo interno amenazante, obstaculiza el reconocimiento de sus auténticas necesidades y deseos. (Mosquera y Gonzalez, 2013, p.23). Por este mismo motivo, para las personas con TLP estar solos implica entrar en contacto con lo intolerable. Estas personas no soportan la soledad ya que tienden a sentirse inseguras y vulnerables por la amenaza interna de la representación insoportable.

En este sentido la soledad resulta peligrosa para la integridad del self (Fonagy, 2000, p.2). Tanto es así, que estas personas tendrán una necesidad imperiosa de vinculación, ya que la presencia de un otro no solo contribuye a la definición de una identidad, sino que especialmente permite la proyección y externalización de las partes inaceptables del sí mismo, a través de comportamientos controladores que mitigan la experiencia de incoherencia en el self (Bateman y Fonagy, 2016, p.51). Kernberg (1975) identifica este mecanismo como identificación proyectiva (p.41).

La externalización de lo intolerable a través de la identificación proyectiva funciona adjudicando a otra persona un aspecto rechazado del propio self y forzándola a actuar según

la representación externalizada lo requiera (Bateman y Fonagy, 2016, p.51). Los autores sostienen que la tendencia a la externalización se establece y fortalece durante la primera infancia (p.52).

En esta misma línea, las investigaciones revelan que los niños con apego desorganizado derivan en un apego controlador y manifiestan una organización relacional con el cuidador basada en la hostilidad, la coercitividad y la humillación (Gayá Ballester et al, 2014, p.379).

En las personas con TLP la defensa se hace presente cuando se sienten juzgados, criticados o rechazados, entonces depositan en el objeto aquello que no pueden integrar de sí mismos y que les resulta intolerable. Un ejemplo de ello puede ser que el paciente le pida un trato especial al terapeuta, y ante la negativa de este, el responda que no era en serio, que jamás querría la atención especial de alguien que se siente superior a los demás. El paciente ataca al terapeuta, pero en realidad está poniendo fuera lo intolerable de no sentirse importante o suficiente (Mosquera, 2004, p.72)

En relación a lo descrito en este apartado, vale decir que para las personas con TLP externalizar su alien self, puede ser una cuestión de vida o muerte y no solamente el alivio momentáneo de una molestia (Fonagy, 2016, p.53). Cuando no es posible la externalización, estas personas se sienten en riesgo de literalmente desaparecer, de la fusión psicológica y de la disolución de los límites entre el sí mismo y el objeto (Fonagy, 2000, p.4). Estas sensaciones pueden derivar en impulsos autodestructivos para intentar aminorar el sentimiento insoportable de descontrol y desborde. Por lo tanto, es comprensible que se necesite con desesperación al otro en tanto resulta imprescindible para liberar al propio yo de la destructividad que se dirige hacia dentro (Mosquera y Gonzalez, 2013, p.17).

3.3. Regulación emocional y comportamiento

Otro aspecto afectado por la escisión y la disociación mental además de la identidad y de las relaciones interpersonales, es lo que Linehan (2009 citado por De la Vega y Quintero, 2013) considera la disfunción principal de las personas con TLP: la disregulación emocional (p.47).

La autora plantea que la misma es el resultado de la interacción entre una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante referido a un contexto prohibitivo de la experiencia emocional del infante (De la Vega y Quintero, 2013, p.47) (Frías, 2020, p.21). El entorno invalidante no toma como válidas las reacciones emocionales del

infante, sino que se las trivializa, se las desprecia, se las desatiende e incluso se las castiga (Fossa, 2010, p.44).

En este entorno, el niño no adquiere las habilidades necesarias para reconocer y nombrar sus emociones, regularlas de manera adecuada, tolerar el malestar emocional o confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. Como resultado, estas personas experimentan una hipersensibilidad ante estímulos emocionales, una hiperreactividad emocional y un lento retorno a la calma. Esto da lugar a la mayoría de los síntomas y rasgos característicos del TLP (De la Vega y Quintero, 2013, p.47).

Un estilo de apego desorganizado producto, -en parte- de un entorno invalidante dará lugar a una vulnerabilidad emocional y a unas estrategias de regulación inadecuadas y poco adaptativas como es el caso del TLP.

Desde otra óptica, Kernberg (1975) plantea que el sujeto fronterizo tendrá una carencia en la modulación normal de la afectividad. Es decir, la irrupción de aspectos extremos y polarizados de los afectos. El sujeto no va a contar con una gama de afectos dentro de la cual moverse, por lo que puede oscilar muy rápidamente de un estado emocional a otro (p.45). Esto también se debe a la hipersensibilidad emocional de estos pacientes, cualquier gesto, palabra o detalle aparentemente insignificante, actúa como disparador traumático de las experiencias tempranas de apego y genera reacciones desproporcionadas a la situación actual (Mosquera y González 2013, p. 29).

Las autoras explican que las reacciones desproporcionadas que suelen tener las personas con TLP, son desproporcionadas en el aquí y ahora, pero no en el contexto de la situación que las originó (p.17), como puede ser el caso de una relación de apego regida por la incertidumbre, la imprevisibilidad y el peligro (p.29).

La inestabilidad afectiva se manifiesta en las estrategias precarias de regulación emocional que muestran estos pacientes. Un ejemplo de ello puede ser la impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo. En este sentido, Slucki y Wikinski (2004) explican que en el TLP existe una tendencia a la actuación (p.279).

En este tipo de comportamiento los impulsos o conflictos internos no se expresan conscientemente, sino que se actúan o se ponen en acción. En lugar de reflexionar o verbalizar sus sentimientos o pensamientos, las personas con TLP externalizan lo intolerable a través de acciones o conductas impulsivas. En momentos de necesidad pueden aferrarse

a lo más cercano, oscilando entre el abuso de sustancias, atracones, autolesiones, prácticas sexuales no seguras y conducción temeraria (Mosquera, 2004, p. 38).

Estos comportamientos destructivos y desadaptativos en realidad tienen una función adaptativa, como si la persona se hiciese daño para escapar de su cuerpo, o para hacer frente a emociones demasiado intensas y agobiantes. Paradójicamente la automutilación, las conductas compulsivas, abusivas o autodestructivas, en general, llevan a la persona a un sentimiento temporal de calma y control sobre sí mismo, cumpliendo una especie de función reguladora, aunque posteriormente suelen surgir sentimientos de vergüenza y culpabilidad (Mosquera, 2004, p. 28).

En relación a esto, Mosquera y González (2013) fundamentan que los niños con apego desorganizado tienden a “hacerse notar” porque han aprendido que sus demandas tienen que ser llamativas e insistentes para poder ser percibidas. Este comportamiento puede traducirse en adultos que utilizan tendencias autodestructivas como la única comunicación disponible, y como la única manera que se ha encontrado para hacer frente a las dificultades. Las autoras agregan que los pacientes con TLP no aprenden a cuidarse porque no hubo dónde aprender un patrón de autocuidado adecuado (p.24).

Debido a esta falta de control y a la intensidad de sus estados emocionales, estos pacientes cuentan con una alta tasa de suicidio consumado siendo ésta del 10% (Paris, 2004, p.240). Igualmente, las amenazas e intentos de suicidio son también muy frecuentes en estas personas, alcanzando cifras del 70%, con una media de tres intentos por paciente (Nieto, 2006, p.10; Caballo 2004, p.144).

Desde la óptica de Fonagy (2000) el suicidio representa la destrucción fantaseada de este otro “ajeno” dentro del self. Los intentos de suicidio se buscan a menudo para evitar la posibilidad de abandono; parecen un último intento forzado de restablecer una relación. La experiencia del infante puede haber sido que sólo algo extremo consiguió producir cambios en la conducta del adulto, y que sus cuidadores emplearon medidas coercitivas similares para influenciar su propio comportamiento (p.6).

3.4. Fallas en la mentalización en el TLP

Como se expuso anteriormente, el desarrollo de un apego desorganizado no creará las condiciones adecuadas para el establecimiento de una sólida mentalización.

Fonagy (2016) propone que el TLP tiene su origen en una vulnerabilidad a las fallas en la mentalización (p.12). Esto significa que las personas con TLP tienen dificultades para procesar de manera confiable el significado psicológico de las interacciones sociales y carecen de la capacidad para regular sus propias reacciones emocionales a estas experiencias (Fonagy, et al. 2017b, p.5). Según los autores, dicha vulnerabilidad actúa como una patología subyacente a los síntomas del TLP (Bateman y Fonagy, 2013, p.2).

Como consecuencia de esta vulnerabilidad, aparece una hipersensibilidad interpersonal que hace que las personas con TLP se sientan frágiles y vulnerables en las relaciones interpersonales. No pueden entender de manera precisa lo que otros piensan o sienten, ni tampoco comprender adecuadamente sus propios estados mentales. Como resultado, pueden experimentar dificultades para regular sus pensamientos, emociones y acciones de manera efectiva dando paso a más desregulación emocional y descontrol de impulsos (Bleiberg, 2013, p.1).

Las fallas parciales en la mentalización de las personas con TLP suceden cuando existe un quiebre en la capacidad de mentalizar frente a determinadas ideas, pensamientos, sentimientos o situaciones específicas. Es común que en ámbito interpersonal en relación a experiencias traumáticas, ciertas circunstancias, personas o estímulos puedan evocar el recuerdo del trauma, resultando en un pérdida de la capacidad de mentalizar de manera adecuada en torno a dicha situación (Laxague, 2016, p.156). Las personas con TLP que vivieron experiencias traumáticas, suelen ser muy sensibles a los cambios en las voces o los rostros, y suelen interpretarlos como amenazas, señales de rechazo o abandono (Van der Kolk, 2014, p.129).

Como se explicó anteriormente, una sensación de amenaza activa el sistema de apego. En este sentido, existen evidencias de que la activación del sistema de apego está vinculada a la desactivación de la mentalización, esto sucede porque la sensación de amenaza lleva al cerebro a buscar reaccionar rápidamente activando respuestas emocionales automáticas para defenderse y desactivando procesos más complejos como la mentalización (Bateman y Fonagy, 2016, p.44). En las personas con TLP esto sucede con mucha frecuencia debido a que su sistema de apego se encuentra hiperactivado y es más sensible al estrés. Las personas con TLP que han sido expuestas a estrés o traumas en su infancia, tienen un umbral más bajo para activar su respuesta de estrés. Esto significa que serán más propensas a

recurrir a la mentalización automática en situaciones de mayor estrés psicológico (Bleiberg, 2013, p.11).

La mentalización automática se caracteriza por ser un proceso rápido e intuitivo que sucede de manera inconsciente. Tiende a ser un acto reflejo y exige poca o ninguna atención, conciencia, intención o esfuerzo. En el polo opuesto se ubica la mentalización controlada que refleja un proceso relativamente lento, generalmente verbal, que exige reflexión, atención, conciencia, intención y esfuerzo. Una adecuada mentalización versa en el equilibrio y la flexibilidad entre estas dos dimensiones (Bateman y Fonagy, 2016, p.35).

Cuando se produce un aumento en los niveles de estrés en el contexto de una relación de apego, las personas con TLP presentan grandes dificultades para mentalizar controladamente. Esto da lugar a un desequilibrio dimensional que con frecuencia trae consigo fallas en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2016, p.37).

En este sentido, una falla parcial en la capacidad de mentalización puede desencadenar la emergencia de modos pre-mentalizadores como estrategias alternativas de procesamiento, que reflejan una comprensión menos compleja y menos integrada de los estados mentales propios y de los demás. Estos modos de experimentar a los demás y a uno mismo presentan un paralelismo con la conducta que manifiestan los niños antes de desarrollar esta capacidad y tienden a resurgir cada vez que se pierde la capacidad de mentalización (Bateman y Fonagy, 2016, p.45).

La emergencia de modos pre-mentalísticos de organizar la subjetividad, genera problemas de relacionamiento interpersonal y falta de coherencia en el self (Bateman y Fonagy, 2007, p.89). Ellos son: la "equivalencia psíquica", el "modo simulado" y "modo teleológico" (Castelli, 2013, p.81).

En el modo de "equivalencia psíquica", lo que existe en la mente, existe en el mundo externo y viceversa. La fantasía se siente como tremendamente real, lo cual puede generar un intenso malestar. Los pensamientos pasan a tener el mismo peso que la realidad y no se admite otra perspectiva posible. Una persona con TLP podría creer que algo es real por el simple hecho de pensarlo (Bateman y Fonagy, 2016, p.46).

El segundo modo prementalizador es el "modo simulado" que supone lo contrario: hay una disociación total entre los estados mentales y la realidad física, entre lo interno y lo externo. Este modo de funcionamiento psíquico, da lugar a un discurso "pseudo-mentalizador" que se

encuentra en muchos pacientes con TLP. La pseudomentalización es una forma de pensar y comportarse en la cual una persona aparenta estar mentalizando, es decir, prestando atención a sus propios y ajenos procesos mentales, pero en realidad solo puede hacerlo mientras no tenga ninguna relación con sus sentimientos reales para los cuales no tiene un sistema simbólico representacional que le permita entenderlos y manejarlos. El paciente habla de sus emociones "como si" las estuviese experimentando realmente, aunque esto no sea así (Bateman y Fonagy, 2007, p.89).

El último modo pre-mentalizador es el "modo teleológico": los estados mentales solamente existen cuando se manifiestan a nivel físico y observable. Un ejemplo de ello, puede ser una paciente con TLP que le diga a su pareja que sólo se sentirá amada si tiene determinada conducta hacia ella. (Bateman y Fonagy, 2016, p.47), Bajo este modo la acción física demuestra la verdadera expresión de intencionalidad en alguien y los motivos de los demás se juzgan enteramente por lo que hacen (Bilbao Bilbao, 2021, p.4).

A modo de conclusión, el perfil mentalizador en el TLP se caracteriza por suposiciones irreflexivas, rígidas y automáticas sobre los estados mentales propios y de los demás, a su vez, traen consigo estados afectivos abrumadores (Bleiberg, 2013, p. 5). La vulnerabilidad a las fallas de la mentalización que presentan estas personas dificulta el acceso a los estados mentales propios y ajenos, generando interpretaciones erróneas del comportamiento y la motivación. Esta dificultad lleva a una hipersensibilidad en las interacciones sociales, especialmente en individuos que han experimentado traumas. La sensación frecuente de amenaza facilita la mentalización automática y da lugar a fallas parciales en la mentalización, lo que a su vez genera la emergencia de modos prementalísticos de organizar la experiencia subjetiva. Como resultado existirán dificultades significativas en las relaciones interpersonales, la regulación emocional y el control de impulsos.

4. PSICOTERAPIA Y TLP

A lo largo de las décadas, un amplio espectro de enfoques terapéuticos ha sido concebido con el propósito de abordar las complejas manifestaciones clínicas del TLP y mejorar la calidad de vida de aquellos afectados por esta condición. En el presente trabajo, se explorarán dos de estos enfoques terapéuticos que han emergido como especialmente prometedores y efectivos en el tratamiento de dicho trastorno: la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP) y la Terapia Basada en la Mentalización (MBT).

4. 1. Psicoterapia centrada en la transferencia (TFP)

La psicoterapia centrada en la transferencia es un enfoque terapéutico psicoanalítico desarrollado por Otto Kernberg y dirigido a pacientes con trastornos graves de personalidad. Esta terapia se fundamenta en la teoría de las relaciones objetales y la psicología del yo, y pone especial énfasis en el conflicto, la agresión y las relaciones objetales internalizadas (Torres y Mirabent, 2017, p.125). Su objetivo principal es estimular la integración de objetos parciales escindidos, buscando integrar las representaciones disociadas del self y del objeto en la situación transferencial entre el paciente y el terapeuta.

En esta terapia, se busca que la parte sana del paciente, aquella que conserva el juicio de realidad, pueda mantener el encuadre y el contrato de trabajo evitando conductas destructivas. Al mismo tiempo, se pretende movilizar las defensas del paciente para que sus emociones puedan expresarse en la relación transferencial (Bernardi, 2011, p.35). Para lograr estos objetivos, se utilizan ciertas técnicas terapéuticas como la protección del marco terapéutico, la neutralidad terapéutica, la exploración de mecanismos de defensa primitivos y el análisis de la contratransferencia (Torres y Mirabent, 2017, p.126).

La teoría de las relaciones objetales sobre la que se apoya la TFP se basa en que el infante internaliza las representaciones objetales ligadas a las representaciones de su self, es decir, el yo en relación al objeto y al objeto en relación al yo a través de un afecto específico que vincula ambas representaciones, denominada díada objetal. (Torres y Mirabent, 2017, p.128). Las mismas estarán marcadas por defensas primitivas basadas en la escisión.

Bajo esta premisa, la TFP se enfoca principalmente en la relación de transferencia, es decir, en la actualización de las experiencias relacionales tempranas internalizadas, que se transfieren a la relación terapéutica actual como díadas objetales. (Doering, 2014, p.23).

Mediante la interpretación de la transferencia se buscará de forma gradual la integración de las relaciones objetales parciales en relaciones objetales totales y por tanto una transformación de una transferencia primitiva a una más avanzada o neurótica (Kernberg, 1984, p.13). En este proceso terapéutico, las defensas basadas en la escisión son objeto de interpretación una vez que se activa la transferencia. Estas interpretaciones fortalecen el yo del paciente y generan cambios estructurales en el funcionamiento psíquico interno, contribuyendo así a la resolución de la organización límite de la personalidad (Kernberg 1984, p.12).

A medida que el terapeuta interpreta las defensas y la transferencia, el paciente comienza a integrar estas interpretaciones en su proceso de autorreflexión. Las interpretaciones permiten analizar y aclarar información confusa o contradictoria, así como confrontar al paciente con contradicciones en sus afirmaciones. Esto ayuda a conectar el material consciente con el material supuesto o inconsciente, y a que el paciente tome conciencia de sus patrones de relación disfuncionales (Doering, 2014, p.10-11)

Al tomar conciencia de las defensas y las proyecciones, el paciente puede comenzar a aceptar y asumir la responsabilidad de sus propios pensamientos y sentimientos. Esto promueve una mayor integración de las representaciones objetales, en tanto el paciente comienza a reconocer y relacionarse con aspectos más completos y realistas de sí mismo y de los demás.

El objetivo de Kernberg es atenuar e integrar los afectos intensos, como el amor y el odio, que sostienen la disociación, lo que permite al paciente disminuir los mecanismos de escisión, reconocer la agresión, mejorar la autorreflexión, la integración de la identidad y lograr una mayor empatía y profundidad emocional. En resumen, la terapia focalizada en la transferencia busca una mayor integración del self y de la representación de los demás. A través de encuentros terapéuticos frecuentes, se crea una interacción intensa que permite modificar los comportamientos en el "aquí y ahora" para que luego se reflejen en la vida diaria del paciente (Bernardi, 2011, p.35).

4.2. Terapia Basada en la Mentalización (MBT)

La Terapia Basada en la Mentalización (MBT) es un enfoque terapéutico efectivo para mejorar la mentalización en individuos que padecen trastornos de personalidad. La MBT se basa en la idea de que una comprensión mejorada de los propios estados mentales y los de los demás es fundamental para el desarrollo de relaciones interpersonales saludables y adaptativas.

Esta terapia se fundamenta en la base teórica que explica que las personas con TLP tienen un trastorno en la mentalización y pierden temporalmente la capacidad de mentalizar con precisión dentro de las interacciones interpersonales, de manera frecuente y duradera, lo que los lleva a ser más vulnerables, a la desregulación emocional y a la impulsividad. (Bateman y Fonagy, 2013, p.2).

En este sentido, el objetivo primordial de esta terapia es reactivar la mentalización cuando ésta se ha perdido; mantenerla en el contexto de una relación de apego cuando se halla presente; y aumentar la capacidad para preservarla cuando de otro modo se perdería (Bateman y Fonagy, 2016, p.12). Esta finalidad implica que el paciente adquiera más conciencia sobre cómo piensa y siente sobre sí mismo y los demás; cómo responde al respecto y cómo los errores de comprensión de sí mismo y los demás pueden derivar en acciones (identificación proyectiva) en un intento de mantener la estabilidad y dar sentido a estados mentales incomprensibles (Quintero y de la Vega, 2013, párr. 32).

Al considerar que la psicoterapia activa invariablemente el sistema de apego, y que “el apego seguro puede ser un elemento facilitador clave de la capacidad reflexiva” (Fonagy, 1999, p.5), la tarea primera y central del terapeuta ha de ser la de brindar al paciente una relación de apego seguro que le sirva como una base desde la cual pueda aventurarse a explorar su mundo mental. Para ello, el terapeuta proporciona al paciente la experiencia de no ser juzgado, de ser escuchado con un interés genuino y cálido, desde un lugar de disponibilidad y buena disposición (Castelli, 2014, p.6).

Todo esto genera una experiencia de seguridad en el paciente, incrementando su confianza epistémica y favoreciendo la exploración mental. Aprender sobre uno mismo en un ambiente terapéutico seguro es fundamental, ya que, si esta condición no se establece, el paciente no se sentirá lo suficientemente a salvo como para comenzar a explorar estados mentales (Castelli, 2014, p.6-7)

En esta línea, la validación empática como intervención primera ayuda a profundizar la relación entre paciente y terapeuta, y se refiere al establecimiento de una base afectiva compartida entre ambos, que aumenta la experiencia del paciente de que no está solo y le indica que otra mente puede serle útil para aclarar los estados mentales (Bateman y Fonagy, 2016, p.65).

Para lograr este cometido, el terapeuta deberá ponerse en los "zapatos mentales" del paciente, siendo capaz de comprender y reflejar con empatía y precisión los estados mentales subyacentes de este último (Bateman y Fonagy, 2016, p.354). Este reflejo le permite al paciente encontrarse en la imagen que el terapeuta ha construido y que ahora le devuelve (Martínez-Guzmán et al.,2017, p.275). La sintonía mental terapeuta-paciente es fundamental ya que no es un proceso unidireccional, sino que en un contexto empático ambas mentes se influyen mutuamente, permitiéndole al paciente la experiencia de sentirse comprendido y mentalizado por el terapeuta. (Quintero y de la Vega, 2013, párr. 34)

Asimismo, el terapeuta no debe decirle al paciente qué pensar o sentir, ni tampoco debe mentalizar por él, sino que debe colocarse a su lado e ir indagando en conjunto y de manera curiosa los estados mentales. Por lo que se va a posicionar en una postura mentalizadora de “no saber”, manteniéndose en una actitud curiosa y de aprendizaje sobre los estados mentales del paciente (Bateman y Fonagy, 2007, p.93).

Dicha actitud resulta crucial, en tanto pensar en uno mismo y en los otros se logra en parte, gracias a un proceso de identificación: la capacidad del terapeuta para mentalizar y para mostrar un cambio de opinión cuando se le presentan visiones alternativas es internalizada por el paciente. Poco a poco, el paciente se vuelve más curioso respecto a su mente y la de los demás, por lo que aumenta su capacidad para reflexionar y modificar lo que piensa de sí mismo y de los demás (Bateman y Fonagy, 2013, p.8).

El terapeuta propiciará que el paciente lleve a cabo un monitoreo de su propia mente, poniendo atención en su experiencia actual, en los afectos que surgen y en sus antecedentes y consecuencias. Para ello le hará preguntas del estilo: “¿Qué sintió con esto que le dije? ¿A qué atribuye que él se haya comportado como lo hizo? ¿Qué sintió y pensó en ese momento? ¿Qué cree que pensaron ellos después de lo que usted hizo?” (Castelli, 2014, p.7)

De esta manera, indagar sobre los estados mentales subyacentes que dan lugar a las conductas y actuaciones del paciente, le otorga un sentido a su experiencia y la posibilidad de predecir las acciones de los demás, comprendiéndose a sí mismo y a los otros en términos de estados mentales (Martínez-Guzmán et al. 2017, p.275). Cuando la persona logra conectar sus comportamientos y acciones con los estados mentales subyacentes, adquiere una mayor comprensión y claridad en la forma de experimentarse a sí mismo y de relacionarse con el mundo. Esta integración de la experiencia interna y externa promueve una sensación de coherencia y consistencia en la identidad, facilitando la construcción de una imagen más sólida de sí mismo.

En este marco, las intervenciones para mejorar la capacidad de comprensión de uno mismo y de los demás se caracterizan por enfocarse más en los sentimientos que en la conducta, lo que significa que hacen hincapié no en lo sucedido sino en los estados mentales que acompañaron lo sucedido, mirados de manera retrospectiva, o sea desde el “aquí y ahora”. Además, y a diferencia de otros enfoques, no buscan indagar en el pasado o en experiencias infantiles, sino que se centran en los eventos y las interacciones interpersonales actuales más

relevantes para el paciente, manteniendo el proceso de mentalización como prioridad sobre el análisis del contenido (Bateman y Fonagy, 2016, p.317).

En conclusión, la MBT se presenta como un enfoque terapéutico efectivo para mejorar la capacidad de mentalización en personas que padecen trastornos de personalidad, sobre todo en el TLP. Esta terapia se fundamenta en la idea de que comprender mejor los propios estados mentales y los de los demás es esencial para desarrollar relaciones interpersonales saludables y adaptativas. El objetivo principal de esta terapia se centra en que el paciente adquiera una mayor conciencia de sus pensamientos y emociones, comprenda cómo reacciona ante los demás y cómo los malentendidos pueden influir en sus acciones e interacciones actuales y futuras.

El paciente al sentirse mentalizado y validado por el terapeuta, comienza a tener una mayor apertura hacia el aprendizaje social de manera que comienza a interpretar de un modo más preciso los estados mentales propios y ajenos. Al entender mejor sus propios pensamientos y emociones, así como los de los demás, puede gestionar de manera más efectiva sus reacciones emocionales y comportamientos impulsivos, lo que contribuye a una mayor estabilidad emocional y un mayor bienestar psicológico e interpersonal.

5. REFLEXIONES FINALES

La presente monografía ha permitido adentrarse en la complejidad de la relación entre el apego desorganizado y el TLP, brindando una comprensión más profunda de los mecanismos subyacentes a este trastorno y su impacto en la salud mental. A través del análisis de diversas perspectivas teóricas y evidencia empírica, se han explorado los vínculos entre el apego desorganizado y las manifestaciones clínicas del TLP.

En este recorrido se ha descubierto cómo a través de una matriz intersubjetiva, se estructura el apego desorganizado y se internalizan representaciones secundarias que no logran integrarse de manera adecuada. Esta falta de integración proporciona las bases para el desarrollo del TLP, afectando la regulación emocional, la imagen del self y las relaciones interpersonales.

Sin embargo, resulta paradójico que, a través de este mismo canal intersubjetivo, en el contexto de una psicoterapia, sea posible generar nuevas representaciones secundarias y promover cambios significativos. En este marco, al llevar la atención a la sintonización emocional y cognitiva entre paciente y terapeuta, se crea un campo intersubjetivo que permite

una conciencia compartida, donde la mente se expande, adquiere más conciencia y se repara (Di Bartolo, 2022, p.10).

De acuerdo con Killingmo (1989), el TLP se caracteriza por ser una patología de déficit, donde existe una carencia en el desarrollo de la estructuración psíquica. En este sentido, propone que las intervenciones terapéuticas sean de carácter afirmativo, basadas en la validación, la empatía y la construcción de significado (p.5) Por este motivo se considera que la Terapia Basada en la Mentalización se alinearía más con este enfoque afirmativo al promover la capacidad de mentalizar desde la validación empática, con el objetivo de que el paciente pueda construir en primera instancia, un marco interno que le permita percibir y contener sus propias emociones. (Bernardi, 2011, p.37)

Este enfoque, centrado en promover la capacidad de mentalizar y construir una relación terapéutica segura y empática, brinda la posibilidad de recrear experiencias de contención que quizás no estuvieron presentes en la historia del paciente. Dichas experiencias pueden ser transformadoras en tanto fomentan la confianza epistémica y le permiten al paciente desarrollar nuevas formas de relacionarse consigo mismo y con los demás. Además, le proporcionarán la seguridad suficiente para poder recibir, desde un lugar de mayor apertura, futuras intervenciones.

Por otra parte, la Terapia Focalizada en la Transferencia se destaca en su enfoque más confrontativo, dirigido a activar e interpretar las defensas del paciente y la transferencia desplegada. Este enfoque permite obtener un diagnóstico estructural preciso de la organización de la personalidad del paciente y, al mismo tiempo, proporciona una comprensión profunda de los conflictos y dinámicas intrapsíquicas que contribuyen a los síntomas y patrones disfuncionales del TLP.

Idealmente, la integración de intervenciones afirmativas centradas en satisfacer las necesidades del paciente y establecer un sentido de seguridad y apoyo, junto con intervenciones interpretativas que exploran y trabajan los conflictos subyacentes, podrían lograr un abordaje terapéutico más integral (Killingmo, 1989, p.8).

En esta línea, se podría considerar beneficioso para el paciente combinar elementos de estos enfoques terapéuticos, aprovechando los aspectos útiles de cada terapia en función de las necesidades y tiempos de cada paciente. Esta articulación de enfoques terapéuticos complementarios puede proporcionar un tratamiento más completo, logrando una mayor

comprensión y cambio en los patrones disfuncionales de pensamiento y comportamiento del paciente.

Se alienta la continuidad de la investigación en este campo, con el objetivo de seguir mejorando las intervenciones y abordajes para aquellos que sufren de TLP y problemas relacionados con el apego desorganizado.

En última instancia, la presente monografía ha intentado dejar una mayor conciencia sobre la importancia del apego seguro y la capacidad de mentalizar en la salud mental de las personas, especialmente en aquellos que padecen TLP. La Terapia Basada en la Mentalización se presenta como una valiosa herramienta para proporcionar a los individuos con TLP experiencias de contención, empatía y validación que pueden haber estado ausentes en su pasado. Por otro lado, la Terapia Focalizada en la Transferencia brinda la posibilidad de explorar y resolver los conflictos subyacentes de aspectos no integrados del self y de los otros, lo que ayuda al paciente a comprender sus dinámicas relacionales inconscientes y a desarticular progresivamente las defensas que debilitan el yo. La integración de ambos enfoques terapéuticos puede generar un cambio significativo en el funcionamiento psicológico y mejorar la calidad de vida de aquellas personas que luchan con los desafíos del TLP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altmann de Litvan, M. y Gril, S. (2000). Investigación del proceso terapéutico en intervención temprana. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, (91).
<https://www.apuguay.org/apurevista/2000/1688724720009111.pdf>

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Aron, G. (2016,11,30). The Need for Authenticity - Gabor Mate. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=pUGGNPAK6uw&list=WL&t=732>

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Gedisa.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2013). Tratamiento basado en la mentalización. Psychoanalytic Inquiry, 33, 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>

Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). Tratamiento Basado en Mentalización para Trastornos de Personalidad: Una Guía Práctica. Oxford University Press.

Bateman, A. y Fonagy, P.(2007). Mentalizing and Borderline Personality Disorder. Journal of Mental Health. 16(1), 83-101.
https://www.researchgate.net/publication/228653721_Mentalizing_and_Borderline_Personality_Disorder

Bernardi, R. (2011). Trastornos fronterizos: comparación de la psicoterapia basada en la transferencia de Kernberg y la terapia basada en la mentalización de Fonagy. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 75(1), 35-38 http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/06_RB.pdf

Bilbao Bilbao, I. (2021). Estados no mentalizadores ¿Déficit y/o Defensa? Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia, Mentalización.
https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/estados_no_mentalizados.pdf

Bleiberg, E. (2013). La terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias. Paidós. <https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2015/bleiberg.pdf>

Bowlby, J. (1989). Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Paidós.

Caballo, E. (2004). Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento. Síntesis. <https://tuvntana.files.wordpress.com/2019/08/caballo-v.-manual-de-trastornos-de-la-personalidad.-descripcic3b3n-evaluac3b3n-y-tratamiento-ebook.pdf>

Camacho-Cruza, J., Gutiérrez-Castañeda, L., Serna-Ramírez, A., Garavito-Acuña, A.M., Gordillo-Guerrero, N.A., Rodríguez Muñoz, K.V., Espitia-Esquivel, D., Cedano-Nova, A.L., Martínez, Valero, S., Méndez-Benítez, L.A., Nieto-Aldana, J.N., Rodríguez-Martínez, M.A. y Natalia Castillo, N. (2021). Apego infantil: implicaciones clínicas, neurobiológicas y genéticas. *Revista Pediatría*. 54(4):135-145. <https://doi.org/10.14295/rp.v54i4.335>

Chu, J. & Dill, D. (1991). Dissociation, borderline personality disorder and childhood trauma. *The American Journal of Psychiatry*. 148(6), 812-3. https://www.researchgate.net/publication/21119743_Dissociation_Borderline_Personality_Disorder_and_Childhood_Trauma

Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922–928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>

Di Bártolo, I. (2022) El Apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos. Lugar.

Diaz Atienza, J. (2015). Neurobiología del apego madre/hijo. Sistema oxitocinérgico. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y el adolescente*. <https://diazatienza.es/2015/11/02/neurobiologia-del-apego-madrehijo-1-sistema-oxitocinergico/>

Doering, S. (2014). La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia del trastorno límite de la personalidad. *Psicopatología y Salud Mental*. (24), 19-35. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Doering-Stephan-24.pdf>

Fernández, M. (2008). Mecanismos de defensa en el trastorno límite de la personalidad. *Revista ALAI-TLP*, 4. <https://www.trastornolimitado.com/tlp/mecanismos-de-defensa-en-el-trastorno-limite-de-la-personalidad>

Fonagy, P. & Target, M. (2007). Teorías psicoanalíticas: Perspectivas desde la psicopatología del desarrollo. *Médica Panamericana*

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego. Una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 0(03). <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>

Fonagy, P. (2000). Apego y Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Estadounidense*, 48 (4), 1129–1146. <https://doi.org/10.1177/00030651000480040701>

Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 00(4). <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=104>

Fonagy, P. y Lorenzini, N. (2014). Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión. University College London y Anna Freud Centre. https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/apego_y_trastornos_de_la_personalidad_breve_revision.pdf

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. (2016). Petrificación epistémica y la restauración de la confiabilidad epistémica: Una nueva conceptualización del Trastorno Límite de la Personalidad y su tratamiento psicosocial. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (3): 587-629. <https://doi.org/10.21110/19882939.2016.100301>

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. y Campbell, C. (2017b). Sobre qué hemos cambiado de opinión: Parte 2. Trastorno límite de la personalidad, confianza epistémica y la importancia del desarrollo de la comunicación social. *Trastorno límite de la personalidad y desregulación emocional*, 4 (9), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8>

Fossa, P. (2010). Organización limítrofe de personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (1), 32-52. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/2220/Organizacion%20Limítrofe%20de%20Personalidad.pdf;jsessionid=E809F11034A7DFF099BA1679ADBB4F7F?sequence=1>

Frías, A. (2020). Alteraciones de la identidad en personas con trastorno límite de la personalidad. *Desclée de Brouwer*.

Galletly, C. (1997). Borderline-dissociation comorbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 154(11). <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1629-a>

Gayá Ballester, C., Molero Mañes, RJ, & Gil Llario, MD (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). *Revista INFAD de Psicología, International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 375-383.

González Torres, M.A. y Mirabent, M.B (2017). La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia. En C. Mirapeix Costas, J., Vázquez Bourgon. A., Gómez del Barrio y J. Artal Simón. (Coords.), *Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad* (pp.121-134). Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y CIBERSAM. https://seetp.org/materiales/Publicaciones_Abordaje_TLP.pdf

Graell, A. y Lanza Castelli, G. (2014). Mentalización, apego y regulación emocional. <http://www.desenvolupa.net/index.php/esl/Articulos/Mentalizacion-apego-y-regulacion-emocional.-Angelina-Graell-Gustavo-Lanza-10-2014>

Guerrero, R. (2018). Educación emocional y apego. Cúpula.

Gunderson J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *The American journal of psychiatry*, 153(6), 752–758. https://intranet.newriver.edu/images/stories/library/Stennett_Psychology_Articles/Borderline_Patients_Intolerance_of_Aloneness_-_Insecure_Attachments_Therapist_Availability.pdf

Gunderson, J. G. y Lyons-Ruth, K. (2008). El trastorno límite de la personalidad y el fenotipo de hipersensibilidad interpersonal. En F. E. Yeomans, J. F. Clarkin, & O. Kernberg (Eds.), *Comprendiendo el trastorno límite de la personalidad: La importancia del campo interpersonal*. (pp. 57-72). American Psychiatric Publishing,

Kernberg, O. (1975). *Desórdenes Fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós. Psicología Profunda. <https://dokumen.tips/documents/desordenes-fronterizos-y-narcisismo-patologico-577ef3b57af18.html?page=1>

Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. Yale University.

Kernberg, O. (2007). Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas. *Aperturas Psicoanalíticas*, 0(25). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000426>

Killingmo, B. (1989). Conflicto y Déficit. Implicancias para la técnica. Libro anual de psicoanálisis del *International Journal of Psychoanalysis*. N°70 (0), 111-126.

Lanza Castelli, G. (2013). El pasaje de la mentalización a la equivalencia psíquica. Sus consecuencias clínicas. *Querencia*, (15). <https://revista.psico.edu.uy/index.php/querencia/article/viewFile/182/142>

Lanza Castelli, G. (2014). Psicoterapia basada en la mentalización. https://www.researchgate.net/publication/261095685_Psicoterapia_basada_en_la_mentaliza_cion

Lexague, A. (2016). Evaluación de la capacidad de mentalización. En R. Bernardi, B. Varela, D. Miller, R. Zytner, L. de Souza y R. Oyenard. *La formulación psicodinámica de caso: su valor para la práctica clínica*. (pp. 145-163). Grupo Magro editores.

Lorenzini, N. (2021). El rol de la mentalización en el procesamiento del trauma causado por la violencia y represión del Estado: la confianza epistémica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 0(67). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001151>

Lyons-Ruth, K. (2004). La disociación y el diálogo infanto-parental: Una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre el apego. *Aperturas Psicoanalíticas*, 0(17). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=290>

Lyons-Ruth, K. y Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520-554). Guilford Press. https://www.researchgate.net/publication/318900030_Attachment_Disorganization_Unresolved_loss_relational_violence_and_lapses_in_behavioral_and_attentional_strategies

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R., Bianchi, I. (2006). Desde la desorganización del apego infantil a la disociación adulta: ¿Adaptaciones relacionales o experiencias traumáticas? *Psychiatric Clinic of North America*. 29(1), 63. <https://es.scribd.com/document/424757176/Lyons-Ruth-Desde-La-Desorganizacion-Del-Apego-Infantil-a-La-Disociacion-Adulta#>

Martínez-Guzmán, C., Tomicic, A., de la Cerda, C., Rivera, M. J., Salas, C. (2017). Función Reflexiva en primeras entrevistas en psicoterapia: Un estudio exploratorio sobre el papel de la mentalización en la interacción terapéutica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 16(3),274-278. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281953368004.pdf>

Mas Hasse, J. (2017). Psicoterapia basada en la mentalización. En C. Mirapeix Costas, J. Vázquez Bourgon. A. Gómez del Barrio y J. Artal Simón. (Coords.), *Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad* (pp.135-146). Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y CIBERSAM. https://seetp.org/materiales/Publicaciones_Abordaje_TLP.pdf

Miller, D. (2016). Consideración de la regulación afectiva y la mentalización en la Formulación Psicodinámica del Caso. En R. Bernardi, B. Varela, D. Miller, R. Zytner, L. de Souza y R. Oyenard. *La formulación psicodinámica de caso: su valor para la práctica clínica*. (pp.164-177). Grupo Magro editores.

Monteserín, M. (2012). Teoría del apego. Revisión conceptual y biológica en relación con los trastornos de personalidad. Aperturas Psicoanalíticas, 0(41). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000752>

Mosquera, D. (2004). Diamantes en bruto (I). Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Pléyades.

Mosquera, D. González, A. y Van de Hart, O. (2011). Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. Revista Persona. 11(0),10-40. https://www.researchgate.net/publication/273256658_Trastorno_limite_de_la_personalidad_trauma_en_la_infancia_y_disociacion_estructural_de_la_personalidad

Mosquera, D. y González, A. (2013) Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 3 (3). http://psicociencias.org/pdf_noticias/Apego_y_TLP.pdf

Naffah Neto, A. (2007). A problemática do falso self en pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicot. Revista Brasileira de Psicanálise, 41 (4), 77-88. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000400008

Nieto, T. E. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y Tratamiento. Intelligo, 1 (1): (4-20). <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/TLP-estudio-y-tratamiento-por-tania-escribano-nieto.pdf>

Paris, J. & Zweig-Frank, H. (1997). Dissociation in patients with borderline personality disorder. The American Journal of Psychiatry. 154(1), 137-138.

Paris, J. (2004). Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. Harvard Review of Psychiatry. 12(1), 42-48. <https://doi:10.1080/10673220490279161>

Pinedo Palacios, R. J. y Santelices Álvarez, M. P. (2006). Apego adulto: los modelos operantes internos y la Teoría de la Mente. Terapia Psicológica, 24 (2), 201-209. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78524210.pdf>

Reguera Nieto, E.A. (2014). Apego, cortisol y estrés en infantes. Una revisión narrativa. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000400008>

Rojas Estapé, M. (2021). Encuentra tu persona vitamina. Espasa.

Sanchez Quintero, S. y de la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. Acción Psicológica. 10 (1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100003

Sanchez Quintero, S. y de la Vega, I. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. Acción Psicológica, 10 (1), 45-55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030771005>

Sanchis, S. (2020). Apego desorganizado: qué es, características, consecuencias y cómo tratarlo. <https://www.psicologia-online.com/apego-desorganizado-que-es-caracteristicas-consecuencias-y-como-tratarlo-4964.html>

Slade, A. (2009). Mentalizando lo inmentalizable: Crianza de niños en el espectro. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 8(1), 7-21. <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/slade.pdf>

Slucki, D y Wikinski, M (2004) Una aproximación psicoanalítica a las personalidades límite. Revista Argentina de Psiquiatría, VERTEX. 15(0), 274-279. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf>

Somavía Santa-Cruz, J. (2008). Psicoterapia centrada en la transferencia: objetivos centrales y mecanismos de cambio. <http://www.ichtp.cl/documentos/Psicoterapia%20Centrada%20en%20la%20Transferencia.pdf>

Stern, D. N. (1985). El mundo interpersonal del infante. Paidós.

UNIR Openclass (2020,02,11). Introducción a la psicoterapia basada en la mentalización. Merino Fernandez-Pellón, A. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=mcEIZ66XgQI&t=537>

Van der Kolk, B. (2014). El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Kairós.

Villalba, L. (2011). Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento según la teoría de la mentalización de Peter Fonagy. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 75 (1),14-19 http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/03_LV.pdf

Wagner S, Baskaya O, Dahmen N, Lieb K, Tadic A. (2010) Papel modulador del polimorfismo Val66Met del factor neurotrófico derivado del cerebro sobre los efectos de los eventos serios

de la vida en la agresión impulsiva en el trastorno límite de la personalidad. *Genes Brain Behav.* 9,97–102.

Wagner S, Baskaya O, Lieb K, Dahmen N, Tadic A. (2009) El polimorfismo 5-HTTLPR modula la asociación de eventos vitales graves (LES) y la impulsividad en pacientes con trastorno límite de la personalidad. 43,1067–72

Winnicott, D. (1960). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. <https://psicanalisedownload.files.wordpress.com/2012/09/ladistorsin.pdf>