

REVISIÓN

Trastorno Límite de la Personalidad: herencia psicodinámica y estado actual del conocimiento

Rev APSAN 2022,2(1): 110-147

Alex Behn¹

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es una enfermedad mental caracterizada por un patrón persistente y ubicuo de alteraciones en la regulación emocional, la identidad y las relaciones interpersonales. Es de las enfermedades mentales que mayor atención científica ha recibido en la última década, con cientos de publicaciones en revistas con revisión de pares que examinan sus componentes etiopatogénicos, psicopatología básica, tratamiento y curso. Es posible decir que hoy tenemos una base científica robusta que permite un consenso respecto de diferentes aspectos de la enfermedad. Al mismo tiempo, la herencia psicodinámica de este síndrome clínico es evidente y, probablemente, es una de las pocas herencias teóricas que aún se mantienen en las clasificaciones de psicopatología más importantes (DSM-5 – Modelo Alternativo y CIE-11). Se podría decir, que se trata de un triunfo del pensamiento psicodinámico y un indicador de su precisión y relevancia actual en lo que se refiere a este trastorno. Sin embargo, también resulta relevante el movimiento inverso, a saber, incorporar los últimos desarrollos científicos sobre psicopatología básica, diagnóstico y manejo clínico dentro del pensamiento psicodinámico. Para mejorar la comprensión y manejo clínico del TLP, la información debe transferirse desde el pensamiento psicodinámico a la investigación clínica y desde la investigación clínica al pensamiento psicodinámico. El presente artículo presenta una revisión de la literatura científica actual más confiable y consensuada para ser consumida por un público de orientación principalmente psicodinámica.

¹ PhD. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad. albehn@uc.cl

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es una enfermedad mental caracterizada por un patrón persistentes y ubicuo de alteraciones en la regulación emocional, la identidad y las relaciones interpersonales. Desde que el término fue acuñado en 1938 por Adolf Stern para describir un síndrome que habitaba entre la neurosis y la psicosis, el TLP ha sido ampliamente estudiado y ha sido fuente de diversos debates en el ámbito de la psicopatología. Muchos de estos debates han quedado atrás y hoy en día el TLP es considerado un trastorno de base científica robusta, o al menos, comparable a la base científica de otros trastornos, como la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar o el estrés postraumático. En este progreso, es innegable que el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) fue operacionalizado de una manera moderna y clínicamente relevante desde la perspectiva de las relaciones objetales y en particular, desde el trabajo de Otto Kernberg y el grupo de Cornell (Clarkin, Caligor, Sowislo, 2020). Dicho de otro modo, el modelo propuesto por Kernberg logró entrar de manera convincente dentro de la psiquiatría clínica norteamericana y desde ahí pudo ejercer su influencia y obtener validación transversal (siempre había sido validado desde el mismo psicoanálisis). No se trata de una cuestión menor, puesto que, en el contexto norteamericano, el pensamiento psicoanalítico había quedado al margen de la actividad académica de los departamentos de psicología en las universidades, principalmente producto de la extraña prohibición impuesta a los psicólogos estadounidenses de formarse como psicoanalistas. Esta prohibición, por lo demás bastante idiosincrática con las asociaciones de psicoanálisis norteamericanas, nunca contó con el beneplácito de la *International Psychoanalytical Association* (IPA) y fue rectificada recién en 1990 producto de acciones legales impulsadas por el gremio de psicólogos. Sin embargo, el costo ya había sido alto, ya que el psicoanálisis fue prácticamente extirpado de los departamentos de psicología, en los cuales proliferó más bien la perspectiva conductual y cognitiva en lo que refiere ala clínica y el modelo de los rasgos en lo que se refiere al estudio de la personalidad. Esta situación persiste hasta el día de hoy y, típicamente, en las universidades norteamericanas el estudio del psicoanálisis se concentra en departamentos de literatura, cine, critica cultural, etc., pero no en contextos de entrenamiento clínico formal, como las residencias en psiquiatría o los programas de doctorado en psicología clínica (para una historiografía, revisar Gifford, 2008). Este es un marco histórico relevante, porque es posible decir que

la principal manera en la cual el pensamiento psicoanalítico se mantuvo vigente en este contexto, fue a través de la operacionalización del TLP de la mano del equipo de Cornell y su entrada en la psiquiatría clínica. De ahí, es interesante notar como persiste esta herencia psicodinámica incluso en las clasificaciones más actuales de trastornos psiquiátricos, en particular en el Criterio A del Modelo Alternativo del DSM-5 (AMPD) y en el CIE-11.

Modelo Alternativo del DSM-5: Disfunción del *self* y las relaciones interpersonales y rasgos psicopatológicos

El DSM-5 conserva, inexplicablemente, dos modelos paralelos y válidos para el diagnóstico del TLP. El primero es exactamente igual que el modelo propuesto en el DSM-IV-TR y se caracteriza por la existencia de diferentes tipos de trastorno de la personalidad (p. ej. TLP, Narcisista, Dependiente, etc.) desde un punto de vista categorial y siguiendo una lógica politética, es decir una lista de síntomas, con una regla combinatoria (p.ej. al menos 5 de los siguientes síntomas). En paralelo, la sección III del DSM-5 presenta el Modelo Alternativo de Trastornos de la Personalidad (AMPD, en sigla en inglés), el cual se configura desde una perspectiva dimensional en base a un criterio (Criterio A, Nivel de Funcionamiento de la Personalidad) de disfunción en el *self* en las relaciones interpersonales y en base a un criterio B, en el cual se deben especificar rasgos disfuncionales (afectividad negativa, desapego, psicoticismo, antagonismo, y desinhibición). A partir de los rasgos, el AMPD permite un camino hacia la especificación de tipos diagnósticos. Por ejemplo, una persona con trastorno de la personalidad antisocial, además del Criterio A, presentará manipulación, insensibilidad, engaño y hostilidad (todas facetas del rasgo general de antagonismo), además de asunción de riesgos e impulsividad (ambas facetas del rasgo general de *desinhibición*). De manera similar, una persona con trastorno límite de la personalidad presentará, además del Criterio A, inseguridad de separación y depresión (ambas facetas del rasgo general *afectividad negativa*), impulsividad y asunción de riesgos (facetas de *desinhibición*) y hostilidad (una faceta del rasgo general *antagonismo*). La Tabla 1 presenta el

criterio A para Trastorno de la Personalidad según el AMPD. La Tabla 2 presenta el Criterio B, relativo a rasgos disfuncionales para caracterizar el tipo de trastorno.

Tabla 1: Criterio A: nivel de funcionamiento de la personalidad
<p>Las dificultades en el funcionamiento personal (<i>self</i>) e interpersonal constituyen el núcleo de la psicopatología de la personalidad, y en este modelo de diagnóstico alternativo éstas se evalúan en un continuo. El funcionamiento con uno mismo implica la identidad y la autodirección, y el funcionamiento interpersonal incluye la empatía y la intimidad. La Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (<i>Level of Personality Functioning Scale-LPFS</i>) emplea cada uno de estos elementos para diferenciar cinco niveles de deterioro, que oscilan entre poco o ningún deterioro (es decir, funcionamiento saludable y adaptativo, nivel 0), un deterioro leve (nivel 1), moderado (nivel 2), grave (nivel 3) y extremo (nivel 4).</p>
Elementos del funcionamiento de la personalidad
<p>Self:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identidad: La experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los demás, la estabilidad de la autoestima y la exactitud de la autoevaluación; capacidad y habilidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales. 2. Autodirección: Persecución de objetivos y metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida; uso de normas internas de comportamiento constructivas y prosociales; capacidad de autoreflexionar productivamente. <p>Interpersonal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Empatía: Comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes puntos de vista; discernir los afectos de la propia conducta de los demás. 2. Intimidad: La profundidad y la duración de la relación con los demás; el deseo y la capacidad de cercanía; la reciprocidad de la relación reflejada en el comportamiento interpersonal.
<p>Fuente: American Psychiatric Association, 2013.</p>

Tabla 2: Criterio B: Rasgos de patológicos de la personalidad

Los rasgos patológicos de personalidad se organizan en cinco grandes ámbitos: el afecto negativo, el desapego, el antagonismo, la desinhibición y el psicoticismo. Estos cinco grandes **dominios** se componen de 25 **facetas de rasgos** específicos que se desarrollan inicialmente a partir de una revisión de los modelos de rasgos existentes, y posteriormente a través de la investigación iterativa con muestras de personas que acudían a los servicios de salud mental. El Criterio B para los trastornos de la personalidad específicos comprenden los subconjuntos de rasgos de las 25 facetas, basados en revisiones de metaanálisis y en datos empíricos sobre las relaciones entre los rasgos y los diagnósticos de trastorno de la personalidad según el DSM-IV.

Fuente: American Psychiatric Association, 2013.

El AMPD se considera un modelo híbrido, ya que si bien planea una evaluación del nivel de funcionamiento de la personalidad en el Criterio A que es dimensional, a partir de la configuración de subconjuntos de facetas de rasgos de personalidad es posible reconducir el diagnóstico hacia tipos de trastornos categoriales. En este modelo híbrido es interesante notar que se reúnen, tras décadas de separación, los componentes psicodinámicos que se instalaron en la psiquiatría clínica norteamericana y la investigación en rasgos de la personalidad propia de la academia psicológica norteamericana. Si bien existen sectores que abogan por la redundancia de ambos criterios (por un lado, no sería necesario el Criterio A al contar con los rasgos, y por el otro que los rasgos son demasiado generales y con baja validez incremental respecto al criterio de disfunción del *self* y relaciones), existe un acuerdo de que son modos complementarios y que expresan el mejor standard de evidencia científica actuales. Al mismo tiempo, si bien el DSM-5 conserva además del AMPD el modelo tradicional del DSM-IV, este último ha sido francamente abandonado por la comunidad científica, la cual ha concentrado sus esfuerzos en la investigación sobre estabilidad y utilidad clínica del AMPD.

Notoriamente, el criterio A expresa una conceptualización psicodinámica y de relaciones objetales de la disfunción de la personalidad. El énfasis en la estabilidad de la identidad es patognomónico del modelo estructural de Kernberg, que considera el TLP como caracterizado principalmente por un síndrome de difusión de identidad (Kernberg, 2016). Al mismo tiempo, la capacidad para la empatía y la intimidad son, igualmente, reguladas por la estructura de la personalidad en el modelo de

relaciones objetales y por supuesto, el multiperspectivismo se estructura en torno al concepto de mentalización de herencia indudablemente psicodinámica (Euler, et al., 2021). La expresión de dominios de rasgos generales y facetas también puede, en muchos casos ser reconducida a una arquitectura psicodinámica pese a que su origen científico está en la psicología académica norteamericana, tradicionalmente blindada al pensamiento psicodinámico (Mulay, et al., 2018). En otras palabras, el AMPD representa el punto de encuentro de una tradición psicodinámica (propia de la psiquiatría clínica norteamericana) y de la psicología de la personalidad (desarrollada en la academia norteamericana y centrada en rasgos), ambas pasadas por el cedazo de la evidencia científica. En otras palabras, se retienen los principios psicodinámicos en torno al trastorno de la personalidad, puesto que han sido investigados científicamente por fuera de la tradición puramente teórica. En ello radica, muy probablemente, la principal fortaleza del modelo de Kernberg. Una revisión extensa y útil de la historia, medición significancia, validez y confiabilidad del Criterio A del AMPD puede ser encontrada en Sharp & Wall (2021).

El modelo simplificado del CIE-11

Como se mostró anteriormente, la Asociación Psiquiátrica Americana decidió avanzar más bien tímidamente hacia un modelo dimensional; por un lado, conservando en paralelo el modelo tradicional del DSM-IV y por el otro reteniendo en el modelo dimensional la posibilidad de establecer diagnósticos categoriales de tipos de trastorno de personalidad, constituyendo así un modelo híbrido. La propuesta del grupo de estudio de trastorno de la personalidad del CIE-11 fue mucho más decisiva y si bien es extremadamente parecida al AMPD mantiene una diferencia radical: dejan de existir los subtipos de trastornos de la personalidad (p. ej. dependiente, narcisista, obsesivo compulsivo, etc.) a favor de una conducta clínica enfocada en el diagnóstico de **un** trastorno de la personalidad (con propiedad ya no se puede utilizar el plural de *trastornos de la personalidad*), con una evaluación de severidad y una especificación adicional de rasgos disfuncionales. Así, CIE-11 propone una simplificación extrema del esquema diagnóstico del trastorno de la personalidad. No solo es una simplificación. Es también el establecimiento de un modelo basado en la investigación científica (no teórica, como es la tónica actual

de las clasificaciones psiquiátricas). La investigación que justificaba la existencia de subtipos de trastornos de la personalidad era débil y poco consolidada y más bien llevaba típicamente a la comorbilidad de varios tipos al mismo tiempo, indicando fronteras diagnósticas artificiales. En perspectiva, es posible decir que los tipos de trastorno de la personalidad correspondían a especialidades desarrolladas en nichos dentro de la psicología y la psicología, con bastante profundidad en algunos casos (p. ej. trastorno narcisista de la personalidad), pero que en un esquema diagnóstico combinado funcionaban mal. Al mismo tiempo la excesiva complejidad del esquema categorial del DSM-IV y CIE-10 tendía a inhibir el establecimiento de un diagnóstico, en particular en contextos de bajo entrenamiento, que son, por lejos, los principales contextos en los que la personas con disfunción de la personalidad consultan. Esto llevaba a una baja identificación de casos y a la sobreutilización de la categoría "aplazado" en el antiguo eje II o No Especificado, por lejos el diagnóstico de personalidad más utilizado. La simplificación del esquema diagnóstico es una buena noticia desde el punto de vista de salud mental global ya que permite acelerar el proceso de evaluación clínica y llegar más rápidamente a un diagnóstico por profesionales con menos entrenamiento clínico.

Al igual que el AMPD, el esquema del CIE-11 se basa principalmente en el establecimiento de la severidad de la disfunción de la personalidad conceptualizada como disfunción del *self* y de las relaciones interpersonales. La Tabla 3 presenta los criterios actuales del CIE-11 para el establecimiento del trastorno de la personalidad. En la revisión de la evidencia científica del grupo de trabajo para trastorno de la personalidad del CIE-11, se determinó que los subtipos no poseían relevancia clínica real para la selección de tratamientos o la estimación del curso y pronóstico. En contraposición, la estimación de la severidad de la disfunción de la personalidad si demostró ser relevante (Bach & First, 2018). Por esta razón, al igual que en AMPD la conducta clínica requerida es, además del establecimiento del diagnóstico principal del trastorno de personalidad, la estimación de tres niveles de severidad: leve, moderado y severo.

Tabla 3: Criterios diagnósticos CIE-11 para Trastorno de la Personalidad

Alteración duradera caracterizada por problemas en el funcionamiento de aspectos del *self* (p. ej. identidad, autoestima, autoconcepto y autodirección) y/o por disfunción interpersonal (p. ej. capacidad para desarrollar y mantener relaciones íntimas y mutuamente satisfactorias, multi-perspectivismo y manejo de conflictos interpersonales).

La alteración ha persistido por un periodo extenso de tiempo de al menos dos años.

La alteración se manifiesta en patrones de cognición, experiencia emocional, expresión emocional y comportamientos que son maladaptativos (p. ej. inflexibles o mal regulados).

La alteración se manifiesta en una variedad de situaciones personales y sociales (es decir, no se limita a relaciones específicas o roles sociales), aunque puede ser activada consistentemente por tipos particulares de circunstancias.

Los patrones de comportamiento que caracterizan la alteración no son apropiados para el desarrollo y no pueden explicarse principalmente por factores sociales o culturales, incluyendo el conflicto sociopolítico.

Los síntomas no se deben a los efectos directos de un medicamento o sustancia, incluidos los efectos de abstinencia, y no se explican mejor por otro trastorno mental y del comportamiento, una enfermedad del sistema nervioso u otra condición de salud.

La alteración está asociada con una angustia sustancial o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educacional, ocupacional u otras áreas importantes.

Fuente: Bach & First, 2018

Al igual que el AMPD, el esquema diagnóstico del CIE-11 permite la especificación de rasgos prominentes para caracterizar el trastorno más allá de la severidad en la disfunción. La especificación de dominios de rasgos en CIE-11 es bastante parecida a la del DSM-5, lo cual es esperable dado que se depura de la misma evidencia de análisis factorial de los grandes rasgos de personalidad. Sin embargo, hay algunas diferencias. El CIE-11 incluye, al igual que el DSM-5 los dominios de rasgos de afectividad negativa, desapego, disocialidad (el equivalente a antagonismo en AMPD) y desinhibición. En lugar de psicoticismo el CIE-11 incluye el dominio de rasgo de anancastia (un rasgo relacionado con facetas del perfeccionismo rígido), principalmente porque el espectro de problemas organizados en torno al dominio de psicoticismo se encuentran clasificados en CIE-11 en la sección de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios. Si bien

un trastorno de personalidad en CIE-11 puede admitir sintomatología psicótica transitoria (desde el modelo estructural tradicional de Kernberg un compromiso en la prueba de realidad), esto queda indexado en la gradiente de severidad, y no mediante la especificación de rasgos (p.ej. alto psicoticismo).

Por último, es interesante que el CIE-11 retiene solamente una posibilidad de un diagnóstico categorial (o, eufemísticamente un *calificador de patrón*), a saber, la retención del subtipo Trastorno de Personalidad Límite en CIE-11. Es el único subtipo que persiste y se utiliza como un calificador del trastorno de la personalidad. Esto fue concebido por el grupo de trabajo ya que preveían que muchas personas con el diagnóstico de TLP podrían perder la cobertura de sus servicios si el diagnóstico desaparecía de la noche a la mañana de la clasificación. Así, se retiene de manera transitoria este calificador, hasta que el modelo se transversalmente implementado y codificado por los prestadores de salud y sistemas de seguros. Es posible que también haya existido algo de *lobby* para la retención del subtipo TLP en CIE-11 ya que se trata, por lejos, del trastorno de personalidad mejor estudiado, con una base científica bastante robusta (como referencia revisar Gunderson, et al., 2018 y Bohus, et al., 2021).

Al igual que el caso del AMPD, la impronta del pensamiento psicodinámico en CIE-11 es evidente, con un énfasis aún más explícito en el multi-persepectivismo, una derivada directa del modelo de función reflexiva avanzado por Bateman y Fonagy (2006).

Narrativa de la experiencia del trastorno límite de la personalidad

Primero, imagínese vivir con un temor constante e invasivo que las personas en su vida, particularmente las que usted más quiere, (parejas, amigos y amigas, familiares, hijos e hijas) lo abandonarán y rechazarán en cualquier momento. En este caso, y como sucede con todos los temores intensos (por ejemplo, con las fobias), usted estaría hiper-alerta para detectar cualquier señal de rechazo o abandono, e incluso podría equivocarse, desarrollando sesgos atencionales, es decir, podría sobre-identificar estas señales donde no existen e incluso verlas en todas partes, por ejemplo, en leves cambios en las expresiones faciales de las personas. Segundo, imagínese que cada vez que usted detecta estas señales de rechazo o de abandono usted entra en pánico, y se activan emociones negativas como rabia, tristeza, soledad, desesperanza o celos. Todos conocemos estas emociones, pero en este caso, imagínese que esas emociones se sienten de una manera extremadamente intensa. En el TPL, emociones negativas normales y naturales adquieren una intensidad intolerable y destructiva que lo abarca todo, comprometiendo la capacidad de pensar, pedir ayuda, tomar buenas decisiones. Tercero, imagínese tener la experiencia de no poder modular estas emociones, es decir, usted siente que pierde el control sobre estas emociones intensas que se dispararon cuando percibió una posibilidad de rechazo, y como usted ve rechazo incluso en gestos que para otras personas pasan desapercibidos, estas emociones incontrolables se activan muy frecuentemente y de un momento a otro resultando en una gran volatilidad emocional. Cuarto, imagínese que usted tenga la experiencia que la única manera de sobrevivir a estas emociones negativas incontrolables, desbordantes y extremadamente dolorosas es atentar contra su vida o producirse daño físico para poder al menos, sustituir el dolor mental por dolor físico. Quinto, imagínese que es tanto y tan intolerable el dolor que usted siente cuando se activan estas emociones negativas que para evitarlo (y no tener que recurrir por ejemplo a hacerse daño físico o a adormecer el dolor mediante el uso de drogas o alcohol) usted trata de controlar a las otras personas, incluso manipularlas para evitar el abandono real o imaginado. En este caso, la manipulación es un recurso para la estabilización emocional. Simplemente, está haciendo lo que puede para evitar sentir un dolor emocional intolerable, que la mayoría de las personas jamás ha experimentado ni experimentará. Sexto, imagínese lo que estas conductas producen en su vida interpersonal, en su familia, en su vida amorosa, en la escuela, en el trabajo. Séptimo, imagínese que usted ha experimentado estas dificultades desde temprana edad, por ejemplo, desde los 13 años, de manera tal, que han interferido con su vida, sus anhelos, sus intereses vocacionales y no ha logrado desarrollar un sentido claro de quién es, qué es lo que quiere de la vida y hacia dónde quiere dirigirse. Es claro, ¿cómo se van a instalar estas partes de su identidad cuando la vida es una seguidilla de tormentos emocionales intensos y duraderos gatillados por experiencias reales o percibidas de rechazo y abandono?

Epidemiología y costo del cuidado

Los Trastornos de la Personalidad en general, afectan aproximadamente a un 8% de la población de acuerdo a un reciente estudio internacional que consideró datos de 46 países en seis continentes distintos (Winsper, et al., 2020). El TLP específicamente presenta una prevalencia de punto de entre 0.7 y 2.7% según revisiones recientes (Ellison, et al., 2018). El TPL afecta a su vez entre 15 y 28% de los usuarios de servicios ambulatorios de salud y 20% de los pacientes que son hospitalizados por razones psiquiátricas. Respecto a este último grupo (los pacientes que deben hospitalizarse), un estudio realizado durante tres años reveló que un diagnóstico de TPL aumenta en casi nueve veces el riesgo de una readmisión de emergencia dentro de 28 días post-alta, lo cual es comparable al riesgo de readmisión de un paciente con esquizofrenia dentro de ese mismo periodo (Lewis, et al., 2019). Considerando esta evidencia, es claro que los pacientes con TPL representan una proporción importante de los usuarios más graves de servicios de salud mental y que tienden a utilizar recurrentemente estos servicios. Si combinamos el sufrimiento de las personas con TPL y sus familias con la alta prevalencia en población consultante y la alta utilización de servicios, se configura una poderosa razón para comenzar a pensar en mejorar las redes de apoyo e intervenciones clínicas para este grupo. Y aún hay más razones para considerar seriamente a este grupo de personas. Datos de un estudio longitudinal poblacional (es decir no enfocado en una muestra clínica de pacientes pero que por probabilidad incluye pacientes) que siguió a una cohorte de personas durante 25 años reveló que, en promedio, los pacientes con trastorno de la personalidad tienen una expectativa de vida de 39 años, es decir mueren por causas naturales aproximadamente 40 años prematuros, considerando una expectativa de vida normativa de 78-79 años (Björkenstam, et al., 2015). Por lo tanto, el impacto en la salud de las personas es extremadamente importante, lo cual sumado al sufrimiento y frecuencia en población consultante hace prácticamente ineludible el deber de que las personas con TPL y sus familias tengan acceso a tratamientos de calidad y sobre todo, basados en la evidencia científica. Una revisión sistemática del año 2017 mostró que la remisión de síntomas (sobre todo desregulación conductual y afectiva) atribuible a tratamientos basados en la evidencia (es decir, no basado en

modelos teóricos antiguos y poco actualizados, sino que en estudios clínicos) es frecuente y las probabilidades de recaída tras periodos de remisión es baja (Ng, BOurke, & Grenyer, 2016). La utilización de servicios y costo directo por cuidados por parte de este grupo de personas es extremadamente alto. Un estudio realizado en Alemania demostró que hasta un 20% de los costos nacionales anuales totales en cuidados psiquiátricos, es decir hasta cuatro billones de euros, eran atribuible a las personas con TPL, precisamente debido a las múltiples hospitalizaciones (Bohus & Kröger, 2011). Además, otra revisión sistemática reveló que el promedio de ahorro de costos anual por paciente tratado con psicoterapia basada en la evidencia fue de aproximadamente 4,000 dólares, lo cual dada la alta frecuencia en el grupo de personas que consultan y la recurrencia de las consultas implica un ahorro muy significativo (Meuldijk, McCarthy, Bourke, & Grenyer, 2017).

Curso del Trastorno Límite de la Personalidad

Si bien el modelo de las relaciones objetales y la perspectiva de la mentalización caracterizan los esquemas diagnósticos actuales, enriqueciéndolos y confiriéndoles profunda relevancia clínica, persisten, desde el pensamiento psicodinámico creencias que no han sido comprobadas científicamente. Es complejo determinar causalidad en este aspecto, pero existe una idea difundida de que el TLP tiene un curso crónico con empeoramiento progresivo de sus síntomas y problemas a medida que pasan los años y es probable que esta idea provenga de las nociones más psicoanalíticas de la personalidad. Posiblemente, esta idea de cronicidad se deriva directamente de la conceptualización inicial del trastorno como algo que afectaba a la personalidad o el carácter originalmente, lo cual acarrea una idea de estabilidad e inmutabilidad en el tiempo. En ausencia de los estudios longitudinales actuales, es comprensible que se haya desarrollado la idea de que un TLP es "una sentencia de por vida" y que las personas deben aprender a vivir con esta alteración de la personalidad. La noción de "manejo clínico" aparece en este sentido más frecuentemente que la de "recuperación" o "cura" en la literatura psicodinámica, por cierto, con la notable excepción, nuevamente, de Otto Kernberg. Además, se verifica que los tratamientos iniciales desarrollados para estas patologías del carácter hayan sido calibrados (o dosificados) para tratar, precisamente, un trastorno

de la “personalidad” es decir, un trastorno que afecta funciones básicas del aparato mental y que por lo tanto tenderá, forzosamente, hacia una inmutabilidad en el tiempo y, por lo tanto, hacia una evolución desfavorable.

La idea de que el TLP tiene un curso crónico y de progresivo deterioro es falsa y probablemente, dañina. Se trata de un mito que puede conducir a un cambio sustantivo y pernicioso en la actitud clínica hacia las personas con TPL por parte de profesionales y servicios de salud mental, llegando muchas veces a negar (o a aceptar a regañadientes, lo cual es peor) la provisión de cuidados. En otras palabras, las personas con TPL son percibidos como pacientes difíciles, intratables y que serán usuarios crónicos del servicio sin que se pueda esperar mucha mejoría (Fischer, et al., 2019). Como consecuencia, muchas veces las personas con TPL no obtendrán el cuidado que necesitan y se enfrentarán a un contexto de tratamiento a veces incluso hostil, incapaz de comunicar esperanza objetiva respecto de la recuperación en base a la evidencia científica actual.

Hoy en día, tenemos el beneficio de varios estudios longitudinales que han seguido a cohortes de pacientes incluso durante décadas (para una revisión ver Zanarini, 2018). Gracias a estos estudios, sabemos que el TPL tiene un inicio en la adolescencia temprana (alrededor de los 12 o 13 años, típicamente) (Rothschild & Zimmerman, 2002), con una concentración de síntomas en la adolescencia tardía y adultez temprana y una disminución de los síntomas a medida que pasa el tiempo durante la adultez (Choi-Kain, et al., 2020). Así, la evaluación del TPL es mucho más benigna de lo que se pensaba antes de la existencia de datos longitudinales de buena calidad. Después del periodo más crítico del trastorno, que se localiza durante la adolescencia y adultez temprana, estos estudios han identificado altas tasas de remisión en síntomas de descontrol afectivo (crisis emocionales intensas) y conductual (como conductas suicidas y autolesiones), y bajas tasas de recurrencia. Esto significa que un porcentaje importante de las personas con TPL logra recuperarse y una vez lograda esta recuperación las probabilidades recaída son bajas, incluso más bajas que, por ejemplo, las de la depresión (Temes & Zanarini, 2018). Si bien los estudios muestran altas tasas de remisión en síntomas de descontrol conductual y desregulación afectiva, cuando no existe provisión de tratamientos basados en la evidencia aumenta considerablemente la probabilidad de que se mantengan

problemas en la identidad (auto-concepto, sentido de dirección) y en las relaciones interpersonales (sensibilidad al rechazo, conflictividad interpersonal o aislamiento) y estos problemas pueden seguir contribuyendo a un empobrecimiento en la vida de las personas. La probabilidad de remisión integral, incluyendo recuperación sintomática y recuperación psicosocial y vocacional, aumenta significativamente cuando hay detección temprana y provisión oportuna y de buena calidad de tratamientos basados en la evidencia científica (Winsper, 2020).

La evidencia actual en torno al curso del TLP puede ser considerada de excelente calidad, lo cual debiese llevar hacia la comunicación de esperanza objetiva a las personas que consultan por este diagnóstico y a sus familiares.

Detección temprana y diagnóstico en la adolescencia

Existen varias concepciones erróneas sobre el TLP que persisten regularmente en la actividad clínica y los contextos de atención. Probablemente, la más dañina y la que ha acarreado, probablemente las consecuencias más nefastas es la idea de que no es posible diagnosticar un TLP durante la adolescencia y que por el contrario, es aconsejable esperar hasta la adultez para establecer un diagnóstico de manera confiable. Esta idea parece ser particularmente ubicua entre practicantes de orientaciones psicodinámicas, posiblemente, debido a una noción tradicional del desarrollo psicológico en la adolescencia como una etapa de alto dinamismo en la constitución del aparato mental. Esta conducta clínica anudada a esta idea, a saber, postergar el diagnóstico hasta la adultez, ha significado que muchos adolescentes con TLP no sean diagnosticados a tiempo, y que su tratamiento sea postergado durante años, al punto en que las consecuencias negativas sociales, vocacionales y clínicas del trastorno sean casi irrecuperables. Es importante destacar que los estudios longitudinales han demostrado que, durante la adolescencia, los síntomas de TLP son más graves, más intensos y más peligrosos que en la adultez (por ejemplo, hay mayor actividad suicida y autolesiva) con lo cual postergar el diagnóstico y la provisión de tratamientos es, por lo menos, negligente y antiético independiente de la fidelidad teórica que esta práctica tenga (Viedler et al., 2019; Cardona et al., 2020; Chanen & McCutcheon, 2013). En otras palabras, la reserva

del diagnóstico de TLP hasta la adultez, no puede, en base a la mejor evidencia disponible, ser justificada por una “opción teórica”.

Hace más de una década que contamos con evidencia científica de que el diagnóstico de TLP en la adolescencia es igual de válido que su diagnóstico en la adultez y es al menos igual de urgente y necesario, si es que no más, debido a la gravedad e intensidad de los síntomas durante este periodo (Chanen et al., 2008; Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008). La calidad y robustez de esta evidencia solo ha aumentado en el tiempo. Esto no es nada sorprendente, en realidad. Para la mayoría de los problemas de salud mental, la detección, diagnóstico e intervención temprana es el marco de acción clínica óptimo, minimizando trayectorias de enfermedad crónicas y dañinas y maximizando la efectividad de intervenciones más livianas. Además, es común que los trastornos mentales se inicien durante la adolescencia (Kessler, et al., 2005), lo cual resulta ser, también, cierto para el TLP (Bozzatello, et al., 2019; Chanen & Thompson, 2018; Chanen, et al., 2020). Sin embargo, muchos clínicos y docentes promueven este mito, evidenciando un nivel de desinformación preocupante (Wall, Kerr, & Sharp, 2020; Laurensen, et al., 2013).

Diferentes argumentos se esgrimen típicamente para justificar esta práctica. El más común es que la personalidad aún se está conformando durante este periodo por lo que no se podría dilucidar un trastorno. En el marco de la teoría psicoanalítica del desarrollo este es un argumento estable y que, por supuesto, mantiene ciertos estándares de consistencia interna. Sin embargo, esta postura no está avalada por la investigación científica en psicología del desarrollo. Si bien durante la adolescencia y con la pubertad comienza o se intensifica el desarrollo de múltiples aspectos de la personalidad de manera relativamente violenta y acelerada, la personalidad se sigue formando más allá de este periodo e incluso probablemente se sigue desarrollando de manera relativamente acelerada hasta los 30 años (Sawyer et al., 2018; Dahl, et al., 2018). En este sentido, y para extremar el argumento, si fuese válida la noción de la imposibilidad de hacer diagnósticos de psicopatología durante procesos de desarrollo, deberíamos postergar el diagnóstico del TLP hasta los 30 años.

De todas maneras, la noción de que es posible hacer diagnósticos durante el desarrollo es inexacta e incluso, un poco ridícula, como por ejemplo el caso de

un padre que lleva a su hijo al pulmonólogo puesto que este tiene dificultades para respirar para recibir la sentencia de que puesto que los pulmones del niño aún se encuentran en desarrollo no es posible diagnosticar y tratar una insuficiencia respiratoria. Sin embargo, otra idea que encontramos frecuentemente es que la adolescencia, al ser un proceso turbulento para muchas personas, es esencialmente indistinguible de procesos psicopatológicos presentes en el TLP. Este argumento implica que los clínicos son incapaces de diferenciar entre procesos de desarrollo y los síntomas de TPL durante la adolescencia. En otras palabras, un TPL es indistinguible de una adolescencia tormentosa. No existe evidencia científica confiable que apoye esta idea. Todo lo contrario, una revisión de la literatura claramente apunta en una dirección opuesta. La impulsividad en adolescentes sanos es cuantitativa y cualitativamente diferente de la impulsividad en adolescentes con TPL (Lawrence et al., 2010); la relativa inestabilidad afectiva de algunos adolescentes sanos es algo muy diferente de la desregulación afectiva en TLP (Ibraheim, Kalpakci, & Sharp, 2017); la impulsividad sexual y experiencia de la sexualidad en adolescentes sanos es muy diferente a la de los adolescentes con TLP (Thompson, et al., 2019); las alteraciones de la identidad en adolescentes sanos es muy diferente al síndrome de difusión de identidad en adolescentes con TLP (Westen, Betan, & DeFife, 2011); los patrones de consumo de sustancias en adolescentes sanos son diferentes a los de los adolescentes con TLP (Chanen, 2017); el funcionamiento psicosocial de adolescentes con TPL es diferente al de los adolescentes sanos (Kramer, et al., 2017); los síntomas de TPL en la adolescencia no son una fase de la adolescencia, sino que tienen estabilidad en el tiempo, lo que puede implicar graves consecuencias psicosociales (Chanen, et al., 2004); las conductas suicidas incluyendo las autolesiones durante la adolescencia se relacionan sistemáticamente con TPL y predicen actividad suicida en la adultez (Biskin, et al., 2020); la experiencia de familiares y cuidadores de adolescentes con TPL no es comparable a la experiencia y familiares y cuidadores de adolescentes sanos (Seigerman, et al., 2020).

La detección temprana del TLP está asociada también a mejores resultados clínicos, eficiencia incrementada de intervenciones más livianas y menos costosas y una rectificación notoria en experiencias de vida y desarrollo vocacional (Chanen, et al., 2021). En base a toda esta evidencia, el diagnóstico temprano de TPL durante la

adolescencia está clínica, científica y éticamente fundamentado. Proceder de otro modo es, al menos, negligente y seguramente antiético.

Comunicación del diagnóstico

En particular dentro de la tradición psicodinámica, la comunicación de los diagnósticos clínicos no es una práctica particularmente difundida. Típicamente, el foco clínico y las estrategias técnicas están anudado a la interpretación o clarificación de conflictos inconscientes y menos a la rectificación de sintomatología específica de un trastorno. Si bien esta creencia es variable dentro de diferentes concepciones psicodinámicas, es un hecho que la retención del diagnóstico a los pacientes es una práctica difundida en la psicología y en la psiquiatría clínica y probablemente, un privilegio que no subsiste en ninguna otra área de la salud (Sims, Nelson, & Sisti, 2021). Como consecuencia de esta cuestionable práctica, muchas veces normalizada en contextos psicológicos y psiquiátricos, los pacientes no reciben un diagnóstico claro, transparente y transmitido de una manera empática. Debido a esto, deben seguir un tratamiento sin saber porqué, ni para qué, ni de qué manera las intervenciones y recomendaciones del profesional contribuyen a producir un alivio en los síntomas. Además, no proveer un diagnóstico acreditado típicamente impide la provisión de psicoeducación sobre el TPL. La psicoeducación en salud mental es extremadamente importante para habilitar a los pacientes para que sean agentes activos e informados en sus tratamientos. En TPL la psicoeducación ha demostrado ser necesaria tanto para pacientes como para sus familiares y cuidadores y no compromete el rol activo de los pacientes en su recuperación (p. ejemplo la idea de que un diagnóstico des-responsabiliza a un paciente de sus conductas maladaptativas) (Pearce, et al., 2017). Existen muy pocas situaciones clínicas en las que reservar un diagnóstico a un paciente es justificable técnica o éticamente. Un diagnóstico es información relevante a la que un paciente tiene derecho. En la mayoría de las profesiones clínicas, ocultar un diagnóstico es considerado absolutamente antiético, pero por alguna razón, es una práctica normalizada en psicología y psiquiatría. Además, un diagnóstico acreditado permite la selección de tratamientos e intervenciones específicas. Estas intervenciones deben ser transparentes para el paciente, es decir, es importante que sepa de qué manera un

tratamiento recomendado apunta a mejorar los problemas y síntomas que contiene el diagnóstico. En múltiples estudios realizados con personas con TPL, recibir un diagnóstico de una manera clara, precisa y empática, sin rodeos, sin ambigüedades ni relativizaciones y conectada explícitamente con alternativas de tratamiento y pronóstico, es identificado como un momento positivo e importante en el camino hacia la recuperación (Lester, et al., 2020). No existe evidencia científica confiable que apoye la idea de que la provisión cuidadosa y precisa de un diagnóstico de TPL por un profesional competente moleste a los pacientes o a sus familiares, o que minimice su responsabilidad de ser un agente activo en sus procesos de recuperación. Finalmente, es por lo menos extraña la idea de que reservar un diagnóstico a un paciente contribuya a dismantelar un estigma. Todo lo contrario, de esta manera, los profesionales se convierten en los principales y más perniciosos agentes de mantención de los estigmas en salud mental, porque comunican, con su silencio, que hay algo malo, extraño e incómodo con el diagnóstico de TPL (Sheehan, Nieweglowski, & Corrigan, 2016). Afortunadamente, hay evidencia de que estas actitudes nocivas han cambiado durante los últimos 15 años, aunque en nuestra experiencia aún queda mucho camino por recorrer (Day, et al., 2018).

Medición instrumental y proceso diagnóstico

Una de las ideas particularmente difundidas dentro de la tradición psicodinámica amplia es que el diagnóstico de personas con TLP es relativamente difícil y requiere de procedimientos complejos, entrevistas especiales de varias sesiones e instrumentación proyectiva (p. ej. TRO, Rorschach y dibujos proyectivos). Aún es usual, en contextos clínicos locales y en contextos jurídico-periciales, que ante la sospecha de un TLP se ordene regularmente un psicodiagnóstico, consistente en varias entrevistas y la aplicación de una batería de pruebas, en general de orden proyectivo. La idea de que este sería el procedimiento correcto para la determinación de un diagnóstico de TLP es errónea en base a la evidencia científica actual y seguramente, ha resultado en que muchas veces se posterga o evita el diagnóstico de TPL en personas que consultan en servicios tanto públicos como privados. Esto retrasa la provisión de tratamientos y deja a las personas con TPL sin diagnóstico y sin acceso a cuidados necesarios. Además, producto de esta idea

errónea, muchas veces las personas con TPL son sometidas a procedimientos de evaluación largos, de alto costo, escasa validez científica, e innecesarios desde el punto de vista específico de la clarificación diagnóstica. Se trata de una experiencia común: los mismos profesionales que no tendrían ningún reparo en establecer un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor con la data recopilada en una entrevista de ingreso regular, referirían a un paciente a múltiples entrevistas y evaluaciones proyectivas en caso de sospecha de un TLP. Si bien se trata de una tradición clínica de larga data y amplia diseminación, no existe, en la actualidad, evidencia científica que respalde la idea de que el diagnóstico de TLP es más complejo que el diagnóstico, por ejemplo, de un trastorno depresivo mayor. El uso de herramientas proyectivas ha sido ampliamente discutido en la literatura, con evidencia de validez limitada para las formas estandarizadas del test de Rorschach (típicamente no utilizadas en Chile) y muy poca validez y confiabilidad para dibujos proyectivos (Lilienfeld, et al., 2000; Wood, et al., 2015). Más allá de este debate, altamente interesante, por cierto, una interpretación parsimoniosa de la literatura parece indicar, al menos, la falta de validez incremental de este tipo de procedimientos tradicionales. En otras palabras, estos procedimientos proyectivos, típicamente utilizados para la confirmación diagnóstica de TLP no han logrado demostrar que son, al menos, más confiables, sensibles y válidos que alternativas muchos más rápidas, baratas y de más fácil entrenamiento profesional o que son auto-reportes.

Los estándares diagnósticos actuales del DMS-5-AMPD y CIE-11 han producido una simplificación diagnóstica adecuada y que refleja apropiadamente la evidencia científica acumulada. La simplificación del esquema diagnóstica tiene como fin último la parsimonia, pero también el incremento en la capacidad de detección de casos en servicios de consulta regular. En otras palabras, cuando la OMS encarga a un grupo de trabajo revisar la evidencia científica y para proponer un nuevo esquema diagnóstico en CIE-11 no estaba pensando en la actividad de consultas particulares. Estaba pensando en los cientos de miles de personas en el planeta que padecen de TLP y que jamás obtendrán un diagnóstico y mucho menos un tratamiento adecuado. Para apoyar la identificación de casos, tanto el AMPD como el CIE-11 cuentan con instrumentación breve y de auto-reporte, para la estimación del nivel de funcionamiento de la personalidad (Criterio A) como para

la especificación de dimensiones de rasgos y facetas (Criterio B). Estos instrumentos llevan varios años de validación y estudio psicométrico, y se han consolidado como herramientas confiables para el diagnóstico clínico de trastorno de la personalidad. La Tabla 4 presenta los instrumentos desarrollados y se especifican aquellos validados para su utilización en Chile (los instrumentos pueden ser encontrados en el anexo de este artículo).

Tabla 4: Instrumentos de tamizaje para trastorno de personalidad y rasgos para AMPD y CIE-11

	Nombre del instrumento	Sistema de Referencia	Cantidad de ítems (y/o duración)	¿Validado para su uso en Chile?	Puntaje de corta e interpretación
Evaluación de severidad del trastorno de la personalidad (nivel de funcionamiento).	LPFS-BF 2.0	Tamizaje para Criterio A modelo alternativo DSM-5 (AMPD)	12 ítems / 5 minutos	Si (Cottin, et al., en preparación)	Sobre 27 puntos identifica casos con probable trastorno de la personalidad.
	SASPD	Tamizaje para severidad del Trastorno de Personalidad según CIE-11	9 ítems / 4 minutos	No, pero si traducido al español por Guitierrez, et al., (2020)	Mayor o igual a 7 es indicativo de trastorno de personalidad.

Evaluación de rasgos de personalidad patológicos.	PiCD	Identificación de rasgos y facetas de personalidad patológicos según CIE-11	60 ítems	No, pero si traducido al español por Guitierrez, et al., (2020)	Puntaje mayor o igual a 37 puntos en dimensión de rasgo de afectividad negativa es indicativo de trastorno de la personalidad. Sin embargo notar que la especificación de rasgos no es necesaria para el diagnóstico de trastorno de la personalidad en CIE-11.
	PID-5-BF	Identificación de 5 rasgos principales y 25 facetas de personalidad patológicos según DSM-5 Modelo Alternativo.	25 ítems	No.	No existen puntajes de corte. Puntajes más alto indican mayor disfunción del rasgo o faceta.
	PID-5-BF+	Identificación del sistema de rasgos integrado AMPD y CIE 11	36 ítems	Si (Cottin, et al., en preparación)	No existen puntajes de corte. Puntajes más alto indican mayor disfunción del rasgo o faceta.

REVISIÓN

Evaluación de TLP según DSM-IV-TR	BPFS-C-11	Tamizaje de TLP según criterios DMS-IV-TR para niños y adolescentes (9 a 18 años)	11 ítems	En proceso de examen psicométrico	No se ha estimado aún un puntaje de corte para población chilena. En estudio original, un puntaje de 34 puntos hacia arriba identifica a población con TLP.
-----------------------------------	-----------	---	----------	-----------------------------------	---

Recientemente, el Consorcio Internacional para la Medición de Desenlaces en Salud (ICHOM) ha establecido criterios consensuados para la utilización de instrumentación basada en la evidencia para la detección y seguimiento del progreso clínico de personas con trastorno de la personalidad (Rupel, et al., 2021). Según este organismo se recomienda usar el LPFS-BF para la determinación de dificultades de la identidad impulsividad y severidad del trastorno, el WHODAS para el examen del funcionamiento global, funcionamiento social y funcionamiento interpersonal, la Escala de Columbia (CSSR) para la estimación de ideación y conductas suicidas, el PROMIS-SF para evaluar sentido de pertenencia y, por último, el ReQoL-10 para evaluar autocuidado, sufrimiento emocional y calidad de vida relacionada con salud. La aplicación de todos estos instrumentos de auto-reporte no dura más de 20 minutos y puede ser completada por los pacientes en sala de espera o electrónicamente antes de llegar a la consulta. ICHOM responde al mayor standard para la extracción de evidencia científica en medición de desenlaces en salud y propone un modelo eficiente, de fácil implementación y perfectamente automatizable en plataformas digitales. Con todo, es posible afirmar que la complejidad del diagnóstico de TLP ha sido ampliamente exagerada desde el pensamiento psicodinámico, lo cual, probablemente ha redundado en problemas en la identificación de casos.

Tratamiento

Probablemente debido a la especificación inicial del TLP como un diagnóstico en el borde entre neurosis y psicosis y debido a la idea de que el trastorno comprometía aspectos nucleares del funcionamiento mental, desde la perspectiva psicodinámica los tratamientos de pacientes con trastornos de la personalidad y con TLP específicamente siempre fueron conceptualizados como tratamientos largos. Incluso el modelo relativamente simplificado de la terapia centrada en la transferencia desarrollada por el grupo de Cornell tiene una duración de dos años, con una frecuencia recomendada de dos sesiones semanales y con altas exigencias de entrenamiento para los profesionales. Esta realidad no es privativa de las alternativas de tratamiento psicodinámicas. Es un hecho que la provisión de tratamientos tradicionales basados en la evidencia es, muchas veces, incompatible con las realidades financieras y técnicas de los servicios de salud, sobre todo de los servicios públicos que son los que atienden a la mayor cantidad de usuarios. Además, la idea de que el tratamiento de personas con TLP es por definición extenso, complejo y caro (tanto desde el paciente como desde el profesional que debe entrenarse) produce una suerte de desesperanza y sensación de ineficacia en los equipos tratantes que piensan que no es posible ayudar a las personas con TPL mediante intervenciones breves, accesibles y que no requieren años de entrenamiento. Es posible señalar que esta idea puede llevar a personas con TPL y a sus familiares y cercanos a invertir cuantiosos recursos en tratamientos basados en la evidencia muy efectivos, pero también largos y caros, cuando pueden existir alternativas de tratamientos más accesibles y que logran resultados similares o mejores.

Si bien la farmacoterapia puede ayudar a algunos pacientes con TPL, en particular con problemas de impulsividad (Mungo, et al., 2020) existe un acuerdo transversal que el tratamiento de primera línea (es decir, el tratamiento recomendado como estrategia clínica principal) es la psicoterapia (Cristea, et al., 2017). Idealmente, y en el caso de adultos, no cualquier psicoterapia, sino tratamientos específicamente desarrollados para el tratamiento de TPL y que cuentan con evidencia científica robusta y replicada por diferentes equipos de investigación en el mundo. Evidencia reciente ha demostrado que para la intervención temprana en adolescentes, el

manejo psiquiátrico de especialidad infanto-juvenil (no genérico) es igualmente efectivo que una intervención altamente especializado, demostrando una vez más la importancia de la detección y abordaje temprano (Chanen, et al., 2021). Dentro de este grupo de psicoterapias “de marca” podemos destacar la Terapia Conductual Dialéctica (DBT), la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), y la Terapia Enfocada en la Transferencia (TFP) y la Terapia de Esquemas, por mencionar las principales y las que cuentan con mayor evidencia científica. Todas ellas son alternativas efectivas para ayudar a las personas con TPL. El problema de estos tratamientos no es su efectividad, sino su potencial de diseminación y cobertura de la demanda clínica. No existe absolutamente ninguna posibilidad de que el 25 a 30% de los consultantes a servicios de salud mental ambulatoria y el 20% de los pacientes que deben hospitalizarse por razones psiquiátricas puedan acceder todos a alguna de estas alternativas de tratamiento. Por ejemplo, en México la proporción de pacientes con TPL que buscan tratamiento en relación a la cantidad de especialistas disponibles es de 148,215 a 1 y en Alemania es de 1000 a 1 (Iliakis, et al., 2019). En primera instancia, se trata de tratamientos caros y largos y que requieren de un entrenamiento intensivo por parte de los profesionales. Muchas veces esto hace que sea extremadamente difícil acomodar estas alternativas de tratamiento en condiciones regulares de atención clínica. Un tratamiento de DBT en Chile dura aproximadamente un año y puede costar entre 200 y 500 mil pesos mensuales, lo cual es, evidentemente, una barrera de acceso infranqueable para la mayoría de las personas si consideramos que en Chile la mayoría de las personas tiene ingresos familiares totales en ese rango. Existen alternativas en el sector público en contextos terciarios de alta especialización como hospitales de la Región Metropolitana, pero cuentan con una alta demanda y solo pueden acomodar a un grupo relativamente pequeño de usuarios. Por esta razón, existe un desarrollo muy interesante y bienvenido de terapias “degradadas”, es decir adaptaciones de las terapias de primera línea (DBT, TFP, MBT, etc) para contextos de alta demanda y recursos financieros y técnicos limitados. Una revisión sistemática reciente demostró, al menos preliminarmente, que intervenciones no especializadas de 6 meses o menos pueden tener resultados comparables a las alternativas de tratamiento “de marca” (Spong, et al., 2020). Incluso con tratamientos usuales disponibles regularmente en servicios de atención de salud mental (farmacoterapia

y psicoterapia breve) es posible ayudar a personas con TPL con algunos de sus síntomas (Finch, et al., 2019). John Gunderson, psiquiatra norteamericano cuya contribución al estudio y tratamiento del TPL ha sido decisiva en este marco, desarrolló un modelo de tratamiento breve para personas con TPL en contextos de baja especialización enfocado en la disminución de la reactividad interpersonal (Gunderson, Masland, & Choi-Kain, 2018). Más recientemente, dos modelos breves efectivos han sido desarrollados por colegas en Australia, en Sydney y en Melbourne. En el área de Sydney, *Project Air* ha desarrollado un modelo de estabilización y de instalación de conductas de búsqueda de ayuda adaptativas que dura cuatro sesiones y que incluye a familiares y amigos en el rol de cuidadores de las personas con TPL (Grenyer, et al., 2018). *Orygen Youth Health* en Melbourne han desarrollado y probado un modelo psicoterapéutico de prevención e intervención temprana (*Cognitive Analytic Therapy, CAT*) que puede ser desplegado individual o grupalmente y es de duración flexible pero centrado en obtener efectos clínicos en 16 sesiones (McCutcheon, Kerr, & Chanen, 2019). Si bien la evidencia sobre la efectividad de CAT está aún en etapa de comprobación, ha demostrado ser al menos parcialmente efectivo en la reducción de la impulsividad y experiencias disociativas (Debashi, Najafi, & Rahimian-Boogar, 2018). Incluso intervenciones psicoeducativas breves de seis sesiones han demostrado efectividad en reducir síntomas de TPL, excepto síntomas de impulsividad (Ridolfi, et al., 2019). Si bien el ámbito de los tratamientos degradados para TPL se encuentra en pleno desarrollo, de la evidencia acumulada es posible extraer principios de acciones terapéutica efectivos y de alto potencial de diseminación y costo-efectividad. La provisión de tratamientos en un marco de cuidados escalonados, donde la mayoría de las personas con TPL recibe tratamientos “degradados” y solo los casos más graves y resistentes obtienen las intervenciones más complejas y menos disponibles parece ser un modelo razonable y costo-eficaz para el cuidado de las personas con TLP (Laporte, et al., 2018; Choi-Kain, Albert, & Gunderson, 2016; Huxley, et al., 2019).

Discusión

El trastorno límite de personalidad ha experimentado una gran atención científica en las últimas décadas. Durante todo este proceso, la herencia psicodinámica ha permanecido vigente y es claramente identificable incluso en las nuevas clasificaciones del trastorno e la personalidad en CIE-11 y en DSM-5 Modelo Alternativo. De hecho, es el único lugar donde sobrevive en las nuevas clasificaciones. Se puede afirmar que la noción del trastorno límite de la personalidad enmarcado fundamentalmente en una disfunción del *self* y la identidad y una disfunción de las relaciones interpersonales (ampliamente difundido en el pensamiento psicodinámico de Otto Kernberg) fue producida por la teoría psicodinámica y validado por la investigación científica. Se puede inferir, de esta manera, que el *establishment* científico-clínico no cierra sus puertas a priori al psicoanálisis, pero si, impone la validación científica como un criterio de entrada. ¿Qué ocurre con el movimiento inverso? Después de haber enriquecido el esquema diagnóstico actual, ¿el psicoanálisis ha recibido e incorporado de vuelta los frutos del progreso científico en trastorno de la personalidad en el que tanto ha contribuido? La respuesta no es inequívoca, pero se verifican límites a la transferencia del conocimiento entre la ciencia y la práctica clínica psicodinámica, lo cual responde, por lo demás, a la brecha generalizada entre ciencia y práctica que caracteriza el ámbito de la psicoterapia y también de la investigación básica en psicopatología. En el presente escrito, hemos presentado una visión actual del trastorno límite de personalidad, poniendo atención en los nuevos esquemas diagnósticos que han producido una simplificación bienvenida y científicamente rigurosa que esperamos facilitará la identificación de casos en los contextos en los que la mayoría de los pacientes se presenta, es decir, contextos de baja especialización y entrenamiento. Además, hemos puesto el foco en ideas obsoletas, inexactas o simplemente falsas desde el punto de vista de la evidencia actual. Estas ideas pueden ser ciertas desde la teoría, pero es difícilmente justificable mantener una posición teórica cuando la evidencia científica indica un hallazgo contrario. Este posicionamiento de superioridad de la teoría por sobre la investigación empírica probablemente responda más a una cuestión de fe o negacionismo y corre el riesgo de denigrar la importancia del pensamiento psicodinámico, situándolo como una especie de terraplanismo, algo

que sin duda debe ser evitado a toda costa. Así, hemos proporcionado evidencia de buena calidad respecto del curso del TLP, los procedimientos diagnósticos actuales, la necesidad de comunicar el diagnóstico, la importancia enorme de la identificación temprana y el diagnóstico en la adolescencia y un breve resumen de las perspectivas actuales de tratamiento que han demostrado preliminarmente la efectividad de intervenciones más livianas y más transferibles a contextos regulares de atención. La actividad psicodinámica está en una excelente posición para el trabajo con personas con TLP siempre y cuando se combine la teoría con la ciencia disponible en un círculo virtuoso que beneficie a las personas que consultan, sus familiares y también a las personas que brindan servicios en contextos de atención regular.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. *Arlington, VA*.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC psychiatry, 18*(1), 1-14.
- Biskin, R. S., Paris, J., Zerkowitz, P., Mills, D., Laporte, L., & Heath, N. (2020). Nonsuicidal Self-Injury in Early Adolescence as a Predictor of Borderline Personality Disorder in Early Adulthood. *Journal of Personality Disorders, 1-12*.
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet, 398*(10310), 1528-1540.
- Bohus, M., & Kröger, C. (2011). Psychopathology and psychotherapy of borderline personality disorder: state of the art. *Der Nervenarzt, 82*(1), 16-24.
- Björkenstam, E., Björkenstam, C., Holm, H., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2015). Excess cause-specific mortality in in-patient-treated individuals with personality disorder: 25-year nationwide population-based study. *The British Journal of Psychiatry, 207*(4), 339-345.
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2019). Early detection and

outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10, 710.

Cardona, N. D., Temes, C. M., Magni, L. R., Hein, K. E., Aguirre, B. A., Goodman, M., & Zanarini, M. C. (2020). Affective and Behavioral Characteristics of Adolescent and Adult Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1-11

Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s24-s29.

Chanen, A. M., Jovev, M., McCutcheon, L. K., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 4(1), 48-57.

Chanen, A. M., & Thompson, K. N. (2018). Early intervention for personality disorder. *Current opinion in psychology*, 21, 132-135.

Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., & Thompson, K. N. (2020). Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Current Psychiatry Reports*, 22(5), 25-25.

Chanen, M. B. B. S. (2017). Substance use in youth with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 31, 315.

Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*, 18(6), 526-541.

Chanen, A. M., Betts, J. K., Jackson, H., Cotton, S. M., Gleeson, J., Davey, C. G., ... & McCutcheon, L. Effect of 3 Forms of Early Intervention for Young People With Borderline Personality Disorder: The MOBY Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*.

Choi-Kain, L. W., Reich, D. B., Masland, S. R., Iliakis, E. A., & Ilagan, G. S. (2020). Longitudinal Course of Borderline Personality Disorder: What Every Clinician Needs to Know. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1-17.

Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342-356.

- Clarkin, J. F., Caligor, E., & Sowislo, J. F. (2020). An object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology*, 53(3), 134-141.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
- Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, 554(7693), 441-450.
- Day, N. J., Hunt, A., Cortis-Jones, L., & Grenyer, B. F. (2018). Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison. *Personality and Mental Health*, 12(4), 309-320.
- Debashi, L., Najafi, M., & Rahimian-Boogar, I. (2018). The Effectiveness of Cognitive-Analytic Therapy on Impulsivity and Dissociative Experiences of Borderline Personality Disordered Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 10(2), 15-27.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573.
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., Fonagy, P., & Personality and Mood Disorders Research Network. (2021). Interpersonal problems in borderline personality disorder: associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of personality disorders*, 35(2), 177-193.
- Finch, E. F., Iliakis, E. A., Masland, S. R., & Choi-Kain, L. W. (2019). A meta-analysis of treatment as usual for borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(6), 491-499.
- Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P., & Díaz, R. (2019). What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of clinical psychology*, 75(5), 898-91
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 1-3.

Gifford, S. (2008). The psychoanalytic movement in the United States, 1906–1991. In *History of psychiatry and medical psychology* (pp. 629-656). Springer, Boston, MA.

Grenyer, B. F., Lewis, K. L., Fanaian, M., & Kotze, B. (2018). Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: a cluster randomized controlled trial. *PloS one*, *13*(11), e0206472.

Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*(1), 1-20.

Gunderson, J., Masland, S., & Choi-Kain, L. (2018). Good psychiatric management: a review. *Current opinion in psychology*, *21*, 127-131.

Gutiérrez, F., Aluja, A., Ruiz, J., García, L. F., Gárriz, M., Gutiérrez-Zotes, A., ... & Widiger, T. A. (2021). Personality Disorders in the ICD-11: Spanish Validation of the PiCD and the SASPD in a Mixed Community and Clinical Sample. *Assessment*, *28*(3), 759-772.

Huxley, E., Lewis, K. L., Coates, A. D., Borg, W. M., Miller, C. E., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. (2019). Evaluation of a brief intervention within a stepped care whole of service model for personality disorder. *BMC psychiatry*, *19*(1), 1-12.

Ibraheim, M., Kalpakci, A., & Sharp, C. (2017). The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *4*(1), 1.

Iliakis, E. A., Sonley, A. K., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2019). Treatment of borderline personality disorder: is supply adequate to meet public health needs?. *Psychiatric Services*, *70*(9), 772-781.

Kernberg, O. F. (2016). What is personality?. *Journal of Personality Disorders*, *30*(2), 145-156.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*,

62(6), 593-602.

Kramer, U., Temes, C. M., Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., Goodman, M., & Zanarini, M. C. (2017). Psychosocial functioning in adolescents with and without borderline personality disorder. *Personality and mental health, 11*(3), 164-170.

Laporte, L., Paris, J., Bergevin, T., Fraser, R., & Cardin, J. F. (2018). Clinical outcomes of a stepped care program for borderline personality disorder. *Personality and mental health, 12*(3), 252-264.

Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 7*(1), 3.

Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2010). Impulsivity in borderline personality disorder: reward-based decision-making and its relationship to emotional distress. *Journal of personality disorders, 24*(6), 785-799.

Lester, R., Prescott, L., McCormack, M., Sampson, M., & North West Boroughs Healthcare, NHS Foundation Trust. (2020). Service users' experiences of receiving a diagnosis of borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and Mental Health*.

Lewis, K. L., Fanaian, M., Kotze, B., & Grenyer, B. F. (2019). Mental health presentations to acute psychiatric services: 3-year study of prevalence and readmission risk for personality disorders compared with psychotic, affective, substance or other disorders. *BJPsych open, 5*(1).

Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological science in the public interest, 1*(2), 27-66.

McCutcheon, L. K., Kerr, I. B., & Chanen, A. M. (2019). Cognitive analytic therapy: A relational approach to young people with severe personality disorder. In *Case Formulation for Personality Disorders* (pp. 95-111). Academic Press.

Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS One, 12*(3), e0171592.

- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review, 28*(6), 969-981.
- Mulay, A. L., Cain, N. M., Waugh, M. H., Hopwood, C. J., Adler, J. M., Garcia, D. J., ... & Skadberg, R. (2018). Personality constructs and paradigms in the alternative DSM-5 model of personality disorder. *Journal of personality assessment, 100*(6), 593-602.
- Mungo, A., Hein, M., Hubain, P., Loas, G., & Fontaine, P. (2020). Impulsivity and its Therapeutic Management in Borderline Personality Disorder: a Systematic Review. *Psychiatric Quarterly, 1*-30.
- Ng, F. Y., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2016). Recovery from borderline personality disorder: a systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and carers. *PloS one, 11*(8), e0160515.
- Pearce, J., Jovev, M., Hulbert, C., McKechnie, B., McCutcheon, L., Betts, J., & Chanen, A. M. (2017). Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 4*(1), 1-7.
- Ridolfi, M. E., Rossi, R., Occhialini, G., & Gunderson, J. G. (2019). A clinical trial of a psychoeducation group intervention for patients with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 81*(1), 0-0.
- Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). Borderline personality disorder and age of onset in major depression. *Journal of personality disorders, 16*(2), 189-199.
- Rupel, V. P., Jagger, B., Fialho, L. S., Chadderton, L. M., Gintner, T., Arntz, A., ... & Crawford, M. J. (2021). Standard set of patient-reported outcomes for personality disorder. *Quality of Life Research, 1*-16.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health, 2*(3), 223-228.
- Seigerman, M. R., Betts, J. K., Hulbert, C., McKechnie, B., Rayner, V. K., Jovev, M., ... & Chanen, A. M. (2020). A study comparing the experiences of family and friends of young people with borderline personality disorder features with family and friends of young people with other serious illnesses and general population adults. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 7*(1), 1-8.

Sharp, C., & Wall, K. (2021). DSM-5 level of personality functioning: Refocusing personality disorder on what it means to be human. *Annual Review of Clinical Psychology, 17*, 313-337.

Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The stigma of personality disorders. *Current Psychiatry Reports, 18*(1), 11.

Sims, E., Nelson, K. J., & Sisti, D. (2021). Borderline personality disorder, therapeutic privilege, integrated care: is it ethical to withhold a psychiatric diagnosis?. *Journal of Medical Ethics*.

Spong, A. J., Clare, I. C. H., Galante, J., Crawford, M. J., & Jones, P. B. (2020). Brief psychological interventions for borderline personality disorder. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical psychology review, 101*937.

Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2018). The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics, 41*(4), 685-694.

Thompson, K. N., Betts, J., Jovev, M., Nyathi, Y., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2019). Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. *Early intervention in psychiatry, 13*(3), 502-508.

Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulken, J. E., Sobczak, S., & Van Alphen, S. P. (2019). A life span perspective on borderline personality disorder. *Current psychiatry reports, 21*(7), 51.

Wall, K., Kerr, S., & Sharp, C. (2020). Barriers to care for adolescents with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology, (37)*, 54-60.

Westen, D., Betan, E., & DeFife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and psychopathology, 23*(1), 305-313.

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., ... & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 216*(2), 69-78.

Winsper, C. (2020). Borderline personality disorder: course and outcomes across

the lifespan. *Current Opinion in Psychology*, (37), 94-97.

Wood, J. M., Garb, H. N., Nezworski, M. T., Lilienfeld, S. O., & Duke, M. C. (2015). A second look at the validity of widely used Rorschach indices: Comment on Mihura, Meyer, Dumitrascu, and Bombel (2013).

Zanarini, M. C. (2018). *In the fullness of time: Recovery from borderline personality disorder*. Oxford University Press.

Apéndices

Escala de Niveles de Funcionamiento de la Personalidad-VA 2.0

Nombre: _____ Edad: __

Sexo: Masculino Femenino Otro Fecha: _____

Instrucciones: Indique para cada una de las siguientes afirmaciones hasta qué punto aplican para ti en este momento

		Muy falso o a menudo falso	A veces falso o algo falso	A veces verdadero o algo verdadero	Muy verdadero o a menudo verdadero
1.	A menudo no sé quién soy realmente.	0	1	2	3
2.	A menudo pienso muy negativamente sobre mí mismo/a.	0	1	2	3
3.	Mis emociones cambian sin que yo tenga control sobre ellas.	0	1	2	3
4.	No tengo idea de a donde quiero ir en mi vida	0	1	2	3
5.	A menudo no entiendo mis propios pensamientos y sentimientos.	0	1	2	3
6.	A menudo me pongo exigencias poco realistas a mi mismo/a	0	1	2	3
7.	A menudo tengo dificultades para entender los pensamientos y sentimientos de otros	0	1	2	3
8.	A menudo me es difícil tolerar cuando otros tienen una opinión diferente.	0	1	2	3
9.	A menudo no entiendo del todo por qué mi conducta tiene un cierto efecto sobre otros	0	1	2	3
10.	Mis relaciones y amistades nunca duran mucho.	0	1	2	3
11.	A menudo me siento muy vulnerable cuando las relaciones se vuelven más personales.	0	1	2	3
12.	A menudo no logro cooperar con otros de una manera mutuamente satisfactoria.	0	1	2	3

BPFSC-11 - Cómo me veo a mí mismo y a los demás

ID: _____ Date: _____

Instrucciones: Estas son algunas afirmaciones sobre cómo te sientes acerca de ti mismo y otras personas. Marca una X en el cuadro que diga que tan verdadera es cada afirmación sobre.

1. Me siento muy solo.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

2. Quiero que algunas personas sepan, lo mucho que me han lastimado.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

3. Mis sentimientos son muy fuertes. Por ejemplo, si me enojo, entonces estoy realmente muy, muy enojado. Cuando estoy feliz, estoy realmente muy, muy feliz.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

4. Tengo la sensación de que me falta algo importante en mí, pero no sé qué es.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

5. Soy negligente y descuidado con las cosas que son importantes para mí.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

6. Las personas que estuvieron cerca de mí, me han fallado.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

7. A menudo experimento un "Ir y Venir" entre diferentes estados de ánimo, tales como enojo, tristeza o felicidad.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

8. Estoy teniendo problemas porque hago cosas sin pensar.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

9. Me preocupa que las personas que son importantes para mí, me dejen y no vuelvan.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

10. Lo que yo siento sobre mí, cambia mucho.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

11. Constantemente tengo conflictos con mis amigos en donde somos muy crueles hasta llegar a lastimarnos.

Para nada es cierto	Difícilmente es cierto	a veces es cierto	a menudo es cierto	Siempre cierto
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------

Inventario de personalidad para DSM-5 y ICD-11- modificado (PID5BF+ M)

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino Otro

Fecha: _____

Instrucciones: Esta es una lista de diferentes cosas que las personas podrían decir sobre sí mismas. Estamos interesados en cómo te describirías a ti mismo/a. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. Así que puedes describirte a ti mismo/a de la forma más honesta posible. Nosotros mantendremos tus respuestas confidenciales. Nos gustaría que te tomaras el tiempo y leyeras cada afirmación cuidadosamente, seleccionando las respuestas que mejor te describen.

		Muy falso o a menudo falso	A veces falso o algo falso	A veces verdadero o algo verdadero	Muy verdadero o a menudo verdadero
1.	Tengo reacciones emocionales mucho más fuertes que casi todos los demás.	0	1	2	3
2.	Soy buen@ engañando a las personas.	0	1	2	3
3.	A menudo soy bastante descuidad@ con mis cosas y las de los demás.	0	1	2	3
4.	Mantengo mi distancia de las personas.	0	1	2	3
5.	A menudo veo conexiones inusuales entre las cosas que la mayoría de la gente pasa por alto.	0	1	2	3
6.	A pesar de que vuelve locas a otras personas, insisto en la absoluta perfección en todo lo que hago	0	1	2	3
7.	Siempre estoy preocupándome por algo.	0	1	2	3
8.	Algunas veces se necesita exagerar para ponerse en ventaja.	0	1	2	3
9.	Siento que actúo de manera totalmente impulsiva.	0	1	2	3
10.	Nada parece interesarme demasiado.	0	1	2	3
11.	Las personas me han dicho que pienso en las cosas de manera muy extraña.	0	1	2	3
12.	Es importante para mí que las cosas se hagan de determinada manera.	0	1	2	3
13.	Me preocupa mucho estar sol@.	0	1	2	3
14.	Yo me merezco un trato especial.	0	1	2	3
15.	Pierdo el hilo de las conversaciones porque otras cosas llaman mi atención.	0	1	2	3
16.	Prefiero mantener el romance fuera de mi vida.	0	1	2	3
17.	Es raro, pero a veces los objetos cotidianos parecen tener una forma diferente a la habitual.	0	1	2	3
18.	Insisto en seguir perfeccionando las cosas, incluso cuando logré dejarlas lo mejor que podrían estar.	0	1	2	3
19.	Me pongo emocional fácilmente, a menudo sin mucha razón.	0	1	2	3
20.	Es fácil para mí aprovecharme de los demás.	0	1	2	3

REVISIÓN

21.	A menudo olvido pagar mis cuentas.	0	1	2	3
22.	No me gusta pasar tiempo con otras personas.	0	1	2	3
23.	He tenido algunas experiencias realmente extrañas que son muy difíciles de explicar	0	1	2	3
24.	Tengo una forma muy estricta de hacer las cosas.	0	1	2	3
25.	Me preocupo por casi todo.	0	1	2	3
26.	Ajustaré la verdad si me da una ventaja.	0	1	2	3
27.	Aunque se que está mal, no puedo evitar tomar decisiones apresuradas.	0	1	2	3
28.	Rara vez me entusiasmo con algo.	0	1	2	3
29.	Tengo varios hábitos que otros consideran excéntricos o extraños.	0	1	2	3
30.	Me han dicho que paso mucho tiempo asegurándome de que las cosas estén exactamente en su lugar.	0	1	2	3
31.	No soporto que me dejen sol@, ni siquiera por unas pocas horas.	0	1	2	3
32.	A menudo tengo que lidiar con personas que son menos importantes que yo.	0	1	2	3
33.	Me distraigo fácilmente.	0	1	2	3
34.	Rompo relaciones si éstas empiezan a volverse cercanas.	0	1	2	3
35.	A veces, al ver un objeto familiar, me parece que es como si lo estuviera viendo por primera vez.	0	1	2	3
36.	A veces, al ver un objeto familiar, me parece que es como si lo estuviera viendo por primera vez.	0	1	2	3