



CAPITULO 2

¿EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD NACE O SE HACE?

Una de las preguntas más frecuentes que nos suelen plantear las personas con TLP y sus familiares es: ¿Este trastorno es genético o aprendido? La respuesta es: las dos cosas y ninguna sin la otra.

2.1. LA ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Actualmente está aceptado que el trastorno tiene una **etiología compleja y multifactorial**. Parece que se heredan unos rasgos de temperamento determinados que en interacción con unos patrones familiares y sociales adversos favorecen la aparición de un TLP. Por lo tanto vamos a destacar factores biológicos, psicológicos y sociales

No obstante debemos hacer algunas precisiones:

☾ Por sí solo, los rasgos de temperamento heredados no determinan el TLP, sólo lo hacen más probable en interacción con determinados factores ambientales.

☾ El hecho de que sean parcialmente heredados no significa que los rasgos no puedan cambiar.



FACTORES BIOLÓGICOS

Hay dos líneas de estudio. La que relaciona el TLP con alteraciones en el circuito córtico-límbico y la que lo explica en base a los neurotransmisores. En general se puede afirmar que a nivel biológico se encuentran elementos responsables de síntomas concretos (impulsividad, labilidad afectiva, agresividad), pero que no explican todo el trastorno.

La investigación sobre las **alteraciones en el circuito córtico-límbico** implica estructuras corticales (corteza orbitofrontal y prefrontal) y límbicas (hipocampo, amígdala, ínsula y cíngulo anterior) e indican un control prefrontal disminuido sobre las áreas límbicas. Diferentes estudios han confirmado la hiperreactividad de la amígdala en pacientes con TLP.

El enfoque relativo a los neurotransmisores (adrenalina, serotonina, dopamina) es el que ha arrojado más datos, algunos de los cuales exponemos a continuación. Investigadores como L.Siever, J.Steinberg, L.Trestman, Zanarini han estudiado **la implicación de los sistemas de neurotransmisión en síntomas típicos del TLP como la inestabilidad emocional** (entendida como alternancia entre una deficiente interacción con el medio y una excesiva interacción o hiperreactividad al medio) y **la impulsividad**.

Respecto a la **inestabilidad emocional** se ha comprobado que la **acetilcolina, está detrás de los síntomas depresivos y de disforia** cuando hay una escasa respuesta e interacción con el entorno; mientras que **la noradrenalina explicaría la excesiva reactividad e hipersensitividad al entorno**. Personas con TLP que tienden más a la irritabilidad, agresividad y reacciones fuertes al rechazo, crítica o la separación tendrían una mayor sensibilidad del sistema noradrenergico.

Otro síntoma característico del TLP y que tiene una base biológica es la **impulsividad**. El neurotransmisor relacionado con la regulación de la

impulsividad es la **serotonina**. La serotonina desempeña un papel esencial en el sistema nervioso central. Está también relacionada con el estado de ánimo, el sueño, la actividad sexual, la cognición y las funciones neuroendocrinas. Estudios realizados con animales y con humanos (autopsias) revelan que los cambios en el funcionamiento del sistema serotoninérgico están relacionados con la impulsividad y la desinhibición de la agresividad. En estudios post-mortem de personas que habían muerto por suicidio se han encontrado niveles más bajos de serotonina; por lo que también se relaciona con la agresividad hacia uno mismo. Estos estudios tienen muchas limitaciones y son aún sólo aproximativos. Se requiere más investigación futura y Las técnicas de neuroimagen son muy prometedoras para la mejora de fármacos que equilibren los déficits en el funcionamiento del sistema serotoninérgico y ayuden a disminuir conductas impulsivas y autodestructivas.



FACTORES PSICOLÓGICOS

Son el conjunto de variables psicológicas que actúan como factores de riesgo para la aparición de un trastorno límite. Un estudio que se realizó con jóvenes

en comunidad confirmó que el abuso sexual en la infancia, la negligencia parental en relación a necesidades físicas y emocionales, el maltrato verbal, estilos parentales duros o insensibles y el bullying aumentan la probabilidad de presentar un trastorno de personalidad y en concreto con sintomatología límite y narcisista. En general podemos hablar de familias disfuncionales en las que con frecuencia hay diferentes formas de psicopatología, en especial consumo de sustancias y depresión. No obstante estas variables, por significativas que puedan resultar, sólo llegan a producir TLP en interacción con el temperamento. El abuso sexual se ha mostrado como un factor específico del trastorno límite.



FACTORES SOCIALES

Cuesta pensar que no haya existido el trastorno límite antes del 1938 en que fue registrado por Stern. Lo que parece más probable es que haya cambiado su forma de presentación, es decir, que mediado por variables sociales se haya expresado de diferentes maneras a lo largo del tiempo.

A partir de aquí podríamos reflexionar sobre las ideas del filósofo Zygmunt Bauman, sociólogo,

filósofo y ensayista que acuñó el término de “*modernidad líquida*”. Vivimos en un mundo inestable donde predomina la incertidumbre y la desconfianza en los políticos y las instituciones (estudiar una carrera ya no se corresponde con habilidades que serán apreciadas por la sociedad, no es un esfuerzo que se traduzca en frutos). Esta inseguridad social hace que las personas se hayan volcado en el consumismo, en la adquisición de bienes transitorios. Se parte de que la inseguridad se llena con la compra de productos, que a su vez nos deja insatisfechos y nos lleva a más compra y a más vacío y así sucesivamente. El problema se complica cuando también el trato con las personas se establece también desde este consumismo y transitoriedad y nos conduce al mismo vacío.

Con respecto al trastorno límite ¿Es posible que este panorama social afecte a personas con TLP o con mayor vulnerabilidad? No disponemos de estudios específicos en torno a los factores sociales favorecedores de este trastorno, pero una sociedad como la que describe Bauman no parece que facilite la maduración y el crecimiento.





La etiología del TLP es multifactorial y actualmente se defiende un modelo integrador biopsicosocial. Se produce por una interacción constante y continua entre variables biológicas (control prefrontal disminuido sobre las áreas del sistema límbico, hiperreactividad de la amígdala y neurotransmisores como acetilcolina, noradrenalina y serotonina), psicológicas (abuso sexual, negligencia en el cuidado parental y trastornos psicológicos de los cuidadores, bullying) y sociales.

2.2. TEORÍAS SOBRE EL TLP

La psicología es la ciencia que se ocupa del estudio científico de la conducta humana y las teorías psicológicas proporcionan modelos para entender comportamientos, pensamientos y emociones humanas. Todas las teorías psicológicas tienen en común que pretenden describir y predecir el comportamiento humano pero cada una lo hace desde una perspectiva diferente, diferenciándose así entre ellas.



TEORÍA COGNITIVA

Desde la orientación puramente cognitiva la personalidad sería el resultado de creencias y “esquemas” básicos que determinan a qué tipo de información se atiende, como se procesa y en consecuencia, como se comporta la persona.

La patología límite sería resultado de tres elementos cuya interacción es compleja (Beck, Freeman, 1995):

- ▶ Tres esquemas básicos: “El mundo es peligroso y amenazante”, “Soy impotente y vulnerable” y “Soy intrínsecamente inaceptable”.
- ▶ Pensamiento dicotómico: consiste en valorar lo que sucede en términos extremos de forma que no existen los matices. Por ejemplo “o soy competente o soy incompetente”, pero no contempla la posibilidad de ser una cosa u otra en función de la situación.
- ▶ Débil sentido de la identidad



TEORÍA PSICOANALISTA

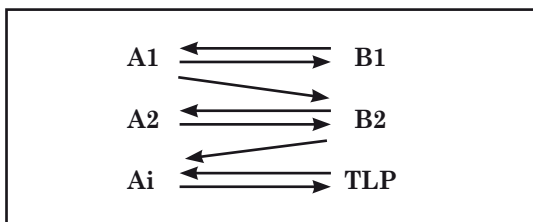


El autor más destacado dentro de esta teoría es Otto Kernberg. El habla de “organización límite de la personalidad” y considera que es el resultado del manejo inadecuado de las pulsiones agresivas y se caracteriza por la utilización de mecanismos de defensa primitivos (escisión, identificación proyectiva, negación e idealización), la difusión de la identidad y porque el contacto con la realidad está habitualmente intacto.

TEORÍA BIOPSIICOSOCIAL



Considera que la enfermedad mental es el resultado de la interacción entre variables del tipo biológico, psicológico y social. El trastorno límite es básicamente *una desregulación severa de las emociones* que se refleja en todas las áreas de la persona (relaciones, pensamiento, comportamiento e identidad). Se produce como resultado de la influencia mutua entre una disfunción del sistema emocional (lo biológico) y un entorno invalidante (lo social). Como se ve en la gráfica lo biológico (A) crea lo social (B) y lo social crea lo biológico a lo largo del tiempo.



(Fuente: BRTC Behavioral Research and Therapy Clinics)

Pongamos **un ejemplo** de como un niño con vulnerabilidad biológica puede llegar a transformar un ambiente en invalidante. En los primeros meses de vida ya se muestra un determinado temperamento del que los padres informan diciendo que sus bebés son “tranquilos”, “relajados” o por el contrario “nerviosos”, “excitables”. Estas descripciones suelen relacionarlas con el efecto que provocan en ellos mismos: nerviosismo, insomnio, cansancio o, por el contrario, serenidad y sensación de control.

Unos padres nerviosos y mal descansados es probable que tengan que hacer mucho más esfuerzo para tener tolerancia y paciencia ante un niño cambiante, emocional, celoso, posesivo e insatisfecho. Si esta situación es muy puntual, probablemente no tendrá más consecuencias, pero si se extiende a más situaciones o durante más tiempo hará que los padres

actúen condicionados y esto a su vez reforzará la conducta del niño. Los padres tendrán que tener más tolerancia, flexibilidad, comprensión... Si esto no es así intentarán controlar la conducta del niño para que deje de ser tan variable y sensible. El niño, por tanto, es invalidado y esta es una forma de castigo indirecta. Como tal castigo, crea recelo y negatividad frente a los padres y cuando es repetido, lo probable es que el niño reaccione intensificando su conducta para que sus padres la entiendan. Por ejemplo: “Si el niño insinúa que no le gusta quedarse solo y se le dice que eso es una tontería, puede ponerse enfermo para demostrar que realmente está mal y sus padres se quedarán con él”. Esta interacción se traduce en unos aprendizajes inadecuados, tanto por lo que “aprende” el niño como por lo que “no aprende”.

El niño aprende una idea negativa de si mismo: “Me equivoco en lo que siento, pienso o hago, y en los motivos que me doy, sin duda tengo fallos en mi persona”. El medio invalidante sólo responde cuando la intensidad de la respuesta es muy alta (el niño se pone enfermo), reforzando, aunque de forma accidental, las conductas y/o las emociones extremas. Por tanto, se aprende a oscilar entre no mostrar nada

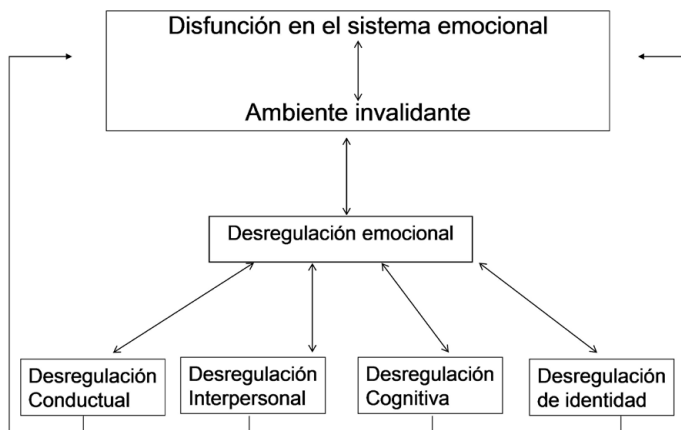
o mostrarlo de forma extrema. Por último aprende a no fiarse de sí mismo, se “autoinvalida”, y buscará las referencias de lo que tiene que sentir en su entorno.

No aprende a modular las emociones y a tolerar situaciones de estrés. Cuando el medio invalida (“no querer quedarse solo es una tontería”) no enseña qué hacer para no desbordarse con esas emociones, no enseña a resituirlas, a quitarles intensidad por medio de la comprensión, a buscar explicaciones que justifiquen su aparición. Al invalidar también simplifica las cosas: “si no te portas de otra manera es porque no quieres”, la persona aplica a las cosas que quiere conseguir el mismo criterio que le aplican a él, con lo cual no aprende a formarse metas realista.

El siguiente cuadro expone el TLP como un trastorno de la regulación emocional que produce el resto de las disregulaciones y las causas del TLP desde la teoría biosocial (la disfunción en el sistema emocional y el ambiente invalidante) y la transacción que se produce entre todos los elementos.



Teoría Biosocial



Relación entre la desregulación emocional y los patrones de conducta límite, según la teoría biosocial (Fuente: BRTC Behavioral Research and Therapy Clinics)

Disfunción en el sistema emocional

Las personas con trastornos límite son muy vulnerables. Su cerebro emocional es muy sensible y reactivo y sus respuestas son rápidas, intensas y mantenidas en el tiempo a la vez que el área prefrontal del cerebro no puede modularlas.

El ambiente invalidante

La invalidación se produce cuando las personas que conforman el ambiente próximo, repetidamente *niegan, ignoran, no reconocen o castigan* sus experiencias internas (emociones, sentimientos, necesidades...) y las causas atribuidas. A veces estas experiencias se consideran, se escuchan pero sólo para expresarle verbalmente a la persona que “aunque dice tenerlas, en realidad tiene otras”. Por ejemplo “una chica llora desconsoladamente tras una discusión con su novio y su madre le dice que no hay para tanto y que en realidad ella no lo quiere”. En otras ocasiones se actúa como si no existieran, la/el implicada/o siente que no se perciben sus emociones, como si estas no fueran importantes por ejemplo: “una adolescente se lamenta de que sus padres miran sus cosas personales sin su permiso y estos le responden que hoy está muy nerviosa porque no ha dormido suficiente”. Hay casos en que lo que la expresión es exagerada o ridiculizada, siendo etiquetada de forma peyorativa como “llorona y sensible- ra”. Las emociones negativas se atribuyen a rasgos deficitarios de personalidad o al deseo de molestar o manipular al otro.

La invalidación no proporciona la ayuda necesaria para manejar, entender y canalizar aquello que uno siente. La persona se sentirá confusa, asustada y experimentará una disonancia entre lo que le ocurre y la reacción de su entorno. Esta diferencia la resuelve pensando que lo que le sucede se debe a fallos en su persona y que no puede fiarse de sí misma. Su inseguridad y su miedo harán que necesite siempre del otro. Es más habitual en entornos que sobreloran el control de las emociones negativas porque expresarlas es intolerable y es sinónimo de debilidad y descontrol.

La DBT reconoce cinco tipos de situaciones invalidantes (las familias caóticas, las perfectas, las típicas), más el abuso sexual como experiencia altamente traumática y la cultura sexista. Nuestra experiencia clínica nos permite añadir dos situaciones más: el bullying y las familias sobreprotectoras.

1. El sexismo

La mayor frecuencia del trastorno límite entre las mujeres induce a considerar el sexismo como un entorno facilitador de invalidación. El sexismo en

cuanto descalifica a la mujer (sus intereses, actitudes, expresiones, forma de pensar...) es una forma de invalidación.

🚲 2. Las familias caóticas

Son familias desestructuradas por diferentes motivos: patología mental de los padres, falta de medios económicos, inestabilidad laboral acusada, enfermedades graves sin una buena red de apoyo familiar y/o social, familias numerosas,... Aunque sin existir un único tipo de familias caóticas todas tienen en común una serie de elementos. Los padres, ambos o uno de ellos, tuvieron una infancia difícil (maltrato, separación de la madre, carencia afectiva...). Las funciones parentales son ejercidas por uno de los padres que se encuentra sobrecargado, mientras que el otro es una figura ausente o en otras ocasiones son ejercidas por uno de los hermanos mayores. Las relaciones entre los padres son conflictivas, se dan diferentes formas de maltrato y es frecuente el alcoholismo y/o el consumo de sustancias. Las necesidades de los hijos son atendidas de forma errática e inestable y pueden sufrir situaciones de negligencia o abandono en el vestido, alimentación... y de maltrato físico y/o

psicológico. La familia no desempeña la función de sostén, son un conjunto de individuos sin organización que comparten un techo donde los hijos no son atendidos y por tanto son invalidados.

3. Las familias perfectas

Son aquellas que entienden que todos sus integrantes deben de ser “felices”. No se admite el conflicto y la discusión ni entre los hermanos ni con los padres, pero tampoco se admite la tristeza, la desesperanza... Lo negativo no existe. La familia y todos sus miembros deben adecuar su relación y sus conductas a un modelo ideal e inexistente de familia. Estas familias suelen negar la existencia de problemas o dificultades de cara al exterior lo cual podría entenderse como una forma de preservar su imagen social, pero es que de cara a sus miembros hacen lo mismo. En estas familias el miembro con TLP tiene altos y bajos, ha dejado multitud de trabajos, consume alcohol en exceso, toma decisiones inesperadas e impulsivas....pero se afirma que todo esto se le pasaría si fuera más positivo y no frecuentase ciertas amistades, o bien se justifica su forma de actuar porque “ha estudiado en buenos colegios, es buen chico aunque

de vez en cuando se pasa con la bebida, son los demás los que le llevan a actuar de esa manera”...

4. Las familias típicas

Son las más habituales. Son familias que idealizan el esfuerzo y que aplican el principio de “si quieres, puedes”. Este mensaje es adecuado en muchas ocasiones y para muchas personas. Lo que resulta inadecuado es plantearlo como “una máxima” de actuación, como el único argumento bajo el cual se explica lo que uno consigue y hacerlo de igual manera cuando el niño aprende matemáticas que cuando se pone nervioso al salir a la pizarra o se siente rechazado por los otros. En relación a las emociones, estas familias aceptan que sus miembros se sientan mal, pero esperan que se controlen. Esta expectativa aplicada de forma repetida se convierte en una exigencia y aplicada a personas con alta vulnerabilidad emocional se convierte en una meta inalcanzable. Los adultos tiene la función de enseñar a los hijos a “autocontrolarse”, pero estos padres no se dan cuenta de que estos necesitan un ayuda adicional para lo que otros hacen de forma automática. El entorno se lo exigirá como si fuera fácil, pero sería como pedirle

a un diabético no medicado que no se sienta mal cuando se ha comido un pastel de chocolate. Parece ser que hoy por hoy los afectados por trastorno límite se dan con más frecuencia en la familias caóticas y las perfectas.

🚲 5. El abuso sexual

Según datos recientes alrededor de un 70% de personas con TLP relatan haber sufrido a lo largo de su vida algún tipo de abuso sexual, maltrato físico o emocional. En concreto, el abuso sexual es una situación traumática intensa, que supone una de las formas más graves de invalidación porque en un solo hecho confluyen muchos elementos invalidantes.

La primera forma de invalidación se da con el secreto que se obliga a mantener al niño. Sobre todo al principio, el agresor se asegura que no dirá nada, presentando el abuso como una relación especial entre ambos, que no debe ser comentada. En este momento el niño no tiene conciencia del carácter sexual de estos actos, pero el mantenimiento de secreto le hace sentir que se trata de algo malo que el tiene que vivir como bueno. Se le dice que es “porque te quiero mucho y eres una persona especial para mí”.

El niño intuye que esto es raro, que no le gusta, pero el adulto se lo niega.

La segunda invalidación se da cuando el niño se auto invalida. Ya tiene conciencia del carácter sexual y dañino del abuso y para explicar porque alguien que le quiere le hace esto, llegará a la conclusión de que él no es bueno, de que no vale nada y de que la culpa de lo sucedido la tiene él. Cuando el abuso ya es crónico y el niño no puede evitarlo o protegerse, invalida sus sentimientos mediante mecanismos dissociativos (mantener estos sentimientos separados de las vivencias habituales). La última forma de invalidación se daría cuando el niño o adolescente teme revelarlo a los padres por si estos no le creen y/o efectivamente es lo que sucede. El abuso sexual juega un papel importante en el trastorno límite de la personalidad especialmente en mujeres, que las tasas de abuso sexual son significativamente más altas en TLP que en otros trastornos de personalidad; predice una presentación clínica más severa y un peor pronóstico del TLP,



🚲 6. Las familias sobreprotectoras

Se trata de familias donde los padres se preocupan de forma desmedida por sus hijos. Generalmente son padres que tienen una ansiedad muy alta y mucho miedo frente a la vida en general y por supuesto frente a lo que le puede pasar a sus hijos. En su intento de protegerlos les transmiten sus miedos y ansiedad lo cual facilita la interiorización de un mundo peligroso y amenazante (sólo se convertirá en desregulación emocional severa o TLP si además ese hijo tiene una biología -sistema límbico- más vulnerable). La invalidación se produce en la medida en que se transmite al hijo la sensación de que no será capaz de defenderse y que necesitará a una figura más fuerte para salir hacia adelante.

🚲 7. El bullying

Según Barri (2006) “el bullying es un acoso sistemático, que se produce de forma reiterada por parte de uno o varios acosadores a una o varias víctimas”. Se trata de hostigamiento, maltrato físico o verbal que un igual que se siente con más poder ejerce sobre otro igual. El bullying, como el resto de las situaciones invalidantes, por si sólo no causa

un trastorno límite de la personalidad pero se sabe que del 70% al 80% de las personas con trastorno de personalidad refieren bullying. Su potencial invalidador procede de que descalifica a la víctima, la aísla del resto de compañeros, la ridiculiza y en algunos casos esta puede mantener silencio porque su valoración de sí mismo ya está dañada por otras experiencias.



PRECURSORES DEL TRASTORNO LÍMITE EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

Diferentes estudios prospectivos han mostrado que aunque los niños muestran diferencias individuales en emocionalidad elevada, impulsividad y afectividad negativa, estos rasgos sólo se traducen en un TLP a partir de los doce años.

En la **infancia** pueden aparecer precursores del trastorno límite, que se corresponden con determinados diagnósticos comunes en esta etapa, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH; niños impulsivos e irreflexivos), y el trastorno negativista desafiante (TND; niños opositores),

que se saltan las normas, que se enfrentan al adulto, hostiles, etc).

No obstante hay padres que relatan que sus hijos no han tenido ningún de los diagnósticos específicos de los que hemos comentado, pero que los describen como niños “especiales” o “diferentes”. Estas “diferencias” son conductas y reacciones comunes a todos los niños, pero que en sus hijos estaban exageradas por su frecuencia, intensidad y estancamiento en el tiempo. Generalmente los padres informan de niños miedosos y con ansiedad de separación, con una sensibilidad elevada que les hacía sentirse fácilmente rechazados por los otros y con facilidad para reaccionar con pataletas frente a la frustración así como bajo control de los impulsos. Y los niños experimentan estas emociones como abrumadoras e impredecibles

¿CÓMO SE PRESENTA LA PATOLOGÍA LÍMITE EN LA ADOLESCENCIA?

La adolescencia a partir de los 12 años o adolescencia temprana se considera una etapa sensible para la aparición de síntomas de TLP. Esto es debido a que con la pubertad el niño experimenta cambios

físicos que le abren la puerta a la adolescencia. Es una etapa en la que los cambios psíquicos y sociales que se dan hacen que el adolescente experimente una crisis respecto a sí mismo. La resolución de esta crisis va acompañada de ansiedad tanto procedente del propio adolescente, como del entorno en que se mueve que también se encuentra desconcertado con sus demandas y cambios. En el adolescente las dificultades y síntomas son temporales y está sujeto a evolución y cambio según va creciendo y madurando. Sin embargo las incertidumbres y dudas que experimenta cualquier adolescente adquirirán una dimensión superior cuando existan rasgos de personalidad desadaptativos como elevada emocionalidad, impulsividad marcada y tendencia a percibir su entorno y a sí mismos de forma pesimista y negativa.

Hay una serie de indicadores que caracterizan al adolescente límite:

1. **No siente control sobre su existencia**, no se ve dentro de una continuidad entre su pasado-su presente y su futuro. Vive en continua actitud defensiva y se siente impotente y amenazado cuando se le impone algo. Se defiende

con respuestas agresivas o desadaptativas que llegan a convertirse en su “identidad”: es decir, existe en cuanto que “crea problemas”. Si no se comprende esta dificultad, se estará pasando por encima de su sufrimiento y se sentirá aún más apartado.

2. Es fácil que se una a **grupos o pandillas** donde encontrar el sentido de su vida. Por ejemplo un muchacho con trastorno límite tuvo una etapa en su vida en que como él mismo dice “iba de matón y cada fin de semana se metía en peleas”.
3. Los padres comentan que la relación con ellos comienza a ser muy difícil, **cuesta mucho el diálogo** y si se prestan no hay posibilidad de conseguir cambios e intentan imponer por la fuerza sus puntos de vista. Para ellos eso supone decidirse por estar en un extremo: “ser bueno o malo”, “víctima o agresor”, “enfermo o normal”. En su visión polarizada de la realidad se niegan a negociar y quieren imponer sus condiciones como forma de control.
4. **Tiene más problemas para aplazar sus deseos y esperar.** Si quieren algo tiene que

ser ya. Hay una extrema inmediatez en sus sentimientos y decisiones. El futuro es algo negativo o inexistente.

5. Otros indicadores del TLP en adolescentes son: la inestabilidad, sobre todo emocional, **la angustia de existir, el sentimiento de vacío** (que no es ni de depresión ni de ansiedad), **la dificultad para organizar su vida de forma estable, la angustia de separación, el querer controlar, la polarización y la idealización.**
6. El adolescente límite presenta **una estabilidad en su sintomatología y aunque él mismo es inestable, lo es siempre de la misma forma.**
7. **Su forma de presentarse delante del profesional y como vive la relación terapéutica.** El adolescente límite llega normalmente con la expectativa de rechazo hacia lo que se le va a ofrecer. El profesional percibe que no le dejará hacer lo que debe hacer y que supondrá un desafío constante; que no será un paciente fácil ni cómodo. Al mismo tiempo hay una especie de “pasión” inmediata en el encuentro

del adolescente con el otro: si no se les da de entrada lo que buscan se ven inmediatamente amenazados por la sensación de vacío, de separación y abandono que ya han vivido anteriormente en su infancia. Cuando el terapeuta no está lo suficientemente disponible aparecen manifestaciones de angustia. En estos casos se hace conveniente el **trabajo en equipo repartiendo los esfuerzos entre varios profesionales para facilitar la constancia de vínculos seguros y fiables para el paciente y evitar el desgaste.**

8. Una característica importante es que la forma de presentación del trastorno puede variar mucho de un adolescente a otro. Destaca el **adolescente rebelde y opositor** que hace sentir a los padres que no lo pueden controlar y que se les escapa de las manos. Comienza a tener dificultades escolares (faltas de asistencias a clase, muchas dudas para decidir sobre los estudios, oposición a los profesores e incumplimiento de normas). Puede frecuentar ambientes poco recomendables o iniciarse en el consumo de algún tipo de sustancias

(marihuana, alcohol, anfetaminas) para bloquear el dolor y el vacío. En otros casos el **adolescente que muestra más síntomas depresivos o ansiosos**, atracones de comida u obsesiones; aparece más como un enfermo y establece relaciones de dependencia con sus padres. Puede presentar también dificultades escolares pero mostrará un retraimiento e inhibición que transmite sufrimiento. Es más difícil que se una a pandillas problemáticas

Las diferencias respecto al Trastorno antisocial serían sobre todo la falta de remordimientos y sentimiento de culpabilidad, además de la mayor frialdad del antisocial frente al límite.

Estos datos tanto de la infancia como de la adolescencia nos muestran:

- › Que existe una continuidad de la patología.
- › No todos los niños o adolescentes que tienen estos diagnósticos van a desarrollar necesariamente un trastorno de personalidad pero es cierto que tienen más probabilidad.



- › Se confirma la validez y confiabilidad del diagnóstico de TLP en adolescentes y la efectividad e idoneidad de la intervención temprana.
- › Que la prevención es posible y necesaria.

RECUERDE QUE



Si tras este interesante recorrido volvemos al título del capítulo, la pregunta de ¿Nace o se hace? vemos que ya tiene respuesta. El modelo más defendido en la actualidad es un modelo de integrador biopsicosocial. Un determinado temperamento puede evolucionar hacia un trastorno de personalidad en función de las variables familiares y sociales y de su interacción constante y continua.

El concepto de medio invalidante como factor psicológico que favorece el desarrollo del TLP es de suma importancia y habrá de ser muy tenido en cuenta por familiares y terapeutas a la hora de prevenir y tratar el TLP.

En cuanto a las variables sociales que facilitan la aparición del trastorno límite se conoce poco. Se le otorga todo el peso a las familias y otros factores sociales quedan ensombrecidos.

Los estudios muestran que aunque las diferencias individuales en los rasgos personalidad desadaptativos como la impulsividad, la reactividad emocional y la afectividad negativa se pueden observar en los niños, no cristalizan en un síndrome coherente de TLP hasta la transición a la adolescencia (después de los 12 años), marcando la adolescencia como un período sensible para el inicio del TLP (Bohus 2021).

La consideración de los precursores del TLP en la infancia y el reconocimiento del diagnóstico de TLP a partir de los 12 años permite plantear acciones preventivas con objetivos más realistas.