2a Edición revisada



Volver a aprender a ir en bicicleta

Trastorno limite de la personalidad

Monica Lavilla Presas

Diana Molina López

Beatriz López Villar



Segunda edición: Abril de 2022
© Monica Lavilla Presas
© Diana Molina López
© Beatriz López Villar
© de esta edición: Centre de Teràpia Dialèctica Conductual TLP TRATAMIENTOS.
Avda. Diagonal, 379, 1º 2ª
Barcelona. +34 93 2387293

www.tlptratamientos.com
info@tlptratamientos.com
Instagram @tlptratamientos
Canal youtube TLP Tratamientos

Índice

- Prólogo a la segunda edición
- Nota de los autores
- Agradecimientos
- El TLP dentro de los Trastornos de la Personalidad
- ¿El TLP nace o se Hace?
- Dimensiones
    1. Emociones. Un caracol sin caparazón
    2. Identidad: Ser o no ser
        1. El vacío
    3. Autodestructividad. “No quiero vivir así”
        1. Las ideas de suicidio y conductas suicida
        2. Las autolesiones.
    4. Impulsividad
        1. Consumo de sustancias
        2. Gastos impulsivos
        3. Atracones de comida

5. Relaciones con los demás: Cerca y lejos
    1. La pareja: Ni contigo ni sin ti
6. Aspectos cognitivos.
    1. ¿Estoy perdiendo facultades?
    2. Motivación y aprendizaje

- Los dilemas en que se mueve la persona con TLP
- Tratamiento
- Mindfulness

♦ Apéndices



Prólogo
A la segunda edición

El 5% de la población puede sufrir de Trastorno Límite de la Personalidad. Sin embargo, se trata de uno de los problemas de salud mental más incomprendidos y con tratamientos basados en la evidencia menos diseminados en el mundo.

Este libro fue uno de los primeros escritos en castellano y vino a ofrecer una explicación más razonable y científica del problema tanto a consultantes, sus familias y allegados e incluso, a otros colegas de la salud general y mental en particular. Durante mucho tiempo este fue el único recurso que disponíamos para ofrecer a los consultantes para informarse sobre el Trastorno Límite de la Personalidad. Internet se llenaba de información confusa y poco útil y las librerías no tenían opciones interesantes.

Recuerdo leer este libro por primera vez de mano de una paciente que lo había comprado en un viaje. Estaba en tratamiento con Terapia Dialéctico Conductual en Buenos Aires y traía este libro debajo del brazo de un viaje de estudios por España. Estaba, de alguna manera si se puede, feliz de que podía leer sobre su trastorno y su tratamiento en un libro. Para ella, dentro de su sufrimiento, el libro validaba su experiencia y le daba consistencia de verdad. Le voy a pedir prestada su frase: "La información cura".

Diana, Beatriz y Mónica estuvieron allí, en los albores de la Terapia Dialéctico Conductual, o DBT en sus siglas en inglés, en España. Hicieron con este libro una siembra, un pequeño retoño, que inició el crecimiento de esta terapia en el mundo hispanohablante.

Hoy, años más tarde, devenimos compañeros de trabajo. Puse caras a sus nombres, y cariño a nuestra amistad. Me he sumado a su esfuerzo por la diseminación de tratamientos que funcionen para una población que sufre demasiado.

La renovada Edición de este libro viene a llenar un vacío diferente: a pesar de que aún no existe

mucha bibliografía disponible, hay una creciente disponibilidad de tratamientos basados en la evidencia en España y una mayor conciencia de los consumidores de salud mental de sus derechos y posibilidades. Viene a darle un texto a los consumidores para llegar más rápido al diagnóstico o pedir el tratamiento que funcione.

Algunos consultantes esperan, según diversos estudios, hasta 10 años antes de recibir un diagnóstico acertado, y, otros estudios aseveran que un tratamiento basado en la evidencia en psicoterapia tarda más o menos lo mismo a estar disponible a los verdaderos usuarios. Ese desencuentro nos da una idea de la magnitud de la tarea que tenemos por delante, transformar la desesperación en esperanza.

Pablo Gagliesi
Buenos Aires, 15 de diciembre de 2018

Nota de los autores

En 2008 publicamos la primera edición de "Volver a aprender a montar en bicicleta". Nació por iniciativa del Dr. Tomás de Flores (psiquiatra del equipo por entonces) y fue el primer trabajo editorial de nuestro entonces joven equipo. En aquel momento fue un gran reto y tuvimos la oportunidad de reflejar todo lo que habíamos aprendido y nos habían enseñado nuestros pacientes y sus familias.

Diez años más tarde elaboramos una segunda edición con una revisión de los contenidos, incorporando nuevos conocimientos y un lenguaje más accesible, cercano y libre de tecnicismos.

¿Qué hay de nuevo en el campo de los trastornos de personalidad y del trastorno límite más concretamente?

Hace diez años se utilizaba el término "Desregulación de las emociones". Pues bien ahora se ha extendido como base común para estas patologías y otras. Esto significa que empiezan a conformarse intervenciones para las dimensiones en que la persona tiene dificultades (las emociones, de las relaciones, etc) más que para trastornos o etiquetas concretas.

Durante este periodo se ha avanzado en el terreno terapéutico, y dentro de las diferentes intervenciones, el tratamiento psicológico se ha consolidado como tratamiento eficaz y de indicación. También se ha ampliado el conocimiento sobre como los diferentes fármacos pueden ayudar en cada una de las dimensiones clínicas del Trastorno límite de Personalidad y tenemos una mayor perspectiva de las diferentes patologías que se asocian con frecuencia al TLP y que tenemos que abordar también en nuestro plan terapéutico.

Queda demostrada la mayor efectividad de los programas psicoterapéuticos que incluyen la terapia individual en una estructura con otros recursos (terapia en grupo, reunión de equipo, llamada telefónica, etc) para ayudar en problemáticas

complejas. Dentro de los diferentes abordajes psicológicos se ha establecido la DBT (Terapia Dialéctico Conductual) como el programa que tiene más estudios de efectividad realizados en diferentes países, y se ha extendido y desarrollado para tratar diferentes poblaciones (adolescentes, familias, parejas...), problemáticas con una base de desregulación emocional y de aplicabilidad a distintos contextos (hospitales, prisiones,...).

El crecimiento e interés por la comunidad de clínicos en este campo ha sido exponencial. En 2010 se celebró el primer Congreso Internacional de Trastorno Límite de la personalidad y trastornos afines en la ciudad de Berlín y en el 2018 se celebro el quinto encuentro en la localidad de Sitges (Barcelona).

Las mejoras para las personas que tienen estas dificultades son indudables: existen más profesionales preparados, un mayor interés en conocer y aplicar tratamientos efectivos, mayor información para los propios clientes (muchos han leído y ya saben lo que necesitan cuando vienen a consulta), y ha proliferado el número de entidades que luchan en contra del estigma asociado al trastorno mental.

¿Qué hay de nuevo en esta edición?

Aunque se mantiene una estructura y un índice muy similar al de la primera edición, hemos actualizado los contenidos siguiendo una línea más madura, más dimensional y más transversal de la problemática que tratamos. Para ello contamos con nuestra propia experiencia clínica pero también con el conocimiento acumulado de los profesionales que a nivel nacional e internacional han apostado por romper aquel primer mito de la "intratabilidad" de los trastornos de la personalidad. Actualmente se conoce mucho más de la evolución y pronóstico y se cuenta con datos objetivos y resultados acerca de lo que funciona.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a nuestros familiares: Josefa, Alberto, José Antonio y Cornelius y por supuesto al Dr. Josep Maria Farré, por proponernos hacer esta revisión con la que hemos disfrutado tanto.

Destacamos en este espacio un recuerdo para el Dr. Tomás de Flores. De forma pionera apostó por darle al trastorno límite de la personalidad una oportunidad, rompiendo tabús y barreras que ahora ya vemos muy lejanas. Fue socio fundador de TLP Tratamientos y propulsor de muchos de los proyectos que ahora son una realidad, entre otros este libro del que ahora editamos una segunda edición. Por su trayectoria queda patente que fue un profesional riguroso y entregado. Su formación científica y experiencia no le impedían mostrar empatía y proximidad a los pacientes,

siendo este un aspecto que aún hoy recuerdan con cariño. Hay una la anécdota que contó una persona que se visitaba con él. Tras entrar en el despacho y sentarse Tomás le pregunto abiertamente y con amabilidad "¿En qué te puedo ayudar?. Al parecer su tono y su actitud le devolvieron la esperanza que había ido perdiendo. Así lo recuerdan muchos pacientes que siguen vinculados a TLP Tratamientos. Esa misma actitud la contagió al equipo que en su día formamos, uniendo su experiencia a nuestra juventud. Él nos propuso "escribir un libro" y nos acompañó en esta maravillosa experiencia.

No diremos "desgraciadamente", si no "como tuvo que ser" -esa fue la actitud con la que Tomás encaraba su vida- un enero nos dejó con la misma elegancia y sencillez con lo que había vivido y para él va nuestro profundo y sentido tributo.

También queremos agradecer a todas las personas que a través de la Fundación ACAI-TLP han estado con nosotros en los inicios, especialmente a su presidenta Marina Foret, una de las primeras personas que creyó que se podía hacer algo más. A todos los familiares con los que compartimos

momentos duros pero también logros. A cada uno de nuestros pacientes, de los que hemos aprendido; a los que ya no están y no olvidamos. A los profesionales que se interesaron y apreciaron nuestro trabajo, enriqueciendo nuestro aprendizaje. A Carmen Castells por su apoyo desinteresado y a Clara Casanovas por ayudarnos a ser más dialécticas.



Capitulo 1

El trastorno limite de la personalidad dentro de los trastornos de personalidad

1.1. Los trastornos de la personalidad

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) no es una trastorno aislado, es uno de los diez trastornos de personalidad (TP) descritos en las guías diagnósticas y una de las más extendidas a nivel internacional es el DSM 5 (Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales en su más reciente edición).

Según el DSM5 un trastorno de personalidad (TP) es un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. En la manera de pensar e interpretar (es decir, maneras de verse y entenderse a uno mismo, a otras personas y a lo que nos sucede).
2. En la afectividad (es decir, amplitud, intensidad, e idoneidad de las respuestas emocionales).
3. En las relaciones interpersonales (las formas con las que nos vinculamos y relacionamos con los demás).
4. En el control de los impulsos (la efectividad con la que somos capaces de dirigir nuestra conducta de una forma adaptativa).

El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

Causa malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

No se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

No se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) u otra afección médica (por ejemplo, un traumatismo craneal)

Un TP es un conjunto de patrones de sentir y comportarse desadaptados en relación a la cultura en la que vive la persona, que son rígidos y difíciles de cambiar, causan sufrimiento a la personas o a los que le rodean y dificultades en diferentes ámbitos de la vida

---

¿Qué es la personalidad?

Es el **conjunto de rasgos que determinan la forma de pensar, de sentir, de actuar y de relacionarse de una persona**. Estos rasgos persisten a lo largo del tiempo y de las situaciones, y conforman el temperamento, del cual un 50% se hereda y el resto es modelado por el ambiente. En cambio, el carácter es lo que vamos conformando a lo largo de nuestra historia de aprendizajes y circunstancias personales, valores aprendidos y es variable en el tiempo.

Algunos rasgos o dimensiones del temperamento pueden ser: Introversión/extroversión, emocionalidad, independencia/dependencia, evitación, timidez, impulsividad, búsqueda del riesgo o evitación del mismo, serenidad/ reflexión, persistencia, perfeccionismo. Entre los rasgos de carácter encontramos auto dirección, autoeficacia, competitividad/compasión, autoaceptación, empatía, tendencia a ayudar, transcendencia, entre otros.

Las manifestaciones desadaptativas de personalidad se manifiestan o debutan en la adolescencia o al principio de la edad adulta y se alargan, acompañando al individuo en los años centrales de su adultez conformando lo que hemos denominado Trastornos de Personalidad (TP).

¿Dónde está la frontera entre un rasgo de personalidad y un TP?

Los TP no son una cuestión de todo o nada, sino que hay un continuo que va de lo normal a lo patológico. Se podría pensar que es una cuestión

de cantidad; pero no es tan simple. Todos tenemos un poco de "paranoide", de "narcisista", de "antisocial" o de "límite". En nuestra adolescencia confesamos que hemos sido inestables, impulsivos o pasábamos del blanco al negro. Al entrar en la madurez puede aparecer nuestra parte obsesiva, cuando nos enamoramos somos "dependientes" y con las crisis vitales podemos convertimos en "evitativos". Cultivamos nuestra parte narcisista cuando queremos lograr éxitos o pasamos a ser "paranoides" cuando "nos han dado muchos palos". Un gran desengaño en nuestras relaciones interpersonales puede volvernos "esquizoides" y que busquemos aislarnos de los demás.

Eso no quiere decir que padezcamos todos estos trastornos, sino que son rasgos de nuestro carácter y temperamento más o menos marcados que se suceden y cambian según las circunstancias que nos toca vivir y a veces nos ayudan a adaptarnos mejor.



El diagnóstico de los TP

Para encontrar un TP en las personas que llegan a la consulta de un profesional hay que querer y saber buscarlos. Se requiere además una buena formación y conocimiento específico de cada uno de los TP y tener experiencia clínica en el tratamiento de los mismos. Siempre se pueden encontrar síntomas que se parezcan a una depresión, un trastorno de ansiedad, de alimentación, de abuso de sustancias etc. Por lo que, si no se va más allá, el diagnóstico se puede quedar en alguno de los trastornos anteriores, en la superficie de los síntomas actuales. Si se quiere encontrar un TP, hay que tomarse el tiempo suficiente para recopilar la información. Hay casos en los que puede tardarse meses en descubrir un TP; otras veces se percibe en una primera sesión y aun así hay que dejar tiempo para comprobar y madurar esa primera intuición. Importantes instrumentos de evaluación son el interés, la atención, el conocimiento y la paciencia para entrar en el mundo de esa persona y en su estructura de funcionamiento.

Después, los cuestionarios, entrevistas y demás pruebas diagnósticas pueden ayudar sin duda a confirmar el tipo de TP y complementar la valoración clínica del profesional.



El diagnóstico del los TP requiere profesionales formados y con interés y atención por adentrarse en el mundo de esa persona, instrumentos de evaluación específicos y hacer una historia clínica completa. Hay casos en que puede tardarse meses en diagnosticar un TP y en otros detecta en la primera sesión

¿Cuándo y cómo se inician los TP?

Los trastornos de personalidad tienen un **inicio temprano.** Al final de la adolescencia/ inicio de la edad adulta se suelen presentar los síntomas reconocibles, normalmente antes de los 25 años y se prologan hasta la edad madura, mejorando algunos y cronificándose otros.

En algunos casos se pueden detectar trastornos de personalidad de forma precoz en niños menores de 12 años.

En casos excepcionales puede aparecer un cambio de personalidad tardío a raíz de algún acontecimiento o cambio fuerte en la vida de una persona: un accidente, una operación, una enfermedad, una pérdida etc.

¿Cuales son las posibles causas de un TP?

Los TP son trastornos primarios, es decir, están en la base de otros posibles trastornos y, al igual que en la mayoría de los trastornos mentales, no hay una "causa" ni un "culpable" sino factores de riesgo. Se constituye un TP en la interacción de factores biológicos, genéticos y ambientales.

Factores de riesgo para el desarrollo de un TP

Partiendo de que hay una mezcla de factores y de que todavía se está investigando sobre el origen

de los TP, se han señalado algunos factores de riesgo ambientales, entre los que figuran, por su mayor importancia:

♦ **Vivencias traumáticas en la infancia**.

Abuso sexual, maltrato físico o mental, negligencia emocional presenciado agresiones y violencia entre otros miembros de la familia, victimización por intimidación, pérdidas de vínculo importantes, discriminación social o cultural etc.

Entornos invalidantes: Se entiende como invalidación la respuesta inapropiada o extrema a la comunicación de experiencias privadas o necesidades emocionales por parte del niño. Dichas experiencias pueden ser ignoradas, castigadas o ridiculizadas. Entornos invalidantes pueden darse en la familia y también en la escuela o en el grupo de amigos.

La **desestructuración familiar,** que incluye cambios bruscos y frecuentes en la configuración familiar y de las personas de referencia, así como ruptura de vínculos personales del niño, enfermedades psiquiátricas o adicciones en los progenitores.

Estilos de crianza dura o insensible. También en familias "normales" o no desdestructuradas pueden darse **estilos educativos inadecuados como negligencia o sobreprotección,** incoherencia o falta de acuerdo entre los padres, muy estricto o benevolente. Refuerzos y comunicación inadecuada etc.

En el otro extremo de la familia desestructurada está la **"familia perfecta"** en la que no hay cabida para lo que "no es perfecto" y en la que se puede invalidar la manifestación de emociones negativas.

• **El "bullying"** aparece con bastante frecuencia en la historia escolar de muchos pacientes. Niños con mayor vulnerabilidad emocional y que "se sienten diferentes" o que "no encajan" pueden más fácilmente víctimas de maltrato y discriminación entre iguales.

• **Complicaciones en el embarazo, parto y post parto**, que podrían favorecer una vulnerabilidad emocional en el sujeto por desregulación del Sistema nervioso. Se incluye el estrés psicológico

en la madre durante embarazo como en los casos de niños no deseados, malos tratos o problemas de pareja, depresión post parto grave, inexistencia del vínculo afectivo entre madre e hijo etc.

• **Las propias conductas inadecuadas de afrontamiento.**

Debido a sus dificultades para adaptarse a diversos entornos, la persona con una vulnerabilidad alta puede tener conductas de escape o afrontamiento que a corto plazo le ayuden a "sobrevivir" y a medio y largo plazo empeoren su estado, como el **abuso de sustancias:** el abuso de alcohol y de otras drogas, empeora sin duda la vulnerabilidad emocional y aumenta las dificultades sociales.

Otras conductas como **autolesiones, intentos y amenazas de suicidio o ataques de ira** suelen tener también como consecuencia un progresivo aislamiento de la persona; lo cual contribuye a aumentar la sintomatología.

• **Sociedades de rápida modernización** con un ritmo cambiante que no respetan la continuidad generacional y favorecen la inmediatez

e impulsividad sin garantizar vínculos seguros y estables.

Estas sociedades no proporcionan a sus miembros normas claras y estables y dejan al individuo a merced de sus decisiones no admitiendo la dependencia.

¿Cómo pueden reconocer las personas cercanas un posible TP antes de que haya un diagnóstico profesional?

La persona puede comenzar a manifestar síntomas a edad muy temprana. Normalmente los familiares suelen decir en las entrevistas de diagnóstico: "siempre ha sido una niña/o más: sensible, irritable, aislado, precoz, tozudo, extrovertido, intolerante, etc. que los demás". Suelen experimentar fases desajustadas a su edad, pueden ser demasiado precoces o inmaduros y el proceso de maduración y desarrollo personal no transcurre de forma fluida. Hay lagunas y retrocesos cuando se piensa que ya han pasado una determinada etapa como la adolescencia. A veces pueden parecer

niños en cuerpo de adultos. Cuando sobrepasan la mayoría de edad puede haber crisis importantes y regresiones ante las nuevas y crecientes exigencias que conlleva el ser adulto.

Pueden aparecer cambios frecuentes o abandono de estudios, cambios de planes y orientaciones académico-laborales, fracasos repetidos en las relaciones de amistad y/o pareja con relaciones poco duraderas, abusivas, dependientes. Desbordamiento ante dificultades y situaciones comunes para la edad y falta de estrategias adecuadas de solución de problemas, auto estima exageradamente baja sin razones aparentes, inestabilidad y desorientación a nivel laboral, etc.

¿Por qué es importante el diagnóstico?

Los TP en general se diagnostican poco. En los últimos años se han empezado a diagnosticar mucho más algunos TP como el Límite y antisocial, pero el resto no están apenas representados.

Si tenemos en cuenta que el diagnóstico es la base sobre la que se ha de basar la intervención

farmacológica y psicológica, el apoyo a la familia, el pronóstico y la orientación en decisiones a medio y largo plazo que afecten a la persona; es probable que nada de todo eso se ajuste a las necesidades reales de la persona si no se ha realizado previamente un diagnóstico fiable. También se alarga y complica mucho más la búsqueda de soluciones.

Los trastornos que "no se diagnostican" "no existen" y eso significa que no se tratan, no se investiga en ellos, no se les dedican medios o no aparecen publicaciones y acaban "muriendo" a nivel teórico, pero las personas que los padecen siguen ahí.

Toda persona tiene derecho a que se le informe sobre su diagnóstico y características del mismo. Para ello es necesario que se haya realizado dicho proceso evaluativo con las mínimas garantías.

Como se ha visto en el apartado anterior los TP también pueden llegar a ser muy diferentes entre sí por lo que no es suficiente con diagnosticar un TP sino que hay que poder acercarse a cual de ellos se trata porque puede haber diferencias significativas en cuanto a los factores biológicos o ambientales que hay detrás, en cuanto al tratamiento, evolución y pronóstico. Así por ejemplo una persona con un

TP dependiente presentará diferente evolución, síntomas y forma de vida que una persona con un TP obsesivo compulsivo.



El diagnóstico de un TP es la base sobre la que se ha de basar la intervención farmacológica y psicológica. No se trata de "etiquetar", sí de "nombrar" para encontrar los tratamientos más efectivos

Diagnosticar antes de los 18 años:

Ya no es un tabú hablar de trastornos de personalidad antes de los 18:

1. Los tres guías de diagnóstico de mayor uso permiten diagnosticar TLP en la adolescencia
2. La intervención en población menor tiene ya un espacio en congresos y jornadas sobre TLP.
3. Cada vez se dirige más la atención hacia programas de intervención temprana y prevención.
4. Hay datos positivos sobre recuperación y pronóstico.
5. Se recomienda diagnosticar y aplicar tratamientos específicos de forma precoz.

6. Entre los 14-17 años hay una fase clave y de riesgo con inicio de abuso de sustancias, trastornos alimentarios, etc.
7. Entre los 18-28 años tienen lugar procesos determinantes de socialización.
8. Las ampliaciones de programas terapéuticos van dirigidas a menores.
9. Ha habido en los últimos diez años un aumento extraordinario de publicaciones, investigación, manuales terapéuticos, autoayuda etc.
10. Progresa la investigación en aspectos neurobiológicos en todos los TP, especialmente TLP y esquizotípico.

Y al mismo tiempo…

- Aún hay reticencia a diagnosticar en menores.
- Se diagnostica por defecto (falsos positivos) cuando fallan los tratamientos o ante complicaciones generado un "sobrediagnóstico" y no siempre actuando con precisión y rigor.
- Las unidades específicas son pocas.
- Si no hay problemas de drogas, es difícil encontrar programas específicos para menores.

- La continuidad entre los servicios y programas infanto-juveniles y adultos no siempre está garantizada, por lo que el paciente ha de "reiniciar" su intervención como adulto.
- No hay avances en investigación ni tratamientos en todos los TP por igual, existiendo un sesgo claro a favor del TLP.



El diagnóstico de TP antes de los 18 años permite intervenciones tempranas y mejora el pronóstico. Las guías de diagnóstico permiten ya diagnosticar el TLP en la adolescencia.

Los Trastornos de personalidad y el estigma

Durante muchos años y todavía hoy el término "trastorno de personalidad" vive rodeado de cierta polémica y se utiliza con incertidumbre tanto a nivel popular como entre los profesionales de la salud. Se ve como algo que estigmatiza y etiqueta negativamente a la persona de por vida.

Hay algunos aspectos que han alimentado el estigma social de los TP:

Hasta hace unos años se denominaba en la jerga psiquiátrica "psicopatías" a los trastornos de personalidad y "psicópata" a la persona que lo padecía. Hoy el término psicópata ha quedado como un residuo y se deja para los casos más extremos y graves de conducta destructiva y criminal. Hay una discusión abierta acerca de si el psicópata es un enfermo o no; pero en el lenguaje popular aún perdura como sinónimo de trastorno de personalidad o desviación de la conducta social, contribuyendo así a la estigmatización, pues se relaciona con alguien peligroso o violento.

Cuando se habla de trastorno de la personalidad se **está haciendo referencia a un funcionamiento desadaptativo de la persona en su conjunto** y no a un aspecto en concreto. Hasta principios de la década de los años 90, no se empezaron a desarrollar terapias específicas para los trastornos de personalidad y **se les consideraba prácticamente intratables.** Actualmente ya no es así, sino que **se intentan diseñar terapias específicas, estructuradas y basadas en la**

evidencia. Una revisión metaanalítica reciente que sintetizó los hallazgos de 11 estudios naturalistas y de seguimiento posterior al tratamiento en adultos sugirió una tasa media de remisión diagnóstica del 60% (Bohus, 2021).

Características de los diferentes TP y sus grupos

Para entender mejor el paisaje en el que se desenvuelve el TLP es interesante que repasemos juntos los 10 diferentes trastornos de personalidad

- **Grupo A** 

(Paranoide, esquizoide y esquizotípico):
Agrupa un patrón de personalidad patológica que tiene en común la tendencia al aislamiento social, la desconfianza y suspicacia frente a los demás, el miedo a ser dañado, la sensación de prejuicio y las dificultades en la interacción social: falta de fluidez y espontaneidad en el contacto con los demás y en la expresión emocional, así como dificultades de vínculo y apego interpersonal. Existen

dificultades para desarrollar intimidad, reciprocidad etc. También puede haber atribuciones e interpretaciones distorsionadas sobre las intenciones de los otros.

Son vistos por los demás como "raros" "extravagantes" o "excéntricos". La desconfianza y miedo extremos hacia los demás les lleva a aislarse y crear "un mundo propio" donde se sienten seguros. En los casos más graves puede haber síntomas cercanos a los de los trastornos psicóticos (sin llegar a serlo del todo), como ideas delirantes, pensamiento mágico y desconexiones de la realidad. Suele haber escaso reconocimiento del propio trastorno y no es frecuente que acudan en busca de ayuda terapéutica.

Características

Paranoide: Patrón dominante de desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos.

Esquizoide: Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos in- interpersonales.

Esquizotípico: Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico.

¿El esquizoide y esquizotípico son personas psicóticas?

No lo son en el sentido estricto, ya que no sufren los síntomas de la esquizofrenia como alucinaciones o desorganización grave de conducta y otros síntomas, como desorganización del lenguaje o confusión cognitiva, son mucho más atenuados y de menos duración que en la esquizofrenia. Tampoco suele haber pérdida de contacto con la realidad. Sin embargo, los casos más graves y sin tratamiento pueden llegar a derivar con el tiempo en un trastorno psicótico.

- **Grupo B** 

(Antisocial, histriónico, narcisista y límite): Agrupa un patrón de personalidad patológica que tiene en común la inestabilidad emocional, la impulsividad, las conductas hetero/autoagresivas,

los altibajos en las relaciones interpersonales y en la identidad. Suele haber paradojas, dilemas y polos opuestos: idealización / devaluación; miedo al abandono / miedo al vínculo; tendencia a las crisis / dificultades para el duelo; desprecio de los demás / desprecio de uno mismo etc.

Son vistos por los demás como dramáticos, emocionales, explosivos**,** cambiantes, impulsivos, a veces manipuladores, con mal genio, egocéntricos, caóticos. En la otra cara de la moneda se les describe como seductores, creativos, habilidosos, sensibles, especiales…

Uno de los principales síntomas es la falta de manejo de las emociones y de la conducta en forma de impulsividad y una difusión de la identidad que se refleja en su inestabilidad y falta de orientación en los principales aspectos de su vida.

En los casos más graves pueden aparecer conductas suicidas y abuso de sustancias; que requieren ingresos psiquiátricos o frecuentes visitas a urgencias.

Debido al enorme sufrimiento psicológico y las alteraciones de conducta que comportan suelen ser los que más buscan la ayuda terapéutica; siendo los

más conocidos por los profesionales de la salud mental a nivel ambulatorio y en régimen de ingreso.

Características

Narcisista: Tendencia a la **sobrevaloración** de sí mismo con fantasías de grandeza, necesidad de admiración, hiper sensibilidad a la crítica y falta de empatía

Histriónico: Tendencia a la **emocionalidad**, escenificación de relaciones interpersonales y una extraordinaria exigencia de atención

Antisocial: Constante **transgresión** de los derechos de los demás con falta de remordimientos, no sentido de la responsabilidad o empatía.

Límite: Relaciones interpersonales **inestables** e intensas, conductas impulsivas y auto destructivas, cambios en el estado emocional y en la propia identidad.

¿La persona con TLP es un psicópata?

No lo es. Hoy todavía no hay acuerdo en que la psicopatía sea un trastorno mientras que el Trastorno antisocial de la personalidad sí lo es. La persona con TAP sufre una inadaptación a las normas sociales

básicas, suele presentar conductas autodestructivas, temerarias o impulsivas que le traen problemas y le impiden tener calidad de vida. Tendrá problemas laborales, de relaciones o legales. Sin embargo, el psicópata puede llegar a llevar una vida "normal" o más bien una doble vida. No está necesariamente desadaptado ni llama la atención por conductas impulsivas, temerarias o auto destructivas.

- **Grupo C** 

(Evasivo, dependiente, Obsesivo-Compulsivo):

Agrupa un patrón de personalidad patológica que tiene en común sobre todo la sobreregulación de las emociones y el sobrecontrol de la expresión emocional. Predomina la ansiedad y el miedo. Hay una necesidad importante de tener controladas las cosas y las relaciones. Predomina el miedo a delegar, a tomar decisiones y asumir responsabilidades. También hay miedo al rechazo y sensación de inferioridad. Puede haber inhibición social y también sumisión en las relaciones.

Suelen ser vistas por los demás como personas calladas, tímidas y retraídas que "pasan desapercibidas".

Tienen problemas de relaciones interpersonales debido a la elevada ansiedad que les produce enfrentarse a los demás, la baja auto estima y el sentimiento de inferioridad que tienen. A diferencia de los trastornos del grupo A, les gustaría poder tener relaciones más satisfactorias y seguras con los demás, pero se ven incapaces de lograrlo. Tienen conductas de evitación de situaciones sociales o de sumisión, dejando que los demás tomen decisiones por ellos.

Son los pacientes que más se aproximan a trastornos neuróticos de ansiedad como la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada, la hipocondría, etc. pero hay que distinguirlos.

De forma excepcional pueden tener conductas "explosivas" como ataques de ira e incluso conductas autodestructivas como autolesiones cuando han acumulado mucha tensión y no pueden canalizarla.

Características

Evasivo: Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad

y extremo temor a la evaluación negativa por parte de los demás, timidez social. Evitación de nuevos contactos sociales. Aislamiento social no deseado.

Dependiente: Necesidad dominante y excesiva de aferrarse a alguien, lo que conlleva un comportamiento sumiso de apego exagerado y miedo a la separación, conducta dependiente y sumisa. Falta de autonomía y capacidad de decisión. Miedo a ser abandonado y no aceptado.

Obsesivo-Compulsivo: Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia. Subordinación de las emociones a la racionalidad.

¿Qué diferencia hay entre el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno Obsesivo Compulsivo de la personalidad?

A pesar de la gran similitud del nombre son dos trastornos con una manifestación bastante distinta y no comparten ningún rasgo diagnóstico. La persona con TP OC no tiene normalmente obsesiones ni conductas rituales (compulsiones), sino una preocupación permanente por el orden, el control,

la moral y suele priorizar lo racional por encima de las emociones; mientras que la persona con un TOC presentará una serie de conductas rituales destinadas a aplacar pensamientos obsesivos.

Tratamiento de los TP: siguiendo la estela del TLP

Desde los años 90 se vienen desarrollando programas específicos de **tratamiento para el TLP**, de lo cual tratamos más extensamente en otro capítulo.

Siguiendo el ejemplo del TLP y los resultados positivos de los tratamientos específicos cada vez más se reivindican programas similares para el resto de TP. En general se está bastante de acuerdo en que todos los TP se pueden beneficiar de intervenciones terapéuticas combinadas, teniendo como base más frecuente la **psicoterapia individual a largo plazo, la grupal y un tratamiento farmacológico, si se cree conveniente.**

Hay bastante variabilidad en cuanto a la evolución, posibilidades de mejora y pronóstico. Por

ejemplo, los TP del grupo A como el paranoide y esquizoide rara vez buscarán ayuda terapéutica y son resistentes al cambio, con lo cual una forma de que se estabilicen es mejorando su entorno y adaptándolo a ellos. Es la llamada "terapia nido" desarrollada en el Reino Unido (Peter Tyrer, 2002) y basada en el cambio sistemático del medio y no del paciente. Puede resultar apropiada precisamente para TP que reconocen poco el trastorno y no buscan cambios como el esquizoide. El esquizotípico podrá beneficiarse de psicoterapia y medicación antipsicótica para evitar un mayor deterioro o derivar hacia un trastorno psicótico.

En el grupo B la variabilidad es mayor. Los más resistentes al tratamiento son el antisocial y el narcisista; así como el límite con rasgos antisociales y narcisistas. El límite sin estos rasgos puede experimentar mejoría con programas específicos y tenderá a estabilizarse con la edad.

Dentro del grupo C, tanto el dependiente como el entitativo pueden beneficiarse de psicoterapias de corte cognitivo conductual destinadas al manejo de la ansiedad y la mejora de habilidades sociales e interpersonales.



Las personas que padecen TP son en general más vulnerables y por tanto pueden aparecer una serie de **riesgos añadidos**:

Puede existir un riesgo de suicidio, superior al que se da en personas con otros trastornos psiquiátricos que no presentan un TP de base. Este riesgo es mayor en el grupo B.

Tienen más riesgo a caer en el abuso de sustancias, sobre todo el antisocial, límite, esquizoide y evasivo.

Aparecen con mayor frecuencia conductas impulsivas potencialmente dañinas para sí mismos o para otros (grupo B).

Como se observa en el cuadro, el aspecto más común a todos los TP son los problemas de relaciones Interpersonales y de convivencia.

Riesgos asociados a los Trastornos de Personalidad: *Bajo:* +, *Medio:* ++, *Alto:* +++

Antisocial	Esquizotípico	Esquizoide	Paranoide	
+ +	+ +	+	+	Riesgo suicidio
+ + +	+ +	+	+	Abuso de sustancias
+ + +	+ +		+ +	Conductas impulsivas
+ +	+ +		+ +	Ingresos Urgencias psiquiátricas
+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	Problemas laborales
+ + +	+ + +	+ +	+ + +	Problemas de convivencia y relaciones
	+ +	+ + +	+ + +	Aislamiento social

Evitativo	Dependiente	Obsesivo-Compulsivo	Narcisista	Límite	Histriónico
+ +	+	+	+ +	+ + +	+ +
+ +	+		+	+ + +	+ +
+	+ +	+	+ +	+ + +	+ +
	+		+	+ + +	+ + +
+ +	+	+	+ +	+ + +	+ + +
+ +	+ +	+ +	+ + +	+ +	+ +
+ +		+ +	+ +	+ +	



Todavía hoy el concepto de TP y su manejo en la sociedad no está del todo normalizado como ocurre con otros trastornos psiquiátricos. Aún hay restos de creencias sobre los TP y de la estigmatización que han supuesto durante años. Afortunadamente a partir de las décadas 80-90, con la publicación los primeros manuales monográficos de tratamiento del TLP (Kernberg, Gunderson, M. Linehan), se han realizado pasos importantes que han favorecido el estudio y mejor abordaje terapéutico de los TP de forma que han pasado de ser los grandes marginados de la psiquiatría y psicología a despertar un gran interés entre los profesionales de la salud mental. Los TP van camino de ser un asunto de salud pública y uno de los retos más importantes para la psicología y psiquiatría modernas.

Los TP afectan entre un 5-10% de la población y suponen un tercio de los pacientes ingresados; pero sólo uno de cada tres llega a ser realmente diagnosticado. El diagnóstico no tiene por qué ser una etiqueta y resulta

esencial para hacer un buen abordaje terapéutico.

Los TP son trastornos crónicos de inicio temprano en la infancia y adolescencia que se alargan más allá de la edad adulta. Algunos se estabilizan con la edad (los del grupo B) y otros pueden cronificarse o empeorar. El origen de los TP responde a varios factores ambientales y biológicos que interactúan de forma compleja. Dado que su inicio es temprano hay casos en que se pueden reconocer síntomas en el niño-adolescente lo que permite abordar y prevenir un mayor deterioro en la edad adulta. Algunos TP suponen un enorme sufrimiento y desgaste tanto para los afectados como para las personas que conviven con ellos. Conllevan mayor riesgo de suicidios, toxicomanías, delincuencia, marginalidad, absentismo laboral, conflictos intrafamiliares, y un gasto socio-sanitario considerable. Bajo una plan terapéutico adecuado y orientado individualmente se pueden conseguir mejoras importantes y sostenidas a largo plazo en las personas con TP.

Los costes que supone un tratamiento cualificado son siempre menores que los costes a largo plazo que paga la sociedad por las consecuencias de una asistencia insuficiente.



1.2 Aspectos básicos sobre el TLP

Tras una visión general de los trastornos de personalidad nos vamos a centrar en el presente capítulo en ampliar y comprender el trastorno límite de personalidad (TLP).

¿Qué es el TLP?

Es un trastorno de la personalidad que implica una desregulación severa y sostenida en el tiempo, de las emociones, la conducta, las relaciones interpersonales y la identidad. Estas desregulaciones pueden impedir que la persona alcance sus metas en las principales áreas de su vida. Parece que la desregulación severa de las emociones la que puede mantener el resto de desregulaciones (de identidad, de relaciones, de conductas y de pensamiento)

La persona con este patrón de personalidad es extremadamente sensible, va a vivir las emociones de forma muy intensa y puede actuar de forma

impulsiva, es decir, sin poder calibrar las consecuencias de sus actos.

Son personas que sin estar sometidas a estrés pueden ser funcionales y sus procesos de pensamiento son efectivos pero que al sentirse sobrepasados (y esto es fácil por su extrema sensibilidad) sus emociones, pensamientos y conductas se desregulan.

Las conductas problemáticas que presentan habitualmente (autolesiones, ataques de ira, atracones, discusiones fuertes) son la mejor forma de que disponen para regular sus emociones. Si, aunque parezca disparatado, si no has aprendido a nadar y no tocas el fondo con tus pies, dar manotazos en el agua y mover todo el cuerpo es la mejor manera de evitar ahogarte.

Se presenta de forma heterogénea, es decir, puede que dos personas compartan el mismo diagnóstico y no por ello han de tener los mismos síntomas, ni expresarse igual. Por ejemplo una persona con autolesiones e intentos de suicidio podría tener este diagnóstico pero no necesariamente y, al contrario, otra persona que nunca ha tenido autolesiones ni intentos de suicidio podría tenerlo. Esta reflexión nos conduce al tema del diagnóstico.



El TLP es un trastorno de personalidad que implica desregulación severa y sostenida de las emociones e impulsividad, una identidad difusa y frágil y relaciones sociales problemáticas. Su presentación es heterogéna y las personas con este diagnóstico son extremadamente sensibles y se regulan con conductas problemáticas y que amenazan su vida.

Diagnóstico del TLP ¿Por qué, cómo y cuando?

El diagnóstico orienta el **tratamiento específico** o las intervenciones que se ajusten mejor a las necesidades de cada consultante. Un buen diagnóstico permite entender **lo que sucede, lo que se puede hacer para mejorar y como ayudarán la psicoterapia y/o la farmacología.**

El psicodiagnóstico nos ayuda a **diferenciar y poner nombre** a las dificultades para ofrecer la terapia más eficaz para tratarlas. Existen distintos tratamientos basados en la evidencia para tratar cada dificultad, por lo que el diagnóstico no es una

manera de “etiquetar”, sino un paso necesario para orientar y personalizar el tratamiento.

El diagnóstico de TLP se realiza considerando varios ejes:

- la información proporcionada por el pacientes respecto a las dificultades y problemas que motivan la consulta
- la pasación de determinadas pruebas específicas
- la historia clínica
- y la información que facilitan los familiares (imprescindible cuando hablamos de menores de edad y jóvenes adultos)

La valoración de toda esta información nos permite establecer el diagnostico y a partir de aquí hacemos la devolución y el planteamiento psicoterapéutico más adecuado.

En consulta observamos que muchas personas son diagnosticadas de TLP solo después de realizar un intento de suicidio o tras crisis graves por las que han tenido que acudir a urgencias. Acuden con un historial médico de larga evolución, poco consistente o más bien centrado en los problemas comórbidos que suelen acompañar al TLP. Llegan a consulta

cansados y desalentados con los tratamientos recibidos. Las familias presentan niveles elevados de dolor y alta carga emocional, habiendo desarrollado una sensación de indefensión aprendida.

Por otro lado, los estudios demuestran que identificar y tratar el trastorno en su fase inicial ayuda a disminuir el deterioro funcional progresivo, incluso aunque la terapia realizada no sea específica para el trastorno.

Realizar el diagnóstico del TLP es también evaluar si tiene rasgos de otros trastornos de personalidad y determinar si hay otros trastornos comórbidos (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, por consumo de sustancias, por déficit de atención y TEPT).

El diagnóstico de TLP se puede realizar ya en la adolescencia. A veces se diagnostica por iniciativa del interesado y/o de la familia y en muchos casos después de un intento de suicidio u otras crisis graves, presentando un historial psiquiátrico de larga evolución y cansados y desesperanzados tras intervenciones incompletas.

Tengo problemas tipo TLP. ¿Tendré el trastorno?

Te proponemos un **pequeño cuestionario de auto evaluación que en ningún caso puede servir como diagnóstico**; sino sólo como orientación para poder dirigirte a un profesional. Para poder responder afirmativamente es importante tener al menos un par de ejemplos de situaciones. Si no puedes recordar ningún ejemplo, no te puntúes positivo. Recuerda que **antes de sacar conclusiones definitivas, es conveniente que consultes a un profesional**.

Hace más de 5 años que tengo problemas que me impiden llevar una vida normal en al menos tres ámbitos distintos: pareja, laboral/estudios, amistades, familia.	SI NO
Habitualmente mis problemas me producen un sufrimiento muy intenso tanto a mi mismo/a como a los que me rodean.	SI NO

He intentado solucionarlo visitando diversos profesionales de salud mental y sin embargo los problemas persisten.	SI NO
Algunos de mis problemas empezaron alrededor de la etapa adolescente o antes (aunque quizás entonces yo no fuera tan consciente de ellos).	SI NO
Cuando pienso que alguien a quien quiero va a abandonarme, me pongo furioso/a e intento evitar desesperadamente que lo haga.	SI NO
Tiendo a idealizar y devaluar a los demás con facilidad y de manera muy repentina.	SI NO
Tengo dudas acerca de mi identidad: como soy, lo que quiero, lo que me gusta, lo que debo hacer, a quien debo querer, etc.	SI NO

Soy impulsivo/a en cosas que son potencialmente peligrosas o dañinas: compras, sexo, alcohol, drogas, conducción, comida; y eso me ha causado problemas.	SI NO
En situaciones extremas, he tratado de hacerme daño o matarme, o he amenazado con hacerlo.	SI NO
Cambio con mucha frecuencia y de forma rápida de estado de ánimo.	SI NO
A menudo me siento vacío/a.	SI NO
Tengo con frecuencia ataques de ira que no puedo controlar.	SI NO
Ante situaciones muy complicadas y tensas me vuelvo suspicaz, me siento ausente o distante, desconecto de la realidad temporalmente.	SI NO

Si has puntuado positivo en las cuatro primeras preguntas y después en al menos cinco de las otras, podrías tener al menos rasgos del trastorno. Consulta con un profesional que pueda confirmar tu impresión.

Comprender el mundo de la persona con TLP

Las personas que padecen un TLP sienten, piensan y tienen los mismos gustos y necesidades que cualquier otra persona. Son inteligentes, estudian, trabajan, se enamoran, les gusta divertirse, etc., igual que otras personas. ¿Porque se habla entonces de que tienen o viven un mundo propio que hay que comprender?.

El secreto está en ver que no hay una forma única o correcta de interpretar la realidad y de vivirla. La persona con TLP no ha aprendido muchas de las habilidades de manejo de emociones, situaciones interpersonales y resolución de problemas que uno adquiere de forma natural en su evolución como persona. La persona con TLP ha aprendido y necesitado otras formas de adaptarse, sobrevivir socialmente, regular sus emociones y enfrentarse a su sufrimiento emocional. Es muy importante

que aprendamos a aceptar sin juzgar ni criticar algunas formas de pensar y de actuar que no nos parecen lógicas o que de entrada no entendemos; como si nos hablaran en un idioma extranjero.

Para comprender a la persona con TLP hemos de hacer el esfuerzo de "abandonar" por un momento "nuestra zona de confort"; ya que la persona con TLP también siente continuamente la presión de abandonar la suya y de adaptarse a las exigencias del mundo exterior.

Las personas con TLP son por lo general conscientes de sus dificultades y algunos conocen bien sus síntomas. Esto por sí solo no hace que puedan cambiar.

Destacamos **Cuatro características** que influyen en que la forma de actuar de la persona con TLP resulte ilógica, paradójica y por tanto difícil de comprender y aceptar por parte de su entorno.

1- Pueden "adaptar" la realidad a su estado emocional, de forma que su versión de los hechos puede no coincidir con el de otras personas y puede malinterpretarse como una mentira.

Por ejemplo, si la persona se siente abandonada o rechazada y va a una fiesta de cumpleaños es posible que su experiencia sea de rechazo y abandono por parte de los demás. Las emociones y sentimientos de inferioridad o inadecuación pueden ser tan fuertes que inconscientemente condiciona la interpretación de los estímulos que recibe por muy inocentes que sean.

La simple pregunta de un conocido: "¿Cómo estás?" o "¿Qué haces ahora?" puede suponer para una persona con TLP una situación muy incómoda y generarle una presión y un malestar importante, ya que la respuesta (que para otros sería simple y rutinaria), se hace enormemente compleja.

2- No siempre se comportan acorde a cómo piensan y sienten. Si hay sentimientos negativos intensos de vergüenza, miedo, tristeza o desengaño pueden taparlos, aparentando un inusual bienestar: Una paciente que acababa de dejar su trabajo de forma impulsiva, se sintió tan mal que no fue capaz de explicarlo en la sesión hasta pasada una semana más. En lugar de esto aparentó estar bien y se concentró de forma muy creíble en

otro asunto menos importante. Lo mismo puede ocurrir cuando hay conductas de autolesión, consumos etc. Esto hace que a veces las personas que los rodean se confundan y no respondan de forma adecuada a sus necesidades o se enfaden cuando descubren la verdad.

3- Utilizan con más frecuencia mecanismos de pensamiento que, a corto plazo, pueden servir para adaptarse mejor a una situación, pero si se usan de forma continua, como puede pasarle a la persona con TLP, entonces dejan de ser adaptativos, creando nuevos problemas y hay que "desactivarlos".

Los más habituales son:

- La negación: Ignorar el problema y evitar tener que solucionarlo. *Ejemplo: "No me pasa nada, no necesito ayuda" "Esto le pasa a todo el mundo".*
- La racionalización: Todo tiene una buena explicación. *Ejemplo: "He dejado el curso porque en realidad acabarlo es una pérdida de tiempo".*
- Polarización: El mundo y las personas son sólo buenas o malas. *Ejemplo: "Estás conmigo o contra mí", "Si no lo hago todo bien; entonces no sirvo".*

- La proyección: Si le doy la vuelta al espejo dejo de ver lo que no soporto y entonces es el otro el que se refleja. *Ejemplo: "Tú tienes la culpa de que me comporte así" (Me comporto así por razones que yo mismo no entiendo).*
- La manipulación: No conseguiré lo que quiero sólo con mis medios y de forma directa". *Ejemplo: "mi madre dice que un buen terapeuta ha de responder siempre las necesidades de sus pacientes / necesito que haga por mí algo que yo no me atrevo a hacer".*

4- Se mueven en dilemas entre polos opuestos sin poder encontrar un punto medio.

Esto ocasiona una lucha interna o dilema difícil de resolver. El problema es que cuando están en uno de los extremos niegan el otro y viceversa haciéndolos incompatibles. Uno de los objetivos del trabajo terapéutico es precisamente ayudar a la persona a ser dialéctica y encontrar el punto medio entre los extremos sin renunciar ni eliminar ninguno.

Como vemos, el mundo de la persona con TLP puede diferir mucho del nuestro, puede ver las cosas

como a través de los ojos de un niño, pero tiene la capacidad de afectar como un adulto. Suelen pensar en términos de "todo o nada" y se pueden mover de un extremo al otro en poco tiempo sin poder encontrar un término medio. Experimentan emociones de forma mucho más intensa que los demás y por lo tanto les cuesta poder dominarlas. Otras veces por el contrario experimentan un gran vacío difícil de tolerar. Tienen conductas que pueden ser por una parte imprevisibles, paradójicas, auto destructivas o por el contrario pueden actuar de forma competente y efectiva. Se ven a sí mismos como capaces y competentes en algunas ocasiones o por el contrario inútiles e incompetentes en otras.

Esta "montaña rusa" de pensamientos, emociones y conductas les produce un intenso sufrimiento y dificultades en su relación con los demás, en sus estudios o en su trabajo y en la imagen que tienen de sí mismos. Su auto estima y auto respeto; así como sus objetivos y metas en la vida pueden ser muy cambiantes. Desde fuera la vida de la persona que padece un TLP se suele ver como caótica y a menudo incomprensible.



El mundo de la persona con TLP puede diferir mucho del nuestro, pero persiguen lo que todos: ser competentes, tener calma, conseguir sus objetivos, integración social y momentos de felicidad. Para comprenderlos hay que ponerse en su lugar y entender que su manera de ver el mundo condiciona como se desenvuelven y que sus conductas problema para ellos son su forma de resolver sus problemas.

¿Es el TLP el más grave y el de peor tratamiento comparado con los otros trastornos de personalidad?

El TLP ha sido el centro de atención y de alguna manera la "estrella" de los TP en los últimos 15 años, además de ser el TP del que más estudios, publicaciones e investigación se han publicado, además de ser el más diagnosticado. Esto ha llevado a muchos a pensar que es el más grave. Esto no se ajusta del todo a la realidad, si bien las manifestaciones clínicas del TLP son de las más

llamativas, explosivas y demandantes de atención sanitaria, además de suponer un riesgo importante de suicidio.

También tiene ciertas ventajas de pronóstico respecto a otros TP:

- No empeora con la edad como, sino que suele estabilizarse.
- Los afectados suelen buscar ayuda profesional.
- Se han hecho avances importantes respecto a tratamientos farmacológicos y psicológicos adecuados y específicos, cosa que no ocurre con el resto de TP.
- Se diagnostica más y de forma más precoz que el resto lo cual favorece el tratamiento.

Otras maneras de reconocer las características del trastorno límite serían:

De qué forma se presentan algunos síntomas: La problemática y prioridades de la persona pueden variar bruscamente de un día a otro. Pueden aparecer reacciones fuertes y desproporcionadas; así como gran sensibilidad ante pequeñas cosas.

Puede tener un sentimiento de vergüenza, odio e ira dirigida hacia sí mismos y comportarse de forma impulsiva o mal planeada que más tarde es reconocida como "alocada" o "tonta".

La falta de claridad o cambios bruscos en sus objetivos, prioridades, sentimientos, orientación sexual etc., hace que a menudo sientan aburrimiento, insatisfacción y desazón, como si nada les llenara.

Que sucede en las relaciones con los demás: Falta de relaciones íntimas estables y dificultades para defender sus intereses frente a los otros; así como para respetar los límites de los demás. Pueden elegir relaciones abusivas en las que se someten o por el contrario necesitar ser ellos los que sometan al otro.

Suelen pasar de ver sólo lo bueno de alguien (idealizan) a ver sólo lo negativo (devalúan); sintiendo por una misma persona admiración y otras veces odio y decepción. Pueden tener relaciones sexuales impulsivas y confundir intimidad y cariño con sexualidad.

Necesitan mucho del contacto y vinculación con los demás. Temen y evitan quedarse solos.

Demandan atención y confirmación de que el otro sigue ahí y no los va a abandonar.

En los tratamientos:

Pueden tardar en establecer un vínculo terapéutico estable pero cuando lo hacen suelen permanecer en las terapias.

Suelen contar con un largo historial clínico con diferentes profesionales, terapias y medicaciones.

Junto con el TP histriónico es el que más frecuenta los ingresos hospitalarios y las urgencias psiquiátricas. No suelen responder como se espera a tratamientos farmacológicos; siendo muy sensibles a posibles efectos secundarios de la medicación.

Suelen responder bien y mejorar cuando siguen tratamientos específicos de forma regular a largo plazo. El vínculo terapeútico es muy importante para mantener su motivación y garantizar la mejoría.

Paralelamente a los síntomas que pueden definir el trastorno y que les causan más problemas y sufrimiento, las personas con TLP también poseen

una serie de recursos positivos que servirán para mejorar su pronóstico y para compensar y hacer frente a las dificultades.

Recursos personales positivos:

- Suelen tener sensibilidad artística y facultades para la pintura, la música o la escritura.
- Tienen inquietudes, les motiva aprender y pueden ser muy creativos.
- Son apasionados con lo que les gusta y motiva.
- Tienen muchas habilidades sociales. Son personas con mucha empatía, seductoras y despiertan un interés especial en los demás.
- Poseen un "sexto sentido" que les permite captar intenciones, pensamientos y puntos débiles de los demás.
- Tienen gran sensibilidad humana para con las personas desfavorecidas, las injusticias y para con los animales a los que se llegan a vincular mucho.

10 PREJUICIOS SOBRE EL TLP Y COMO CAMBIARLOS

Finge y exagera constantemente, pero en realidad no le pasa nada.

- La persona con TLP puede parecer exagerada en su forma de expresarse pero hay que pensar en el **enorme y casi continuo sufrimiento que tienen y que en ocasiones sólo se la escucha en esos casos.**

Puede lograr lo que se proponga, pero es demasiado vaga o no está motivada.

- Nada más lejos de la realidad. Las personas con TLP suelen ser muy luchadoras. Lo que sucede es que a menudo ellos y su entorno pueden alimentar una imagen de **"aparente competencia"** que hace que la persona se marque metas muy elevadas y poco realistas muchas veces con el deseo de complacer a los demás.



Manipula malintencionada y conscientemente a los demás para conseguir sus objetivos.

- La manipulación es un mecanismo primitivo y a veces inconsciente que emplean los niños y los adultos inmaduros para conseguir cosas o cambios en los demás**. Las personas con TLP no han aprendido otras habilidades más adaptativas y maduras y siguen utilizando la manipulación de forma casi automática cuando se ven acorralados**. A veces la manipulación es vista como signo de "inteligencia" por el entorno, cosa incierta y que despista bastante, pues hace pensar en una premeditación y perversidad que no corresponde al TLP.

Es un caso perdido al que no es posible ayudar.

- Si bien el curso del trastorno es largo y a veces el proceso terapéutico y de ayuda a la persona con TLP y su entorno parece un camino sin fin, con pocos avances; **hay que valorar**

las mejoras en conjunto y a largo plazo; porque al ser lentas a veces no se notan. Hay que aprender a apreciar los pequeños cambios y ver que siempre se avanza.

Hay que sobreprotegerla y evitarle cualquier esfuerzo o disgusto.

- La persona con TLP ha aprendido sus conductas desadaptativas y ha de desaprenderlas y sustituirlas por otras; **eso implica que no se ha de sobreproteger, se le ha de ayudar a confrontarse con las dificultades reales en su entorno natural para tener experiencias diferentes de forma progresiva y escalonada**. Si se le evita esta confrontación también se le limitan las oportunidades para reaccionar de forma diferente y para aprender otras respuestas más adaptadas.

Todo lo que necesita es mano dura.

- Durante años se tenía a las personas con TLP por mal educadas, mimadas y consentidas y lo

que es peor; los propios profesionales hemos caído alguna vez en este tópico. Algunos padres nos explican que profesionales de prestigio les han aconsejado "echar a su hijo o hija de casa" y no dejarse "tomar el pelo". Afortunadamente este tipo de afirmaciones han ido perdiendo fuerza. **La inflexibilidad o "mano dura" no suele funcionar y menos con una persona con TLP. Si bien es necesario poner límites, estos han de ser flexibles, pactados y no han de suponer un castigo o demostración de autoridad.**

Es frívola y carente de sentimientos

- A veces la persona con TLP parece estar sólo ocupada en sus propias necesidades y no ve las de los demás. **No lo es, se "comporta", y la explicación está más relacionada con que sufre una activación emocional fuera de lo común que le impide poder observar y procesar lo que pasa a su alrededor** más que por una falta de sentimientos hacia los demás.

No se vincula a los tratamientos

- Esta "mala fama" que tienen las personas con TLP de dejar las terapias se puede explicar más porque hasta hace pocos años las terapias que se ponían a su disposición no eran específicas ni adecuadas y no contactaban con sus necesidades. Por lo cual, como haríamos cualquiera otra persona, las abandonaban al poco tiempo. Sin embargo, **si junto con una terapia especializada se establece un buen vínculo terapéutico con el profesional, las personas con TLP se suelen vincular y mantienen las terapias a largo plazo.**

No mejoran con los tratamientos.

- En los últimos 10 años se han publicado numerosos estudios que demuestran la mejoría de personas con TLP que siguen un tratamiento específico de forma regular y a largo plazo. Si bien es cierto que hay síntomas más resistentes, hay otros como la impulsividad, las conductas auto destructivas y las conductas suicidas que suelen mejorar entre el primer y segundo

año de terapia y se suele mantener la mejoría a largo plazo. **Una revisión metaanalítica reciente sugirió una tasa media de remisión diagnóstica del 60%. Los grupos con una edad media más joven al inicio del estudio tenían probabilidades de mostrar altas tasas de remisión en el seguimiento**, lo que subraya la importancia del diagnóstico y la intervención tempranos. Los estudios mostraron una mejora funcional psicosocial considerable a lo largo del tiempo; sin embargo, este resultado varió sustancialmente entre los individuos, lo que sugiere un subgrupo de individuos que experimentaron deterioro psicosocial persistente a lo largo del tiempo. (Bohus 2021)

El diagnóstico de TLP supone de entrada un pronóstico negativo.

- El TLP no es el más grave ni el menos tratable de los trastornos de personalidad, ni es degenerativo. Podemos encontrar trastornos muy resistentes a los tratamientos y también crónicos más condicionados biológicamente como la

esquizofrenia, los trastornos bipolares, depresiones endógenas y algunos trastornos de alimentación. En el TLP la recuperación depende más del trabajo personal y terapéutico que de factores biológicos. Se puede aspirar a la normalidad apelando a la responsabilidad de la persona. **Según H. Stone (2000) El pronóstico de las personas con TLP a largo plazo es más a menudo positivo** que negativo. Los factores que pueden interferir negativamente son haber sufrido maltrato grave en la familia, haber sido víctima de abusos sexuales en la familia, conductas antisociales del paciente, impulsividad extrema, hostilidad crónica, pobreza y abuso de sustancias.

Según H. Stone hay un factor aparte de los anteriores al que él le da bastante importancia, también de cara al riesgo suicidios: **la competencia o habilidades espirituales**. Veamos una **escala de espiritualidad** que Stone elaboró junto con Otto Kernberg.

Habilidades espirituales	Falta de habilidades espirituales
1. Esperanza	1. Desesperanza
1. Tolerancia	1. Impaciencia
1. Modestia	2. Prepotencia
2. Empatía	3. Egocentrismo
3. Confianza en sí mismo y en los otros	4. Desilusión
4. Estar en paz consigo mismo y con el propio pasado	5. Victimismo
5. Aceptar	6. Estar amargado
6. Constancia	7. Auto castigarse
7. Capacidad de perdonar	8. Ser rencoroso
8. Compasión	9. Insensibilidad, crueldad
9. No tendencia a quejarse (ser sufrido)	10. Quejumbroso, criticón

10. Capacidad de trascender lo personal	11. Cobardía
11. Honradez	12. Falsedad
12. Dignidad/ "grandeza de alma"	13. Ser indigno, ruin
13. Integridad	14. Mezquindad
14. Creencia en la validez de valores	15. Cinismo
15. Creencia en algo superior que se respeta y sirve de guía	16. Mentalidad: "cada uno sólo para sí mismo"
16. Sentimiento de responsabilidad frente a otros	17. Menosprecio, desdén
17. Respeto por el sufrimiento de otros	18. Falta de respeto por los otros

Según se refleja en la tabla cuantas más habilidades espirituales (columna izquierda) posea una persona, mejor pronóstico y evolución logrará.

McGlashan (2000) señala que hay una gran variabilidad en la evolución a largo plazo de las personas con TLP, pero como resultado de sus estudios describe algunos predictores más comunes:

- Coeficiente de inteligencia**:** A mayor coeficiente mejor pronóstico.
- Duración de los ingresos hospitalarios**:** Ingresos de más de 5 meses de media apuntarían a una peor evolución y cronificación.
- Sexo de la persona: Los varones tendrían mejor evolución que las mujeres.
- Abuso de sustancias en la familia: El abuso de drogas, sobre todo alcohol, como antecedente familiar empeora el pronóstico.
- Capacidad para las relaciones sexuales sanas: relaciones no promiscuas y mantenimiento de pareja sexual estable.
- Control de la agresión: El predominio de relaciones de no respeto, desprecio por los demás, manipulación etc. empeora el pronóstico.

Un pronóstico positivo vendría favorecido por la manifestación tardía de los síntomas, ausencia

de adicciones, no intentos graves de suicidio, haber acabado algún tipo de formación, tener una orientación laboral o tener una relación de pareja satisfactoria.

Recuerde que



Para comprender a la persona con TLP no basta con conocer el conjunto de síntomas del trastorno, sino que es necesario entrar en su mundo sin juzgarlo, aceptándolo como persona y sin pretender que vea las cosas a nuestro modo.

Aprender a comprender a la persona con TLP no es fácil y requiere su tiempo. Supone desprenderse de algunos mitos y prejuicios que han rodeado a este trastorno durante años.

El TLP no es un "cajón de sastre". Los criterios diagnósticos, características de las personas que lo padecen y síntomas observables en los que se refleja están bien definidos. Es por tanto un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable por un profesional adecuadamente formado

El TLP se caracteriza por inestabilidad y vulnerabilidad emocional, identidad difusa e inestable, impulsividad y auto destructividad en la conducta, inestabilidad en las relaciones con los demás y niveles altos de ansiedad. En el ámbito biológico hay estudios que han observado alteraciones en algunos sistemas de modulación química del cerebro.

Las personas con TLP suelen pensar en términos de "todo o nada". Experimentan emociones de forma explosiva. Tienen conductas por una parte imprevisibles, paradójicas, autodestructivas o por el contrario ser competentes y creativos.

La persona con TLP puede ver a veces las cosas como a través de los ojos de un niño, pero tienen la capacidad de afectarlas como un adulto. Esta "montaña rusa" de pensamientos, emociones y conductas produce intenso sufrimiento y dificultades en lo social, lo laboral, en las relaciones y la propia identidad. Su auto estima y auto respeto son inestables y sus valores, objetivos y metas muy cambiantes.

Las terapias han de ser combinadas, específicas y llevadas a cabo en equipos multi disciplinares. La

evolución de la persona con TLP y su pronóstico estará condicionada por factores sociales, del entorno y también por características psicológicas y espirituales de la persona.



Capitulo 2

¿El TLP nace o se hace?

Próximamente...