2ª Edición revisada



Volver a aprender a ir en bicicleta

Trastorno limite de la personalidad

Mónica Lavilla Presas
Diana Molina López
Beatriz López Villar



Segunda edición: Abril de 2022
© Mónica 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

CONTENIDO

- Prólogo a la segunda edición 7
- Nota de los autores 10
- Agradecimientos 14

1. El TLP dentro de los trastornos de personalidad 17
    1.1. Los trastornos de la personalidad 17
2. ¿El TLP nace o se hace? 83
    2.1. La etiología del TLP 83
    2.2. Teorías sobre el TLP 89
3. Dimensiones 113
    3.1. Las Emociones 115
    3.2. La identidad 148
        El vacío 172
    3.3. La autodestrucividad 182
        Las ideas de suicidio y conductas suicidas 182
        Las conductas autolesivas 204

3.4. La impulsividad 217
El uso de sustancias 218
Gastos impulsivos 234
Atracones de comida 239
3.5. Las relaciones con los demás 246
Cerca y lejos 246
La pareja 269
3.6. Aspectos cognitivos 286
¿Estoy perdiendo facultades? 286
Motivación y aprendizaje 296
4. Vivir entre dilemas 309
5. El Tratamiento 321
6. Mindfulness. 349
6.1 Incorporación del mindfulness 349
6.2. El terapeuta mindful 352
6.3. Beneficios de la practica del mindfulness 353
6.4. Pasado y futuro del mindfulness 354
6.5. Mindfulness al vacío 355
6.6. Mindfulness al consumo. 356

Apéndices 361
Glosario de términos 367
Bibliografia 375



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.



Capítulo 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:

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

7. Entre los 14-17 años hay una fase clave y de riesgo con inicio de abuso de sustancias, trastornos alimentarios, etc.
8. Entre los 18-28 años tienen lugar procesos determinantes de socialización.
9. Las ampliaciones de programas terapéuticos van dirigidas a menores.
10. Ha habido en los últimos diez años un aumento extraordinario de publicaciones, investigación, manuales terapéuticos, autoayuda etc.
11. 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 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 deshinibición de la agresividad. En estudios postmortem 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 liquida"*. 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, noradernalina 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 un 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

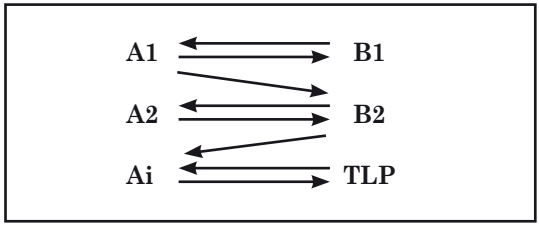


El autor más destacado dentro de esta teoría es Otto Kernberg. El habla de "organización límite de la personalidad" y considera que es el resultado del manejo inadecuado de las pulsiones agresivas y se caracteriza por la utilización de mecanismos de defensa primitivos (escisión, identificación proyectiva,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

Teoría biopsicosocial



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

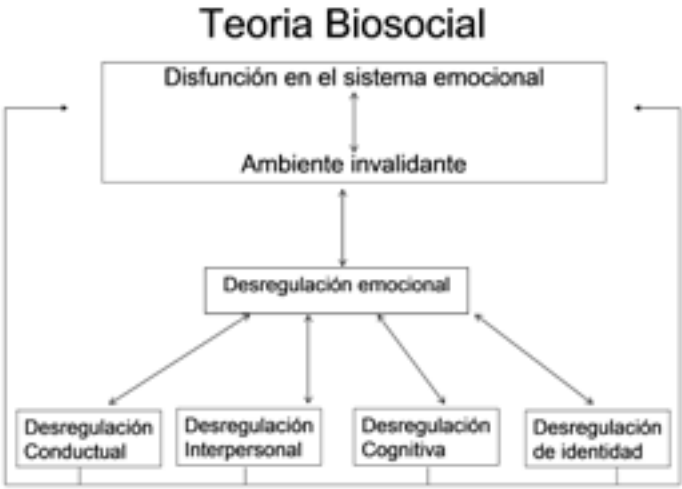
actúen condicionados y esto a su vez reforzará la conducta del niño. Los padres tendrán que tener más tolerancia, flexibilidad, comprensión… Si esto no es así intentarán controlar la conducta del niño para que deje de ser tan variable y sensible. El niño,por tanto, es invalidado y esta es una forma de 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 resituarlas, 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 desregulaciones 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.



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 sensiblera". 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 sobrevaloran 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 disociativos (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 fisico 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 limite de la personalidad pero se sabe que del 70% al 80% de los personas con trastorno de personalidad refieren bullying. Su potencial invalidador procede de que descalifica a la víctima, la aisla del resto de compañeros, la ridiculiza y en algunos casos esta puede mantener silencio porque su valoración de si 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 oposicionistas,

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 si 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 si 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 limite 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 oposicionista** 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 substancias

(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 sindrome 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.



Capitulo 3

Dimensiones

Las dimensiones hacen referencia a los ejes básicos que caracterizan el TLP y pueden ser comunes a otros muchos trastornos: *las emociones, las conductas, la relaciones con los demás, la identidad y el pensamiento*

La dimensión central es la emocional, cada dimensión se altera de una forma determinada y a eso le llamamos "desregulación" y cada dimensión afecta y condiciona la otra.



Veamos esto en un ejemplo.

"Una adolescente se levanta un día con una tristeza que no sabe de dónde le viene, no se ve con ánimos de ir al instituto y se entristece y enfada consigo misma (dimensión emocional). Estas emociones hacen que empiece a dudar acerca de si continuar o no estudiando bachillerato de letras y se vea a sí misma como incompetente (identidad y sentido de sí misma), sintiendo vergüenza y no queriendo salir de casa. Con esta sensación de encierro, la cabeza no para de pensar qué hacer y se le ocurre que igual no vale la pena vivir y empieza a tener ideas suicidas y se da golpes contra la cabeza (conducta). En este contexto puede aparecer la búsqueda de ayuda y envía un mensaje a una amiga que lee el whatsapp pero no le da respuesta. Entonces se enfada y piensa que aquella amiga en realidad no es tan amiga si no es capaz de ayudarla cuando lo necesita (las relaciones con los demás) y empieza a sentirse lejana y desconfiar de otras amigas y otras personas (pensamiento)".

Como podemos ver se hace una "bola de nieve y el malestar cada vez es mayor y más difícil.

En los siguientes apartados vamos a describir cada una de estas dimensiones con detenimiento.

3.1. Las Emociones: Un caracol sin caparazón

La persona con trastorno límite es en extremo emocional. Dicen de sí mismas que son "pura emoción". Todo les afecta: lo agradable y lo que hace sufrir. Y son especialmente sensibles a las señales de rechazo, crítica o devaluación. Esto las convierte en una especie de caracol sin caparazón, altamente vulnerables a cualquier rasguño.

Ser emocional no es la causa por la que la persona sufre el trastorno. Aunque algunos puedan pensar que ser emocional es el problema, podemos decir que en realidad *el problema es la dificultad para regular sus emociones*, debido a la intensidad y a la duración de las mismas. Hay dos maneras inapropiadas aunque absolutamente lógicas, de actuar cuando tus emociones son así: escaparte de

ellas con algo (conductas problema) o evitar sentirlas (conducta problema). Las conductas problema son acciones que sirven para salir del malestar pero de forma poco sana. Por ejemplo dormir todo el día, beber, pegarse un atracón, cortarse, tomar medicación no prescrita, no comer, etc.

Si la persona con TLP aprendiera a identificar sus emociones y a manejarlas sin amplificarlas ni evitarlas, podemos decir que tendría más del 80% del trabajo hecho.

¿Qué es una emoción?

Una emoción es una respuesta compleja y automática que nos aparece ante diferentes estímulos tanto internos como externos. Es compleja porque incluye pensamientos, sensaciones corporales y un impulso de actuar (nos impulsa a hacer algo). Ya veremos más adelante la importancia de este punto. Justamente esta es la función que tienen las emociones, o dicho de otro modo, para lo que las tenemos. Y es automática porque no podemos

evitar tener una emoción, no está dentro de nuestro control, sucede sin mediar nuestra voluntad.

Veamos un ejemplo de un estímulo externo que provoca una emoción: veo un enorme prado verde, pienso que "es lo más bonito que he visto nunca", noto un nudo en la garganta, el pulso acelerado y me viene un impulso de empezar a correr por él. En el caso de un estímulo interno: puede ser una reacción de asco ante una mosca grande y negra. Pienso "¡qué asco!", noto un escalofrío por el cuerpo, se me tensa el cuello, hago una mueca involuntaria y tengo el impulso de escapar o taparme con algo.

Las emociones surgen y se encadenan unas con otras tan rápidamente que es difícil distinguir cuál es la emoción primaria y cuales las emociones secundarias que han ido apareciendo después. Los que llevamos años estudiando las emociones de los demás y las nuestras, ya tenemos algunos "trucos" que nos ayudan al menos a intuir que la emoción que vemos no es la verdaderamente primaria.

Las **emociones primarias** son innatas e instintivas y es por ello que son fundamentales para

la supervivencia de los seres humanos. Por ejemplo, cuando oyes un ruido fuerte y sientes miedo, has experimentado una emoción primaria que te impulsa a huir, por lo que vas a salvar la vida!. También cuando una persona a la que quieres te sonríe y tú sientes esa alegría que te impulsa a abrazarla, por lo que vas a reforzar un vínculo necesario para tu supervivencia. Son emociones primarias el miedo, la rabia, la alegría, el asco, la vergüenza, la culpa y el amor. Pero cuidado!, no tenemos consenso respecto a cuantas emociones primarias hay ni en cuales son. Existen diferentes opiniones.

Las **emociones secundarias** están formadas por emociones primarias "aliñadas" o "aderezadas" con juicios de valor o creencias personales. Por ejemplo: avergonzarse por sentir miedo; enfadarse por estar enamorado, culparse por haberse enfadado, etc. **Cuando las emociones secundarias entran en juego se hace más complicado rescatar lo que nos dice el instinto**. El mensaje o la esencia de lo que nos quieren decir las emociones primarias ya no es tan directo. Hay alrededor otras emociones que nos pueden liar o

confundir. Además, al llevar juicios e interpretaciones asociadas a nuestras propias vivencias, las emociones secundarias no siempre nos aconsejan tan bien como las primarias, al alejarse del instinto o sentido común. Como estaréis adivinando, cada persona tiene sus propias emociones secundarias, mientras que las primarias son emociones universales.

Vamos a explicar cómo se organizan las emociones secundarias en nuestro cerebro. Se encadenan unas con otras formando una "red de carreteras" que se ha ido construyendo a partir de la biografía o historia personal de cada uno, por lo que es diferente para cada persona. Así podemos entender que cada uno de nosotros tiene patrones de reacción diferentes. Por ejemplo, una paciente siente que ha hecho algo mal e inmediatamente cree que debe ser castigada (emoción secundaria: culpa por fallar). Otra persona podría no haber experimentado lo mismo, incluso podría ni siquiera sufrir por ello. **Por eso decimos que la red secundaria de emociones forma parte de la propia historia personal de aprendizaje de cada persona.** Puede no tener una función

adaptativa para esa persona e incluso en muchas ocasiones puede ser contraproducente, provocando un sufrimiento añadido. Por ejemplo, castigarme por fallar.

Lo que conecta las emociones primarias con las secundarias son **los pensamientos automáticos, creencias o links** que se han formado a partir de nuestra biografía, como: "no debo enfadarme", "no tengo derecho a sentirme orgulloso", "de mí no saldrá nunca nada bueno...", "cuando me dicen esto es que me van a dejar". En una persona pueden existir ciertos links verdaderamente peligrosos, ya que cada vez que se activan pueden llevarla a desregularse y acabar teniendo una conducta problema. Por ejemplo: cuando llego al link "todo el mundo acaba dejándome" no lo puedo soportar, me da tanta rabia que acabo mordiéndome.

Quien sabe dar nombre a sus emociones es más capaz de gestionarlas. **Se puede aprender a nombrar las emociones** mediante la terapia. Por ejemplo, las técnicas de mindfulness nos ayudan a tomar distancia de nuestras emociones para poder nombrarlas, entender lo que nos dicen, cuál

es su mensaje y decidir si seguimos el impulso que nos dan porque es útil para nosotros o para la situación.

Una paciente aprendió con el tiempo a bloquear/evitar intensos sentimientos de soledad y abandono (emoción primaria) y los transformó en crítica y rabia contra su pareja cuando sentía que se alejaba (emoción secundaria). Con este comportamiento el otro no entendía su necesidad primaria de cercanía y se apartaba cada vez más de ella. Cuando ella pudo identificar que lo que sentía era soledad, pudo expresar su necesidad de una forma más clara, logrando que su pareja se acercara en vez de alejarse de ella.

Las acciones que se derivan de las emociones **tienen consecuencias en la persona o en su entorno.** Las consecuencias pueden ser inmediatas o a largo plazo y en función de las consecuencias la persona tenderá a repetir o evitar su conducta en el futuro. Pueden ser reforzadoras o castigadoras de la conducta. Un refuerzo hará que la conducta se repita. Un castigo hará que una conducta no se repita.

Un refuerzo positivo (+) añade algo positivo para la persona después de la conducta. Ej: Amenazo con hacerme daño si mi pareja no sale antes del trabajo. Si lo hace está reforzando mi conducta.

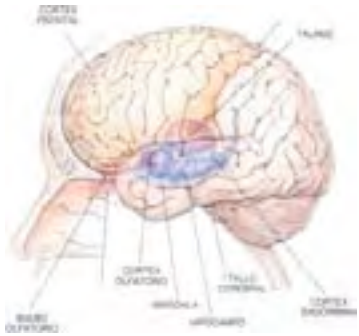
Un refuerzo negativo (-) quita algo malo para la persona después de la conducta. Ej: Cuando no sé cómo solucionar un problema y me tomo pastillas para dejar de pensar. Logro lo que buscaba, estoy menos mal, por tanto, en el futuro tenderé a hacerlo de nuevo.

Un castigo positivo (+) es algo malo a continuación de la conducta. Por ejemplo: Me riñen cuando expreso mis emociones. Es posible que aprenda a callarme mis sentimientos.

Un castigo negativo (-) es quitar algo bueno a continuación de la conducta. Por ejemplo: Cuando me pongo pesada el otro me presta menos atención.

Recuerda que no hay emociones buenas ni malas. Tampoco ayuda decir que las emociones son positivas o negativas. Las emociones son emociones y son nuestras aliadas. Nos informan y alertan y hay que saber escucharlas.

¿Dónde nacen las emociones?



Las emociones no nacen en el corazón, hoy sabemos que en realidad se localizan en el cerebro, concretamente en una parte llamada cerebro emocional. Esta zona se sitúa en la región límbica, que está en la base del tronco encefálico, donde empieza la médula espinal.

En el cerebro emocional se localiza la amígdala, un pequeño centro de operaciones formado por neuronas. Es un órgano muy pequeño, con forma de almendra y evolutivamente muy antiguo. La amígdala se vincula a las emociones en general (principalmente al miedo y la agresión) y al recuerdo de las experiencias emocionales.

El cerebro es un órgano vivo, que ha ido evolucionando desde los primeros monos hasta el hombre de hoy. Desde los inicios, ha ido creciendo desde la parte inferior (médula espinal) hasta la parte superior o frontal (la zona de la frente).

La parte inferior o base del cerebro la compartimos con la mayoría de especies animales que tienen sistema nervioso y se encarga de regular las funciones vitales básicas para nuestra supervivencia, como respirar, moverse y el funcionamiento de los órganos. La parte superior del cerebro, o córtex prefrontal, es la más nueva desde el punto de vista de nuestro desarrollo como especie y es donde se encuentran las capacidades humanas, como el pensamiento, la razón, la capacidad para el arte y la cultura, y la capacidad de decidir a partir de la información que llega de los sentidos.

Es decir, que la parte frontal tiene el encargo de analizar los impulsos que le llegan directamente del cerebro emocional, sirviendo como de filtro previo a actuar. Cuando una emoción entra en acción, momentos después los lóbulos prefrontales analizan los riesgos y beneficios de infinitas reacciones posibles, y apuestan por una de ellas como la mejor.

La amígdala consigue que nos pongamos en acción mientras la zona prefrontal todavía está planificando como resolver el problema. Si la amígdala a menudo actúa como disparador de emergencia, el lóbulo prefrontal parece ser parte del mecanismo de desconexión del cerebro para las emociones perturbadoras: la amígdala propone y el lóbulo prefrontal dispone. Según esto, las conexiones entre la zona prefrontal y la zona límbica son fundamentales en la vida mental. Son esenciales para guiarnos en las decisiones que más importan en la vida.



¿Por qué las tenemos y para qué sirven las emociones?

Si las emociones existen y disponen de un lugar privilegiado en el cerebro es porque **cumplen funciones** importantes, es decir, sirven para algo. Para nuestros antepasados constituyeron la diferencia entre sobrevivir o perecer, ya que por ejemplo, el animal que experimentaba "miedo", podía huir antes de ser devorado. En nuestros días, las emociones siguen manteniendo su lugar en nuestro cerebro (cerebro emocional), por tanto, eso significa que nos son útiles y no podemos prescindir de ellas. Parece que algunas de sus funciones podrían ser:

- Proporcionarnos información o detalles importantes sobre una situación o una necesidad propia.
- Prepararnos para actuar dándonos energía.
- Motivar.
- Enriquecer la comunicación con los demás.
- Tienen una función adaptativa, es decir, nos protegen y han permitido a la especie humana sobrevivir y evolucionar.



Así, **las emociones son un sistema de alerta** *que avisa a la persona de una necesidad, la motiva y la prepara para actuar. Esa actuación puede ser muy variada: hacer algo, huir, atacar, defenderse, comunicarse, expresarse, esperar, cambiar, tolerar, tomar una decisión, etc. Cuando detecto una emoción la pregunta que debo hacerme es: ¿qué necesito?*

Ejemplos de los componentes de una emoción

Emoción	Sensaciones corporales	Pensamientos	Impulso de actuar
Miedo	Piel de gallina, cosquillas en la boca del estómago, nudo en la garganta, sudoración, mayor sensitividad en la piel	Pensar en cosas desagradables que pueden ocurrir, anticipar riesgos, descubrir señales de peligro, estar alerta	Correr, escapar, esconderse, evitar situaciones, protegerse de alguna manera, atacar

Enfado	Tensión muscular, aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones, la sangre sube a la cabeza, cara roja, presión en el pecho	Pensar que te están atacando, sentirse herido o molesto, sentir rabia y furia por lo ocurrido, pensar que no es justo, no lo mereces o no te gusta	Atacar, gritar, insultar, herir, expresar una queja, hacer ver tu punto de vista
Amor	Escalofríos, palpitaciones, ahogo, estremecimientos	Pensar en la otra persona, sentirse vulnerable, desear al otro, querer estar con el otro	Besar, acariciar, tocar, abrazar, compartir

¿Qué es la desregulación emocional?

El trastorno límite se debe a que **la persona no ha aprendido a manejar sus emociones** debido a:

1) La vulnerabilidad emocional

Biológicamente el sujeto presenta alta reactividad a estímulos de intensidad baja o media, además de alta (bajo umbral para la respuesta emocional). No hace falta un estímulo muy fuerte para desencadenar una experiencia y reacción emocional intensa que incluye la desregulación cognitiva. Una vez que la emoción se ha disparado se mantiene activada por más tiempo y al sujeto le cuesta más rebajarla, por lo que predispone a una nueva activación.

2) La tendencia a la no experimentación completa de las emociones dolorosas primarias

El sujeto siente que **cualquier situación dolorosa puede causar una reacción emocional intensa** por lo que tiende a evitar o bloquear sentir sus emociones plenamente.

Al bloquear sus emociones **no actúa siguiendo su emoción primaria aunque puede reaccionar ante emociones secundarias**. Por ejemplo: ante un comentario desafortunado de su pareja se activa el miedo al abandono. Ante el malestar huye de experimentar la emoción por

miedo a perder el control. Algo más tarde, es posible que cualquier pequeña discusión con su pareja le despierte una reacción desproporcionada de ira o llanto.

Por otro lado al bloquear las emociones dolorosas **está perdiendo oportunidades para aprender** a tolerarlas, a expresarlas apropiadamente o a resolver los problemas que las están causando.

Como consecuencia de todo ello, al sentirse vulnerable y evitar sistemáticamente experimentar sus emociones, se podría decir que la persona está **permanentemente en crisis o con sensación de fragilidad/duelo permanente.**

3) El ambiente invalidante

Siguiendo la Teoría Biosocial un cierto tipo de entorno llamado invalidante puede crear o exacerbar la vulnerabilidad emocional, contribuyendo a la aparición del trastorno al proporcionar sistemáticamente y a lo largo del tiempo a la persona respuestas no validantes ante sus reacciones. Un entorno invalidante no es capaz por diferentes motivos de recoger y validar la expresión

emocional de la persona, por lo que fracasa a la hora de ayudarla a reconocer y expresar adecuadamente sus necesidades. A lo largo del tiempo el sujeto aprende que sus reacciones emocionales son inapropiadas, incorrectas, exageradas o no debería tenerlas.

La desregulación emocional es la consecuencia de esta transacción a lo largo del tiempo. Ante la repetida invalidación, la persona vulnerable emocionalmente no logra aprender a regularse. En la desregulación se activa **un patrón entero de respuesta, que incluye el pensamiento en blanco-negro, la ansiedad y otras emociones intensas, la obsesividad y la sensación de pérdida de control o impredicibilidad respecto a si mismo.** Y es la experiencia de su propia vulnerabilidad lo que asusta y desorganiza a la persona, y lo que la lleva a conductas extremas para reducir de forma drástica o no adecuada su malestar.

Un ataque de ira, huir de casa, una autolesión etc. son ejemplos de **comportamientos no adecuados frente a la sensación de desregulación**. El efecto que tiene este tipo de comportamiento es

que a corto plazo logra frenar el malestar aunque puede representar un riesgo y provoca reacciones extremas en su entorno. Para utilizar una metáfora, sería como si ante una infección en el pié, la persona optara por cortarse la pierna.

Ser emocional no tiene porqué ser visto como algo negativo, siempre y cuando no te lleve al sufrimiento sin sentido, a hacer daño a los demás o a tener conductas problemáticas. Te puede servir **"ver" tu emocionabilidad de otra manera**. Por ejemplo:

Una cara de la moneda	La otra cara de la moneda
Cambios constantes de estado de ánimo	Sensación de vivir intensamente
Inseguridad respecto a los sentimientos	Experimentación de gran variedad de sensaciones
Impulsividad	Intuición, creatividad
Sensación de cambio permanente	Sensación de no aburrimiento
Ansiedad	Energía para actuar
Relaciones dolorosas	Vinculación con los demás

Desregulación emocional y relación social

Abordamos aquí un punto nuclear, que es la relación con los demás. Llegan hasta el punto de **evitar las relaciones sociales por el daño que les producen.** ¿Por qué la relación con los demás les desregula tanto?

Muchas redes emocionales se activan en la relación con los demás. Relacionarse es fuente de múltiples reacciones emocionales automáticas: se activan juicios, esquemas, memorias antiguas, y eso nos impulsa de actuar de una u otra forma. En las personas con TLP se habla de una **hipersensibilidad** social, de alteraciones en la capacidad de "mentalización", en como entienden las intenciones de los demás y como creen ser vistos por los demás.

Parece que las dificultades para relacionarse tienen que ver con las interpretaciones que hacen de los hechos, sobre la base de una **identidad poco estable y una autoestima frágil.** Como los mismos pacientes describen en consulta, fuera del círculo más íntimo muchos no saben cómo deberían comportarse, por miedo al rechazo y al

abandono. ¿Qué le digo a esta persona?, ¿Qué se supone que debería hacer ante esta situación?, ¿Qué sería lo adecuado aquí? Al final, la persona adopta **máscaras** o roles según con quien está. Usando distintas máscaras consiguen salir airosos, pero soportando una terrible sensación de estar fingiendo, ser falso, y estar cuidando poco su autoestima/autorespeto. El coste a pagar es la sensación de no participar con los cinco sentidos de la experiencia, siempre alerta, por lo que relacionarse es tal esfuerzo que a larga pueden acabar aislándose y evitándolo.

Emociones positivas y TLP

Queda clara la dificultad de las personas con TLP para regular sus emociones negativas, pero lo que es más novedoso es el descubrimiento de que **tampoco manejan bien las emociones positivas**. Además de una elevada reactividad ante lo negativo, muestran una marcada reducción de respuestas agradables ante lo positivo. Menos alegría, satisfacción, aprobación y acercamiento

en respuesta a estímulos positivos y más enfado, ansiedad, desprecio, culpa, sentimientos de rechazo, desaprobación y tristeza en respuesta a estímulos negativos. Estos datos apoyan la idea que parte de la observación cotidiana de que las personas con TLP no reciben bien los halagos, y que la aprobación y el refuerzo positivo no hace que se sientan mejor consigo mismos.



¿Qué hago para regularme?

La persona debe **evitar estar demasiado vulnerable**. Recordemos la imagen del caracol sin caparazón, al que todo le afecta. Conviene observarse y notar cuando se está especialmente vulnerable o "débil", así como cuidar ciertos aspectos que te protegen. Desatender la salud, la alimentación o el sueño puede hacer que la persona reaccione mucho más intensamente ante cualquier situación.

Factores que disparan la vulnerabilidad:

Que	Como	Interpretaciones que NO te ayudan
Descuidar la salud	No hacer las revisiones médicas rutinarias, visitar a los especialistas, llevar un adecuado control de la medicación.	"Soy un enfermo" "Nunca me puedo relajar" "Siempre debo estar controlado" "Siempre igual"
Descuidar la alimentación	Estar mal alimentado, los atracones o bien estar días sin apenas comer, son aspectos que influyen en el estado emocional.	"Los problemas me impiden comer o me impulsar a comer" "No tengo ganas de cuidarme" "Ahora no es lo más importante"
Estar inactivo	Estar activo, moverse, caminar, son formas de equilibrar el estado emocional y de cargar las "pilas" del organismo.	"Me tengo que apuntar a un gimnasio e ir todos los días" "Si no lo hago bien, mejor no hago nada" "No tengo ganas, no ayuda"

Que	Como	Interpretaciones que NO te ayudan
La pasividad	No hacer por lo menos una cosa al día que te haga sentir útil, necesario o competente hace que estés desmotivado e insatisfecho, y aumenta tu sensación de ser un enfermo.	"Debería de hacer las cosas realmente importantes y no perder el tiempo en pequeñeces" "Nunca hago lo realmente importante" "Tengo mil cosas pendientes" "No tiene ningún valor hacer esto" "No me merezco divertirme"
La sobreactivación	Aprovechar una buena racha para hacer todo lo que estaba pendiente, intentar compensar los periodos de inactividad con exceso de obligaciones, puede provocar una sobresaturación que precipite una caída.	"Tengo que demostrar que ya estoy bien" "Así es como debería de estar siempre" "Tengo que mantenerme así como sea"

Que	Como	Interpretaciones que NO te ayudan
Dormir mal	No llevar una pauta más o menos regular de sueño puede provocar cambios en el estado de ánimo. Por ejemplo, dormir poco provoca irritabilidad y falsa euforia a corto plazo, agotamiento físico y dificultades de concentración a medio plazo. Dormir en exceso puede provocar sensación crónica de cansancio, desorientación temporal, disociación, y a largo plazo, puede favorecer el desarrollo de una depresión.	"Duermo para desconectar" "La medicación me afecta el sueño" "Dormir es mejor que otras cosas"





Que	Como	Interpretaciones que NO te ayudan
Consumir drogas	Algunas personas con trastorno límite toman drogas como una forma de alterar su estado de ánimo a su voluntad. Las drogas actúan sobre los mecanismos que regulan las emociones, y a largo plazo pueden provocar alteraciones emocionales crónicas.	"A mi las drogas no me afectan igual que a los demás" "Yo no soy un adicto" "Sólo consumo cuando estoy mal/bien" "A veces tomar drogas me ha evitado hacer algo peor"

Una habilidad imprescindible para las personas que sufren debido a sus emociones es aprender a **permanecer en la emoción** sin escapar a ella. Al ser capaz de experimentar la emoción sin evitarla ni agrandarla, se produce el efecto paradójico de que aumenta la capacidad de tolerarla, y por tanto, el sufrimiento se vive de otra manera, incluso adquiere otro sentido. A la larga, la persona

es capaz de completar los ciclos de sus emociones, aprendiendo de ellas e incorporándolas a su experiencia, cosa que las hace más fuertes y seguras de sí mismas. En este sentido, cabe destacar la línea de trabajo del mindfulness aplicado al sufrimiento **(autocompasión),** como herramienta para aprender a experimentar las emociones dolorosas, aceptando radicalmente su presencia y manteniendo una **buena predisposición** a sentir cualquier emoción. Trata a tu emoción "como tratarías a un bebé que llora".

Escucha a tus emociones

Al permanecer en la emoción sin evitarla seremos capaces de preguntarnos qué nos dice, que función tiene, de qué nos alerta y cómo la estamos viviendo.

Sigue esta pequeña guía:

› Con actitud mindful (libre de juicios y serena) identifica tu emoción primaria. Nómbrala y descríbela. Acércate a ella suavemente en son de paz.

› Pregúntate ¿es la intensidad de mi emoción proporcionada al estímulo o situación que la ha disparado?

› Imaginemos que logramos ver que la intensidad de la emoción es más intensa, por lo que no es proporcionada al estímulo o situación que la disparó. ¿Ahora qué?, pues habrá que **rebajarla**, para que sea más llevable y no nos bloquee o nos lleve a escapar de ella de formas poco sanas. Cuando alguien está sufriendo, le cuesta horrores dirigir su atención hacia estímulos que no sean negativos, de manera que una y otra vez, al fijarse solamente en aquello que "duele", se reactiva el sufrimiento. Por ejemplo, ante la ruptura de una relación, solemos pensar en los momentos buenos que pasamos juntos, mirar las fotos de un viaje, ponernos la música que compartimos, etc. Esto **no sería una buena habilidad** a aplicar en este momento, ya que incrementaría la intensidad de la emoción. En cambio, si lo que queremos es rebajar la intensidad de la emoción, podemos **fijar la atención en otros estímulos** y usar la **distracción** (por ejemplo: ver la tele), o generar

una **emoción contraria** (por ejemplo: riendo o bailando), hacer algo que te gusta (por ejemplo: dar un paseo). Es obvio que cualquiera de estas acciones no nos apetecen cuando estamos sufriendo, pero va a lograr que la emoción baje. Por eso se trata de una habilidad que hay que practicar hasta que forme parte de tu repertorio.

› Si lo que vemos al observar nuestra emoción es que su intensidad **es proporcional** al estímulo que la causa, entonces habrá que **tolerar** que las cosas son así ahora mismo, y **aceptar radicalmente** que esto es lo que toca vivir ahora. Por ejemplo: he suspendido un examen importante, estoy enfadada por la situación, pero no hay nada que esté en mis manos para cambiarlo. Si no lo acepto, cada vez estaré peor, empezaré a añadir otras emociones a mi duelo, por lo que muy probablemente acabe desregulándome.

› Supongamos que al observar mi emoción pueda darme cuenta de que **puedo hacer algo para resolver el problema** que la ha generado. Entonces la tarea será buscar una solución para que

no vuelva a suceder más. Por ejemplo, siempre me pongo más tareas de las que realmente puedo atender y luego acabo petando O quizás, siempre que hablo con mi madre y me saca un tema para mi muy doloroso, yo nunca le digo nada, pero luego entro en crisis. Es decir, que al lograr rebajar la intensidad de la emoción me doy cuenta de que puedo buscar soluciones para que no se repita.

¿La persona con TLP se da cuenta de la desproporción de sus respuestas, especialmente de la ira?

Sí, claro. Se dan cuenta de la rabia que sienten y pueden notar que están a punto de perder el control. Pero como hay un muy alto nivel de activación y ocurre tan rápido, les resulta sumamente difícil frenarla. **Es como si estuviesen secuestrados por su emoción**. Después de haber explotado, ven la desproporción de su respuesta, sintiendo enseguida culpabilidad y remordimientos. Hay casos en que aparece un sentimiento de vergüenza y culpa tan fuerte que les lleva a

"negar" haber sido agresivos o bien a buscar justificaciones para no sentirse tan mal.

Como último apunte, el concepto de **Resiliencia Emocional** puede aportar alguna idea más. Se refiere a la capacidad de adaptarse y sobrevivir a las adversidades, superarlas e incluso transformarlas. Por ello, se considera una **conducta protectora del estrés**. Aunque hay personas que espontáneamente poseen una mayor capacidad de resiliencia, es un aspecto que se puede desarrollar, y que sirve como factor de pronóstico favorable para superar el trastorno. **A más capacidad de resiliencia, mejor pronóstico.**

Se pueden establecer los siguientes factores personales de resiliencia:

- Disponer de relaciones afectivas dentro y fuera de la familia y cuidarlas.
- Ser capaz de hacer planes realistas y llevarlos a cabo.
- Tener una visión positiva de uno mismo y confianza en las propias capacidades.
- Aprender del pasado.

- Evitar ver las crisis como obstáculos insalvables.
- No perder la esperanza.
- Aceptar que el cambio forma parte de la vida.
- Ser flexible.
- Disponer de destrezas en la comunicación y en la resolución de problemas.
- Ser capaz de manejar sentimientos fuertes e impulsos.

Recuerde que…



Muchas personas con trastorno límite, pese al intenso sufrimiento que experimentan no estarían dispuestas a prescindir de sus emociones bajo ningún concepto. En la terapia es importante aclarar este punto: no se trata de eliminar la emocionabilidad (eso no es posible), sino de manejarlas mejor.

Regular las emociones significa ser capaz de darse cuenta de lo que uno está experimentando, nombrarlo, entenderlo, darle la importancia que tiene, y atenderlo ajustando la intensidad para que la emoción no se desborde.

La desregulación emocional en el TLP es un estado alterado en el que la persona se siente fuera de control y es incapaz de afrontar la situación, entrando en pánico al verse tan vulnerable.

Las personas con TLP parece que "leen" de forma alterada las intenciones de los demás cuando se relacionan, interpretando de forma más negativa que los demás las señales sociales neutras y positivas.

Muchas personas con TLP en vez de regular sus emociones, lo que hacen es intentar compensarlas: después de un período en el que se sienten totalmente emocionales, pasan a un periodo en el que tratan de ser lo contrario. Aplican la estrategia del "todo-nada" para compensar sus estados y esto les puede dar una falsa sensación de control. Suelen ir alternando los diferentes estados entre sí, pero la persona no se siente cómoda en ninguna de las dos situaciones, siente que se está castigando permanentemente por ser como es y esto a la larga le genera gran frustración y cansancio.

¿Puede existir un punto intermedio entre la emoción y la razón?

¿Se puede ser a la vez emocional y racional? ¿Es posible escuchar al sentido común (esa capacidad de actuar de manera sabia e intuitiva) dejándote llevar por la experiencia pero sin bloquear los sentimientos?

A las emociones hay que escucharlas y hacerlas cómplices en tu vida. No luchar contra ellas, sino surfearlas. Imagina que eres un surfista en una playa de olas enormes de 10 metros. Tu solo tienes una pequeña plancha de surf. Si tratas de cruzar la ola de frente es probable que te estrelles contra ella y te arrastre su fuerza. Tampoco es bueno no salir nunca a surfear. Si mantienes la calma, observas de donde viene el viento y te deslizas suavemente por la ola, aprovechando su empuje y navegando a su favor, puede que lo consigas.

En palabras técnicas a eso se le llama regular tus emociones.

3.2. La identidad: Ser o no ser

El límite es el único de los trastornos de personalidad en el que aparece de manera explícita en sus criterios diagnósticos la **alteración de la identidad**. A diferencia de lo que ocurre con los otros síntomas del trastorno que pueden mejorar más rápidamente, la alteración de la identidad permanece al menos hasta llegada una cierta edad. Es inusual que la persona con este diagnóstico tenga una identidad madura, mientras que hay muchas personas que no tienen ataques de ira o no sufren ideación paranoide transitoria. Esto nos indica que es uno de los problemas más nucleares de las personas que sufren TLP.

La identidad es "la columna vertebral emocional" de una persona. Aguanta todo lo demás. Podemos utilizar este símil para entender la importancia que tiene la identidad en el desarrollo emocional: Un bebé cuando nace tiene una columna vertebral todavía frágil, sus músculos y cartílagos están en desarrollo, su esqueleto no ha terminado

de formarse. Le cuesta aguantar la cabeza erguida, no puede mantenerse de pié ni coordinar sus movimientos, depende de su entorno para sobrevivir, ya que es aún inmaduro. Con el paso de tiempo, su estructura vertebral va madurando y a su alrededor todo el resto de su cuerpo. Por la columna vertebral pasan nervios que llevan la información del cerebro a cada una de las partes del cuerpo. Una lesión en la columna vertebral puede significar que algunas partes del cuerpo queden "incomunicadas" o desconectadas de las demás.

La identidad, entendida como "columna vertebral emocional" es un componente fundamental de la persona. Gracias a ella, podemos darle un sentido a lo que hacemos, proporcionarle un motivo a nuestras emociones, pensamientos y actos. La identidad los dirige y organiza, nos da sensación de coherencia interna sea cual sea nuestra forma de actuar.



Estos son algunos de los elementos que forman la identidad:

El autoconcepto

- Lo que yo pienso de mi mismo, como me veo o me defino.

La imagen social

- Como me ven los demás.

La autoestima

- La capacidad de poner en valor aspectos míos y de detectar otros que no me gustan tanto, habitualmente sentirme bien conmigo mismo y con lo que hago.

El autorespeto

- Forma parte de la autoestima. Autorespetarme significa velar por recibir un trato digno tanto de los demás como de uno mismo. Un ejemplo de no cuidar el autorespeto sería aceptar hacer algo que va en contra de mis propios valores personales por evitar estar solo/a.

La sensación de control

- La sensación de ser dueño de mi comportamiento es algo muy importante. O al contrario, tener la sensación de que no puedes controlarte a ti mismo/a, que estás a merced de tus propios impulsos.

Los siguientes aspectos indican una identidad madura:

- La persona sabe explicar como es en pocas palabras.
- La persona conoce lo que le gusta y le disgusta.
- Se reconoce en un conjunto de valores o principios aunque no siempre los identifique.
- Suele actuar según sus principios.
- Suele encontrarle un sentido a lo que hace.
- Se reconoce en lo que hace aunque luego se arrepienta.
- Desarrolla metas y planes ajustados a su situación en cada momento.
- Aunque conoce sus puntos débiles en general se gusta o puede ver aspectos positivos en sí mismo/a.

- No se cuestiona como es en función de lo que hace.
- Se siente a menudo realizada o feliz cuando consigue sus metas.
- Toma decisiones según sus propios criterios.

Estos otros aspectos indican una identidad inmadura en construcción:

- La persona duda acerca de cómo es o se ve muy cambiante.
- Sus metas pueden cambiar con mucha frecuencia o no son realistas.
- Cada vez que hace algo se cuestiona como es y sufre por ello.
- Se plantea constantemente si debería ser o actuar de otra manera.
- En general duda a la hora de escoger y ha de buscar opinión en los demás.
- Habitualmente no se reconoce en su piel y le cuesta verse aspectos positivos.
- Le cuesta tomar decisiones cotidianas y se apoya en los demás para hacerlo.
- A menudo se siente infeliz o vacía aunque consiga sus metas.

- Ha desarrollado una trayectoria vital desordenada, cambiante o caótica.
- Se siente desorientada o que no sabe a dónde va y eso le hace sufrir.

¿Como nace y se desarrolla la identidad?

La identidad se forma a partir de las vivencias cotidianas desde el mismo momento en que nacemos y a lo largo de toda nuestra vida va evolucionando. Alcanza su momento álgido cuando la persona se siente madura y estabilizada (no existe una edad concreta). Podemos decir que pasa por fases:

Inicio:

Un bebé no se reconoce frente a un espejo, no identifica su nombre, no distingue entre lo que puede o no hacer. Con los meses, aprende a diferenciar entre conocidos y extraños y entre yo-los demás. Necesita del entorno como guía y punto de apoyo. En esta etapa es fundamental la relación con las figuras de apego (generalmente los padres), que influyen en el desarrollo de un sentimiento de

confianza básica y proporcionan pautas de comportamiento y socialización.

Desarrollo:

Entre los 18 y los 24 meses, podemos decir que un niño es capaz de reconocerse y que empieza a utilizar pronombres personales (yo, tú, él). A los 3 años, ya puede pensar acerca de lo que quiere hacer, conoce y realiza la mayoría de los hábitos sociales, como comer, vestirse, conductas socialmente válidas y conductas consideradas indeseables y puede distinguir entre las cosas que le gustan o le disgustan.

De los 6 a los 12 años:

En esta etapa los niños realizan cambios muy importantes en el conocimiento social. Son capaces de comprender las características de los demás y de sí mismos como seres sociales, aprenden a ponerse en el lugar del otro (empatía) y las reglas que se siguen en las relaciones sociales. También comienzan a comprender y seguir las normas que establece la sociedad y a desarrollar un juicio moral basado en sus propios valores personales.

Adolescencia:

Es una etapa de "ensayo" de identidades, un laboratorio donde probar ideas, roles; ensayar comportamientos, tomarle la medida a uno mismo y los demás, plantearse metas y objetivos. En esta fase, la persona empieza a tener su propia historia personal, sus recuerdos, su propia interpretación de lo que le ha ido pasando, lo que ha aprendido, lo que le ha ayudado y lo que no. Es decir, puede empezar a desarrollar su propio "relato personal" acerca de sí mismo. Por tanto, aunque es una etapa confusa y aparentemente contradictoria, es necesario pasar por ella para construirse uno mismo.

Madurez:

Cuando la identidad está formada, una persona puede hablar acerca de cómo es, lo que quiere, lo que le disgusta y acerca de sus intenciones con bastante seguridad. Se siente la misma persona aunque haga cosas diferentes, hable con gente distinta o su estado de ánimo cambie. Puede identificar aspectos de sí misma que la distinguen y de los que puede sentirse orgulloso/a y plantearse

otros que cree que debe trabajarse o mejorar, pero sintiéndose más o menos capaz.



Uno de los aspectos que se sabe que tiene más influencia en la formación de la identidad son las relaciones afectivas establecidas en la infancia, es decir, lo que se conoce como tipo de *apego o vínculo.*

La Teoría del Apego es una teoría surgida en los años cincuenta desde una perspectiva etológica. La etología es la ciencia que estudia el comportamiento de los animales en sus medios naturales. Los principales representantes de este enfoque fueron J. Bolwby y M. Aisworth, psicólogos que observaron que al separar a un niño pequeño de su figura de apego/vínculo, el niño vivía una experiencia perturbadora que le producía un miedo muy intenso. Como resultado, el niño se acercará todo lo que pueda a su figura de apego buscando seguridad y evitará alejarse, y cada vez que sienta que puede haber una separación, surgirá en él

cierto grado de ansiedad. Estos autores constataron que el comportamiento del niño es el mismo que tienen la mayoría de los animales y que este comportamiento sirve para la supervivencia de la especie. A partir de aquí, empezaron a profundizar en el estudio del tipo de vínculos/apegos que puede establecer un cuidador con su bebé.

El apego es una relación especial que conecta al bebé y más tarde al niño/a con las personas que conviven con él. Es el resultado de las conductas que hace el bebé para obtener cariño y seguridad y de las conductas de ofrecimiento de cuidados y atenciones específicas de la persona que está a su cargo. El período crítico para el desarrollo de la relación de apego es el primer año de vida, sobretodo entre los seis y los doce meses. Si en esa etapa el niño se ha sentido seguro será la base para que más tarde se atreva a explorar el mundo que le rodea. **Las relaciones de apego que haya experimentado serán decisivas en el desarrollo de su personalidad y de su identidad.**

El apego se refiere a:

- Los afectos y los sentimientos que el niño deposita en la persona o personas con las personas de las que depende.
- Lo que el niño hace para conseguir o mantener la proximidad con la persona a la que está apegada (gestos, lloros, vocalizaciones, miradas, abrazos, contacto físico).
- El tipo de respuesta que habitualmente recibe de sus figuras de apego (verbal, no verbal, física, o sin respuesta).
- El grado de accesibilidad o proximidad que el niño interpreta que tiene con figura de apego.
- El grado de incondicionalidad y estabilidad que percibe respecto a la relación.

En la medida en que las relaciones de apego que haya podido desarrollar el niño/a hayan sido sólidas y estables, será más capaz de separarse, individualizarse y ser autónomo.

Aunque hay que matizar que **en caso de que la persona no haya podido establecer apegos seguros en su primera infancia, esto no significa que nunca más pueda hacerlo y por tanto, todo esté perdido.** A lo largo de nuestra vida, tenemos la posibilidad de volver a establecer relaciones de apego con ciertas personas, que nos proporcionen la sensación de seguridad y apoyo necesarios.

Otro factor que es necesario para la formación de la identidad es haber podido disfrutar de una cierta estabilidad en tu vida. Una historia vital llena de cambios drásticos, no poder saber cómo estarás mañana, qué vas a querer mañana o si te llenará, la experiencia frustrante de no haber sido capaz de mantener tus proyectos, es decir, la inestabilidad que vives y has vivido, es uno de los factores más desfavorables para la construcción de la identidad. La ausencia de estabilidad genera miedo e inseguridad y un estado de vigilancia permanente. Tampoco queda espacio para adaptarse a las situaciones antes de un nuevo cambio, ni para desarrollar competencias ni relaciones.

También influye en la construcción de la identidad el modelo que han proporcionado las personas importantes en la vida del niño. Un entorno que escucha y valida las emociones, pero que al tiempo las contiene y las sabe manejar es un buen modelo de aprendizaje emocional para el niño. En cambio, los entornos invalidantes (Linehan, 1993) transmiten la idea de que las emociones que el niño experimenta no son las apropiadas. Esto significa que hay una disonancia entre lo que el niño siente y lo que cree que debería sentir, lo cual no le ayuda a integrar sus experiencias emocionales ni a vivirlas como propias y ajustadas. Con el tiempo se reproduce lo que se ha aprendido y se llega a la **autoinvalidación**, entendida como el cuestionamiento o la no aceptación de las propias emociones y comportamientos. Se trata de otro factor que dificulta que uno mismo se entienda, se identifique y crezca.

Por último, varios autores señalan la **importancia del recuerdo en la construcción de la propia autobiografía o historia de vida.** Recordar algo que te sucedió sirve como punto de

referencia y apoyo a la hora de valorar lo que te está pasando ahora y saber cómo actuar. Saber si esta vez es adecuado utilizar las mismas estrategias para solucionarlo, animarnos en caso que el resultado anterior fuera positivo y alertarnos en caso de que no. Si imaginamos la posibilidad de empezar cada vez de cero ante el mismo suceso, nos daremos cuenta de lo importante que es la memoria para el aprendizaje. **Las personas con trastorno límite parece que en situaciones de alta activación emocional podrían tener dificultades para retener algunos datos o información importante del suceso que están viviendo.** Es posible que les cueste centrar su atención en aspectos que no tengan que ver con la emoción que están sintiendo (pero que serían útiles de cara al aprendizaje) a la vez que intentan regularse. Esto podría alterar la calidad del recuerdo y por tanto, dificultar que construyan una memoria biográfica o historia vital fiable (ver capítulo sobre las Emociones).



Identidad en el trastorno límite

Las personas con TLP suelen tener dudas la mayor parte del tiempo acerca de lo que deberían de hacer o sentir respecto a sí mismos o respecto a los demás. La duda a veces forma parte de su vida cotidiana, han de convivir con ella y en cierto modo sustraerse de ella, ya que sino podrían caer en un círculo vicioso parecido a "hacer, dudar; deshacer, dudar" que no les permitiría avanzar en sus vidas. Al mismo tiempo, muchos tienen dificultades para definir como son, sufren al imaginar cómo les ven los demás, y pueden tener constantemente una molesta sensación de no control sobre sus propias vidas. Es decir, **tienen problemas de identidad**. Algunos tienen la sensación de estar utilizando continuamente máscaras, para representar los papeles que creen que los demás esperan de ellos. Después de tiempo utilizando diferentes máscaras, muchos dicen no recordar como son realmente.

Las dudas suelen afectar a algunos de estos temas:

- Como soy.
- Como debería comportarme.

- Lo que es importante o prioritario.
- Lo que me gustaría lograr.
- Lo que está bien y lo que está mal.
- Los amigos que quiero tener.
- Las preferencias sexuales.
- Si me saldrá bien o si vale la pena.

Ante la falta de referentes claros, una persona con trastorno límite puede buscar identidad en dos cosas:

- Los demás: según como reaccionen o actúen los demás, uno puede valorar cómo ha sido su comportamiento y de ahí sacar conclusiones acerca de cómo es.

- Actuar: hacer cosas es más útil que pensarlas, ya que a veces pensar no lleva a ninguna conclusión (dudas constantes) y los hechos sí (lo hecho, hecho está). A través de cómo actúa, la persona se juzga y la juzgan los demás.

Estas dos formas de conseguir identidad son "trucos", pero tienen sus riesgos, ya que se basan en aspectos externos y que no dependen de uno mismo. No siempre las personas que nos rodean son consistentes y fiables; y no siempre

nuestros actos representan lo que pensamos y lo que somos.

El sentimiento de vacío suele ir muy ligado a la falta de identidad. Algunos lo describen como una sensación física (una fuerte opresión o un agujero en el estómago), aunque tiene mucho que ver con la cognición, es decir, con pensamientos e interpretaciones. El sentimiento de vacío que experimenta la persona con trastorno límite es mucho más profundo.

Junto con el vacío, aparece frecuentemente la impresión de no encajar, de estar fuera de lugar, sobretodo en situaciones sociales. Puede ser normal tener esa sensación con gente a la que no conocemos y en un entorno distinto al habitual, pero la persona con trastorno límite lo siente también en compañía de gente a la que conoce. Incluso en entornos familiares y conocidos, parece como si una parte de su atención estuviera permanentemente dedicada a "escanear" y descubrir en los demás signos que le informen de si es aceptada o querida, o si por el contrario, su sensación de ser diferente es captada y compartida por los demás.

El esfuerzo por estar alerta no le permite relajarse y participar de la situación, lo cual tiene el efecto paradójico de hacerle parecer realmente distante y tenso, o fuera de lugar. El miedo al rechazo, la inseguridad y esa creencia de que todos pueden adivinar lo que piensa, lo que siente o sus problemas, aumentan en circunstancias nuevas o especialmente importantes, como fiestas, citas, entrevistas de trabajo, etc. Por ejemplo, las navidades, cuando toda la familia se reúne, son celebraciones especialmente difíciles, que les producen tensión anticipada y a las que muchas veces evitan asistir, sin que su familia entienda el motivo o interprete erróneamente ese gesto como un signo de falta de cariño o interés por las tradiciones familiares.

Consecuencias de la falta de identidad

Inseguridad, sensación de no controlar

La persona se siente insegura la mayor parte del tiempo, no sabe que hacer o como actuar. Esto provoca ansiedad ante la necesidad de tomar una decisión para salir de sus dudas o por la presión

del entorno. Aparece la sensación de estar fuera de control, es decir, de que uno no es dueño de sus propias reacciones, ya que no puede evitar actuar de maneras que sabe que son contraproducentes. La inseguridad, la ansiedad y la sensación de estar sin control pueden ser antecedentes de conductas impulsivas destinadas a terminar con la incertidumbre sea como sea.

Dependencia emocional

Cuando una persona no se siente capaz de tomar sus propias decisiones o piensa que haga lo que haga lo hará mal, es más vulnerable a "engancharse" a relaciones de dependencia con los demás. Esto le puede dar una falsa sensación de seguridad pero a la vez mantiene su inseguridad ya que no está aprendiendo a resolver sus propios problemas.

Búsqueda de sensaciones

La inseguridad, la duda y el vacío pueden llevar a la persona a buscar sensaciones fuertes que proporcionen intensidad a su vida, como relaciones con personas interesantes (pero conflictivas) o conductas autodestructivas.



Construir la identidad

La identidad no se puede pensar en términos de "todo o nada", o "se tiene o no se tiene". La identidad se construye en el día a día, con los éxitos y también con los fracasos.

Veamos algunos hábitos que ayudan a construir la identidad:

Estructurarme el día: organizar y seguir un mínimo horario, flexible y ajustado a lo que puedo hacer ahora.

Relacionarme con los demás y cuidar las relaciones que tengo.

Hacer cosas que me gustan y tener alguna afición.

Conocer mis puntos "débiles" y no juzgarme constantemente.

Conocer mis puntos “fuertes” y valorarlos siempre que pueda (no darlos por sabidos/conseguidos).

Reconocerme en mi pasado sin culpabilizarme.

Establecer pequeñas metas (diarias o máximo semanales) para llegar al objetivo final.

Valorar el éxito en función de esas pequeñas metas y no en función del objetivo a largo plazo o comparándome con los demás.

Confiar en mi mente sabia (intuición reflexionada).

Detectar el pensamiento en blanco-negro cuando se activa.

Si en algún momento tenemos **dudas acerca de si algo nos gusta o de si es realmente importante**, podemos hacernos alguna de estas preguntas:

- ¿Me gusta dedicar el tiempo a esto?

- ¿Lo echaría de menos si no lo tuviera?
- ¿Disfruto cuando lo hago?
- ¿Lo consideraba importante cuando era un niño/a?
- ¿Lo envidio o admiro en los demás?
- ¿Define una norma o un valor que me gustaría seguir en mi vida?
- ¿Encaja en mi forma de ser y en como me ven los demás?
- ¿Surge tanto de mi corazón como de mi razón?
- ¿Aporta cosas positivas a mi vida?
- ¿Es importante o positivo también para las personas a quien quiero?

Si uno quiere llegar a descubrir cuales son sus aficiones y vivir una vida más llena no puede quedarse parado en casa y esperar. Es una buena propuesta que cada día dedique al menos 15 minutos a probar algo diferente y vea si le gusta. Por ejemplo: cocinar; leer el periódico o alguna publicación; bailar; escribir; caminar; pintar, coser; jugar al ordenador; diseñar algo; inventar un enigma; visitar un museo, etc.

Identificar las cosas que son importantes para uno mismo y luchar para conseguirlas ayuda a

conocerse y valorarse, así como plantearse pequeños objetivos para alcanzarlas.

Se puede elaborar un cuadro como este:

Que es importante para mi	
Ejemplo: Tener más amigos	
Planes a corto plazo para lograrlo	**Planes a medio plazo para lograrlo**
Salir más de casa y hacer más actividades Acudir a más eventos sociales (exposiciones, conferencias, cursillos, actividades del barrio, ect). Ser amigable y establecer contacto con las personas con las que coincido por ejemplo en el súper, la panadería, el quiosco.	Esforzarme en ser más sociable con los demás. Hacer preguntas que muestren interés por lo que les pasa a los demás. Aprovechar las oportunidades que surjan para relacionarme con los demás. Darme cuenta y corregirlo cuando actúo de manera no sociable con los demás.



La falta de identidad o una identidad poco madura **es como si un barco navega sin timón o no tiene cerca un faro que le guíe en la tormenta**. Saber cómo soy y a donde voy ayuda a estar motivado y a tener paciencia y consuelo.

En las personas con trastorno límite diversos factores han influido en un pobre desarrollo de la identidad: la vulnerabilidad emocional, la inestabilidad vital, las primeras relaciones con sus cuidadores, los entornos invalidantes, las experiencias traumáticas, poco estables y en muchos casos caóticas, entre otros.

La identidad se va construyendo desde la infancia, con las primeras experiencias y las primeras relaciones, pero también se va elaborando en el presente, día a día con cada pequeña cosa que pasa. No se puede forzar la construcción de la identidad, ésta se irá formando a medida que la persona sea capaz de integrar aquello que le va pasando. No es necesario tener una identidad totalmente madura para vivir de forma estable. Muchas personas que no tienen TLP tampoco disfrutan de una identidad formada.

Para desarrollar la identidad es necesario lograr una cierta estabilidad emocional, aprender a conocerse, desarrollar aficiones, relacionarse de forma positiva con los demás, disponer de habilidades para lograr los objetivos y aceptar que algunas cosas todavía no estén claras sin desesperarse.



3.2.1. El vacío

El sentimiento de vacío es una de los estados más característicos que puede experimentar una persona con TLP.

Es el criterio diagnóstico número siete del DSM-5. Algo tan difícil de explicar y definir como de sentir, pero tan presente en las personas con TLP que empapa cualquier vivencia.

A pesar de ser el síntoma con el que más rápidamente se identifican los pacientes, es el menos definido y descrito en los libros y manuales.

Está íntimamente relacionado con la identidad. La difusión de la identidad y la inestabilidad hacen que la persona tengan una vivencia de si misma

como “hueca”, no por que no haya nada dentro, sino por la falta de continuidad y de relación entre sus propias vivencias. Es un estado muy personal y subjetivo que no suele compartir con los demás como hace con otros estados y emociones.

Cuando va asociado a estados disociativos el vacío “se aligera” y da la impresión de no estar ahí pero luego aparece la frustración de haberlo intentado y verse de nuevo atrapado. Y en algunos casos va ligado a ideación suicida y otras conductas autodestructivas.

Es una sensación de la que sólo nos pueden informar los propios pacientes y que generalmente intentan evadir. En unas ocasiones con la “máscara” con que se presentan, intentando aparentar que no les pasa nada. En estos casos la persona no tiene ganas de salir, ni de relacionarse porque por mucho que lo intente no llega a sentir que forma parte del lugar y las relaciones. El esfuerzo por disimularlo no le permite relajarse y participar de la situación, lo cual tiene el efecto paradójico de hacerle parecer realmente distante y tenso, o fuera de lugar. El miedo al rechazo, la inseguridad y esa creencia de que todos

pueden adivinar lo que piensa, lo que siente o sus problemas, aumentan en circunstancias nuevas o especialmente importantes, como fiestas, citas, entrevistas de trabajo, etc. Por ejemplo, las navidades, cuando toda la familia se reúne, son celebraciones especialmente difíciles, que les producen tensión anticipada y a las que muchas veces evitan asistir, sin que su familia entienda el motivo o interprete erróneamente ese gesto como un signo de falta de cariño o interés por las tradiciones familiares.

Cuando proponemos a las personas que lo padecen que describan como es ese sentimiento de vacío, estas son algunas de sus respuestas:

- "Es como no hallarse"
- "Es como no poder ver el todo"
- "Es como estar desenfocado en general"
- "Siento una presión en la boca del estómago que no cede"
- "Es como si el cuerpo me pesara toneladas y no lo pudiera mover…"
- "Es como si fuera invisible para los demás como un fantasma"

- “Creo que alguien me podría atravesar y no sentiría nada”
- “Es como tener un caballo dentro que está desbocado y no puede salir”
- “ Solo me viene a la cabeza: “ “Para qué No tiene sentido Da igual “Qué hago yo aquí ?”
- “No siento nada y me asusta esa ausencia: podría hacer cualquier cosa sin que me importara”
- “Me ahogo y necesito salir y moverme. No soporto la casa ni a nadie”
- “Solo pienso en salir como sea de esta sensación, es insoportable
- “Estoy bloqueada: no pienso ni siento ni hago nada”

Como se ve en estas descripciones es un estado que lejos de “estar vacío” está lleno de sensaciones, emociones, pensamientos e impulsos de actuar pero un tanto disgregados y desordenados. Hagamos una descripción más detallada:

A nivel físico

Suelen expresarse sensaciones extremas que van desde la “anestesia” y el “no sentirse a sí mismo”,

pasando por un estado de abatimiento y pesadez, hasta una sensación de inquietud, ansiedad y desasosiego imparable.

A nivel emocional:

También se puede pasar de un extremo de "no sentir nada" y de no tener ninguna emoción, ni positiva ni negativa, a experimentar un cóctel de emociones elevadas -tristeza, aburrimiento, soledad- y todo este conjunto lleva a impotencia e incomunicación.

A nivel mental:

Puede haber un estado disociativo y de "desconexión" en el que "no se piensa nada" y tampoco "entra nada" o por el contrario un estado rumiativo en que la cabeza va "a mil por hora" y no se puede parar.

A nivel de la conducta:

Se puede caer en un bloqueo generalizado, sin poder hacer lo más mínimo o por el contrario puede presentarse un impulso elevado de hacer cualquier cosa para "quitarse" el estado de vacío.

Normalmente las conductas que se ponen en marcha para salir del vacío suelen ser perjudiciales como el abuso de alguna sustancia, autolesiones o incluso intentos de suicidio.

Cada persona lo experimenta de forma diferente, pero las consecuencias son parecidas: interferencia importante en el día a día, aislamiento social, incomunicación y riesgo de conductas perjudiciales.

¿Qué hacer entonces con el vacío ? ¿ Podemos librarnos de él o no podemos hacer nada? De entrada no podemos deshacernos de el y cuanto más intentamos taparlo, más lo alimentamos.

Primero hemos de saber que hay una serie de situaciones que aumentan nuestra vulnerabilidad a la sensación de vacío y por tanto conocerlas y aligerarlas en la medida que sea posible nos ayudará:

- El aburrimiento
- La rutina
- La pasividad
- El miedo

- Sentirme culpable
- Sentirme solo/a
- Compararme con los demás
- Juzgar todo lo que está pasando, sin poderme integrar en la experiencia

A continuación hay que reconocerlo, describirlo y aceptarlo como un síntoma más, antes de querer librarnos de él a toda costa. No se puede eliminar el vacío de forma directa e inmediata sin caer en conductas destructivas que añadirán aún más sufrimiento.

A corto plazo se puede aliviar intentando modificar alguno de sus componentes:

En lo físico:

Si uno está más bien disociado y paralizado se puede intentar estimular físicamente de forma no dañina: con estímulos como el frío, sonidos, gusto o haciendo ejercicios de mindfulness. Si por el contrario la persona está ansiosa e inquieta, se puede intentar bajar la activación a través de la respiración y la relajación muscular progresiva

En lo emocional:

Regular mediante habilidades específicas las emociones que estén desbordadas o bien aceptar la ausencia de emociones e ir notando poco a poco como reaparecen sin forzar.

En lo mental:

Aceptar el "no tiene sentido da igual ." como algo temporal que pasará. En caso de rumiación, intentar parar la mente mediante ejercicios de mindfulness

En la conducta:

No cediendo al impulso de actuar y no cayendo en la trampa de querer "eliminar" el vacío a cualquier precio. Pueden ser muy útiles las habilidades de tolerancia al malestar.

A medio y largo plazo se puede prevenir y disminuir la frecuencia e intensidad de este estado: intentar dar un sentido a nuestra vida empezando por dar más importancia a pequeñas cosas que hacemos en nuestro día a día y también el hacerlas de forma "mindful", es decir, hacerlas

participando consciente y plenamente de la misma actividad, como si eso fuera lo más importante de este momento.

Alguien pensará: "¿De esta forma tan simple voy a poder prevenir un sufrimiento tan inmenso como el vacío?" Nadie dudaría de que un edificio con cinco plantas y cuatro pisos por planta comienza con un solar vacío lleno de excavadoras y cemento. Se trata de confiar en la efectividad de las pequeñas cosas en la construcción de nosotros mismos.

Recuerde que



El sentimiento de vacío suele ir muy ligado a la falta de identidad. Algunos lo describen como una sensación física (una fuerte opresión o un agujero en el estómago), aunque tiene mucho que ver con la cognición, es decir, con pensamientos e interpretaciones. El sentimiento de vacío que experimenta la persona con trastorno límite es algo más profundo que hace tambalear su interior y provoca una experiencia casi

existencial y destructiva, que llevada al extremo puede ser un disparador de conductas problemáticas destinadas a llenarlo o compensarlo como sea. Y **junto con el vacío, aparece frecuentemente la impresión de no encajar**, de estar fuera de lugar, sobretodo en situaciones sociales. Puede ser normal tener esa sensación con gente a la que no conocemos y en un entorno distinto al habitual, pero la persona con trastorno límite lo siente también en compañía de gente a la que conoce. Incluso en entornos familiares y conocidos. No podemos deshacernos de el toda cosas, sin embargo si se puede aliviar conociendo y actuándo sobre aquello que facilita su aparición y cada uno de sus componentes (físico, emocional, conductual y mental).

3.3. La autodestrucividad: No quiero vivir así



3.3.1. Las ideas de suicidio y conductas suicidas

Las conductas suicidas y autolesivas pueden aparecer en otros muchos trastornos (trastornos bipolares, depresión, esquizofrenia, trastornos de alimentación, adicciones, etc) y en personas con una sobreregulación emocional como en el trastorno evitativo de personalidad. En el conjunto de los trastornos de personalidad, el TLP es el único en el que los intentos, gestos, amenazas suicidas y autolesiones constituyen uno de los principales criterios diagnósticos. Las estadísticas sitúan el *riesgo de suicidio* en el TLP entre el 5%-10%.

Un signo de que las conductas suicidas y autolesivas en la persona con TLP son complejas es que al menos al menos cinco de los nueve criterios diagnósticos del TLP tienen relación con ellas: Las conductas extremas para evitar un *abandono* real o imaginario, la difusión e inestabilidad de la

identidad, los ataques de *ira*, la *impulsividad* y la *inestabilidad afectiva*.

Cuando una persona presenta alguna conducta suicida o verbaliza deseos de acabar con su vida o de morir, el profesional ha de atender de forma minuciosa todas estas manifestaciones y realizar una valoración en profundidad sobre el riesgo que representan y las funciones que cumplen para la persona. Cuando las conductas autodestructivas son "rescatables" se pueden interpretar como "llamadas de atención". Estas conductas han de ser igualmente tomadas en serio y abordadas de forma prioritaria en la terapia ya que pueden ser un predictor de futuros intentos quizá más serios de suicidio. Se estima que aproximadamente un 70 % de los TLP han tenido conductas de tipo suicida o parasuicida y que entre un 8 % y un 10 % consuman el suicidio.



En ningún caso se recomienda minimizar, juzgar, banalizar o ignorar estas manifestaciones.

En nuestra práctica clínica damos mucha importancia a que el paciente aprenda a observar, distinguir y registrar cuando tiene ideas de suicidio, bajo qué circunstancias, como son de intensas y si van o no acompañadas de un riesgo de actuar. Hemos podido constatar que las pacientes aprenden pronto a hacer estas observaciones y les suponen un cierto alivio porque no tienen que ocultar estas ideas o sentirse culpables por tenerlas.

Enfoque desde la DBT (Dialectical Behavioral Therapy o Terapia Dialéctico-Conductual)

La DBT no se define como un programa para prevenir el suicidio si no como un programa para mejorar la vida de la persona que quiere suicidarse y ha demostrado ser eficaz en la reducción de las conductas suicidas, y autolesivas El terapeuta ha de tener una postura clara, no negociable respecto al suicidio y ha de asumir la responsabilidad de ayudar a la persona para que su vida sea digna de ser vivida.

La conducta suicida es vivida como problema (para el terapeuta) o como solución (para el paciente). Trabajar para frenar las conductas suicidas es una prioridad en la DBT por delante de otros objetivos. Por eso ha desarrollado un protocolo muy exhaustivo y estructurado para evaluar el riesgo y proceder a nivel terapéutico con pacientes que presentan riesgo suicida.

Aspectos diferenciales de las conductas suicidas en personas con TLP

A pesar de la variabilidad, impredecibilidad y poco conocimiento que aún envuelve a todo lo relacionado con el suicidio, podemos decir que en el caso de las personas con TLP:

- El patrón de conductas suicidas suele ser impulsivo y poco planeado
- Hay una continua ambivalencia y un dudar entre querer vivir intensamente y no soportar la vida. Este dilema no resuelto favorece la repetición de las conductas suicidas.
- Las personas con TLP que tienen intentos de suicidio graves o llegan a suicidarse tienen

antecedentes de repetidas conductas suicidas de menor gravedad o de autolesiones graves.

- No son la mayoría de las veces factores situacionales como problemas económicos, enfermedades, pérdidas etc... lo que les lleva a tener conductas suicidas sino más bien la baja capacidad de resolución de problemas o de poner en práctica vías alternativas y también la presencia de esquemas mentales disfuncionales y negativos sobre sí mismo, el mundo y su futuro personal.
- A menudo afirman: "Más que morir, no quiero vivir así"
- Alternancia entre la ideación suicida y objetivos vitales: "Quiero dejar de fumar", "Si digo que tengo ideas de suicidio no me dejarán ir de viaje", "No digo que me guarden la medicación, aunque existe el riesgo de sobreingesta, por no preocupar a mi madre"
- También aparece un "Deseo de ser rescatado" que se refleja en la buena aceptación que suele tener el contrato antisuicidio (un compromiso escrito de no cometer suicidio mientras se esté en tratamiento)

Factores que pueden aumentar el riesgo de suicidio y factores que lo pueden disminuir en personas con TLP

- Hay una relación significativa entre conductas suicidas y patrones de conducta impulsivos, estados depresivos, frecuencia de intentos de suicidio y autolesiones, más edad y nivel más alto de estudios.
- Hay un mayor riesgo de conductas suicidas si junto al diagnóstico de TLP aparece también un trastorno de personalidad antisocial o narcisista.
- El aislamiento social y falta de apoyo o cuidado familiar; abandono de vínculos terapéuticos y no cumplimiento de las prescripciones farmacológicas serían también factores que aumentan el riesgo de conductas suicidas.
- Respecto al abuso de sustancias, no está del todo claro que una adicción determinada aumente el riesgo de suicidio pero sí el abuso de sustancias en relación directa con una conducta suicida.

Otros parámetros psicológicos relacionados:

- Identidad inestable - vacío
- Pérdida de vínculos - soledad

- Inestabilidad en las relaciones - pánico al abandono
- Vacío, soledad y pánico al abandono son síntomas resistentes, no abordables con medicación que pueden persistir más allá de la mejoría clínica
- Ideación suicida como una "solución de problemas"
- La ideación suicida como "venganza mental" regula la ira (mi muerte como demostración de lo mala que es la sociedad).
- El sentimiento de soledad y la sensación de ser diferente, no encajar o sentirse desplazado pueden llevar a un estado de "no sentido": "¿Quien tendría un problema si yo no estuviera?" "Creo no ser lo suficientemente importante para nadie"

Como aspecto esperanzador hay que señalar que hay factores de protección que puede disminuir de forma importante el riesgo en pacientes que mantienen unos vínculos sociales mínimos, cuentan con la estrecha contención familiar y están vinculados a nivel terapéutico.

Otros factores que pueden dar razones para vivir son:

- Esperanza en el futuro
- Responsabilidades: hijos, otros familiares, animales
- Vinculación a la terapia/terapeuta presente
- Vinculado a una red social de protección
- Miedo a suicidarse, a la muerte, método no disponible
- Ver el suicidio como algo inmoral, alta desaprobación social, creencias religiosas
- Historia previa de compromisos

¿Se puede prever y prevenir el suicidio en el TLP?

El cálculo y valoración del riesgo real de suicidio es todavía muy difícil. Tanto los factores conocidos de riesgo como la información dada por el paciente no permiten hacer una previsión fiable. La "suicidalidad" no es ninguna entidad ni ningún síntoma si no un estado interior excepcional del individuo que como tal está sujeto a cambios

inesperados y a influencia de diversos factores En la valoración actual de un posible riesgo de suicidio conviene saber: El informe actual del estado psicológico de la persona con valoración de sintomatología depresiva, el diagnóstico principal, los acontecimientos recientes y problemas en la vida de la persona, la frecuencia, gravedad y rescatabilidad de recientes intentos, auto lesiones, amenazas y conductas como almacenar pastillas, aislarse, etc.

Consejos si convives o tienes a alguien cercano que presente conductas suicidas:

Si se convive con personas que presenten conductas suicidas o verbalicen amenazas es muy importante contar con el asesoramiento y ayuda de los profesionales que la traten para no cometer errores y poder dar la ayuda adecuada

No se recomienda	Se recomienda
Entrar en discusiones acerca de si la persona realmente quería morir o no; esto podría retar a un nuevo intento para convencerte.	Mostrar tu preocupación y al mismo tiempo mantener firme tus límites personales. "Si realmente te preocupa si vivo vendrás a casa ya" Respuesta: "Sentiría mucho si te hicieses daño y me preocupa; pero lo que yo haga no es la causa de que te quieras hacer daño"
Entrar en la argumentación más o menos racional que pueda darte la persona de que el suicidio es la única vía de salida.	Mantenerte firme y no relativizar o idealizar el suicidio: "El suicidio no es nunca una vía de salida ni una solución de nada, ni siquiera del sufrimiento"

No se recomienda	Se recomienda
Juzgar a la persona acusandole de manipularte. Recuerda que para que se de la manipulación hacen falta dos.	“Te ofrezco mi apoyo y no soy responsable de que te hagas daño”.
Utilizar frases como: “Hazlo ya de una vez” o “No tienes valor para hacerlo” (la persona que se encuentra en esa situación está muy vulnerable y estos comentarios no le ayudarán).	Utilizar frases que demuestran que lo tomas en serio: “Tenemos que llevarte al hospital. Es un caso de vida o muerte”. Dar la atención suficiente y dejar claro que tu no estás cualificado para darle la ayuda profesional que necesita a medio y largo plazo.

No se recomienda	Se recomienda
Ceder ante amenazas de suicidio. Esto no elimina el riesgo sino que lo perpetúa.	Si la persona te pide algo que está en contra de tu opinión puedes responder: "Tus conductas suicidas son complejas y no se solucionarán con que yo cambie mis planes constantemente, incluso puede que aumenten". "Necesitas una ayuda profesional y no tanto que yo ceda"

¿Y si tu, como parte del entorno de alguien con TLP, tienes pensamientos de suicidio?

Algunos familiares y otras personas del entorno de los pacientes que atendemos explican haber tenido ellos mismos ideas de suicidio cuando llegan a situaciones de extremo desgaste. Se llegan a mimetizar

con la persona que tiene TLP o caen en la depresión. Esto suele ser más fácil si además uno tiene poca resiliencia (capacidad de responder y de sobreponerse a situaciones adversas), lleva solo o aislado la problemática o no recibe ayuda profesional.

Si esto te ocurre, salir del aislamiento es importante. Si crees que necesitas tratamiento para ti mismo, búscalo y no pienses que no es prioritario. Incluso los profesionales mejor entrenados que tratan personas con desregulación grave de las emociones y la conducta, necesitan apoyo regular y supervisión para poder mantener su propio equilibrio y salud mental.

Si eres un profesional que trabaja con pacientes con conductas suicidas:

Ten en cuenta que los profesionales que se confrontan con este tipo de conductas en sus pacientes necesitan apoyo y supervisión continua ya que pueden tener desreguladas sus propias emociones (miedo, angustia, ira, ansiedad) y por tanto caer en actitudes que afecten la relación con el paciente (paternalismo, fragilización, juicio, abandono) al quererlo controlar. **Pueden actuar de forma**

impulsiva y dejarse llevar por el miedo, no escuchar o no pensar con claridad.

Es importante abordar con prioridad la conducta suicida por leve que sea. Insistir en las consecuencias dañina de las sobreingestas, aunque no hayan sido letales. Un abuso frecuente de fármacos daña el cuerpo, debilitando la salud de los órganos vitales y hace a la persona más vulnerable y con menos resistencia ante futuras ingestas. El terapeuta debe insistir y emplear todos los recursos para frenar estas conductas y no conviene atender otros objetivos que desvíen la atención mientras haya conductas suicidas. Aquellos que se asustan y se muestran inseguros ante un paciente con riesgo suicida y que reaccionan ante la comunicación del paciente con una mayor atención emocional condicionada por el miedo, le están reforzando, sin saberlo, esta conducta.

Es importante hablar abiertamente y sin tabús sobre el suicidio con el paciente:

- Explorar si hay una finalidad (castigar, comunicar, etc...) y cual es la historia de refuerzos que ha tenido.

- Explorar si se está idealizando o romantizando el suicidio
- Explorar si es consecuencia de sintomatología psicótica positiva
- Nombrar las consecuencias reales e irreversibles del suicidio, hablar de los supervivientes
- Ofrecer otras alternativas para conseguir los objetivos
- Ayudar a identificar el evento precipitante
- Escuchar y responder selectivamente
- Describir y reformular la situación problemática junto con el paciente

También es muy importante generar esperanza:

Dar ejemplos positivos de personas que han dejado atrás las conductas suicidas y dejar claro que se trata de un síntoma tratable y no de algo inevitable.

Ayudar al paciente a generar puntos de vista nuevos: "Que tu matrimonio haya sido un fracaso no significa que toda tu vida y futuro lo sea". "¿Esa deuda con el banco merece que des tu vida?"

Preguntas más frecuentes en torno al suicidio en general

¿ Qué debo hacer si alguien me cuenta que piensa en suicidarse?

Hay que tomar su sufrimiento en serio, escuchar a la persona sin juzgarla y orientarlo a buscar ayuda profesional. No tomar esta comunicación como algo confidencial o como un "secreto" aunque la persona en riesgo así nos lo pida. Cuando la vida de alguien está en peligro la responsabilidad de cualquiera es buscar la ayuda necesaria para atender a la posible víctima. Es frecuente que la persona que piensa de forma seria en el suicidio esté pasando por una situación de extrema desesperanza, se vea incapaz de resolver algún problema o haya tenido una experiencia traumática.

En estas circunstancias conviene no dejar sola a la persona. Si se convive con ella retirar de casa objetos, pastillas o armas con los que podría suicidarse.



¿Porque fallecen más hombres por suicidio que mujeres?

En realidad las mujeres cometen más actos suicidas a lo largo de su vida y padecen más de depresión que los hombres, pero llegan a consumarlo en menor medida. Una explicación puede ser que la consumación del suicidio está más relacionada con la conducta agresiva, más frecuente en varones. También los métodos utilizados por hombres o mujeres son diferentes. La mujer tiende más al envenenamiento, por lo que si no se dispone de sustancias altamente letales las posibilidades de rescatabilidad son mayores.

¿Hay una relación entre suicidio e impulsividad?

La impulsividad es un síntoma común a muchos trastornos mentales. Entre los que se relacionan con el suicidio está el TLP, el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno por abuso de alcohol u otras sustancias. Sin embargo hay trastornos cuya principal característica es la impulsividad como en la hiperactividad, en el que no representa un riesgo de suicidio.

Parece que la impulsividad está menos relacionada con el suicidio en personas más mayores.

¿Se puede "racionalizar" el suicidio?

Algunos grupos y asociaciones que defienden "el derecho a morir", incluido el suicidio asistido, pueden llevar a personas con ideación suicida a equiparar su situación con la de un enfermo terminal e irreversible o a alimentar la idea de que es una decisión racional. Otros defienden que el suicidio no es jamás una decisión racional sino el resultado de la depresión, la ansiedad y el miedo a ser dependiente o una carga. Gente que ha sobrevivido a enfermedades terminales cuentan que las veces que han pensado en quitarse la vida ha sido en el contexto de depresión. Otros factores como la falta de apoyo social, problemas familiares o el no acceso a tratamientos o cuidados paliativos pueden aumentar el riesgo de suicidio. Algunos pacientes con TLP u otros TP graves pueden llegar a comparar su situación con la de un enfermo crónico sin esperanza, cuya vida es insoportable y "justificar" así sus tendencias suicidas. Desde la Terapia Dialéctico Conductual la postura es muy

clara: La persona con TLP no es ningún enfermo terminal, tiene tratamiento y se parte de que sólo hay una opción que es la de seguir viviendo si se quiere llevar a cabo el tratamiento, al igual que se haría con cualquier otra enfermedad tratable.

¿Existen factores biológicos que pueden aumentar el riesgo de suicidio?

Los investigadores opinan que tanto la depresión como las conductas suicidas pueden estar relacionadas con bajos niveles de serotonina en el cerebro. Se han detectado bajos niveles del metabolito de la serotonina, 5-HIAA, en el fluido cerebral en personas que han intentado suicidarse y en análisis postmortem de personas víctimas del suicidio. Los científicos han aprendido que los receptores de serotonina en el cerebro aumentan su actividad en personas con depresión mayor y suicidalidad. Se piensa entonces que los medicamentos que consigan regular estos receptores como los SSRIs, pueden mejorar los síntomas; pero aún no se sabe hasta qué punto pueden reducir las conductas suicidas.

¿Se puede heredar el riesgo de suicidio?

Hay cada vez más evidencia de que los factores familiares y genéticos contribuyen al riesgo de conductas suicidas. Antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas como la depresión mayor, el trastorno bipolar, esquizofrenia, abuso de sustancias o algunos trastornos de personalidad aumenta el riesgo de conductas suicidas. Pero no quiere decir que las conductas suicidas sean inevitables en personas con estos antecedentes familiares sino que pueden ser más vulnerables y tienen que hacer lo posible por reducir ese riesgo; yendo a ser evaluados o a tratamiento ante el menor signo de trastorno mental.

¿Puede aumentar el riesgo de suicidio el consumo de alcohol u otras drogas?

Parece que el abuso de alcohol u otras drogas contribuye más al riesgo de suicidio en personas jóvenes que en personas de mediana y elevada edad.

Se han estudiado los factores de riesgo en personas que han cometido suicidio y parece que el consumo de alcohol aumenta el riesgo si va acompañado de un trastorno de estado de ánimo como

la depresión. Por tanto el abuso de sustancias por sí solo no aumenta directamente el riesgo de suicidio pero sí desinhibe conductas de impulsividad y conductas de riesgo que pueden acabar en un daño a sí mismo.

¿ Que quiere decir el "suicidio por contagio" y cómo se puede prevenir?

Cuando alguien está expuesto a una conducta suicida dentro de la propia familia, grupo social o a través de los medios de comunicación puede suceder que aumente el riesgo de tener ideación o conductas suicidas. Esto ocurre con más frecuencia en adolescentes y jóvenes adultos.

El riesgo que proviene de los medios de comunicación se puede minimizar si se trata de forma adecuada el tema. Los reportajes acerca de suicidios no habrían de ser repetitivos ni sobre simplificar o justificar las razones de una conducta suicida. Tampoco deberían dar detalles ni glorificar a la víctima ni dar el mensaje de que se ha conseguido algo con el suicidio, como salir en los medios.

Si ha habido exposición al suicidio dentro de la propia familia o grupo se puede reducir el riesgo

de “contagio” evaluando a los familiares y amigos de la víctima por parte de un profesional de la salud mental y buscando tratamiento si se detectara un riesgo.

¿Es posible predecir el suicidio?

Por el momento no hay instrumentos ni medidas definitivas que permitan prever una conducta suicida y aunque se han definido bastante los factores de riesgo (trastornos psiquiátricos graves, abuso de sustancias, intentos previos, antecedentes familiares de suicidio, haber sufrido abusos o tendencias agresivas e impulsivas) estos no permiten predecir de forma efectiva la ocurrencia o no de estas conductas.

Recuerde que:



El suicidio es un fenómeno muy complejo que implica aspectos sociológicos, culturales, psicopatológicos, religiosos, etc Es transversal a muchos trastornos mentales y no es exclusivo del TLP. Existen una serie de factores de riesgo y de protección que

hay que tener en cuanta a la hora de valorar el riesgo en cada persona. Hay que poder abordarlo de forma abierta y clara, sin tabús. Profesionales y entorno pueden ayudar a disminuir el riesgo de suicidio posicionándose y actuando de forma más adecuada con la persona que tiene este riesgo.



3.3.2. Las conductas autolesivas

Las autolesiones, entendidas como síntoma y conducta patológica, son cualquier tipo de herida hecha en el propio cuerpo de forma consciente y voluntaria. La forma más común suelen ser cortes en muñecas y antebrazos; pero también pueden realizarse en otras partes del cuerpo como piernas, abdomen o cara. Otras formas menos frecuentes de autolesión son las quemaduras con cigarrillos, coserse la piel o pincharse con agujas. Hay otro tipo de conductas que sin llegar a ser propiamente autolesiones se aproximan bastante y pueden ser formas más "suaves" y socialmente aceptadas como por ejemplo: cortarse uno mismo el pelo de

forma impulsiva, un exceso de pearcings, depilarse de forma compulsiva zonas del cuerpo sin tomar precauciones, rascado o tocamientos en zonas ya irritadas, etc.

Las auto lesiones no aparecen siempre relacionadas con conductas suicidas

¿Qué puede llevar a una persona a querer dañar su cuerpo de forma intencionada?

Sin duda cuando una persona atenta contra su propia integridad física es porque pasa por un gran sufrimiento interior, alienación, desesperación o traumas no resueltos. Auto castigarse es un mecanismo que la persona con TLP utiliza para hacer frente a su dolor emocional (frecuentemente sentimientos de tristeza, enfado y abandono). Las auto mutilaciones liberan endorfinas, sustancias químicas que posee el propio cuerpo y que proporcionan sensación de calma.

Los motivos que puede tener alguien para autolesionarse pueden ser muy variados:

- Para sentirse vivos y menos vacíos.

- Para expresar su malestar y sufrimiento cuando no les es posible de otra forma.
- Para castigarse (sobre todo personas que han sufrido abusos).
- Para liberar ansiedad y tensión.
- Para sentir que son capaces de controlar su dolor.
- Para tener contacto con la realidad.
- Para focalizar su pena en un dolor físico y no tanto en un sufrimiento psíquico.
- Como forma de pedir ayuda.

¿Cómo aparecen y se mantienen las conductas de autolesión?

Las conductas autolesivas pueden aparecer bastante pronto, incluso en la infancia o inicio de la adolescencia, pero suelen darse con más frecuencia al final de la adolescencia, principio de la edad adulta y van disminuyendo con la edad aunque en algunos casos pueden perdurar hasta bien entrada la madurez.

A veces puede ser por pura casualidad, cuando la persona experimenta un alivio o desahogo ante

un dolor físico o herida y es probable que repita esta conducta ya que obtiene un refuerzo a corto plazo. Otras, puede ser por mimetismo o "contagio" con otras personas que lo hacen; algunos adquieren este hábito durante ingresos psiquiátricos en los que "aprenden"estas conductas por parte de otros pacientes.

Últimamente han aparecido en internet páginas que difunden de manera bastante peligrosa e idealizada estas conductas y en las que la auto lesión aparece ligada a otras patologías como los trastornos de alimentación. La conducta auto lesiva se retroalimenta a sí misma y **puede llegar a ser adictiva cuando es reforzada repetidamente**, bien por las personas del entorno o por una satisfacción interna.

Ejemplos de refuerzo serían:

- Prestar más atención a la persona cuando se ha autolesionado o amenaza con hacerlo.
- Concederle cosas cuando tiene estas conductas.
- Recriminarle esta conducta o enfadarse.

Cuando preguntamos por las consecuencias positivas de una auto lesión la respuesta suele ser que se uno "se libera" o se "tranquiliza" tras una tensión y malestar agudo. Conviene entonces que el profesional no suscriba rápidamente ese supuesto "alivio" e indage un poco más y lleve al paciente a describir de manera más concreta los cambios que ha notado y no calificar el efecto "alivio".

Por ejemplo: "¿Que notaste exactamente en tu cuerpo cuando te estabas autolesionando? ¿Y después? ¿Qué cambios sucedieron que te llevan a pensar que era un alivio?" Tengamos en cuenta que puede haber una idealización necesidad de justificación de la conducta auto lesiva por parte del paciente.

¿Qué consecuencias negativas tienen las autolesiones?

Las propias personas afectadas dicen que el recurrir a la autolesión como forma de "solucionar" un estado interno negativo o una dificultad con el entorno, les causa problemas con las personas con

las que conviven, sentimientos de vergüenza, disminución de la autoestima, frustración y sensación de fracaso.. Junto a estas consecuencias una muy importante y más difícil de ver es que les impide aprender formas más maduras y adaptativas de afrontar problemas, aumentando su vulnerabilidad y a largo plazo los mantiene en el sistema sanitario y en su rol de enfermos.

¿Qué función tienen las autolesiones?

Detrás de toda conducta disfuncional suele haber una función. Las autolesiones también tienen una función para la persona que las realiza y no son de entrada ni en todas las circunstancias negativas.

Función de *supervivencia* para afrontar un sufrimiento extremo y difícil de asimilar como por ejemplo en un estado post traumático, tras un abuso etc. Tienen, al igual que otros mecanismos de defensa, la función de "sobrevivir" durante un tiempo y pueden sustituir reacciones peores como el suicidio; pero si se alargan demasiado en el tiempo dejan de ser adaptativas y se convierten en un problema

añadido. A la hora de abordarlas en la terapia hay que tener cuidado y asegurarse de que la persona adquiera otros mecanismos de afrontamiento antes de intentar eliminar las conductas de autolesión.

Función de *control e influencia* en el entorno, para conseguir cosas y cambios de actitud en los demás, para obtener atención etc. Entonces no son mecanismos de defensa y no sirven a la persona para "sobrevivir". Son más desadaptativas y conviene cortarlas cuanto antes. En este caso la colaboración de las personas que conviven con el afectado es determinante. Si dejan de reforzar y de facilitar que la persona consiga lo que quiere mediante las auto lesiones, estas disminuirán con el tiempo ya que dejarán de servir para conseguir cosas.

Función de reacción de *afrontamiento*, en situaciones de malestar agudo ante un acontecimiento externo estresante o sentimiento de vacío con cuestionamiento de uno mismo y del sentido de la propia vida. En estos casos serían conductas reactivas. Se han de validar a la persona porque no dispone de otra respuesta más adaptativa a ese malestar y al mismo tiempo el profesional ha de enseñarle otras alternativas. No es suficiente con

describir las alternativas y no hay que dar por hecho que las va a probar. Es importante "pegarse al paciente" y acompañarlo en este aprendizaje hasta estar seguro de que lo aplica.

Cómo actuar ante las conductas de autolesión

Si eres la persona que realiza esta conducta: Intenta no culpabilizarte ni juzgarte por lo que has hecho. Si conoces tu diagnóstico y los síntomas que lo caracterizan podrás encajar esta conducta dentro de las consecuencias de tu trastorno y no como "algo malo".

No ocultes ni te aísles con tu problema. Si estás en tratamiento habrás de hablar lo antes posible con tu terapeuta para analizar estas conductas y buscar alternativas.

Si no estás en tratamiento, busca ayuda profesional lo antes posible, piensa que estas conductas no desaparecen normalmente por sí solas y pueden acarrear consecuencias negativas a medio y largo plazo.

Seguramente tu desesperación debe ser grande cuando de forma voluntaria te haces daño a tí mismo; pero hay formas eficaces de disminuir estas conductas y es tu responsabilidad probarlas, como lo harías con cualquier otro remedio si te lo recomendaran para una enfermedad.

Comenta con tu terapeuta alternativas como apretar cubitos de hielo fuertemente con las manos, poner las manos bajo agua muy fría, morder algo muy ácido o picante, u otras actividades que produzcan sensaciones fuertes y no sean perjudiciales.

Si eres alguien cercano a la persona que tiene conductas de autolesión:

Cuando alguien se autolesiona, las personas del entorno suelen reaccionar con alarma, miedo, enfado frustración, impotencia e incluso a veces con agresividad y deseo de control.

Responder de forma más adecuada a este tipo de conducta supone un equilibrio entre:

Poder mostrar sus propias emociones y poder ayudar y al mismo tiempo comprender, validar y aceptar lo que la persona ha hecho sin juzgarlo.



Se recomienda:

1. **No buscar "culpables"** de lo sucedido o discutir quién lo podía haber evitado. Las conductas autolesivas son consecuencia de problemas complejos, no un efecto de una discusión, un "no", una frustración etc.. Esto puede ser la chispa que las desencadena pero no la causa.
2. Eliminar en lo posible aquello que supongan un riesgo (cuchillas, tijeras, cutter etc) y también aceptar que no se puede evitar cada objeto peligroso en casa ni vigilar a la persona las veinticuatro horas del día.
3. **No "recompensar"** a la persona por estas conductas por ejemplo: prestarles más atención, estar más amables o cariñosos de lo normal, hacerles un regalo, acceder a cosas que antes negábamos etc.. es contraproducente y contribuye a perpetuar la conducta.
4. **No moralizar, sermonear o indignarse.** No decir cosas que puedan provocar vergüenza o culpabilidad. La persona que se autolesiona se siente ya suficientemente avergonzada y culpable.

5. **No** intentar controlar esta conductas con **amenazas** como: "si lo vuelves a hacer te dejaré." Eso suena más como un castigo. Incluso aunque decidas poner un límite así, debería enfocarse más como algo que haces para tí mismo que como algo en contra de la persona.
6. **Mantener la calma.** La persona que quiere autolesionarse o ya lo ha hecho se siente fuera de control, es importante que lo que suceda a su alrededor no aumente su caos interno.
7. Recomendar a la persona que **lo comunique** lo antes posible **a su terapeuta** e interesarse por cómo poder abordar mejor estas situaciones en un futuro.
8. Ayudar a la persona a organizar su "caja de urgencias" en colaboración con su terapeuta.
9. **Tener empatía y validar a la persona que tiene estas conductas.** Escúchala realmente. Utiliza frases: "¿Como te sientes?", "¿Hay algo que yo pueda hacer?". No minimices su miedo, su angustia y confusión interior.
10. Intentar comunicar aceptación hacia la persona, pero **dejando claro que debe aprender otra forma de enfrentarse a los**

problemas. Ejemplo: "supongo que tu desesperación debe ser grande cuando de forma voluntaria te haces daño y al mismo tiempo hay otras formas mucho mejores para disminuir tu malestar. Es tu responsabilidad probarlas, como lo harías con cualquier otro remedio si te lo recomendaran para una enfermedad".

11. **No ser catastrofista y extraer lo positivo de la situación:** "Antes de que pasara esto habías estado tres semanas sin autolesiones. Se que puedes volver a hacerlo"; "la última vez que te auto lesionaste ni siquiera pediste ayuda y ahora lo has hecho, eso supone una mejora". Reforzar positivamente los pequeños avances: ten en cuenta que estas conductas disminuyen lentamente y cada pequeño paso cuenta. Las recaídas son normales. No te fijes sólo en el resultado final sino en los pequeños avances.
12. **Sugiere alternativas para la próxima vez** cómo apretar cubitos de hielo con las manos, poner las manos bajo agua muy fría, hacer fuerza física, morder algo muy ácido o picante, u otras actividades que produzcan sensaciones fuertes sin ser perjudiciales.

Recuerde que



Las autolesiones tienen una función para la persona que las realiza y le sirven para regular emociones intensas y poco tolerables cuando hay desregulación emocional. Antes de pretender cambiar y eliminar estas conductas es importante comprenderlas y ver "qué hacen por la persona". Las conductas de autolesión pueden llegar a ser adictivas y sólo pueden ser controladas por la persona que las realiza.

Para eliminar estas conductas la persona ha de "decidirse por un nuevo camino y una vida sin autolesiones" además de aprender nuevas conductas alternativas y otras soluciones a sus problemas.

A corto plazo es importante enseñar a la persona que se autolesiona habilidades que le proporcionen un efecto corporal potente (frío, sabores fuertes, ejercicio, etc)

3.4. La impulsividad: Lo hago y ya veré

La impulsividad ha sido definida lo largo de la historia de diferentes maneras. Como síntoma, como sinónimo de agresividad y como un rasgo general de Personalidad.

En el trastorno límite uno de los criterios diagnósticos se refiere a "impulsividad en por lo menos dos áreas potencialmente peligrosas (gastar dinero de forma irresponsable, darse atracones, abusar de sustancias e involucrarse en conductas sexuales no seguras). Seguidamente profundizaremos en tres de estas áreas.



La impulsividad se define como la tendencia a pasar rápidamente a la acción sin haber reflexionado previamente sobre las consecuencias que pudiera tener aquella acción para la propia persona o para los de su entorno".

3.4.1. El uso de sustancias: Necesito desconectarme

La existencia conjunta de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un cuadro clínico psiquiátrico de otro perfil es denominado como **Patología dual.** Con respecto a la frecuencia con que aparece en la clínica, los datos presentan grandes variaciones porque proceden de estudios muy diferentes, pero en general el trastorno por uso de sustancias está asociado a la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, los depresivos y, con respecto a los trastornos de personalidad, al antisocial y al límite.

La asociación entre Trastornos de Personalidad (TP) y trastorno por uso de sustancias (TUS) es altamente significativa y, según diferentes estudios, es la forma más frecuente de diagnóstico dual. En general la prevalencia de trastornos de personalidad en adictos en tratamiento oscila entre 34,8% y 73%. La personalidad es un elemento de riesgo y el consumo se podría producir por tres vías diferentes: la desinhibición conductual (personas impulsivas y atrevidas), la reducción del estrés

(necesidad de rebajar el nivel de activación/excitación), y la sensibilidad a la recompensa (personas con fuerte necesidad de buscar sensaciones nueva y extrovertidas). La evidencia de la personalidad en el consumo de sustancias también queda reflejada en sentido positivo. Se ha mostrado que la emocionalidad positiva (personalidad saludable, amigable, motivada con logros adecuados y con buena competencia social) se considera un elemento que protege contra el TUS.

Con variaciones de un estudio a otro, podemos afirmar que la mitad de las personas con trastorno por uso de sustancias presentaba además un trastorno de personalidad, y los más frecuentemente asociados son el antisocial y el límite.

Se destacan tres datos respecto a esta asociación:

1. El trastorno de personalidad es previo y favorece el consumo.
2. El trastorno de personalidad condiciona la forma en que se consume y, una vez instalado, complica su evolución.
3. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico son cualitativamente diferentes.

Trastorno Límite de Personalidad y Trastorno por uso de sustancias

En el caso del trastorno límite las personas buscan en las sustancias o bien calmarse o bien desinhibirse.

"Mi experiencia con el consumo de alcohol
**Cuando empecé a beber...*
Desde mi adolescencia el consumo de alcohol se convirtió en una de mis más habituales 'conducta problema' cuando la ansiedad me superaba o en situaciones sociales con mucha gente.
Aunque en mi familia no hay ningún familiar alcohólico, consumir bebidas alcohólicas de manera casi habitual es un hábito utilizado por mi padre (gran referente en mi vida) durante su día a día, ya sea bebiendo dos/tres copas de vino a la hora de comer o/y cenar, cervezas para los aperitivos y gin-tonics en todas las cenas especiales que celebramos en familia.
A partir de los 16-18 años empecé yo también a beber gin-tonics por las noches y cuando me quedaba sola. Consumía bastante cantidad de

alcohol también cuando salía de fiesta con mis amigas o grupos numerosos de personas, durante mi época más fiestera y luego ya por las noches estudiantiles en mi habitación.
Al irme de casa, hacia los 24 años empecé a consumir cada noche uno o dos gin-tonics para relajarme y poco a poco se fue convirtiendo en un hábito que utilizaba en gran medida para relajarme y dejarme llevar a nivel personal. Por lo cual, mi tolerancia al alcohol se convirtió en habitual y problemática".

"Cuando empecé terapia en el centro...

A los 30 años entendía que mi consumo de alcohol se había convertido en un gran problema que debería trabajar y solucionar. Fue uno de los objetivos que marcamos tras mi primer diagnóstico. Durante mis crisis ligadas al TLP llevaba a cabo un gran abuso de la sustancia y me hicieron falta muchas horas de terapia y un gran esfuerzo de mirarme desde fuera para comprender que beber era mi gran 'conducta problema' y entender qué me pasaba -aquí me ayudó mucho ir a terapia.- En ese momento me

sentí muy mal conmigo misma, mi mejor amiga me escribió una carta manuscrita para que 'por favor, dejara de beber tanto' (la guardo como un tesoro). Acababa de tener un gran desengaño amoroso y el mundo se me iba de las manos, hasta viví un ingreso de urgencias...

Tomé consciencia de mi adicción a la 'conducta' pero tardé más de un año en poder empezar a controlarla y pensar sobre la misma sin sentirme fatal y que no se produjera más todavía, aún estoy en ello. Fue muy duro y sigue siéndolo. Porque no es sólo algo de lo que ahora me avergüence sino una conducta que, a pesar de todo lo malo que conlleva, era hasta entonces para mi la única conducta que lograba bajar mi grado de ansiedad y el aislamiento tan alto que sentía en sociedad o cuando llegaba la noche Además estaba demasiado acostumbrada a ligar mis momentos de inspiración y creación artística y literaria con el consumo de alcohol."



Las características más relevantes son:

1.- **El patrón de consumo más frecuente es episódico e impulsivo.** La persona consume dejándose llevar por la necesidad del momento, por el ambiente donde se encuentra, por las compañías, por deshinibirse, porque no saber decir "no". Pasado el efecto su vida no se orientará únicamente por la búsqueda de la sustancia, sino que volverá a su rutina hasta la próxima ocasión en que el consumo será tan poco premeditado como en la anterior.

2.- No existe una marcada preferencia por una sustancia, suelen ser **policonsumidores,** es decir, suelen tomar más de una sustancia, y generalmente en combinación con el alcohol. Las más habituales en los TLP son alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis y tranquilizantes.

3.- A nivel de **diagnóstico**, los pacientes que consultan por su variabilidad emocional, relaciones conflictivas, ideación suicida o ausencia de objetivos vitales pueden negar el consumo, o bien mencionarlo pero como un problema de menor

importancia, tratando de ocultar las conductas asociadas, como el robo de dinero o los problemas con los familiares cuando han sido descubiertos, la agresividad u otro tipo de conductas impulsivas (sexo incontrolado, conducción temeraria, etc).

4.- En relación al **tratamiento**, a nivel **farmacológico** el tratamiento debe ir dirigido al abordaje tanto de los síntomas predominantes del paciente atribuibles al TLP según hemos visto en el capítulo 6, como al tratamiento del TUS. En la prescripción se debería evitar una excesiva polimedicación e intentar limitar al máximo el uso de benzodiacepinas, el grupo de tranquilizantes más usados (Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, entre otros), por el riesgo de generar un abuso. En cuanto **a la psicoterapia**, en DBT el consumo de sustancias se considera una forma de regular las emociones negativas (tristeza, rabia, vergüenza, ansiedad, vacío) y se trata como una conducta que "interfiere la calidad de vida".

El objetivo sería que la persona aprendiese a identificar los antecedentes y consecuencias del consumo, identificar el "craving" (deseo irrefrenable

de consumir) y enseñarle técnicas de solución de problemas. Hay un elemento clave en la intervención que es la "abstinencia dialéctica". Este es un concepto que combina el compromiso con la abstinencia continua a la vez que se acepta la recaída y se trabaja para impedir que lleve a consecuencias negativas mayores. El objetivo es que el paciente desarrolle una "mente clara", que disfruta de la abstinencia siendo consciente del riesgo que supone tanto la "mente adicta" que lleva al consumo y la "mente limpia" que guiada por lo que debe ser, niega la posibilidad de la recaída.

A propósito del tratamiento, seguimos con el relato de nuestra paciente respecto a los elementos que le ayudaron a cambiar: tomar consciencia, la confianza y aceptación del terapeuta frente a las recaídas, tomar medicación, conocer el motivo de su conducta, practicar mindfulness.

"¿Cómo conseguí reducir y cambiar el hábito de beber?

Al principio de terapia, el primer año y medio, lo primero que trabajamos diría que fue 'hablarlo' en terapia individual.

Hablarlo, reflexionarlo desde nuevos puntos de vista y pensarlo con la ayuda de mi terapeuta fue lo primero, pues es algo que no he hablado con nadie más y me sorprendió el modo en que tomar consciencia sobre ellos me afectaba. Supongo que tomar un más alto grado de consciencia sobre el hábito fue algo duro, largo y difícil. Pero, al menos, ahora puedo decir que cuando veo o bebo alcohol, aunque siga siendo mi debilidad y creo que siempre tendré que luchar contra ello, soy consciente de que para mí es una 'conducta problema' (este concepto en sí me ayudó). A nivel psiquiátrico me medicaron para bajar el grado de ansiedad, mi TLP, y el insomnio. Me costó mucho aceptar el acto de tomar la medicación pero supongo que me ayudó a poder estar menos ansiosa, aunque tardó lo suyo en dar frutos. En esta etapa me ayudó mucho la metáfora del cuento del bambú y la confianza que mi terapeuta me demostraba semana tras semana a pesar de mis recaídas.

Entonces descubrí el Mindfullnes en el centro, leí el libro escrito por mis terapeutas y empecé a entender que mi concepción diaria del mundo,

del momento presente podía ayudarme también. En este aspecto me ayudó ir a terapia en grupo para aprender el Mindfullnes y para no sentirme tan sola en este aspecto como me sentía. Ahora intento practicarlo una o dos veces al día".

"Cambiar los hábitos

Una de las muchas cosas que trabajamos en terapia y que me ayudó fue entender que mi 'conducta problema' podía ser sustituida o aliviada descubriendo nuevos hábitos y conductas que me relajaran y ayudaran como lo había hecho hasta entonces el consumo de alcohol pero sin hacerme daño. Estuve muchos meses intentando introducir, buscar, aplicar, nuevos hábitos que me llevaran a estados de relajación y que ocuparan mi tiempo sin hacerme daño a mi misma. Durante ese periodo me sentí muy perdida, me sentía vacía, porque no sabía qué hacer para proporcionarme placer sin hacerme daño.

Probé el gimnasio y fatal, probé algún hobbie nuevo y nada. Recuerdo que en esa época le decía a mi terapeuta que me sentía nula y muy aburrida conmigo misma pero ella me decía que

paciencia, que debía darme la oportunidad de cambiar hábitos y que no era de un día para otro. Confié en ella. Así que poco a poco empecé a llevar una vida mucho más tranquila (sin tantos líos amorosos y sociales) a pesar de aburrirme mucho. Así, por ejemplo, con tantas horas muertas descubrí que coser me relajaba muchísimo. El hábito de coser, para mi sorpresa, fue como una pequeña salvación, mientras lo combinaba con seguir yendo terapia y con una mayor compasión.

5.- A nivel de **pronóstico** las personas con TLP que tienen este abuso episódico están expuestos a un mayor riesgo de suicidio, autolesiones, agresividad, accidentalidad o problemas legales ya que la sustancia reduce sus capacidades de reflexión y control.

6.- **Aunque es menos frecuente, la persona con TLP puede desarrollar un patrón compulsivo de consumo.** En este caso se usa la sustancia para reducir el malestar emocional. El consumo está ligado a la inestabilidad emocional en forma de

tristeza, ansiedad, cambios anímicos y la sustancia le permitirá calmarse y dejar de pensar.

7.- Dependiendo de la **gravedad del consumo** puede hacerse inviable una psicoterapia a nivel ambulatorio y hay que recurrir al ingreso en un **centro de desintoxicación y deshabituación antes de proceder al tratamiento específico de su TLP** El abordaje psicoterapéutico de elección es el cognitivo conductual que provee de técnicas para trabajar los rasgos de personalidad más frecuentemente relacionados con el uso de sustancias (la impulsividad y la ansiedad). Los programas de mindfulness, las habilidades de regulación de emociones, prevención de recaídas, manejo de la ansiedad y resolución de conflictos cuentan con evidencia científica.

La accion de cada sustancia es diferente. Describimos algunas de las más utilizadas por las personas diagnosticadas con trastorno límite.

El **cannabis** es una planta que contiene gran cantidad de alcaloides con efectos psicoactivos. Su

uso está muy extendido en nuestra sociedad. Produce efectos depresores, sedantes y altera la percepción. Aunque las consecuencias negativas de su consumo suelen ser minimizadas se han constatado efectos adversos de tipo cognitivo, emocional, cardíaco, hormonal y pulmonar.

A nivel cognitivo el consumo habitual deteriora la memoria, la atención, el cociente intelectual y el aprendizaje. No obstante estos efectos son más negativos si la edad de comienzo es temprana (antes de los 17 años) y su consumo es elevado. Y desde el punto de vista emocional favorece el aislamiento, el cual conduce al desasosiego interno, hiperactividad, irritabilidad, insomnio e inquietud.

Un alto porcentaje de las personas con trastorno límite lo consumen de forma habitual porque les tranquiliza, evade de la realidad y calma la ansiedad. En muchas ocasiones es utilizada como "automedicación" dados sus efectos relajantes y calmantes y en otras se fuman porros para contrarrestar los efectos producidos tras el bajón de la cocaína. Sus efectos en sangre duran más que los de la coca y el consumo diario genera dependencia psicológica.

A nivel social y entre los propios consumidores, aunque afortunadamente cada vez menos, existe la tendencia a considerarla como más inofensiva que otras. Es difícil abandonar su consumo porque es fácil adquirirla, lo consume el círculo natural de amigos y que cuando existe un trastorno de personalidad comórbido cualquier incidente estresante o frustrante les conduce a abandonar con facilidad su objetivo.

Cuando la persona con trastorno límite se plantea dejar de consumir, quiere que "sea ya". El no conseguir la meta produce una ansiedad y una frustración que incrementa el consumo que se quería reducir. La persona puede que se sienta decepcionado con el tratamiento y encuentra que este no le sirve. En este caso es muy importante descentrar a la persona del consumo en si mismo y redirigir el objetivo de trabajo hacia su personalidad.

La **cocaína** es una droga altamente adictiva porque actúa sobre los centros del placer y produce efectos euforizantes, la sensación de poder con todo, de estar más activo y no necesitar dormir. La persona con trastorno límite la suele consumir

por un deseo de salir de la rutina, de tener emociones fuertes e intensas, de vivir al límite, de buscar novedades, de hacer cosas o de tener relaciones que en estado normal no se atreverían. Como reduce el hambre, se suele adelgazar y esto engancha a las personas que en muchas ocasiones debido a los fármacos han subido su peso de forma alarmante. Transcurrido un tiempo desde la última toma aparece ansiedad y sintomatología depresiva muy marcada que a veces combaten fumando porros o tranquilizantes. A largo plazo su consumo provoca agresividad, ansiedad generalizada, fluctuaciones muy marcadas del estado de ánimo y problemas económicos.

El **alcohol** es, junto con el tabaco, una droga legal totalmente introducida en nuestra sociedad debido a razones de tipo cultural, histórico y económico. Las personas con trastorno límite lo consumen porque debido al efecto desinhibidor les permite olvidarse de sus miedos, dejar de pensar en aquello que les preocupa, evadirse de la realidad y de los pensamientos negativos y rebajar la ansiedad. Dado que su consumo está facilitado por sus dificultades

anímicas es mayor el riesgo de desarrollar dependencia. También acentúa la impulsividad, inestabilidad, agresividad que de base ya están alteradas en la persona con trastorno límite y finalmente, facilita el consumo de otras sustancias.

Recuerde que



La patología dual es un reto para los servicios de salud mental. En el caso del trastorno límite y trastorno por abuso de sustancias sería alentador el reconocimiento del grado de desgaste que produce en los profesionales y en los afectados. En las personas con TLP el patrón de consumo más frecuente es episódico e impulsivo y se considera como una forma de regular emociones. Suelen ser policonsumidores. El abordaje ha de ser farmacológico y psicológico. A nivel psicoterapéutico la DBT propone que la persona aprenda a reconocer los antecedentes y consecuencias de su consumo. Dependiendo de la gravedad del consumo la persona debería ir primero a un centro de desintoxicación y deshabituación para realizar después el tratamiento específico del TLP.

3.4.2. Gastos Impulsivos: Más es menos

Las compras y gastos impulsivos se describen como un **patrón crónico, repetido de compra que es difícil parar y tiene consecuencias negativas a largo plazo**. Tiene características de otras adicciones comportamentales (juego patológico, adicción al trabajo, a Internet, al Sexo, a la compra...), que no incluyen el consumo de sustancias. Se presenta en personas impulsivas, con poca tolerancia a la frustración y baja capacidad de resolución de problemas. Sirven para evadirse de la realidad y de sentimientos negativos (tristeza, culpa, miedo .) al generar sentimientos de bienestar, felicidad y poder inmediatos. Estas sensaciones, sin embargo, son transitorias y prácticamente en unas horas se instala la culpa, junto con sentimientos depresivos y de ansiedad. Se desarrolla dependencia y cuando no se compra se siente un malestar intenso.

En cuanto a su prevalencia, las compras impulsivas afectan entre el 2% y el 8%. Es más frecuente en mujeres, que gastan en objetos relacionados con

la imagen personal (ropa, calzado, complementos, cosméticos). En muchas ocasiones no hay una elección premeditada de un objeto determinado. Suele ir asociado a trastornos depresivos, de ansiedad, por consumo de sustancias y de conducta alimentaria y entre los trastornos de personalidad con el límite, el obsesivo-compulsivo y el dependiente.

A nivel emocional, poco después de gastar, aparecen sentimientos de arrepentimiento y de malestar (tristeza, rabia, ansiedad). Los compradores compulsivos son propensos a sentir culpa antes que los normales y pasan demasiado tiempo pensando en el gasto hecho y en cómo se va a asumir. Si el malestar persiste se producen cambios de humor, nuevos sentimientos de tristeza que se intentan combatir con nuevas compras u otro tipo de conductas problemas. Estas vivencias interfieren en el rendimiento y en las relaciones interpersonales. A nivel relacional la persona miente para ocultar sus gastos, intenta conseguir dinero por medios no lícitos como mentir o robar a los familiares más cercanos, presentan cambios de humor cuando no pueden comprar y tienden a restringir el contacto con los demás, etc.



Las personas con trastorno límite es muy frecuente que tengan problemas importantes con la administración del dinero. Se trata de una ***búsqueda de sensaciones nuevas, deshinibición o necesidad de calmarse cuando se encuentran bajo el efecto de emociones que causan malestar****. La culpabilidad que acompaña sus gastos compulsivos contribuye al sentimiento que tienen de "ser malos" y al miedo al abandono, a la vez que acentúa su inestabilidad emocional.*

A nivel psicoterapéutico:

- Si existe un trastorno definido (consumo de sustancias, conducta alimentaria) que supone un riesgo físico para la persona, el gasto impulsivo se trata en segundo lugar. En este caso y tras haber superado problemas tan graves, la persona con trastorno límite trivializa y niega sus dificultades al administrar el dinero.
- Es un problema prioritario de intervención cuando no existen otros trastornos, la persona tiene una preferencia marcada por los gastos impulsivos y las consecuencias son graves.

- Puede aparecer como conducta impulsiva junto con otras (atracones, consumo puntual de sustancias, conducción temeraria) y no constituir un problema en si misma, sino dentro de la impulsividad en general.

Hay elementos que dificultan que sea reconocido como problema: ser un comprador impulsivo moderado, disponer de su propio dinero, proceder de familias con un patrón de consumo elevado y con un uso fácil del dinero, haber superado trastornos más graves y tener rasgos antisociales.

Un factor de **pronóstico negativo** es si además del límite la persona tiene el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) ya que entonces la impulsividad será aún más difícil de controlar o la ausencia de remordimientos puede conducir a cometer actos delictivos como estafas y robos de mayor calado.

Las intervenciones que han demostrado ser más eficaces incluyen farmacología y psicoterapia. A nivel farmacológico se utilizan los antidepresivos de la familia ISRS (fármacos que actúna aumentado la disponibilidad del

neurotransmisor serotonina) ya que parece existir relación entre esta y la impulsividad. A nivel psicoterapéutico las intervenciones de tipo cognitivo-conductual porque estas inciden en la resolución de problemas. Una de las técnicas que ha demostrado en diferentes estudios que reduce la impulsividad es el mindfulness, y por ello resultaría también muy conveniente en este caso.

En el caso del trastorno límite puede ser de gran ayuda que entiendan y acepten una serie de medidas como salir con muy poco dinero o acompañado, bajo el efecto de emociones negativas quedarse en casa o elegir entornos donde sea difícil comprar, no llevar teléfono móvil, comprar sólo en sitios donde pueda devolverse, separar la parte destinada a básicos como la alimentación. En la mayoría de los casos es necesario además que los familiares ayuden de diferentes maneras: administrándoles el dinero, dándoles pequeñas cantidades, no dejar dinero a su alcance o cualquier otro medio (libretas, cuentas corrientes, tarjetas) y abrir cuentas en las que es necesario la firma de ambos titulares.



La frecuencia e intensidad de los sentimientos y emociones de la persona con TLP, la falta de control de los impulsos, la baja tolerancia a la frustración, los sentimientos de soledad y alienación facilitan que la persona con TLP utilice las compras como una manera de regular su estado anímico y reducir malestar.

La persona con trastorno límite suele trivializar sus gastos y quitarles importancia de forma más o menos consciente y lo más habitual es que lo denuncien los familiares. Se necesitará, por tanto, concienciar y comprometer a la persona en la reducción de este problema como un primer paso imprescindible. Diferentes estudios han mostrado la efecividad del mindfulness.

3.4.3. Atracones de comida: Me lleno para no explotar

Comer es evolutivamente una conducta de supervivencia. Nuestro cuerpo necesita los nutrientes

necesarios para funcionar. La conducta de comer está motivada de forma biológica por la sensación de hambre, pero la elección del tipo de alimento, el cuando y el cómo está influenciado por variables sociales, culturales, económicas y psicológicas. Nuestra relación con la comida está mediatizada por emociones: placer, gusto, rechazo, asco, etc... es decir está ligada a nuestro mundo emocional.

Si la persona tiene una desregulación en su funcionamiento emocional es muy probable que la conducta de comer se pueda ver afectada e incluso podrá desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Los trastornos más habituales son el trastorno por atracón (TA)y la bulimia (BN).

El trastorno por atracón (TA) se incluye dentro de los TCA. Los datos de prevalencia no representan bien la realidad clínica, pero no obstante se situaría en torno al 2% en la población general mostrándose con mayor frecuencia en mujeres jóvenes o adolescentes. En relación a la comorbilidad con los trastornos de personalidad, no hay datos específicos con el TA, pero si de comorbilidad con TCA en general mostrando que alrededor del 30% de casos de TCA presentan trastornos de la

personalidad y hay una alta prevalencia entre bulimia nerviosa y trastornos límite e histriónico.

Los atracones de comida son episodios recurrentes de voracidad en que se ingiere en poco tiempo una cantidad muy elevada de alimentos con la sensación de no poder parar. Se siente un impulso incontrolable de comer precedido por ansiedad o sentimientos negativos elevados. Se distingue de la bulimia porque en esta última tras el atracón la persona compensa el exceso de comida que ha ingerido (vómito provocado, ayuno, ejercicio físico, saltarse alguna comida, uso de laxantes y/o diuréticos), cosa que no sucede en el trastorno por atracón.

En las personas con trastorno límite los atracones de comida están probablemente mediados por la inestabilidad emocional y su función es la de ayudar a regular emociones desagradables y sentimiento de vacío. El impulso de comer nace de un malestar emocional (tristeza, ansiedad, soledad, vacío...) y el atracón aparece como el medio para aliviarlo. Durante el atracón se siente alivio y después se producen sentimientos negativos: auto rechazo, culpa, vergüenza y en muchas ocasiones se constituye un estado depresivo.

En cuanto al abordaje **terapéutico**, la DBT adaptada a TCA interviene enseñando a regular las emociones, como factor común que aparece en el trastorno límite y en algunos TCA.

A nivel **farmacológico**, se han utilizado para el tratamiento con atracones y mostrando una eficacia moderada diferentes fármacos como los inhibidores de recaptación de serotonina (fluoxetina y sertralina) y el topiramato un anti epiléptico que decrementa el impulso excesivo a comer y actúa, en general, contra la impulsividad.

Una persona en psicoterapia nos comentaba que le ayudaba para enfrentar los atracones.

"Ante los atracones lo primero que hay que hacer es conocerlos y conocerse. Hacer un registro de en qué situaciones se suceden sirve para ir viendo cual es nuestra pauta de atracones. A mí me sirvió ver que pasar delante de las pastelerías me generaba ansiedad así que dejé de pasar. También me di cuenta de que a las 7 de la tarde es mi hora crítica así que intento estar ocupada al máximo para que no me pille por sorpresa.

Una vez se conocen los atracones a mi me ha ido bien espaciar al máximo el tiempo en que tenemos el impulso, es decir, deseamos tener el atracón, y el momento en que en realidad lo hacemos, ya que cuanto más tiempo pasa entre el deseo y el atracón en realidad más estamos alejándonos del impulso y más somos dueños de lo que comemos. A mí me sirve aplicar conductas distractoras como ducharme, cortarme las uñas, cuidarme, salir a pasear, etc, lo que sea con tal de que pase un buen rato de tiempo entre mi impulso y el momento en que como.

Normalmente si ha pasado un rato el impulso es más domesticable y es mucho menor".

En este caso la persona ha aplicado "habilidades DBT" como observarse, conocer estímulos que aumentan su vulnerabilidad, notar el impulso sin actuar y, en este caso, aplicarlas para tolerar el impulso y reducir su intensidad. Una novedad importante es la introducción del mindfulness con la comida. Se entrena a la persona a comer de forma consciente: observando los alimentos con todos los sentidos y observando sus pensamientos,

emociones, sensaciones físicas e impulsos de actuar cuando está frente a la comida y en el momento presente, sin dejarse arrastrar por ellos y dejándolos que fluyan.

Ejemplo:

"Me sentiré mal si me como esto" "No debo comer tal cosa" "Esta comida me recuerda a" "Quisiera devorarlo todo" "Siento una presión en la garganta" La persona observa y aprende que sólo son pensamientos, emociones e impulsos (la mayoría relacionados con creencias o experiencias pasadas) y que la realidad está aún por experimentar.

Recuerde que



La relación con la comida está ligada a factores biológicos como el hambre, pero de forma muy importante a variables sociales, culturales, económicas y psicológicas. Una forma de relación alterada con la comida son los atracones. El reconocimiento por el DSM 5 como un trastorno permitirá obtener

datos veraces de su incidencia tanto en población general como en población con otros trastornos.

En la persona con trastorno límite podrían estar mediados sobre todo por su desregulación emocional. La ampliación de la DBT adaptada para pacientes con trastorno límite y TCA asociado se muestra como un tratamiento efectivo para tratar las conductas de atracón ya que es una forma que la persona utiliza para regular sus emociones. Como en el resto de las conductas mediadas por la impulsividad, la práctica habitual de mindfulness puede ser de gran ayuda.

3.5. Las relaciones con los demás



3.5.1. Cerca y lejos

Cerca y lejos. Así se pueden explicar cómo son las relaciones con los demás. Altamente variables, camaleónicas, alternando entre extremos, dominadas por las emociones y con comportamientos no comprensibles a primera vista. Intensas, entregadas, de vínculos fuertes, temidas y deseadas. Diversos aspectos influyen en que las relaciones que establecen sean así.

El miedo al abandono

Este es un aspecto nuclear en las relaciones, y está relacionado con la aparición de muchas conductas problemáticas. El miedo al abandono procede de que la persona con TLP se siente débil e indefensa y siente que sólo podrá sobrevivir si "el otro" está a su lado. Necesita a alguien que la cuide, le de

cariño, la apoye, le reafirme sobre sí mismo/a y sobre sus decisiones. Siente que es alguien de poco valor e interpreta las decepciones y frustraciones derivadas de las relaciones con los demás como un signo más de que "no merece ser querido/a" y como consecuencia antes o después los demás se darán cuenta y lo abandonarán.

¿Qué consecuencias puede tener el miedo al abandono?

En las relaciones la persona está muy pendiente de lo que el otro hace o dice e interpreta de forma dolorosa sus comentarios o acciones como indicativos de sus errores, motivo por el cual se quedará solo/a. Frente a este miedo, intentará cualquier cosa para que no suceda lo que teme: puede exigir al otro que permanezca el mayor tiempo posible a su lado, hacerle objeto de continuas peticiones, mostrar sumisión y a la vez mostrar un recelo extremo ante cualquier comentario (criterio 1 del trastorno límite: "esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado").

Como es fácil de adivinar cada una de estas acciones representa un paso más hacia la pérdida de aquella persona debido a que ésta siente que pierde libertad. Como consecuencia, ante amenazas reales de abandono o cuando la amenaza sentida por la persona límite es muy intensa, cunde el pánico y pueden aparecer diversas acciones: agresividad verbal, ataque, manifestar su rabia. O bien puede suplicarle que no la abandone apelando a que va a cambiar su actitud y si esto no da el resultado esperado, amenazar con autolesionarse o suicidarse, o bien hacerlo, en un intento de no perder, sea como sea, al otro.

De forma más general el miedo al abandono hace que la persona viva en un constante estado de alerta y contradicción interna, de miedo, tensión y ansiedad: si está en una relación temerá que ésta finalice, buscará al otro pero a la vez se alejará , cerca y lejos, sin poder disfrutarla, sin fluir. Por otro lado, si no disfruta de ninguna relación la buscará desesperadamente pero el miedo hará que la inicie de forma inadecuada o con personas inapropiadas.

Este estado de ansiedad y miedo puede intentar mitigarlo abusando de sustancias (alcohol y

drogas), gastando, manteniendo relaciones sexuales no seguras, o dándose un atracón de comida. También el miedo al abandono puede ser el origen de sus cambios afectivos, de que hoy por la mañana se sientan bien y sin haber sucedido nada aparentemente, se muestren profundamente tristes, agotados y sin energía para hacer nada de lo que tenían previsto. O bien que tras la llamada de un amigo decidan salir esa noche porque repentinamente se encuentran animados. A pesar de tratarse de relaciones conflictivas, paradójicas, difíciles, las mantienen por la necesidad de estar acompañados. Como para muchas personas, el miedo a quedarse solo es peor. Pero hay otra posibilidad, que es una contradicción aparente: negar su necesidad del otro y abandonarle antes de que el otro lo haga. El miedo a ser abandonado es tan aterrador que prefieren no afrontarlo, abandonando prematuramente relaciones que podrían ser positivas.

El miedo al abandono es una emoción fuerte y arraigada que nace de la imagen de uno mismo como indefenso, débil y dependiente de los demás. Generalmente, conlleva comportamientos desesperados para

mantener la relación a flote: de sumisión y/o de tiranía hacia los demás, que al ser inadecuados, añaden más inseguridad. Y también es posible que la persona decida abandonar al otro prematuramente o no implicarse en nuevas relaciones para evitar sentirse así.



Paradojas en la relación con los demás

Aparentemente no hay lógica en el comportamiento de una persona con trastorno límite, debido a que no siempre existe concordancia entre lo que siente, lo que piensa, lo que dice, y lo que hace. Eso provoca que las personas de su entorno tengan la sensación de que hagan lo que hagan no van a acertar, o que la forma como van a reaccionar es del todo imprevisible. Veamos algunas de estas contradicciones con más detalle.

Te quiero y te odio

La persona con trastorno límite suele filtrar de forma inconsciente las características del otro. Por eso se dice que saca sus propias conclusiones a partir de sensaciones o intuiciones (de las

emociones que le generan) más que de los propios hechos. Por ejemplo, si ha habido "buena química" es fácil que se produzca una rápida idealización. Las características de personalidad del otro en las que se fija son parciales, muy personales, con un alto componente emocional, y muchas veces definen solamente un aspecto de la forma de ser. Eso no significa que no sean acertadas, sino que probablemente son algo precipitadas e impulsivas. Una visión situada en un extremo es fácil que más tarde de paso al polo contrario, cuando hay mayor convivencia y conocimiento mutuo. Hay muchos motivos por los cuales se puede pasar a la devaluación: por ejemplo, porque la otra persona no satisface sus deseos, le dedica menos tiempo del que necesita, no está siempre disponible, tiene ideas diferentes a las suyas, se muestra distante o demasiado cercana, entre otras. En definitiva, ahora te adoro, ahora no te puedo soportar.

Encajar y ser yo mismo

La sensación permanente de ser diferente y de no encajar, de no ser comprendido, de ser un bicho raro; y a la vez, la necesidad imperiosa de formar

parte de un grupo, de pertenecer, de ser aceptado. Esto puede llevarle a actuar como un camaleón, adoptando una identidad según con quién está. Esta actitud conlleva no poder relajarse ni bajar la guardia nunca, por lo tanto, cansancio y sufrimiento, ya que la persona tiene la sensación de estar interpretando siempre un papel, que no es el suyo, pero que cree que le ayuda a integrarse. Esto influye en las relaciones con los demás y les lleva a evitar situaciones sociales aunque las deseen, o bien a tener comportamientos forzados o fuera de lugar.

Necesito que me cuiden y me agobio (efecto yoyó)

Cuando estoy solo me siento desamparado y vulnerable, y tengo miedo, pero si el otro se acerca demasiado, me siento presionado y aunque eso me gusta porque me siento querido, a la vez me exige estar siempre pendiente, y esto me genera ansiedad. Cuando se siente agobiado, la persona con TLP "desaparece" temporalmente de la relación o la frena de manera rápida con comentarios o actos bruscos que muchas veces la otra persona

no entiende o malinterpreta. Cuando esta persona se distancia un poco, el TLP se siente abandonado y vuelve a "reactivar" la relación, y así sucesivamente se van alternando las fases, muchas veces sin lograr un equilibrio que no queme la relación.

Soy fuerte y soy débil

Cuando hay problemas graves, ante situaciones que desbordarían a cualquiera, la persona con TLP puede funcionar bien, ser capaz de inhibir sus propios miedos y ayudar. En cambio, en las pequeñas cosas de la vida cotidiana pueden delegar totalmente la responsabilidad en los otros, y dejarse llevar por sus emociones adoptando un punto de vista únicamente centrado en sus necesidades, que puede generar en los demás la sensación de que finge o se aprovecha de ellos a su voluntad. Un chico adolescente se sentía muy a menudo incapaz de superar infinitas situaciones complicadas en su vida cotidiana. Su miedo le llevaba a dudar sobre qué hacer y cómo comportarse, y por encima de todo, siempre pensaba que no podría soportar el dolor o la frustración. En el último verano que estuvo en terapia falleció su madre

víctima de un accidente. Él fue la persona que la auxilió y realizó todos los trámites necesarios, sin apenas vacilar. Después del entierro todavía se mantenía entero y parecía capaz de soportar el intenso dolor que sentía. Comentó que no sabía de donde había sacado las fuerzas y continuó con esta actitud, apoyando a sus hermanas y padre en esta terrible situación.

Te quiero y te odio, encajar y ser yo mismo, necesito que me cuiden y me agobio y soy fuerte y soy débil son contradicciones llenas de sentido para los clínicos pero difícil de explicarse ellos mismos y de explicar a los demás. Cuanto más extremas son estas posiciones más sufrimiento crean.



Otros aspectos que influyen en la relación

La supuesta manipulación

Manipular significa actuar intencionadamente para conseguir algo del otro y que ese otro acceda por presión, sin necesariamente estar de acuerdo.

Es decir, para que suceda una manipulación es preciso que intervengan dos partes en el proceso, cada una de las cuales tiene al menos la mitad de responsabilidad en el asunto. Es bien sabido que los niños intentan manipular a los adultos desde bien pequeños. Primero con el lloro y más tarde incorporando otras estrategias: la insistencia, el chantaje emocional, el engaño, la presión, las amenazas, las pataletas. Posteriormente es de esperar que cada vez más, utilice el diálogo y el razonamiento. Al hacerse mayores, los niños utilizarán estrategias más evolucionadas y abandonarán el uso de las otras. Como el/la persona con trastorno límite ya no es un niño, los demás esperan que disponga de recursos más maduros para conseguir lo que quiere, o bien que sea capaz de aceptar que algo no lo puede tener o conseguir. Esto no siempre es así, especialmente cuando el nivel de activación emocional es más alto. En esas circunstancias, es posible que la persona con TLP reaccione de manera inmadura y le cueste aplicar estrategias adecuadas a la situación.

A su vez, nos sentimos manipulados cuando nos vemos forzados a hacer algo que no haríamos, por

miedo a las consecuencias. En este caso, "el manipulado" tampoco dispone de las estrategias adecuadas para expresar su desacuerdo y mantenerse en su posición, o bien para tolerar el riesgo que se puede derivar de su negativa a la petición. Es probable que esto les ocurra a los familiares por la activación emocional a la que se ven sometidos, y por el miedo. Puede ocurrir que cuantas más veces haya habido una situación de supuesta manipulación, menos capacidad de reacción tengan, ya que adquieren más miedo e inseguridad. Al acceder a los propósitos de su familiar con TLP, tendrá el efecto indeseado de reforzar la conducta que lo ha provocado.

Por tanto, vemos que tanto la persona con TLP como su entorno es preciso que aprendan a expresar, pedir y responder a las demandas de los demás de una manera apropiada y madura. La psicoeducación en el caso de los familiares y la terapia en el caso de los afectados, resulta fundamental en este sentido.

La pasividad activa

Este término se refiere a la tendencia a no resolver activamente los problemas, sino "movilizar" al

entorno para que lo haga, dejar que la situación se desborde por sí sola o bien pedir ayuda de una manera indirecta. Por ejemplo, un paciente no se atrevía a llamar para anular una visita y era su madre quien lo hacía cuando finalmente llegaba la hora acordada. Una chica que estaba en terapia llamaba al terapeuta cuando estaba mal para pedirle coaching telefónico y cuando el terapeuta le preguntaba que habilidad podría aplicar para surfear su crisis, le contestaba llorando que si realmente quisiera ayudarla le diría claramente lo que tenía que hacer. Un tercer ejemplo podría ser pedirle a mi padre que llame al psiquiatra para preguntarle por los efectos secundarios de una nueva medicación porque me encuentro muy mal. Ante un trabajo que no me va bien, dejar de ir hasta que me echan. La crisis "salva" la situación, ya que me "obliga" a dejar el trabajo.

El mecanismo de la pasividad activa no es algo consciente y premeditado. Puede ser un mecanismo desarrollado para evitar sufrir un nuevo fracaso y una consecuencia de la creencia aprendida de que uno es incapaz de resolver los problemas por sí mismo. Como hemos visto con otros

mecanismos, se retroalimenta a sí mismo, ya que al no tomar una postura activa frente a las dificultades, la persona nunca aprende que puede afrontarlos con éxito, y por tanto crece la sensación de indefensión e incompetencia.

La pasividad activa conlleva también el desarrollo de dependencia emocional hacia sus "salvadores". Eso le hace menos libre y autónomo. A su vez, las personas del entorno se queman, y puede que se vuelvan codependientes, o bien, se alejen para evitar desbordarse.

La falta de límites

Los límites son una protección que la persona utiliza para preservar su espacio y su identidad cuando se relaciona con los demás. Existen límites emocionales y límites físicos. Un límite físico es por ejemplo no compartir tu habitación con tu hermano para tener tu propio espacio de intimidad. Un límite emocional puede ser decir que no le dejarás dinero a tu amiga porque tienes que pagar el alquiler. Poner un límite significa pensar qué te conviene o no hacer, saber hasta donde puedes llegar para no arrepentirte luego. Por

ejemplo, en el caso anterior, la persona que deja dinero a una amiga pese a que no podrá pagar el alquiler, quizás se vea obligada a hacer algo que no querría para conseguir el dinero, o bien le pedirá a su amiga algo más adelante y si ésta no hace lo mismo por ella, sentirá que está implicándose más que la otra en la relación. Esto le hará sentirse estúpida o hacerle reproches o se alejará para no volver a dar demasiado otra vez.

Muchas personas confunden poner límites con ser mal amigo o compañero, o con ser una persona egoísta que solo piensa en sí misma.



Al poner límites estás demostrando respeto hacia ti mismo y hacia la relación, ya que intentas que no se queme y se desborde. También le enseñas al otro a hacer lo mismo con su espacio físico y emocional. Eso ayudará que la relación se mantenga en el tiempo sin hacerse demasiado absorbente.

Hay quien tiene la falsa creencia de que el verdadero amor o la verdadera amistad no pueden tener límites porque si no ya no lo serían. Seguro que a la larga, han visto que es difícil mantener una relación en la que ninguno de los dos respeta sus necesidades. Quien no sabe respetar sus límites tampoco sabe respetar los límites de los demás. Por ejemplo, cuando su madre le dice que no entre en su habitación cuando no está en casa puede pensar que no confía en ella, sin comprender que necesita sentir que tiene un espacio protegido o personal.

Solidaridad, justicia, amistad

Son valores espirituales que guían la relación con los demás y son muy positivos, pero que las personas con TLP a menudo llevan al extremo. Las personas altamente emocionales suelen profesar gran cariño por los niños y por los animales, con quienes a menudo desarrollan fuertes lazos afectivos. Quizás sienten que no serán defraudados nunca por ellos y que no les va a exigir o pedir ninguna responsabilidad a cambio. La empatía que sienten con las personas débiles o desamparadas

también es otra virtud. Se trata de aspectos de su personalidad que constituyen un gran potencial, aunque también pueden ser una fuente de sufrimiento y frustración si esperan recibir tanto como dan.

Sexto sentido

Es cierto que muchos captan con rapidez y de una manera muy intuitiva los sentimientos de los demás y el "clima" de muchas situaciones en las que se ven involucrados. Una posible explicación podría ser que las personas con TLP, igual que muchas otras personas inseguras, han aprendido a leer entre líneas y anticipar las reacciones de los demás. Sin ser del todo premeditado, se fijan enseguida en aspectos no verbales como el tono de voz, los gestos; "escanean" el entorno en busca de señales de alarma o de tranquilización; son conscientes de detalles que podrían pasar desapercibidos a otros, y que muchas veces les ayudan a sentir que controlan la situación. Se trata de un mecanismo que puede ser muy positivo si se utiliza de una manera sana y equilibrada y que muchas veces ellos no son del todo conscientes que poseen.



Tipo de relaciones que pueden establecerse

A pesar de todo lo comentado, las personas con TLP disfrutan a menudo de relaciones largas y en general son realmente apreciados por quienes les rodean. En casos extremos, pueden llegar a establecerse relaciones dañinas y destructivas, en parte comprensibles si tenemos en cuenta la intensidad y frecuencia de las emociones que se ponen en juego. No siempre ocurre esto, pero conviene detectar cuando alguno de estos aspectos se activa, para reaccionar a tiempo y evitar que se convierta en una dinámica habitual.

- Relaciones dependientes

En este tipo de relación una de las dos personas se deja cuidar, salvar, o llevar por el otro. Busca a alguien que se haga cargo de ella. Es posible que a la larga pierda su identidad y su sensación de competencia, y llegue a creer que no es capaz de hacer nada sola.

- Relaciones codependientes

La persona codependiente tiene la necesidad de ser necesitada. Suprime su propia emoción y dirige su atención hacia los problemas del otro, así evade su propia realidad y sus sentimientos. Cuando el otro está mal se siente útil y necesaria, y esto le hace sentir bien; cuando mejora, baja la guardia, se relaja y le coge el bajón porque cree que ya no es necesaria. Cuando el otro vuelve a estar mal, parece que su vida tiene otra vez sentido (cuidarle). Así que al final, nunca hay tiempo para ocuparse de sus propias cosas, que pasan a un segundo lugar. A la larga, no desarrolla su propia vida sino que se acostumbra a vivir la vida del otro.

Muchos familiares y parejas de personas que sufren trastornos o enfermedades crónicas, o adicciones (sobre todo al alcohol), pueden acabar convirtiéndose en personas codependientes. Conviene diferenciar entre **tener algunos comportamientos codependientes y ser codependiente.** La persona codependiente necesita sentirse útil y necesaria para la otra persona. Su vida tiene sentido si ayuda y cuida del otro. Puede

tener la creencia de que "si yo no lo hago no lo hará nadie, ni siquiera el propio afectado" o también que "nadie como yo sabe lo que es preciso hacer o como hay que actuar". Esta creencia le lleva a no dejar nunca sola a la otra persona, estar permanentemente pendiente y no poder desconectar ni alejarse de la situación.

Es más fácil llegar a ser codependiente de personas que a su vez son frágiles, dependientes o muy vulnerables. Las personas emocionalmente maduras es probable que no permitan que el otro desarrolle ese tipo de relación con ellas, viendo que no es una relación sana para ninguno de los dos. La pareja debería preguntarse en algún momento de la relación porqué ha escogido a esta persona pese a sus problemas, qué intenta conseguir y en qué conecta esto con sus necesidades (quizás está supliendo alguna necesidad personal). También si es la primera vez que escoge como pareja a alguien difícil o si eso ha ocurrido con anterioridad. Nada indica que esto sea deficitario, pero conviene que pueda reflexionar sobre ello para conocerse mejor y poder mantener su identidad y su estabilidad. En algunos casos puede ser de utilidad contactar

con un profesional que ayude a conocerse mejor y orientar sobre lo que conviene mejorar.

Ninguno de estos dos tipos de relación permite un crecimiento sano de ambas personas. Genera dinámicas que con el tiempo son difíciles de romper, y que de forma paradójica hacen que el trastorno se mantenga, favoreciendo la aparición de sentimientos de inseguridad, de rabia y de culpa. Para evitar caer en este tipo de relación, las dos personas deben aprender a conocerse y a responsabilizarse únicamente de lo que les toca, sin asumir lo que es responsabilidad del otro. Eso significa recuperar la confianza en que el otro puede salir por sí mismo, es decir, considerarle válido y capaz.

- Relaciones abusivas

En ellas, la persona con TLP es quien tiene el control de la situación ya que de una manera directa o indirecta consigue que el otro ceda a sus deseos. Así como cuando encuentran una persona segura y fuerte suelen desarrollar dependencia, con personas dóciles o que perciben como frágiles, la relación se puede convertir en abusiva. Las

demandas son excesivas, no se tiene en cuenta el punto de vista del otro, etc.

- Relaciones caóticas

Sería el caso de relaciones desestructuradas, inestables, con desfases en los horarios, en los comportamientos, puede haber maltrato físico y/o psicológico, consumo de sustancias en pareja, rupturas y reconciliaciones frecuentes, acompañadas de alto sufrimiento.

¿Cómo puedo explicar lo que me sucede en el trabajo, a los amigos, a mi pareja?

Existe sin duda un gran miedo al rechazo, al juicio y a la incomprensión; esto hace que a veces la persona afectada cuente rápida e indiscriminadamente en un primer contacto sobre su diagnóstico, para conocer de inmediato la reacción del otro aunque sea negativa. Otros por el contrario evitan hablar de su tratamiento, diagnóstico, etc Pero la motivación es en el fondo la misma y los resultados no suelen ser positivos en estos dos extremos.

En el trabajo contarlo puede ser negativo según cual sea la cultura de la empresa y la sensibilidad de los compañeros. A los amigos, si son cercanos, habrá que valorar otorgarles esa confianza, y a la pareja también. Como regla general, la experiencia dice que si la persona tiene todavía pocas habilidades o está muy a menudo en crisis, las relaciones van a ser difíciles, por lo que además de contarlo a las personas cercanas, debería de haber el compromiso de, invitar a la pareja a participar ambién del aprendizaje y compartir las dificultades para que no destruyan la convivencia. Si la persona ya tiene habilidades y puede cuidar las relaciones adecuadamente, entonces puede ser prudente esperar a contar aspectos del pasado que podrían generar temores o resistencias.

Recuerde que



Las personas con TLP desarrollan vínculos afectivos muy fuertes con los demás. Necesitan el contacto e intentan desesperadamente mantenerlo. Contra lo que puede parecer, pueden disfrutar de

relaciones de larga duración, aunque si no se cuidan provocan un desgaste importante en ambas partes. Pueden aparecer la dependencia y la codependencia. Algunas relaciones son abusivas y caóticas. La intolerancia a la soledad y el miedo al abandono marcan la relación y pueden llegar a destruirla. A la vez, esa necesidad de vincularse y mantener los vínculos, que no encontramos en otros trastornos, hace que busquen ayuda, se esfuercen o inicien un tratamiento para solventar sus problemas. Como en todo, nos encontramos con las dos caras de la misma moneda.

Para mantener relaciones estables y sanas es importante que cada una de las partes conserve su identidad y respete sus límites personales. Deben luchar por estar cerca y a la vez tener su espacio. Deben ser conscientes de que el miedo al abandono aparecerá cuando el vínculo sea fuerte, y que habrá que desarrollar confianza mutua, tener paciencia y luchar activamente por la relación. Es importante también aceptar al otro tal y como es pero sin reforzar sus comportamientos dependientes y aprender a valorar los aspectos positivos que también existen en la relación



3.5.2. La pareja: Ni contigo ni sin ti

Las relaciones de pareja no son muy distintas en su forma de las relaciones con los demás, excepto en que se trata una relación buscada tanto por uno como por el otro. Algunos familiares se sorprenden de que alguien decida voluntariamente compartir su vida con una persona tan emocional. En cambio, la opinión de las parejas suele ser diferente. Aunque en un primer momento desconozcan ciertos rasgos de su personalidad y sólo hayan visto una de las caras de la moneda, pronto se dan cuenta de lo demás. Las quejas más frecuentes de la pareja son referentes a los cambios de humor repentinos sin aparente relación con su comportamiento; las críticas a veces punzantes y crueles; la necesidad constante de comprobar su amor; los celos y la desconfianza. Es importante para el mantenimiento de la relación que estos aspectos no encubran o hagan olvidar lo que les enamoró, sus cualidades y todo lo que aportan a la relación. Algunas parejas no consiguen mantenerse a causa del desgaste y terminan de forma

traumática. A veces la recuperación después de dejarlo no es fácil. Una relación que ha sido tan intensa y contradictoria conlleva una ruptura igual de emocional.

La orientación sexual

No todas las personas con TLP tienen o han tenido dudas acerca de su orientación sexual. Los que expresan dudas pueden ser un reflejo de una identidad todavía no madura. La identidad engloba varios aspectos, entre ellos las preferencias sexuales. Mientras no está del todo consolidada, la orientación sexual puede depender de otros factores, como los emocionales. Por ejemplo, una chica se preguntaba si no sería lesbiana, ya que con los chicos con los que había salido la relación nunca había funcionado. Otra chica empezó a cuestionárselo el día que conoció a una amiga con la que hablando congenió de inmediato y con la que sintió por primera vez que podía ser "ella misma". En este caso, pudo ser la rápida idealización la que alimentó sus dudas. En algunos casos, hay

personas que han mantenido relaciones con chicos y chicas, basándose más en la persona que les gusta que en el sexo con el que se identifica.

La promiscuidad

Igual que para muchas personas, el coqueteo y el sexo pueden ser una potente válvula de escape ante la soledad, el vacío, el aburrimiento, el miedo al abandono, la invalidación; también puede ser una forma de divertirse, de olvidarse o escapar, tener emociones fuertes, etc. Más allá de todo esto, las conductas promiscuas podrían tener que ver con ciertos aspectos que el TLP no domina, por ejemplo: decir que no, tener habilidades para relacionarse, tolerar no ser el centro de atención, ser menos impulsivo/a, confundir intimidad con sexo. La promiscuidad puede verse facilitada si hay consumo de alcohol y/o drogas. Ser promiscuo no es lo mismo que ser adicto o necesitar practicar el sexo. Son frecuentes las chicas que comentan que en general no disfrutan en las relaciones íntimas debido a no sentirse seguras consigo mismas,

tener miedo a no gustar, complejos con su cuerpo, pensar demasiado o querer contentar al otro a cualquier precio. El consumo de drogas puede tener la función de facilitar la deshinibición y alterar la necesidad de control. La promiscuidad conlleva riesgos asociados como son la posibilidad de contraer enfermedades venéreas, y en las mujeres, el riesgo de un embarazo no deseado, pero además a la larga puede ir en contra de la construcción de una autoestima positiva, a fuerza de otorgarle más importancia a los deseos del otro que a los propios y a no hacer valer el propio autorespeto. A corto plazo, puede generar un sentimiento muy intenso de culpa que sea el antecedente de otros comportamientos autodestructivos.

Otro aspecto que facilita la promiscuidad es la confusión y variabilidad de sentimientos respecto a su pareja que a menudo tienen las personas con TLP. Por ejemplo, no estar del todo seguros de querer al otro, sentirse demasiado atados, o actuar por venganza o despecho. Las conductas promiscuas afectan al mantenimiento de la pareja. Es importante hablarlo cuando ocurra y establecer pactos para proteger la relación.

Iniciar una relación

El enamoramiento puede ser muy rápido y basado en la primera impresión y las emociones que les despierta el primer momento. Se pueden fiar mucho de una especie de "sexto sentido" con el que perciben una "buena conexión". A diferencia de lo que ocurre en otros trastornos de personalidad, la persona con trastorno límite se vincula a los demás de una manera muy intensa. Esto hace que necesite de forma especial la relación de pareja y la idealice, hasta el punto de pasar por alto diferencias de carácter o dificultades en la relación que harían dar marcha atrás a otras personas. Es decir, las diferencias personales o los conflictos se minimizan, con la idea de que el amor está por encima de todo y debería ser suficiente para superarlo.



El enamoramiento es la primera etapa de la vida de pareja donde todo es muy bonito porque cada uno de las personas dedica mucho tiempo y esfuerzo a satisfacer al otro. La contra de esta etapa es

que es efímera (tiene un principio y un final) y además siempre hay una cierta idealización del otro, que en el caso del trastorno límite puede ser mucho mayor, y por tanto no conviene tomar decisiones de futuro en esta etapa.



Mantener la relación

Cuando cede el enamoramiento y la relación se estrecha, se entra en la segunda etapa, la de mantenimiento de la relación. Conviene darse cuenta de que la relación de pareja es algo vivo que se va construyendo con el día a día. Y, por tanto, caben una serie de recomendaciones para la pareja.

La persona con TLP ha de reconocer cuáles son sus enemigos en la relación de pareja. Destacamos algunos:

- Aprender a querer y ser querida de forma diferente. Es posible que tu pareja te quiera y no te conteste un whatsapp o no te devuelva la llamada en tres horas.
- No confundir enamoramiento con amor.

- Exigir a la persona que te quiere una forma de ser querido.
- Negar o minusvalorar el efecto de lo que haces o dices en la otra persona.
- La necesidad o dependencia del otro.
- Considerar que los conflictos o desavenencias en la pareja son algo anómalo. Son parte de la propia relación y lo que hay es que darse cuenta de cómo cada persona contribuye al conflicto y encontrar maneras consensuadas de llegar a acuerdos o a desacuerdos consensuados.
- La tendencia a la idealización (más adelante profundizamos en este concepto).
- Una pareja por mucho que te quiera no te puede dar todo porque ella misma no lo tiene todo.

Por otra parte el otro ha de conocer y aceptar que:

- Las personas con TLP son muy sensibles al posible abandono como consecuencia de sus experiencias de abandono en el pasado.
- Necesitan encontrar gratificación y validación en los demás debido a su dificultad para validarse o gratificarse ellos mismos.

- Pueden cerrarse a sus emociones y sentimientos como una defensa ante el miedo al abandono o terminar distanciándose y actuar con frialdad o enfado, como consecuencia de sentir que están paralizados por el miedo.
- Tienen una gran necesidad de controlar al otro como una manera de intentar controlarse ellos mismos, ya que no tienen el sentido de donde acaban ellos y donde empieza el otro. A menudo ejercitan esta necesidad de controlar a todos y todo lo que está a su alrededor (si puede ser incluso el entorno) a través de un comportamiento pasivo- agresivo o actuando bajo un rol de enfermo o víctima.



Consejos útiles para mantener la relación

Para las parejas en funcionamiento es conveniente recordar lo siguiente:

- La comunicación abierta y fluida previene muchos malentendidos.

- Mantener un espacio propio pactado antes de que empiecen los problemas.
- Respetar los límites y pedir que se respeten.
- Ante reacciones aparentemente incomprensibles, tratar de entender qué las puede haber provocado y
- Explicarle al otro los sentimientos y las necesidades de una manera que pueda entenderlo.
- Disculparse cuando sea necesario.
- Evitar poner a prueba el amor del otro o forzarlo para ver hasta donde puede aguantar. No es la manera de ver si alguien te quiere.
- Decir las cosas de manera clara y no amenazante.
- Evitar sacar conclusiones o "leerle la mente" sin preguntar.
- Tener a mano recordatorios del otro para tolerar el tiempo que no se está juntos o cuando se le siente distante.

Si se presentan **situaciones abusivas**, es importante mantener el espacio personal y la perspectiva teniendo en cuenta algunos comportamientos a seguir y a evitar.

Comportamientos a seguir	Comportamientos a evitar
Decir con anterioridad que se va a salir del escenario si los límites y el espacio no son respetados, y luego hacerlo si es necesario.	Reducir los intereses personales por estar demasiado metido en la relación.
Protegerse de insultos, ridiculizaciones, y cualquier otra forma de abuso mediante la no tolerancia de ninguna de estas cosas.	Tratar de cambiar, rescatar o controlar al otro.
Animarse uno mismo cuando esté mal y distanciarse de la pareja momentáneamente.	Dedicarse prioritariamente a "hacer que la relación funcione" sin atender otros aspectos.

Observar y describir lo que pasa y hablar en primera persona cuando sea necesario.	Dejarse llevar por las constantes crisis de la persona con TLP que pueden dirigir la atención hacia las necesidades de uno y desatender las del otro.
Expresar los sentimientos apropiadamente si la persona se siente amenazada.	Sentirse en el compromiso de continuar la relación aunque se vuelva demasiado destructiva.
Asegurarse de no permitir que la pareja invalide o menosprecie los sentimientos propios.	Permitir que el intenso sufrimiento de la persona con TLP convierta al otro en el verdugo.
Expresar el enfado de manera asertiva en los momentos de calma para asegurarse de que ser escuchado y para lograr mantener la autoestima.	Sacrificar las propias necesidades o intereses para atender las del otro.

Acabar la relación

Cuando las cosas van mal, muchas parejas piensan que con el tiempo todo volverá a ser como al principio. Nada asegura que las cosas no vayan incluso a peor. Conviene no dejarse llevar por los deseos o planes de futuro, sino centrarse en el presente e intentar hablar y arreglar todo lo que sea posible ahora. Una habilidad muy necesaria para ambos es distanciarse un poco y observar lo que está sucediendo. El estrés, la presión, y la gran cantidad de situaciones vividas pueden tapar la realidad. Mantener el contacto con otras personas y hablar puede ayudar a darse cuenta de lo que está sucediendo. Es recomendable mantener cada uno sus aficiones y su espacio personal, sin encerrarse completamente en la pareja.

La inseguridad respecto a sus propios sentimientos, el miedo, y algunas características del estilo de comunicación de la persona con TLP dificultan el romper.



Por ejemplo:

- Sus mensajes contradictorios:

"Por qué no podemos ser amigos si ya no salimos?, Le llamaré para ir al cine y le diré lo importante que es todavía en mi vida".

- La interpretación literal de los mensajes del otro:

"Cómo puede terminar la relación si me dice que aún me quiere?". "Me dijo que nunca había querido a nadie como a mí".

- Su necesidad de comprobar que le quieren:

"Cuando éramos pareja me dijiste que nunca habías querido a nadie como a mí, ¿lo piensas todavía, aunque ya no salgamos?"

- Su intolerancia a la soledad:

"Podríamos quedar para charlar un rato, no soporto estar sola".
"Necesito que alguien me cuide", "No sé estar solo".

- Sus argumentos para dejarlo dependen del estado de ánimo y la emoción del momento:

“Si quiero verle, es que todavía le quiero?”. “¿Qué significa que me acuerde tanto de ella?”. “Cuando pienso en él noto cosas que no siento con otros”

- La pena por el otro:

“No quiero hacerle daño”.
“Se ha portado muy bien conmigo”.

- La atracción por las causas perdidas:

“Cómo dejarla sin ni siquiera luchar por nuestra relación?”
“Una relación no es fácil y yo no puedo abandonarla ahora que tenemos problemas”.

- Su necesidad de afecto:

“Cuando me abraza y me besa, se lo perdono todo”.



La relación de pareja es compleja y no se puede simplificar a "queremos estar juntos" o "nos queremos". Llegado a un punto en que la pareja no funciona, hay que afrontar el fin de la relación. Acabar es difícil para todos, tengamos o no TLP. Miedo a estar solos, a equivocarnos, a hacer daño al otro, etc. Es aconsejable aprender a "girar página" por mucho que cueste para evitar más sufrimiento.

Un enemigo característico de la relación de pareja donde hay una persona con rasgos límite es la **idealización**.

Para facilitar la tarea de identificar este mecanismo hemos elaborado el siguiente **cuestionario,** rellenarlo puede ser de ayuda.

› ¿Cuánto tiempo hace que conozco a esta persona? .

› He estado con esta persona de forma continuada durante ….

› ¿He visto unas cuantas veces a esta persona en al menos tres situaciones/entornos diferentes (ocio, trabajo, estudios, familia)?

Puntúa estas dos escalas y observa si hay diferencias:

	Como veo al otro respecto a (0-10)	Como me veo yo respecto a lo mismo (0-10)
Aspecto físico		
Inteligencia		
Conocimientos		
Fortaleza		
Aguante		
Carácter		
Amigos		
Exitos		
Suerte		
Resolver cosas		

- ¿Identifico algo que no me gusta de esta persona?
- ¿Hay algo que sé que no me gusta pero creo que no es tan importante?
- ¿Me gustaría que cambiara en algo?



Contra la impresión de muchos, las relaciones de pareja cuando uno de los miembros tiene trastorno límite son más duraderas de lo que se cree, aunque sí que es cierto que en muchos casos implican un desgaste importante para los dos. En la medida que ambos entiendan sus comportamientos y tengan la voluntad de esforzarse a partes iguales para evitar conductas destructivas para la pareja y para cada uno de ellos, más probabilidad habrá de que la relación se mantenga. Es importante evitar la codependencia y luchar por preservar los límites de cada uno. Conviene que las parejas de personas con TLP reflexionen sobre si realmente aceptan a su pareja o simplemente están esperando a que cambien. Deben aceptar a la persona tal como es ahora (eso no significa que no pongan límites a ciertos comportamientos) y no idealizar que cuando hagan tratamiento o maduren todo irá mejor. Si las cosas no funcionan en el presente conviene aceptarlo y romper la relación cuanto antes, evitando alargarla durante semanas o meses en un estado de sufrimiento que al final no soluciona nada.

3.6. Aspectos cognitivos

El término cognición proviene etimológicamente del latín "cognoscere" y se refiere a todos los procesos psicológicos implicados en la adquisición de los conocimientos y aprendizajes., es decir, como actúa nuestro cerebro para identificar un objeto o experiencia como tal, diferenciarlo de otros y recuperar las vivencias personales relacionadas con tal objeto o experiencia.

3.6.1. ¿Estoy perdiendo facultades?

A menudo aparece la pregunta de si las personas con TLP son capaces de pensar con lucidez, de razonar, de si "saben lo que hacen" o son capaces de aprender de sus experiencias. **En principio las personas con TLP conservan sus funciones cognitivas: lenguaje, memoria, razonamiento, atención, concentración, etc..**. Pero puede ocurrir que cuando están bajo elevado estrés o emocionalidad excesiva, presenten dificultades.

Ellos mismos explican que pueden quedarse bloqueados mentalmente, que se les olvidan las cosas o que no pueden concentrarse al leer o ver una película y que todo esto no les había pasado anteriormente.

Hoy por hoy no se sabe con certeza cuales son los mecanismos responsables de estas dificultades pasajeras y secundarias. Parece ser que la elevada activación y desregulación emocional hace que el funcionamiento de las áreas frontales del cerebro estén afectadas de forma intermitente. Es como si las emociones tomaran prestados los circuitos de la concentración, la memoria o la atención durante un tiempo.

Otro aspecto que llama la atención en las personas con TLP son los cambios repentinos de rol y de esquemas cognitivos según las circunstancias: cuando se encuentra en un estado emocional positivo hay un desinterés por recordar y trabajar en la terapia aspectos negativos y cuando su estado emocional es negativo el desinterés es hacia vivencias y recuerdos positivos, de tal forma que los cambios emocionales le llevan a diferentes y cambiantes estilos cognitivos, puntos de vista, opiniones etc..

Otra pregunta que surge es si las personas con TLP están cerca de la psicosis o pueden derivar en ella. **El TLP no es la "puerta de entrada" hacia la psicosis, sino por el contrario, una defensa contra ella.** De hecho, la gran mayoría de las personas no llegan a padecer una psicosis.

Las Disociaciones en el TLP

La característica esencial de los trastornos *disociativos* consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica.

Se distinguen varios tipos de disociación.

- Como "defensa" frente a aspectos inaceptables de la experiencia
- Como un cambio en la identidad
- Como una forma patológica de auto regular y trabajar las experiencias traumáticas.



Las disociaciones son desconexiones de la conciencia, unas veces "buscadas" y otras veces automáticas. Cuando una persona disocia, su mente divaga, está como en otro lugar. Estos episodios pueden durar segundos, minutos u horas, y la persona puede volver a "conectarse" sin problemas.



Los síntomas disociativos se presentan en un continuum que va de lo normal a lo patológico. Todos podemos tener episodios disociativos leves como por ejemplo entrar en una habitación y en esos momentos no saber para que hemos ido allí, no reconocer a alguien que nos saluda en la calle o de repente no saber lo que nos acaba de decir alguien que nos habla. Episodios disociativos más graves serían: verse a uno mismo como si estuviera viendo a otra persona, no reconocer a amigos o familiares, verse en un lugar sin saber como ha llegado hasta allí, sentir que otra gente u objetos no son reales, pensar en uno mismo como si fueran dos personas diferentes etc..

En la persona con trastorno límite pueden aparecer disociaciones más o menos graves sobre todo en casos con antecedentes de abusos sexuales, maltratos, abandonos, negligencia etc. Las disociaciones pueden servir como mecanismos de defensa para conseguir un alivio temporal a la presión y al sufrimiento que experimentan, evitar un estímulo estresante, protegerse de la realidad, etc. No todos son conscientes del uso de este mecanismo, lo cual conlleva confusión y desorientación temporal y espacial. Algunas personas con TLP pueden autoinducirse disociaciones de una manera más o menos consciente, y en este sentido, existe un peligro de que este mecanismo se convierta en algo adictivo.

La **despersonalización** es un tipo de disociación. Se trata de una alteración en la que se experimentan sentimientos de estar separado del propio cuerpo o de sus procesos mentales. Estas sensaciones suelen aparecer en momentos de gran tensión y confusión, y a su vez, provocan más confusión o miedo. Algunas personas al experimentarlo llegan a pensar que están locas, sin embargo, no hay que confundirlo con las alucinaciones propias de los trastornos psicóticos.

Hay que apuntar que en la evaluación del TLP se presta poca atención a estos síntomas, pasando desapercibidos. Es importante tenerlos en cuenta y profundizar en ellos en muchos casos de TLP con los antecedentes antes señalados y que tengan una mala evolución terapéutica.

Distorsiones perceptivas

Al igual que en otros trastornos como los de la conducta alimentaria o las somatizaciones, pueden aparecer en el TLP distorsiones en su percepción de la realidad, bien sea de la percepción de sí mismos y de su cuerpo como de la percepción de la conducta de los otros. Así no es extraño que una persona con TLP se vea a sí misma especialmente fea, gorda, defectuosa o desfavorecida independientemente de que los demás le afirmen lo contrario. También pueden experimentar la sensación de que los demás les miran de manera acusatoria, que les observan, critican o hablan a sus espaldas; otras veces se sienten fuera de lugar, diferentes y raros en situaciones sociales.

Se ha puesto nombre a las distorsiones cognitivas o *pensamientos automáticos negativos* más comunes, las cuales pueden suceder a cualquier persona alguna vez e incluyen: **Pensamiento "todo o nada"** ("A los demás todo les sale bien, a mí nunca me sale nada bien"; **generalizar** (No has sido invitado a la boda por lo tanto todo el mundo te odia); **filtro mental** (Focalizar un detalle negativo, olvidando la imagen global, por ejemplo: quejarse terriblemente de alguien porque se ha olvidado de llamarle); **descalificar lo positivo** (pesar más una crítica que un excelente rendimiento en un examen); **leer la mente sin más evidencias** (asumir que el mal humor de tu pareja esta dirigido hacia ti, cuando ha tenido una disputa con su jefe), **adelantar fracasos** (para que seguir intentándolo si volveré a caer); **castigarse en vez de motivarse** ("estoy gorda como una vaca porque me he comido este trozo de pastel", en vez de "He comido demasiado hoy, mañana me controlare más); j**uzgarse**: ("soy un desastre y siempre lo seré"); **personalizar** (coger la responsabilidad sobre un acontecimiento cuando no lo has causado: "mi madre tiene problemas circulatorios por mi culpa")

Ideación paranoide

De manera puntual y en situaciones de elevado estrés psicológico o ante cambios inesperados las personas con TLP pueden experimentar desconfianza y suspicacia extremas incluso frente a personas de su entorno cercano o familiar. Pueden pensar que se les quiere perjudicar de forma intencionada, dando lugar a conductas agresivas.

Esta ideación es pasajera y suele remitir transcurridas algunas horas o días. Se puede distinguir de las distorsiones perceptivas por ser más aguda y puntual; vinculada normalmente a una situación estresante.

Autoinvalidación

Autoinvalidarse significa no confiar ni aceptar como válidas las propias emociones, los sentimientos y las formas de actuar. Significa pensar que gran parte de lo que uno hace o experimenta no está bien, no es lo apropiado y podría ser mejor. Una persona que se autoinvalida no se

proporciona refuerzo positivo a sí misma, en cambio, se castiga de alguna manera por no ser como debería de ser. Se suele decir que las personas con trastorno límite reciben invalidación del exterior, pero frecuentemente ellos son sus peores invalidadores. Muchos de sus comportamientos y actitudes son intentos desesperados por autovalidarse. Por ejemplo: una chica que ha vuelto a perder su trabajo después de varios intentos, siente que no es capaz de volver a trabajar inmediatamente, porque se siente abatida, cansada y con miedo. Sin embargo, su mente racional le dice que tendría que hacerlo porque a su edad no puede depender de sus padres de esta manera, y porque es de vagos. Durante unos días se queda por casa haciendo una vida bastante sedentaria, pero constantemente siente que está aprovechándose de la situación. Ante este conflicto, y ante las presiones de su familia para que salga a buscar trabajo, se deprime enormemente, se mete en la cama, pierde el apetito, aparecen dolores intestinales, un cansancio extremo, Para esta chica no era aceptable sentirse incapaz de buscar trabajo ahora, no sentía como válidos sus sentimientos y

veía que su familia tampoco. Estar enferma físicamente le confiere una validez fuera de duda a sus percepciones. Se siente presionada y atrapada en alguna situación que le sobrepasa o que no sabe como solucionar.

Recuerde que



Si bien las personas con TLP conservan sus funciones cognitivas y no hay pruebas que muestren algún tipo de deterioro neurológico o estructural como puede darse en otros trastornos, ocurre que a veces la persona no tiene el rendimiento cognitivo global que cabría esperar por su nivel de inteligencia, edad y en ausencia de patología neurológica; hasta el punto de tener la impresión y el miedo a perder facultades mentales. Aún queda mucho por estudiar en este campo para responder las dudas; de momento todo apunta a que la desregulación emocional sería la responsable del bloqueo o mal funcionamiento de otros circuitos cerebrales frontales responsables de funciones cognitivas superiores. Aparte de la elevada activación

emocional los numerosos mecanismos de defensa y las distorsiones perceptivas también contribuirían a un menor rendimiento. Estas dificultades son mejorables y entrenables a nivel terapéutico con técnicas de concentración, estimulación cognitiva y ejercicios de Mindfulness

3.6.2. Motivación y aprendizaje: ¿Por qué siempre tropiezo con la misma piedra?

En la relación con las personas con trastorno límite, ya sea a nivel personal o profesional, se constata el hecho de que una vez y otra recurren a conductas autodestructivas, se embarcan en relaciones problemáticas, se ilusionan en proyectos que no son capaces de mantener, eligen parejas abusadoras y problemáticas, actúan de forma que se ponen en contra aquellos que los quieren y a la vez también ven como una y otra vez se reprochan, se juzgan, se critican por su forma de actuar y sufren intensamente, se prometen que no les volverá a pasar, pero vuelven a actuar de

igual manera y el ciclo se vuelve a repetir. ¿Qué sucede? ¿No pueden aprender? Claro que pueden hacerlo, pero la respuesta a esta pregunta no es una cuestión de todo o nada. Una multitud de factores hacen que tengan que equivocarse mil veces para aprender de la experiencia. No se trata, en cualquier caso, de falta de inteligencia, sino de la capacidad de aprovechar de sus propios errores para hacer las cosas de forma diferente la próxima vez. Vamos a intentar comprender cuales son esos factores que les pueden hacer parecer torpes en el aprendizaje cuando no lo son.

La biología

Todos tenemos la experiencia de hacer alguna cosa sin pensar porque estábamos nerviosos. La persona con TLP tiene una disfunción del sistema que regula las emociones que le produce un alto nivel de activación. Esto se traduce, entre otras cosas, en reacciones emocionales rápidas, intensas y con una lenta desactivación. La emocionalidad que siempre han experimentado, ha facilitado (junto

con otros elementos) que aprenda conductas impulsivas dirigidas sobre todo a dejar de sentirse mal y tiene que reaprender formas más adaptativas de abordar sus dificultades, dejando de actuar como siempre lo ha hecho. Este reaprendizaje es un proceso lento y difícil.

El entorno

Las reacciones de las personas que rodean al que tiene un trastorno límite tienen un efecto importante en su forma de actuar. La influencia del entorno y como éste afecta a nuestro comportamiento ha sido estudiada sobre todo por las teorías del aprendizaje social.. Estas establecen que las conductas se aprenden y se mantienen por lo que sucede después. Así enumera cuatro procesos: refuerzo, castigo, extinción y modelamiento.

Como ya hemos dicho en el apartado de emociones, *el* ***refuerzo positivo*** **es cuando una conducta va seguida de consecuencias positivas y se da con más frecuencia** Estas consecuencias

positivas pueden ser conseguir algo deseable (dinero, un regalo). Si la acción elimina una molestia (un dolor), hablamos de *refuerzo negativo*.

El castigo positivo **es dar una consecuencia negativa a una conducta, para que no se vuelva a comportar así**. Las consecuencias negativas son muy variadas, desde dar un bofetón o criticar a una persona hasta quitarle la consola o limitarle las horas de televisión, en cuyo caso se llama castigo negativo. Su uso está muy extendido porque es fácil de aplicar, sin embargo tiene los inconvenientes de que no se considera eficaz a largo plazo además de enturbiar la relación generando agresividad y sentimientos negativos.

Extinción es no dar respuesta alguna a una conducta, ni con refuerzo ni con castigo, para que esta desaparezca. Esta tiene un efecto paradójico ya que en principio aumenta la conducta que queremos eliminar, para progresivamente ir desapareciendo. Por ejemplo si un niño está acostumbrado a enfadarse para conseguir un rato más de bicicleta, el día que no lo consiga es

posible que muestre un enfado de mayor intensidad o más duradero. Esta reacción suele desconcertar a los otros que a veces dan marcha atrás porque entienden que las cosas se complican aún más.

Por último **las personas también aprenden a través de la observación de otras personas, este proceso se llama modelado.** Se aprende sin recibir ninguna consecuencia. Ver como el otro actúa y qué sucede después, facilita la imitación. Esta forma de aprendizaje es muy importante y muchas veces pasa desapercibida. Por ejemplo a veces los padres se quejan de que sus hijos mienten, pero ellos mismos, amparándose en que "no se les puede decir todo", les ocultan informaciones familiares importantes o bien cuando el TLP no sabe como reaccionar frente a una situación problemática le sugieren que se invente una excusa.

En el siguiente cuadro se expresan de manera esquemática los procesos descritos:

Aumento de la conducta	Refuerzo positivo Premio Refuerzo negativo (escape o evitación)
Disminucion de la conducta	Castigo positivos Castivo negativo Extinción

En el caso del trastorno límite es muy probable que los padres, hermanos, parejas de las personas con TLP estén contribuyendo a mantener determinadas reacciones sin darse cuenta. Veamos algunos ejemplos:

- Asumir la responsabilidad sobre lo que hace el TLP y resolverle sus problemas (hacer llamadas por él, ir a buscarle la medicación o la baja, etc) sería una forma de refuerzo positivo en forma de ayuda, atención y de refuerzo negativo porque así se le evita tener que enfrentar situaciones incómodas o de ansiedad.

- Dedicarle una atención extra (estar más tiempo juntos, telefonear con más frecuencia, comprarle caprichos) después de haber tenido un intento de suicidio o una autolesión es una forma de refuerzo positivo.

- La codependencia entendida como la renuncia a la propia vida en pos de la del otro, resignándose a aceptar lo que venga, sea bueno o malo contribuye a mantener sus patrones disfuncionales mediante refuerzo positivo y negativo.

- Juzgarle, criticarle por su comportamiento es una forma de castigo que se utiliza con el objetivo de que deje de comportarse así, pero que enrarece la relación y genera resentimiento y negatividad. A largo plazo el TLP evitará el contacto con aquella persona y este perderá la posibilidad de influir o ayudarlo. Por otra parte y aunque parezca contrario lo cierto es que el reproche, la recriminación, la crítica pueden actuar como refuerzos positivos si esta es una forma preferente de obtener atención ya que es "mejor una relación negativa que la ausencia de relación".

- Responder con ira a la ira del TLP es una forma de castigo que tiene las consecuencias negativas explicadas anteriormente, a la vez que muestra una forma de actuar que puede ser imitada por modelamiento y darse con más frecuencia.

- No exponer claramente los límites que tenemos o tener una conducta cambiante. Por ejemplo, decir "la próxima vez que hagas esto .." y no hacerlo; ceder en algunas ocasiones y en otros no, es una forma de reforzamiento intermitente ya que la persona entiende que si sigue insistiendo conseguirá lo que desea, igual que ha sucedido en otras ocasiones.

La motivación

Abraham Maslow fue un psicólogo del siglo XIX que estableció que las necesidades humanas se ordenan siguiendo un orden de prioridad y que para acceder a un estadio superior es necesario haber conseguido seguridad en el estadio inferior. Según el, la necesidad humana más básica (en la base de

la pirámide) es comer, beber, dormir y estar físicamente bien. Una vez conseguido esto, se busca satisfacer la siguiente necesidad, que tiene que ver con sentirse seguro: saber que va a seguir teniendo cubiertas sus necesidades fisiológicas y no tener miedo o sentirse protegido de cualquier daño. Si consigue superar este estadio empieza a buscar aceptación social, quiere formar parte de un grupo y que este lo acepte como miembro. Superado el estadio anterior puede empezar a preocuparse necesidades menos básicas como obtener prestigio, éxito, valoración de los demás, y por último está el nivel de la autorrealización, entendida esta como la satisfacción que se obtiene por conseguir metas personales y el dar el máximo de uno mismo.

Las personas con TLP pasan e invierten mucho tiempo luchando por conseguir satisfacer y mantener el estadio dos (seguridad) de la pirámide de Maslow. Por ejemplo una negativa por parte de un padre, hermano o amigo puede hacer que la persona no se sienta querida en su totalidad, se sienta tremendamente insegura y, como consecuencia, llevar a cabo un intento de suicidio o autolesión con el objetivo de comprobar que aquella persona

la continua queriendo o puede que telefonee continuamente para asegurarse de que su pareja le sigue queriendo. Todos estos comportamientos que parecen irracionales, tienen su lógica para el TLP en la búsqueda de la seguridad emocional.

¿Qué relación tiene la pirámide de Maslow con el aprendizaje?

La motivación es un elemento clave en el aprendizaje y que en el TLP esté **básicamente orientada a resolver su seguridad emocional explica**, junto con el resto de factores, que cueste aprender conductas de estadios superiores.



(Fuente: Economipedia.com)

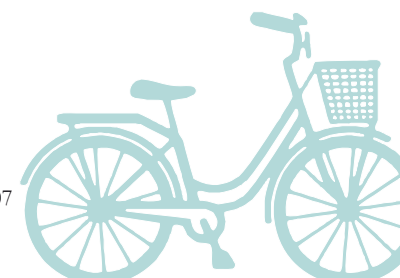


La respuesta a la pregunta sobre "si pueden aprender" es compleja. Para reconocer y valorar sus aprendizajes es necesario conocer las causas que originan el trastorno, adentrarse en su mundo interno, conocer sus motivaciones, considerar qué expectativas tiene su entorno más próximo y como responde a su forma de actuar y, por último, considerar que entre todos estos elementos se produce una interacción compleja.

El entorno que rodea a una persona con trastorno límite tiene un peso importante en los cambios que el otro tiene que hacer. Para ello es necesario que los no-TLP's dejen de actuar como siempre lo han hecho y se atrevan a probar otras alternativas. En algunos casos los resultados serán positivos y rápidos porque la persona con el trastorno se sentirá menos juzgada y más comprendida. En otros casos los resultados serán más lentos, pero revisar aquello que se hace y el porqué y no perder la confianza puede ayudar.

Algunas recomendaciones con el trastorno límite

El procedimiento más recomendable es el refuerzo. Siempre que se puede, se debe utilizar. Por otra parte, el castigo no debería aplicarse en ningún caso. Tener conciencia de que pueden imitar a los que le rodean, ayudaría a que no se actúe de forma impulsiva, o se responda a su ira con ira. Y, por último, saber que si se mantiene constancia en los que se ha dicho y esto supone para el TLP una pérdida de algo agradable, lo más probable es que parezca que las cosas empeoren, pudiendo ser desalentador para el No-TLP, que no obstante debe confiar en si mismo y esperar resultados más a largo plazo.





CAPÍTULO 4

Vivir entre dilemas

La persona que está desregulada emocionalmente va a tender a moverse en extremos y le va a costar encontrar puntos medios o salir del "blanco/negro". Esto significa que en muchos aspectos de su vida oscila entre opuestos que "no dialogan entre sí" y "salta" de un extremo a otro sin poder resolver el conflicto. Esta situación produce verdaderos dilemas en los que la persona se ve envuelta diariamente con el desgaste que ello supone. Es importante poder hacerlos conscientes, describirlos e identificarlos para que no actúen como un círculo vicioso.



Fuente: M.Linehan: Behavioral Cognitive Therapie for borderline personality disorder 1993 pag. 67

En el primer cuadro vemos los tres dilemas básicos:

Crisis permanente

↕

Duelo reprimido

En este dilema el polo "*Crisis permanente*" hace referencia a la facilidad con que la persona desregulada absorbe y se ve afectada por todo lo que sucede a su alrededor, reaccionando también de forma intensa a hechos cotidianos y a sus propias oscilaciones emocionales. Esto hace que

acontecimientos del día a día como los siguientes: alguien conocido te mira o te habla de forma diferente, tienes que esperar en una cola o en una sala de espera, tu actor o cantante favorito ha fallecido, recibes una llamada inesperada, alguien te cambia los planes, generen un desequilibrio que se pueden encadenar y dar la sensación de que la persona está en permanente crisis sin que haya sucedido algo lo suficientemente relevante a ojos de los demás .Puede experimentar malestar elevado, bloquearse, inhibirse y actuar de forma impulsiva o escapar de la situación , sin confrontarla o resolverla

En el otro polo "*Duelo reprimido*" hace referencia a las dificultades de afrontar situaciones dolorosas de mayor intensidad como enfermedades graves, fallecimientos o pérdidas importantes. En estas situaciones, en las que otras personas quizá se derrumbarian, ellos inhiben el duelo y "aparentemente" no reaccionan como se esperaría. Parece como que "no les afecta" o que "lo llevan muy bien" pero en realidad no se conectan de verdad con la situación y con las emociones reales que puede generar. Es posible que ante la magnitud

de la situación y ante la falta de habilidades de afrontamiento, la persona se proteja inhibiendo la reacción de duelo.



La consecuencia de este dilema es que con frecuencia los familiares y el entorno comenten el error de no explicar sucesos desagradables a la persona con tlp en un intento por "protegerla" para que no entre en crisis. Esto afecta negativamente a la persona que aún se siente más "al margen" del entorno al no ser informada como los demás.

Vulnerabilidad emocional

↕

Autoinvalidación

El polo "Vulnerabilidad emocional" está determinado biológicamente y se refiere a la hipersensibilidad del circuito neuronal implicado en las emociones que hace que la persona tenga un umbral más bajo, reacciones emocionales más intensas de lo normal y un retorno más lento a la línea base.

Digamos que el circuito responsable de filtrar las señales emocionales y "enfriarlas" no funciona adecuadamente. La persona experimenta una intensidad y una duración de la emoción más elevada que le lleva a actuar de impulsiva para regular esos estados emocionales. Para ello opta por acciones que nosotros llamamos "conductas problema", que a corto plazo le alivian y a medio y largo plazo le proporcionan más problemas.

Digamos que **está a merced de sus emociones y se ve "dominada" por ellas y muchas veces esperando que los demás se hagan cargo**, tengan en cuenta esta vulnerabilidad y actúen de tal forma con ellos y les alivien , lo cual no suele suceder de forma natural y espontánea
En el otro polo "*Autoinvalidación*", **la persona se culpabiliza y juzga de forma muy dura e implacable por tener esas reacciones y por no saber gestionar sus emociones** y se trata a sí misma de la misma forma que tantas veces ha lamentado que los demás la traten.



La consecuencia de este dilema es que la persona siente que le es imposible gestionar su emocionalidad, es compasiva con ella misma y espera que los demás entiendan su extrema emocionalidad y en el otro polo se culpa muy duramente por sentir como siente.

Pasividad activa

Aparente competencia

El polo "Aparente competencia" describe cómo la persona es capaz en algunas ocasiones de tener un funcionamiento que denota capacidad y competencia para llevar a cabo objetivos, resolver situaciones difíciles o destacar positivamente respecto a los demás. Puede manifestarse en estudios, trabajo, situaciones sociales, desarrollo de aspectos creativos, artísticos etc…Cuando está en este polo, su entorno le suele reforzar positivamente y crea una expectativa positiva de los demás, animándola a subir el listón y proponerse objetivos a la altura de esa competencia.

En el otro polo está la "*Pasividad activa"* que describe un estado apático y sin energía: no es capaz de levantarse, llamar por teléfono, resolver problemas cotidianos. En algunos casos, la persona implica de forma activa a otros para que hagan lo que ella no es capaz de hacer.



La consecuencia de este dilema es que el entorno se suele sorprender, cree que la persona está "tomándoles el pelo" y reaccionan con perplejidad, enfado y decepción. Si este estado dura mucho, el entorno ya no cree en las posibilidades de la persona y pasa al extremo de anularla

---

En el siguiente cuadro se ilustran algunos ejemplos de los dilemas anteriores:



Tabla1. Polos dialécticos en el TLP

Como se constata, estos tres dilemas, crean otros paralelos en el entorno que no sabe cómo reaccionar ante estos cambios paradójicos.

Además en cada caso particular se pueden dar otros dilemas.

En la siguiente tabla describimos otros dilemas bastante comunes.

Extremo 1	Punto medio / Síntesis	Extremo 2
Estás de mi lado incondicionalmente		Estás contra mí
Tengo que ser competente en todos los aspectos		Me siento del todo incompetente e inútil
El mundo es peligroso y amenazante		Yo soy débil y no puedo confrontarme
No seré capaz de soportar una emoción tan negativa		Continuamente tengo emociones negativas
No debería/no soporto depender de nadie.		Necesito que alguien me ayude a hacer las cosas
No quiero que nadie vea lo que realmente me sucede		Necesito que los demás que comprendan
No soy un enfermo. Soy como todo el mundo		Todo el mundo consigue lo que quiere fácilmente menos yo. Soy diferente, no encajo…

Si pido ayuda dejo ver mi debilidad y entonces me despreciarán	Síntesis	Necesito explicar a los demás lo que me pasa antes de que se den cuenta
Mis emociones son extremas	Punto medio	No puedo dejar ver a los demás mis emociones/ No tengo control sobre ellas
Puedo y tengo que demostrar que se hacer las cosas bien		No puedo garantizar el hacer las cosas siempre así de bien, luego mejor lo dejo
En mis relaciones me doy completamente. No se encontrar un intermedio		Nadie me puede dar tanto como yo doy, eso hace que me decepcione
No puedo permitirme ningún desliz ni error frente a los demás. No lo soportaría		Siento que no controlo mis reacciones
Me siento bien. Puedo hacer cosas		No me lo creo, será una ilusión, no es real, no durará

"Necesito de los demás"		"Los demás me agobian y los evito"
"Necesito que me reconozcan y refuercen positivamente"	Punto medio	"Cuando me reconocen y refuerzan me siento mal y me bloqueo"
"No puedo parar: he de demostrar que valgo y soy fuerte"		"Necesito parar, que atiendan mi malestar, y me cuiden"
"No acepto que los demás me fallen…me afecta demasiado"		"A menudo fallo a los demás, no me puedo comprometer…"
"No tolero que me sobreprotejan o traten diferente"		"No tolero que me confronten y exijan lo que a los demás"
	Síntesis	

Una parte importante de la psicoterapia será identificar estos dilemas, poderlos ilustrar con ejemplos concretos y enseñar a la persona a establecer un "diálogo" entre los dos polos con el objetivo de no saltar de forma automática e inconsciente de un extremo al otro y poder convivir de forma consciente y dialéctica con estos dos extremos en sus vidas.

Recuerde que



Para comprender y no malinterpretar o juzgar a las personas que viven con dilemas y paradojas como las que hemos descrito anteriormente es importante tener una visión y una actitud dialéctica de las cosas y de la manera de ser de las personas.

Aceptar que polos opuestos pueden convivir y complementarse, que no hay un polo bueno o malo; que todo está en continuo cambio y que no hay verdades absolutas. A partir de la aceptación de sus dos extremos, será más fácil que la persona con dilemas logre integrarlos y moverse en una franja intermedia en vez de saltar de uno a otro de forma automática.



Capitulo 5

El Tratamiento

Hasta la década de los noventa el trastorno límite se consideró difícil de tratar. Sobre su abordaje ha pesado el estigma de sus inicios, cuando el término" borderline", se aplicaba a un grupo de pacientes que no eran ni neuróticos ni psicóticos y que no mejoraban con las psicoterapias al uso. No obstante hoy en día contamos con psicoterapias con evidencia científica demostrada.

El tratamiento del trastorno límite es complejo a nivel de recursos económicos y humanos. Implica contar con diferentes alternativas sistenciales, conocer los trastornos asociados y saber cómo y cuando atenderlos, disponer de equipos multidisciplinares o de una buena coordinación entre los diferentes profesionales, proporcionar atención farmacológica y psicológica, y, por último, prever intervenciones psicoeducativas dirigidas a los familiares.

El tratamiento del trastorno límite tiene dos ejes (farmacológico y psicológico), en función de si la persona presenta además otros trastornos, lo que clínicamente se denomina "comorbilidad". Los estudios muestran que el límite presenta una elevada comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias, los afectivos (depresión…),de ansiedad (fobias social, trastorno de ansiedad generalizada…), los trastornos de la alimentación y con el resto de trastornos de personalidad. Ello obliga a realizar una valoración completa y un abordaje personalizado de cada caso.

El abordaje **farmacológico** se debe incluir cuando otro trastorno psiquiátrico se asocia al tlp. En este caso se prescribe la medicación específica indicada para ese trastorno concomitante y poder conseguir así una correcta respuesta clínica. Cuando el tlp no se asocia a ningún otro trastorno psiquiátrico, el tratamiento farmacológico tiene un rol adyuvante del tratamiento psicológico, y como veremos más adelante, éste irá orientado a ayudar a un mejor control de la sintomatología predominante, y se irá revisando en función de la evolución clínica del paciente.

El tratamiento psicológico se considera imprescindible y se han desarrollado terapias especificas para

la sintomatología límite que permiten cambios más estables en la vida de la persona. Este sólo es posible cuando el/la paciente es capaz de hacerse cargo de si misma y admite y reconoce la necesidad de cambiar cosas en su vida. Se valora como preferente que sea ambulatorio aunque dadas las recaídas que pueden presentar, es necesaria la conexión con otros elementos de la red de salud mental como son la hospitalización y el hospital de día.

La hospitalización es un recurso que suelen demandar las personas con tlp, los terapeutas o los familiares cuando existe un riesgo alto para la integridad del paciente o de los demás. Proporciona a la persona la contención necesaria en ese momento, aunque no se ha demostrado que disminuya el riesgo de suicidio a medio o largo plazo. Para sacarle el máximo provecho sería necesario que el equipo que atiende a la persona valore la conveniencia o no del ingreso, ya que cada caso es singular.

El hospital de día es un dispositivo intermedio o "puente" entre la hospitalización a tiempo completo y el tratamiento ambulatorio cuyo objetivo es ayudar a la persona a estructurar hábitos y reubicarse en su entorno social y familiar.

La **psicoterapia** persigue que la persona aprenda acerca de si misma y de sus circunstancias, sobre cómo su entorno le afecta, de cuáles son sus reacciones y el motivo, sus déficits y carencias así como las formas de superarlos. **El diálogo terapéutico es necesario, es posible y es el único medio mediante el cual la persona cambia**, pero para ello se precisa que la persona se "mantenga" en la psicoterapia. Un objetivo básico es el establecimiento y mantenimiento del vínculo terapéutico, protegiéndolo de los elementos que lo amenazan, que son la alta probabilidad de que el terapeuta se queme y, por parte del paciente, el abandono prematuro.

¿El trastorno límite se cura?

Esta es una pregunta muy frecuente por parte de familiares y afectados. Al tratarse de un trastorno crónico es más apropiado hablar de estabilización, autocontrol y aceptación. Hay síntomas como las explosiones de ira o las conductas suicidas o autolesivas que pueden mejorar en las primeras fases del tratamiento y sin embargo hay otros, más nucleares, como los problemas de identidad o el temor

a ser abandonados que pueden tardar mucho más. Por tanto en lugar de hablar de "curación", preferimos hablar de "mejoras esperables en determinados síntomas y en determinado tiempo". En este sentido podríamos afirmar que, aunque la tendencia a las emociones intensas, a la impulsividad .acostumbran a persistir toda la vida, los individuos que inician tratamiento muestran con frecuencia una mejoría, que se inicia durante el primer año.

¿Cómo afecta el trastorno límite a los familiares?

El trastorno produce desadaptación en los familiares. Es muy frecuente que los miembros de la familia se muestren perplejos y consternados frente a determinados comportamientos, desconozcan cómo actuar, se muestren ambivalentes, asuman responsabilidades del tlp y, en suma, actúen de forma que perpetúen sus dificultades. Y a la vez muestren frustración, sensación de impotencia, agotamiento, pérdida de autoestima… llegando en no pocos casos a necesitar asistencia psiquiátrica por depresión, trastornos de ansiedad, trastornos psicosomáticos, lo cual a su vez repercute en relaciones conflictivas.

Trabajar con los familiares es algo básico en el trastorno límite. El enfoque que hemos aplicado con éxito ha sido el psicoeducativo. Se trabaja en grupo con los familiares o personas que conviven estrechamente con ellos proporcionándoles información actualizada sobre la patología y enseñándoles formas de actuar frente a problemáticas concretas del día a día.

Hay una modalidad de trabajo con familiares que se denomina DBT multifamiliar. Consiste en que padres y pacientes en grupo trabajan paralelamente las habilidades de la terapia dialéctica conductual de cada uno de los módulos. La sesión conjunta en que ambas partes ponen en común sus aprendizajes se convierte en un espacio de comunicación y diálogo no tanto en torno a los problemas sino a las formas de resolverlos. En nuestra experiencia aumenta al compromiso tanto de los familiares como de los pacientes con el programa, aumenta la comprensión y empatía mútua, permite que cada parte asuma su responsabilidad en la relación con el otro, y ayuda a la exploración conjunta de medios alternativos de resolución de problemas.



¿Cual es la mejor manera que tiene la familia de afrontar su relación con la persona con TLP?

La familia, igual que la persona diagnosticada tiene que hacer un proceso terapéutico cuyo aspectos más importante es la aceptación de su ser querido tal y como es y no como hubiera querido que fuera. Esto puede llevar su tiempo, a veces años, mientra tanto y más a corto plazo la familia ha de informarse sobre el trastorno, intentar colaborar con la terapia, buscar ayuda en grupos piscoeducativos y de autoayuda para aprender a poner límites de forma adecuada, a comunicar mejor y a cuidarse a si mismos.



En el tratamiento del trastorno límite destacan dos ejes. El farmacológico que no es específico, pero va dirigido a los rasgos que están más mediados por el sistema nervioso (emocionalidad, impulsividad y agresividad) y se debe incluir siempre que haya comorbilidad. El psicoterapéutico ayuda a que la persona entienda que le sucede, adquiera las habilidades necesarias para mejorar su calidad de vida y acepte aquello que no puede

cambiar. El término "curación" no es adecuado en este ámbito, preferimos hablar de "estabilización, autocontrol y aceptación" de las dificultades. Y por último la orientación, consejo y apoyo a familiares en un marco psicoeducativo reduce su nivel de estrés y aumenta su eficacia en el manejo con las dificultades.

¿Qué psicoterapia es más efectiva?

Destacan dos: DBT (o Terapia dialéctica Conductual) y la Terapia basada en la mentalización (TBM).

 La **DBT (Terapia Dialéctica Conductual)** desarrollada por Marsha Linehan fue la primera psicoterapia basada en la evidencia para el trastorno límite de la personalidad. Forma parte de las llamadas Terapias contextuales o de Tercera generación. Estas terapias explican los trastornos en términos interactivos, es decir, las dificultades/trastornos son la respuesta más adaptativa dadas las circunstancias en que se desenvuelve determinada persona.

Los estudios demostraron que los pacientes que siguieron la DBT, en comparación con otros

tratamientos psicoterápicos, presentaban menor tasa de abandonos, mayor reducción de actos parasuicidas, y menos ingresos hospitalarios. Asimismo mayor juste social y reducción de los sentimientos de ira. Las mejoras se mantenían durante un año después de finalizada la terapia.

La Terapia Dialéctica Conductual no es una psicoterapia es un **programa psicoterapéutico** de corte cognitivo conductual enriquecido con aportaciones de la dialéctica y del mindfulness. Es un programa elaborado con el objetivo de que los pacientes puedan construir una vida que merezca ser vivida. El núcleo de intervención es la desregulación emocional que da lugar al resto de desadaptaciones típicas del trastorno límite y las técnicas de intervención están agrupadas en dos grandes grupos: *cambio y aceptación*.

Como programa está formado por psicoterapia individual, terapia en grupo, consulta telefónica, supervisión entre terapeutas, intervenciones auxiliares -farmacología, desintoxicación, hospitalización- y manejo de casos, lo cual implica un conjunto de actuaciones complementarias para cubrir los déficits que presentan las personas con trastorno límite y las particularidades de expresión del trastorno.

Se trata de un **enfoque de trabajo muy estructurado, ambulatorio e intensivo**. Es estructurado en todos y cada uno de los componentes del programa. En la terapia individual los objetivos están ordenados por fases y dentro de la primera fase, hay unos prioritarios sobre otros; por ejemplo si una persona plantea que uno de sus objetivos es cambiar de trabajo pero a la vez sabemos que se autolesiona con cierta frecuencia o mantiene un consumo de alcohol muy elevado, deberíamos informarle de que los consumos y las autolesiones son objetivos prioritarios de la primera fase y que "el cambiar de trabajo" sólo se plantearía más adelante –en la tercera fase- y cuando los otros estén conseguidos. Otro ejemplo, en la terapia en grupo el tiempo de cada sesión está distribuido en una serie de tareas y cada sesión comienza con un ejercicio de "mindfulness" y finaliza con un ejercicio de cierre. Y, por último, es intensivo porque entre la terapia individual y la de grupo el afectado recibe entre tres horas y tres horas y media de terapia a la semana.

En la **psicoterapia individual** es muy importante destacar que hay una "fase de preparación" previa cuyo objetivo es la evaluación, la orientación

y obtener el compromiso del paciente para trabajar en equipo. Esta fase de preparación es imprescindible ya que finalizada se establecerá un contrato que formaliza la relación y los objetivos terapéuticos que ayudarán al paciente a sentir la esperanza de poder conseguir sus metas. Más adelante las estrategias de cambio combinadas con las de aceptación proporcionan el entorno dialéctico que permite el cambio.

La **psicoterapia en grupo** constituye un complemento imprescindible de la psicoterapia individual. Es el espacio en que se enseña a los miembros del grupo "habilidades", es decir, formas alternativas de actuar frente a sus problemas. .

La **supervisión entre terapeutas** sirve para que estos expongan dudas, problemas en el trabajo con los pacientes y se apoyen para no desanimarse, ni quemarse.

Para abordar situaciones críticas entre sesión y sesión la DBT ofrece la consulta telefónica. Es un recurso terapéutico planteado para que el paciente aprenda a resolver sus problemas en su contexto habitual y a "pedir ayuda" de forma adecuada.

Una persona con tlp que realiza el programa DBT en nuestro centro explica así su experiencia en el

tratamiento donde destaca habilidades como observar y describir, mindfulness, autoobservación, compasión y nuevas formas de tolerar el malestar. Estos cambios, la relación terapéutico y el apoyo de la familia le han dado la esperanza realista que necesita para seguir mejorando.

Actualmente sigo intentándolo…

Ya hace casi tres años que estoy en terapia y que me estoy enfrentando
a esta 'conducta problema' (consumo de alcohol) .Ahora soy más consciente de los motivos que me llevan a ella, bebo mucho menos que antes y soy capaz de observarla y describirla, cosa que antes no sabía muy bien.
En terapia individual y de grupo he aprendido una serie de herramientas que me ayudan a mirarme y a actuar desde nuevos ángulos y que me ayudan en el día a día.
Personalmente me ayuda ir practicando pequeños momentos de Mindfullness, seguir yendo a terapia, coser, imaginarme qué me diría mi terapeuta, contar con su confianza y la de mi familia, apoyarme en los nuevos hábitos que no

relaciono con el alcohol, evitar situaciones familiares con alcohol (he tenido que aprender a ser asertiva con mi familia, que no sabía hasta hace muy poco), y 'cuando recaigo' aprender a perdonarme a través de la aceptación (esto me cuesta pero me ayuda a que no sea una recaída de muchos días seguidos, logrando reducir mucho lo que antes eran infiernos). Creo que el camino sigue, y aunque a veces caigo en la conducta he logrado reducirla muchísimo y eso me anima a continuar, me hace bastante feliz.

Todavía me queda y quiero…

Seguir con el proceso. Actualmente todavía tomo medicación y ahora voy cada 15 días a terapia individual. Soy consciente que todavía no he eliminado del todo la conducta problema pero sí que la he logrado reducir muchísimo de mi vida, que ya es mucho. Ahora escucho más a mi cuerpo y cuando voy a entrar en una crisis muchas veces me obligo a usarherramientas y vivirlo con menos intensidad y sin hacerme tanto daño. Por ejemplo, sé que la regla me desestabiliza muchísimo por lo que ahora me la tomo casi como

si tuviese anginas y durante esos días me cuido el doble e intento ser más bondadosa conmigo y con los demás. Mi objetivo es poder llevar una vida en el que el alcohol no sea mi solución para relajarme o evadirme del mundo y de mí misma. Por ejemplo, me he dado cuenta de que las relaciones de pareja suponen un gran estrés en mi vida, igual que los pensamientos en loop en los que caigo cuando estoy entrando en crisis (y cuando no), así que trabajo mucho esto con mi terapeuta buscando otro tipo de posicionamiento para hacerlo más llevadero. Y me ayuda.
Sé que todavía me queda mucho que aprender y no sé si seré capaz de erradicar totalmente el consumo de alcohol pero intento no perder la esperanza y apoyarme en los nuevos hábitos, en los que me quieren, en las herramientas aprendidas y en la ilusión de ir cambiándolo aunque a veces sea muy aburrido, algo desesperante y lento.
Creo que deberé trabajar más el sentimiento de culpa que me acompaña relacionado a esta conducta para poder enfrentarme mejor a ella.

 La **Terapia basada en la Mentalización (TBM)** se apoya en las teorías del apego. Considera que el comportamiento de la persona límite se deriva de dificultades en la mentalización (la capacidad de entender las acciones de los demás y las propias a partir de entender los estados mentales de las que se originan). Se parte de que la relación terapéutica ofrece a la persona un espacio seguro para explorar la mente del otro y así enfrentarse a sus propias emociones negativas). El desarrollo de la "función reflexiva" mejora la mentalización y así el desarrollo de comportamiento adaptados a la realidad pensada.

Es un programa y combina terapia individual y en grupo. La TBM cuenta con menor evidencia científica que la DBT y se recomienda en hospital de día para conseguir una mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejoría de la función social, laboral e interpersonal.

Tratamiento farmacológico

A pesar de la alta prevalencia del tlp, la importante disfuncionalidad que puede generar y el alto porcentaje de autolesión o conducta suicida asociada, son pocos los estudios disponibles hasta ahora que evalúan la eficacia de los tratamientos farmacológicos en dicho trastorno. Este nivel limitado de evidencia implica que el tratamiento farmacológico en el tlp estará indicado en primera línea cuando, como se ha comentado anteriormente, exista una comorbilidad psiquiátrica que lo requiera o también en situaciones de crisis. Cuando no ocurre así el tratamiento principal del tlp es la psicoterapia y el tratamiento farmacológico supone un complemento.

Dicho tratamiento se realiza a partir de un modelo centrado en los síntomas. Los objetivos de la farmacoterapia deben basarse en tres dimensiones: cognitiva-perceptual, afectiva e impulsiva-conductual. Es por ello, y también ante la posibilidad de un resultado terapéutico moderado, que es importante que el profesional deje claras las expectativas del tratamiento y haga partícipe de las decisiones al paciente. Ello también implica revisar regularmente el tratamiento con el objetivo de ir adaptándolo en

función de la respuesta y evolución clínica, y de evitar por tanto el riesgo de la polimedicación. También se recomienda evitar el uso de benzodiacepinas en el tlp por el riesgo de abuso o dependencia.

Entre las distintas opciones para el tratamiento del trastorno límite de personalidad se incluyen principalmente tres clases de fármacos, como son los antidepresivos, los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos. Su utilización según la dimensión clínica ha ido cambiando con el tiempo. Así, hace una década, y según las recomendaciones de la guía APA 2001, se consideraban los antidepresivos inhibidores selectivos de la serotonina una mejor elección para el control de la sintomatología afectiva o de las alteraciones conductuales asociadas al tlp. Sin embargo actualmente, las revisiones y metaanálisis realizados coinciden en una mayor eficacia en diferentes dimensiones clínicas del tlp de los anticonvulsivantes como el valproato, el topiramato o la lamotrigina, y también de antipsicóticos, como la olanzapina o el aripripazol aconsejándose más los antidepresivos para el tratamiento de la comorbilidad asociada al tlp. Se constatan también

resultados clínicos alentadores con el sumplemento de ácido graso omega 3.

¿Toda la vida tendré que ir medicado?

No necesariamente. Partiendo de que el uso de determinadas fármacos puede ser muy ´útil para abordar síntomas de tipo afectivo, ansioso o cognitivo , la medicación se ha de ajustar a cada caso y plantearlo como algo temporal, con objetivos concretos y revisable según la evolución. Hay muchas personas con este trastorno que consiguen estar sin medicación o bien sólo en situaciones muy críticas.

Rechazo al tratamiento

Mucho se ha escrito y documentado sobre la resistencia al tratamiento, los abandonos prematuros, y la no cooperación de las personas con trastorno límite. En la práctica se constatan las dificultades de vinculación. En la mayoría de las ocasiones estos problemas se han explicado exclusivamente en base al trastorno. Este hecho es cierto y no debe minusvalorarse, pero tampoco debe ensombrecer la influencia de otras variables como las relacionadas con el terapeuta, la relación terapéutica y el entorno más próximo.

A continuación vamos a desarrollar la influencia de algunas de estas variables.

Variables relacionadas con el trastorno

- Intentos frenéticos para evitar abandono real o imaginario: por encima de todo la persona límite tiene necesidad de vincularse con el otro, pero esto les hace sentirse vulnerables, débiles y temer por su propia supervivencia si el otro no está. A nivel terapéutico estos miedos pueden hacer que no se plantee un tratamiento porque intuye estas vivencias y/o que no continúe cuando la relación terapéutica se hace más estrecha. También puede interpretar como abandono si el terapeuta no le da una visita extra cuando la solicita, o no le cambia la hora, o durante un tiempo, por el motivo que sea no puede atenderlo.
- Los problemas de identidad hacen que sus metas sean cambiantes y que por tanto duden y no sean capaces de mantener el compromiso terapéutico .
- Las relaciones intensas e inestables y los ataques de ira: la persona límite con la necesidad que tiene del otro, de su apoyo, contención, cariño, lo idealiza atribuyéndole exclusivamente características de

personalidad deseables, para luego devaluarlo cuando su actuación no responde a sus expectativas. A nivel terapéutico estos procesos se reproducen con el terapeuta, haciéndose una falsa idea de que es la terapia y de cómo va a actuar el terapeuta y abandonando cuando se decepciona o bien mostrando una ira contenida o directa porque el terapeuta no ha respondido.

- La inestabilidad emocional: su alta emocionalidad y los cambios constantes les hace estar centrados en si mismos y/o les impiden organizarse para conseguir lo que desean o cumplir sus compromisos. En relación al tratamiento pueden estar dudando todo el día de si vienen o no vienen y el asistir puede depender de lo que sientan en el cuarto de hora anterior.

Variables del terapeuta

- Los prejuicios y actitud hacia los TP en general y el tlp. Somos el resultado de nuestra historia y como hemos dicho en el apartado de trastornos de personalidad, estos han sido históricamente considerados como difíciles de tratar.
- La patología límite es compleja por todo lo que se ha dicho en este libro (comorbilidad, enfermedad

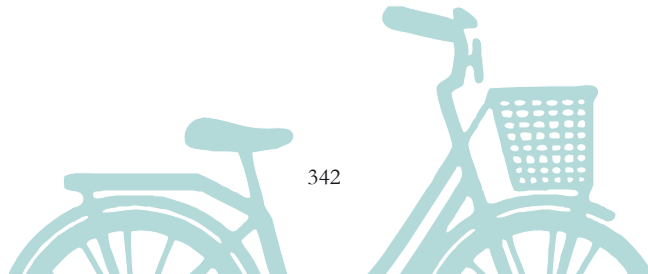
larga, presencia de crisis…) y exige clínicos muy formados en motivar al paciente y comprometerle en la terapia. Si el profesional que tiene delante a un paciente límite no está familiarizado con los últimos avances tendrá la concepción del paciente como intratable y difícil y esto condicionará su actitud.

La motivación del terapeuta debe ser muy alta porque las dificultades límite lo requiere, no sólo por la inestabilidad e impulsividad que puede darse en relación al propio tratamiento, sino por las conductas autodestructivas con las que ponen en juego su vida. Si el terapeuta minusvalora la necesidad de interés y motivación alta, se deja llevar por la llamada "aparente competencia" o bien se ve obligado a trabajar con problemáticas que no le gustan, es muy probable que lo comunique y que esto sea captado por la persona e interpretado como desinterés o como "no me comprenden" o "no se enteran".

El efecto de las variables del terapeuta puede ejemplificarse a través del llamado "efecto Pigmalion". Rosenthal a finales de la década de los sesenta en una escuela hizo un test de inteligencia a varias

clases. Seleccionó al azar a un 20% de alumnos de cada clase y dijo a los profesores que ese 20% era superior y obtendrían mayores calificaciones. A final de curso habían mejorado respecto a sus compañeros en cuatro puntos su coeficiente intelectual. Las expectativas sobre un rendimiento superior de aquel estudiante, hace que se cree un clima emocional positivo, se le proporcione más explicaciones, más información…y al final se traduzca en un rendimiento superior. Se conoce como efecto Pigmalión al proceso por el cual las creencias de una persona afectan de tal manera su forma de proceder, que influye en la conducta del otro llegando a cumplirse sus expectativas en la realidad.

Desde la DBT se atiende la relación terapeútica con las "conductas que interfieren la terapia" (llegar tarde, no hacer registros, no acudir a la cita…) y se considera que se dan tanto en el paciente como en el terapeuta. Darse cuenta, nombrarlas y buscar soluciones es una de las tareas fundamentales del equipo de consultoría entre terapeutas.



Variables del entorno

En muchas ocasiones el rechazo al tratamiento es una forma de rebelarse, u oponerse a las figuras de autoridad. Durante toda la vida le han dicho que "tiene problemas" y le han transmitido que él es "el enfermo". No obstante, la persona límite se da cuenta de que los otros también tienen problemas, de que adoptan posiciones rígidas, de que no le valoran y de que esto ha sido así siempre. Nunca han sido aceptados y si aceptan el tratamiento seguirán sin serlo. Han experimentado tantas terapias y han obtenido tan pocos cambios que parece normal que hayan perdido confianza en los profesionales de la salud mental.

El rechazo al tratamiento es un viejo tópico entre los profesionales que trabajan con personas con trastorno límite. Lo cierto es que no hemos de caer en la simplificación de que se trata solo de algo derivado del paciente. La formación y actitud del terapeuta va a influir en sus habilidades para comprometer a una persona con una sensibilidad dañada en un tratamiento a largo plazo. Si la persona con tlp no admite su trastorno y no desea recibir ayuda ¿qué

puede hacer la familia? En este caso podría adelantarse y buscar ayuda para si misma. Nuestra experiencia en los grupos psicoeducativos es que a medio y largo plazo los afectados reaccionan positivamente a los esfuerzos de sus familiares por cambiar ellos también. Se siente validado y "aliviados" al percibir mejoras en la convivencia del día a día.



Los profesionales: formación y perfil

Numerosos autores señalan la conveniencia de que el terapeuta que atienda pacientes límite reúna una serie de requisitos tanto de formación como personales.

En primer lugar, es necesario que disponga de una formación específica y experiencia contrastada en el manejo de estos casos. Varios motivos avalan esta sugerencia: la existencia real de un riesgo para la vida del paciente, la dificultad de manejar las relaciones terapeuta-paciente, la necesidad de contener a la vez el entorno familiar, las crisis recurrentes y la presión para el cambio.

Todo ello conlleva una responsabilidad para el profesional que puede acabar quemándole y repercutir negativamente en la calidad y efectividad de su

trabajo. Para minimizar los riesgos de la intervención, se recomienda lo siguiente:

- Apoyarse en un modelo de intervención específico para el trastorno
- Trabajar en equipo y bajo supervisión
- Establecer unas normas por anticipado que estructuren la terapia, la participación de la familia y la de otros profesionales que intervienen en el caso.

En cuanto a los factores personales, es importante considerar que no todos los profesionales tienen porqué sentirse cómodos atendiendo a pacientes límite. Es importante que exista un interés previo por la patología, no olvidemos que la terapia va a ayudar al paciente a manejar mejor su vida, pero no a cambiarle como persona. El profesional debe aceptar a la persona que va a tratar tal como es, sentir que es capaz de mejorar y crecer porque inherentemente es válida. El profesional demasiado rígido en sus planteamientos, poco dialéctico y en exceso directivo puede generar en el paciente o bien reacciones dependientes o bien sentimientos de rebeldía. Al contrario, el profesional excesivamente laxo y permisivo, que

huye de la confrontación, puede encontrarse falto de credibilidad, contagiar su miedo al cambio y ser fácilmente manejado.

Otro aspecto de vital importancia en el marco de la terapia es el mantenimiento de la confianza que el paciente deposita en el terapeuta. Los objetivos terapéuticos deben ser compartidos por ambos, y deben de evolucionar también de forma compartida a medida que avanza la terapia. La motivación para el cambio sólo puede mantenerse cuando el paciente percibe que los objetivos se ajustan a sus dificultades y son asequibles en este momento. Esto resulta especialmente difícil de conseguir con esta patología, puesto que su curso es de larga evolución y altamente fluctuante.

El terapeuta que lleva pacientes límite debería desarrollar la capacidad de observar sin pasar al acto. Así, el terapeuta excesivamente preocupado por "resolver" situaciones problemáticas puede sentirse frecuentemente impulsado a actuar, sea por presión del propio paciente, sea por la presión familiar o del entorno. Con el tiempo, su función de "apaga fuegos" puede agotarle y generar la creencia de ser un mal profesional, ya que pese a estar siempre pendiente

de evitar los problemas, éstos nunca desaparecen. Además, su afán por deshacer entuertos y estar atento a la forma, puede hacerle perder de vista las necesidades reales de su paciente, entrando en una dinámica simétrica a la del paciente y su entorno.

Recuerde que



Hasta hace poco el tratamiento del trastorno límite era sobre todo una "demanda". Los familiares y los afectados reclamaban actuaciones específicas. Se sentían incomprendidos y maltratados. Los profesionales, por su parte, pedían más formación, mayor sensibilidad por parte de las administraciones y más recursos para dar respuesta a las necesidades cambiantes de la patología.

En la actualidad la posición frente al tratamiento del trastorno límite ha cambiado considerablemente. Se han creado psicoterapias específicas, la administración ha reconocido la necesidad de impulsar la investigación de esta patología, los profesionales están más interesados y más formados y los afectados y familiares tienen más recursos a su alcance, más información. El panorama general es muy alentador.

El trastorno límite es una enfermedad crónica, de curso largo, con sintomatología cambiante y que evoluciona con altibajos. El tratamiento ha de tener en cuenta actuaciones de equipo, la combinación de fármacos y psicoterapia basado en una valoración completa y un abordaje personalizado de cada caso. y el conocimiento de las psicoterapias más efectivas. La implicación, interés y formación de los profesionales hacen posible que el tratamiento del trastorno límite sea hoy una realidad y, por último, la atención a los familiares es tan necesaria como la de los afectados.



Capítulo 6

Mindfulness.

6.1. Incorporación del mindfulness a los programas terapéuticos para el TLP. ¿Por qué?, ¿Para qué?, Y ¿cómo?.

El concepto de mindfulness parece haberse instalado en el mundo de la salud. Hoy ya nadie cuestiona la importancia del estar y ser en el presente como un elemento de bienestar. En el ámbito de la salud emocional desarrollar una actitud mindful significa estar atento a cuerpo y mente y escuchar sus necesidades sin dejarse arrastrar por ellas, aceptándolas tal como son en cada momento. Se trata de recuperar esa "mirada del principiante" limpia de juicios, esa mirada amiga y compasiva hacia nosotros mismos que tuvimos en algún momento. Significa volver a ver lo esencial, qué siento, qué pienso, qué necesito.

Ser conscientes de que mi proceso mental es un proceso mental, ni mi totalidad ni la realidad absoluta. Lo que pienso y lo que interpreto es un producto de mi biografía.

Practicar de forma regular mindfulness facilita el darse cuenta de los filtros que tanto la mente como el cuerpo ponen a la experiencia. Nos lleva a conectar con nuestra esencia, con la sabiduría innata (mente sabía) que todo ser humano posee pero que se ha ido escondiendo bajo los miedos y deseos. Al entrenar la capacidad de observar y notar sin dejarse llevar por automatismos, se produce una rebaja de la impulsividad que proporciona un espacio de reflexión y de calma, por lo que permite el acto consciente de decidir antes de actuar y sentirse así más conectado con el propio yo. La práctica de la consciencia plena o mindfulness nos enseña a estar en contacto con nosotros mismos de forma más amable y compasiva, a no evitar sistemáticamente las emociones y el malestar.

La neurociencia apoya la idea de que la práctica continuada del mindfulness produce cambios en la estructura del cerebro: estamos activando circuitos que crean entereza y bienestar y que subyacen a la

empatía y a la compasión, siendo posible cultivar nuevas conexiones cerebrales en cualquier etapa de la vida.



Esto es un aprendizaje imprescindible para las personas impulsivas y emocionalmente reactivas que sufren. El ser humano solo puede vencer sus fantasmas afrontándolos de cara con buena disposición y la mente abierta. Evitarlos o escapar de ellos supone un alivio temporal pero al final se sufre más. A través del mindfulness y la autocompasión, al permitirse sentir la emoción, paradójicamente se produce un cambio, se transforma la percepción del sufrimiento y aparece la sabiduría innata que todos poseemos y que nos va a permitir tolerar la situación o hacerla más llevadera.

¿Cómo se encaja la tradición milenaria del mindfulness en la psicología occidental moderna?

El mindfulness contiene y une dos aspectos: lo psicológico y lo espiritual. La psicología oriental de inspiración budista no separa estos dos términos pero la psicología occidental sí. Dentro de lo psicológico se trabajan dos aspectos:

- La auto regulación de la atención en la experiencia presente mediante procesos mentales (las habilidades metacognitivas: como hacer flexiones en el deporte).
- El desarrollo de una actitud abierta, curiosa y aceptadora ante uno mismo y el mundo (los principios éticos de no juicio y aceptación).

6.2. El terapeuta mindful

Cuanto más se sabe y se practica la consciencia plena, más evidente se hace que no se trata de "hacer" mindfulness, si no de llegar a ser una persona mindful, de incorporar la actitud. Con la práctica, se irá incorporando a la vida cotidiana y se producirá una

transformación personal. Como afirma el padre occidental del mindfulness, Jon Kabat-Zinn, en una reciente entrevista, "si aumentas tu conciencia, los cambios en tu vida vienen solos".

El terapeuta mindful incorpora la tradición humanista, no juzga, no interpreta, valida, acepta de forma radical al otro, a sí mismo y lo que ocurre en cada momento.

La atención plena te da otra forma de sostener tu experiencia desde la presencia. La práctica personal del mindfulness ayuda al terapeuta a darse cuenta de cuando el apego, el miedo al fracaso o los juicios le apartan de esta posición y a volver a ella una y otra vez.

6.3. Beneficios de la práctica del mindfulness

Con la práctica del mindfulness:

- Se aprende a percibir y notar las emociones, pensamientos, cuerpo y lo que nos rodea de forma más clara y directa.

- Se aprende a tomar distancia de los recuerdos, pensamientos y emociones desagradables.
- Se aprende a distinguir mejor entre lo acontecido en el pasado y el presente.
- Se mejora la capacidad de "meterse" de forma más plena y consciente en las cosas que uno vive.
- Se aprende a tener una actitud abierta y no juiciosa, incluso en momentos difíciles.
- Se aprende a tratarse a sí mismo de una forma más amable y compasiva.
- Se aprende a percibir y disfrutar del vínculo con las demás personas y con el mundo en general.

6.4. Pasado y futuro del mindfulness

Debe considerarse el mindfulness como una posibilidad a considerar ante cualquier situación que curse con sufrimiento. Se han desarrollado terapias específicas para gran cantidad de trastornos, basados en la Atención Plena. Mencionar que ya en el presente y sobretodo en el futuro se aborda como herramienta de prevención. Aunque queda mucho por conocer, sabemos que la relación que mantenemos

con cuerpo y mente, nos aporta, si es la correcta, salud, bienestar y sabiduría.

6.5. Aplicación especial del mindfulness al vacío

El vacío es una emoción difícil de describir y más fácil de entender si se visualiza como un agujero que algunas personas sienten que llevan dentro. Puede ser entendido a pequeña escala, como una emoción que viene y va, fruto del hastío, el aburrimiento, la soledad o el miedo, pero también a un nivel más amplio como reflexión existencial/filosófica acerca de la vida y la muerte, el sufrimiento, la trascendencia o la felicidad. En cualquier caso las personas con tlp lo experimentan a menudo, provocándoles malestar y el impulso o la necesidad de taparlo, huir o escaparse de él con conductas poco sanas. Los cambios constantes de humor, la inseguridad respecto a las metas, la culpa, las dudas, la dificultad para mantener los proyectos iniciados, la falta de una identidad estable son disparadores del vacío.

La práctica de mindfulness puede ayudar a la persona a experimentar el vacío sin añadirle nada más, a tolerar esa sensación sin tener que escaparse de ella y sabiendo que como viene pasa, y más a largo plazo quizás a buscar la realización espiritual.

6.6. Aplicación especial del mindfulness al consumo.

Frente a los enfoques terapéuticos que basan su eficacia en el control, el mindfulness aplicado al consumo aporta una visión diferente. Las terapias de tipo aversivo basan su eficacia en que la persona sea capaz de evitar el impulso de consumir para escapar del malestar. En cambio, el mindfulness propondría reconocer, sentir y aceptar el malestar/impulso cuando éste surja y en entender la experiencia en toda su profundidad en lugar de intentar librarse de ella continuamente. Es un enfoque compasivo, que enfatiza la aceptación y el mostrarse abierto a

la experiencia más que la culpabilidad, la censura y la vergüenza por la propia conducta Este enfoque es la línea de intervención más novedosa para tratar los trastornos del control de impulsos y adicciones comportamentales, y la experiencia nos indica que debería ser aplicado conjuntamente con los abordajes específicos clínicamente contrastados.



Mindfulness puede proporcionar medios eficaces de enfrentarse a los impulsos y deseos, lo cual implica el observarlos sin resultar aniquilado ni devorado por ellos. Además, la práctica de mindfulness proporciona un estado de consciencia en la que uno puede ver el "cuadro total" en vez de conformarse con el acostumbrado comportamiento propio de siempre. Este tipo de consciencia brinda un mayor sentido de libertad y capacidad de elección.

Recuerde que



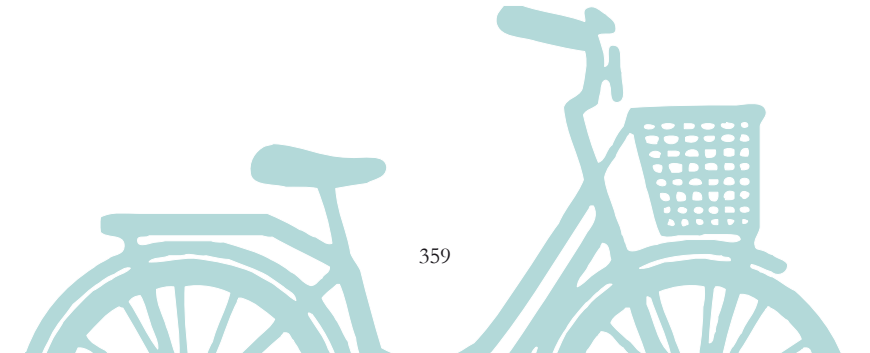
Como hemos visto, más allá de modas, el mindfulness ha venido para quedarse. Son múltiples sus aplicaciones en el ámbito del crecimiento personal, el bienestar y la salud. La práctica de la atención plena se empieza a enseñar en las escuelas a niños de corta edad, buscando la educación emocional, en un movimiento llamado "Escuelas atentas".Ya desde hace años se han desarrollado programas de tratamiento basados en el mindfulness y otros que lo incorporan como técnica. En concreto la DBT es uno de los programas modulares de tratamiento para el tlp que lo incorpora de forma transversal en la terapia y como un módulo específico en el entrenamiento en habilidades en grupo.

Cada vez son más los estudios que prueban su eficacia y se investigan los mecanismos neurológicos sobre los que actúa. Los resultados varían y dependen del tipo de programa. De momento son esperanzadores, aunque se necesita avanzar más en investigaciones en un futuro.

Como cualquier otra técnica terapéutica, por muy eficaz que sea y por mucho que esté de moda, *no debe ser utilizada como "un remedio para todo" ni como*

una "panacea". Por una parte, no todas las personas serán afines a esta práctica y la actitud que requiere y por otra, los resultados de los estudios recomiendan que no se utilice como única técnica para abordar trastornos psiquiátricos complejos.

Es importante que los profesionales que lo incorporen en su trabajo se formen, practiquen ellos mismos y adquieran la actitud para poderla transmitir y enseñar.



2ª Edición revisada

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

APÉNDICES

Sitios de interés

Guía de práctica clínica sobre el trastorno límite de personalidad, Generalitat de Cataluña, Departament de Salut, 2011.
» http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2011/pdf/gpc_trastorno_limite_tlp_aiaqs2011es_rapida.pdf

Borderline Personality Disorder: Description, Diagnosis, Treatment & Research (MH).
» www.mentalhealth.com

Borderline Personality Disorder Central (BPD Central).
» www.bpdcentral.com

Borderline Personality Disorder: Dialectical Behavioral Therapy.
» www.behavioraltech.com

Borderline Personality Disorder.
» www.borderlineresearch.org

Centro de Terapia Dialéctica Conductual especializado en Trastornos de personalidad: descripción, diagnóstico, tratamiento.
» wwwtlptratamientos.com

The Borderline Sanctuary (MH Sanctuary).
» www.mhsanctuary.com

Dialectical Behaviour Therapy & Borderline Disorder (Psychiatry-Online).
» www.priory.com

Centre de Teràpia Dialèctica Conductual
TLP TRATAMIENTOS.
» www.TLPtratamientos.com

Asociaciones

Barcelona

ACAI-TLP | Associació Catalana d´Ajuda i Investigació del Trastorn Límit de la Personalitat
C/ RocaforT 242 bis, 08023 – Barcelona
932 035 225
acaitlp@acai-tlp.com
www.sin-limite.net/webacai

Bilbao

AVATI TP/TLP Asociación Vasca de Ayuda a familiares de afectados por Trastornos de Personalidad
C/ Ronda S/N (frente a nº 5), 3º piso, 48005 – Bilbao
946 569 212
info@avati-tlp.com
www.avati-tlp.com

Cartagena

TP Cartagena Asociación de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad en Cartagena
C/ Carlos III, 52,5-F Edificio Argos II, 30201 – Cartagena
687 09 22 89
tpcartagena@hotmail.com
www.trastornosdepersonalidadcartagena.com

Castellón
ALAI TLP Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad
Avd. Capuchinos nº 16 entlo, 12004 – Castellón
964 22 98 50 / 677 650 943
laitp@yahoo.es
www.alai-tp.com

Extremadura
AExFTP Asociación Extremeña de Familiares de Afectados por Trastorno de Personalidad
Dirección desconocida
605 045 022
aexfatp@yahoo.es
Sitio web desconocido

Gerona
ACAI-TLP Associació Catalana d'Ajuda i Investigació del Trastorn Límit de la Personalitat
Centre Cívic Banyoles, C/ Barcelona 54, 17820 – Banyoles
972 58 07 41 / 629 04 01 35
girona@acai-tlp.com
www.sin-limite.net/webacai

León
ALAI TLP Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad
Avd. Capuchinos nº 16 entlo, 12004 – Castellón
964 22 98 50 / 677 650 943
laitp@yahoo.es
www.alai-tp.com

Madrid
AMAI – TLP Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad
C/ Coslada, 7 Bajo, 28028 – Madrid
91 448 32 81
info@amaitlp.org
www.amaitlp.org

Murcia
ARMAI TLP Asociación Regional Murciana de Ayuda e Investigación de Trastornos de la Personalidad
Avda. Ronda Norte, 27 – 5º D, 30009 – Murcia
968 967 272 / 651 304 285
armai-tp@hotmail.com
www.fundacionarmaitlp.com

Sta. Cruz de Tenerife
ASFECAN TLP Asociación de Familias y Enfermos de Trastorno Límite de la Personalidad de Canarias
Calle de Góngora, 13, 38005 – Santa Cruz de Tenerife
922 212 541 / 637 417 870
as@tlp-asfecan.com
www.tlp-asfecan.com

Santiago de Compostela
TP Galicia Asociación de Asistencia e Investigación de los Trastornos de la Personalidad
Rúa Manuel María, 6 (Salgueiriños), 15705 – Galicia
699 25 89 93
info@tpgalicia.org
www.tpgalicia.org

Sevilla

AVANCE Asociación en defensa de la atención a los trastornos de la personalidad
Avda. Luis Ortiz Muñoz s/n Centro Cívico El Esqueleto
41013 – Sevilla
955 47 34 52 / +34 619 43 53 79
avance.feafes@hotmail.com
www.avance-tp.org

Zaragoza

El Volcán Asociación de familiares de personas con trastornos de personalidad de Zaragoza
Asoc. de Vecinos San José C/Ventura Rodríguez 14, bajos
50007 – Zaragoza
(AVV) +34 976 276 437 / (El Volcán) +34 625 532 578
elvolcantlp@yahoo.es
elvolcantp.blogspot.com.es/p/recursos.html

Santiago de Compostela

TP Galicia Asociación de Asistencia e Investigación de los Trastornos de la Personalidad
Casa de las Asociaciones de Bienestar Social (CABES)
Rúa Manuel María, 6 (Salgueiriños) 15705 – Galicia

Glosario de términos

Abandono, miedo al,: Un intenso e irresistible miedo a ser abandonado y dejado solo, generalmente originado por creencias de infancia o juventud de que no se puede sobrevivir solo. Uno de los rasgos del TLP, aunque puede ser expresado de muy diversas maneras.

Abuso emocional: Se piensa en "abuso" como abuso físico o sexual. Pero el abuso verbal y emocional es igual de doloroso y quizás más debido precisamente a su insidia. Un ejemplo puede ser el llamarle con nombres, "trato de silencio", o llamándole de forma despectiva. Una mujer con TLP decía que el maltrato físico te da ganas de matar a alguien, pero el maltrato emocional te hace desear la propia muerte.

Acting in " Actuar hacia adentro": Expresar sentimientos de dolor con ira dirigida hacia uno mismo, dañándose de alguna forma. Por ejemplo: poniéndose en peligro a propósito, con conductas adictivas perjudiciales o auto lesionándose.

Acting Out "Actuar hacia fuera": Expresar sentimientos a través de acciones dirigidas hacia los demás,

a menudo de forma dramática: ataques de ira, agresividad verbal o física.

Autolesión: Es una reacción no adaptativa para afrontar un dolor emocional –generalmente sentimientos de lástima, enfado, tristeza y abandono. No es un intento de suicidio. De hecho puede ser una forma de sentirse "más vivo, menos insensible, menos vacío". Cada persona tiene sus propias razones para la auto-lesión, incluyendo el autocastigo, sentirse más real o comunicar el dolor emocional a los demás.
Como síntoma ha de ser tratado en la psicoterapia de forma prioritaria y específica sin juzgar ni castigar a quien muestra esta conducta.

"En blanco y negro", pensamiento: Una actitud que refleja polaridad y contradicción: todo o nada, ver a la gente o las situaciones como totalmente buenas o totalmente malas.

Eje I, eje II, eje III, eje IV, eje V:
Son los cinco ejes en que aparecen divididos los componentes de un diagnóstico de los trastornos mentales propuesto en el DSM 5 publicado por la Asociación de Psiquiátrica Americana

Codependencia: Una persona puede ser codependiente cuando vive su vida con una focalización excesiva del bienestar ajeno – especialmente si ocuparse de los demás provoca una negligencia en ocuparse del propio bienestar o de los límites propios. Las personas codependientes a menudo desean ser necesitadas y son

atraídas por las personas a las que creen poder "salvar" o hacer cambiar.

Contramovimiento: Cuando las personas empiezan a imponerse, las personas de su entorno se ven obligadas a cambiar también. Y a la gente no le gusta cambiar. Por lo tanto intensifican su comportamiento indeseado como protesta, o suben la apuesta para comprobar hasta que punto la persona que está poniendo límites es realmente seria. Es un momento crítico, porque si no mantiene la promesa, la otra persona deducirá que no piensa lo que dice.

Desapego: Se refiere a la habilidad de amar a alguien sin tomar la responsabilidad de sus problemas o rescatarlo de las situaciones que él mismo provoca. El desapego es sano porque nos da fuerzas para hacer lo que debemos para que alguien desarrolle su propio sentido de responsabilidad.

Distorsión cognitiva: Interpretar un acontecimiento de forma errónea, lo que le lleva a una conclusión errónea. Aarón T. Beck y el Dr. David Bruns han puesto nombre a varias distorsiones comunes, los cuales pueden suceder a cualquiera alguna vez. Incluyen: Pensamiento todo o nada ; generalizar exageradamente (no has sido invitado a la boda por lo tanto todo el mundo te odia)
Filtro mental (focalizar un detalle negativo, olvidando la imagen global)
Leer la mente sin más evidencias (asumir que el mal humor de tu pareja está dirigido hacia ti, cuando ha tenido una disputa con su jefe)

Adivinar (para qué seguir intentándolo si volveré a caer…)
Castigarse en vez de motivarse (estoy gorda como una vaca porque me he comido este trozo de pastel, en vez de " He comido demasiado hoy, mañana me controlaré más)

DSM (Manual de Diagnóstico y estadística): Es una referencia estándar para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría y regularmente actualizado. La última versión es el DSM V.

DBT Terapia dialéctico-Conductual: Es el programa terapéutico de orientación conductual y dialéctica elaborado por Marsha Linehan en 1993. Hoy por hoy es el programa que se ha demostrado más efectivo para tratar a personas con diagnóstico de TLP y otras desregulaciones emocionales severas.

Disforia: Lo contrario de la euforia. Es una mezcla de depresión, ansiedad, rabia y desespero.

Disociación: Un sentimiento de irrealidad, o "fuera del espacio". La disociación no es algo absolutamente indeseable, dependiendo de la forma que tome, la disociación le sirve para permitirnos olvidar acontecimientos extremamente dolorosos, pero causa otros problemas. La disociación crea una enorme confusión y asusta a la persona que la padece por la sensación de pérdida de control y de conciencia.

Chantaje emocional: Esta es una forma de manipulación que consiste en conseguir lo que se quiere a través de la amenaza directa o indirecta de que hará sufrir emocionalmente al otro si no cede. Ej: "Puedes irte si quieres; pero es posible que ya no me encuentres cuando vuelvas…"

Hundimiento / Abandono: Dos miedos que son muy comunes en personas con TLP. Cuando hay miedo a "hundirse" se activa el miedo a que alguien muy cercano lo pueda "absorber" y por tanto se apartan de esta persona, ej. Peleándose. El miedo al abandono es la otra cara de la moneda: un temor intenso de ser abandonado y dejado solo. Estos dos miedos operan creando una situación de "estira y afloja", una especie de: "te odio-no me dejes".

Entorno invalidante: Es aquél que ignora, exagera o castiga la expresión de emociones, necesidades o pensamientos por parte de una persona. Ejemplo: Una chica de 12 años sufre porque se siente ignorada por la gente de su clase. Su padre le dice: " No es para tanto…ya tendrás tiempo de tener amigos. Ahora lo que importa es que estudies…" Esta respuesta es invalidante porque no recoge y minimiza la emoción que siente la chica y sus necesidades.

Estigma: Es el rechazo o la discriminación social que puede sufrir alguien por el hecho de tener un diagnóstico, estar en tratamiento etc…
Los estigmas se originan y mantienen por la ignorancia, juicios, desconocimiento y simplificación de las cosas que desafortunadamente sucede con temas complejos.

Hipervigilancia: Es una reacción de contínua de alerta mayor de lo que la realidad exige.
Puede estar causada por un miedo excesivo o una necesidad de controlar algo todo el tiempo. Cuando alguien está hipervigilante durante mucho tiempo y sin una necesidad real, las consecuencias pueden ser: estrés, insomnio, somatizaciones etc… además de problemas con la persona a la cruel se "vigila".

Invalidación: Invalidar es dar a alguien el mensaje de que sus sentimientos y experiencias personales, o punto de vista es erróneo, no válido. Decir a alguien "Eres demasiado mayor para ser abrazado" o "los chicos no lloran" es un ejemplo de invalidación de los sentimientos de alguien. Invalidación también puede ser tan simple como negar el sentido de la realidad de una persona (No es posible que…)
La persona invalidada percibe el mensaje: "Algo no va bien contigo"
Obviamente la invalidación sistemática da lugar a desregulación emocional.

Impulsividad: Hacer algo inmediato al deseo, sin haber parado a contemplar la realidad de la situación ni las consecuencias.

Límites personales: Un límite personal es una decisión o una medida que alguien decide tomar para protegerse. Por ejemplo decidir que nadie puede tocarte sin tu consentimiento, decir NO a algo que no se desea hacer. Los límites personales no controlan la conducta del otro sino la de uno mismo ante algo que nos desagrada.

Por ejemplo: " Todo aquel que quiera fumar en mi casa lo hará en el balcón" No supone controlar si alguien fuma o no si no proteger mi espacio de humo.

Mecanismo de defensa: A menudo la gente se protege de emociones incómodas. Esto incluye supresión, represión o negación de emociones, proyecciones, sublimación (canalizando las emociones hacia una actividad aceptable),racionalización etc...

Negación: Rehusar de forma constante el conocimiento claro de los hechos a pesar de las evidencias. Puede ser un primer paso en el proceso de duelo: (por.ej. "olvidarse" de que una persona ha muerto y seguir poniéndole plato en la mesa) o un mecanismo de defensa continuo (ej. Mi padre era bueno, solo me pegaba con el cinturón cuando yo era realmente malo y lo necesitaba).

Terapias de Tercera Generación: Son las terapias surgidas a partir de los noventa y que también se llaman Terapias Contextuales. Frente a las de la primera y segunda generación enfatizan cómo las dificultades psicológicas se producen en un contexto determinado y como respuesta a ese entorno y cómo cualquier fenómeno psicológico tiene una función en la vida de persona. Contexto y función son dos palabras clave en las terapias de tercera generación. Destacamos las siguientes: Aceptación y compromiso, Analítico funcional, DBT, Terapia de activación conductual, Terapia integral de pareja y la Terapia Cognitiva basada en el mindfulness.

Trastorno de estrés post traumático: Simplificando, este trastorno puede aparecer tras ser expuesto repetidamente a situaciones anormales e inadecuadas (maltrato, abusos, discriminación, negligencia etc…). Sus características incluyen hypervigilancia, recuerdos recurrentes, intrusivos y dolorosos, esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones que tengan que ver con el trauma, incapacidad para recordar un importante aspecto del trauma, sueño interrumpido e insomnio, dificultad de concentración y una respuesta asustadiza exagerada. El trastorno provoca una angustia clínicamente significativa y perjuicio en lo social, ocupacional y demás áreas importantes de funcionamiento.

Vacío: Es un estado emocional doloroso y duro de tolerar. Es difícil de definir por su carácter subjetivo. Se confunde con estados depresivos pero es más una mezcla de emociones que no se canalizan y de un estado mental disociado. Puede haber sensaciones físicas extremas (de pesadez, de ligereza, de insensibilidad…), bloqueo mental, Sentimientos de dolor extremo sin una causa aparente e impulsos de actuar de forma impulsiva y /o autodestructiva o de quedarse paralizado.

Validación: Una necesidad universal la de ser creído y valorado, dando credibilidad y reconocimiento. A través del proceso de validación, uno empieza a sentirse real y con valor propio.

BIBLIOGRAFIA

Adamec C., Jaffe D.J.: *How to live with a mentally ill person.* John Wiley & sons. 1996. ✶✶

Ajuriaguerra J., Marcelli D.: *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona. Masson. 1987.

Allen D, Farmer Richard: «Family Relationships of adults with borderline personality disorder.» *Comprehensive Psychiatry,* Vol 37, nº 1, 1996, págs 43-51

APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona. Masson. 2002.

Beck A.T., Freeman A. y otros: *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad.* Barcelona. Paidós.1992.

Beck A., Rush a., Shaw B., Emery G.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclee de Brouwer. 1983 ✶✶

Beck A., Wright F., Newman C., Liese B.: *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona. Paidós. 1999

Bobes J., Saiz P.A., García-Portilla M.: "Trastornos de personalidad en patología dual". *Monografías de Psiquiatría. Patología Dual. Nº 4* (octubre-diciembre 2004), págs.28-31.

Bohus. Reicherzer: Ratgeber Borderline-Störung. Informationen Für Betroffene und Angehöriege. Hogrefe Verlag. 2012

Bray M.: *The selther of each other*. Ballantine Books. 1997.

Carnegie D.: *Como suprimir las preocupaciones y disfrutar de la vida*. Barcelona. Edhasa. 1976.

Congreso Internacional sobre Trastornos de Personalidad. (IX, 2005, Mar del Plata).ISSPD

Congreso Nacional sobre Trastornos de Personalidad. (V, 2004, Zaragoza) ISSPD

Congreso Europeo sobre Trastornos de Personalidad. (VI, 2004, Zaragoza) ISSPD

Costa M. y Serrat C.: *Terapia de parejas*. Alianza Editorial. Madrid. 1985.

Damasio A.: *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*, Pan Macmillan, 1995.

Davis M., Mckay M., Eshelman E.: *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona. Martínez Roca. 1985.

Dimeff L.A, Koerner Kelly: *Dialectical Behavior Therapy*. New York. The Guilford Press. 2007.

Dunne E, Rogers B: "It's us that have to deal with it seven days a week": carers and bordeline personality disorder". *Community Ment Health J.* 2012

Dulz B., Schneider A.: *Borderline Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart. Schattauer Verlag. 1995.

Fiedler P.: *Persönlichkeitsstörungen*. (5ª edición revisada). Weinheim. Verlagsgruppe Beltz. 2001.

Foa E. B., Wilson R.: *Venza sus obsesiones. Un revolucionario método para liberarse de su comportamiento obsesivo.* Barcelona. Ediciones Robinbook. 2001.

Fruzzetti, A: *The High-Conflict Couple: A Dialectical Behavior Therapy Guide to Finding Peace, Intimacy, and Validation***.** Oakland**.** New Harbinger Publications. 2006.

Gagliesi P, Apfelbaum S: «El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados». *Vertex. Revista Arg. de psiquiatría*. 2004 Vol XV. 295-302

Bogliano J.P, Gagliesi P: Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con Desregulación Emocional. Tres Olas Edulp. Buenos Aires, Argentina.2018

Greenberg L.S., Paivio S. C.: *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona. Paidós. 2000.

Goleman D.: *Inteligencia Emocional*. Barcelona. Kairós. 1996.

Grup de treball del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. *Trastorno Límite de personalidad*. Servei Català de Salut. Barcelona. Mayo. 2003.

Guía de práctica clínica sobre el trastorno límite de personalidad, Generalitat de Cataluña, Departament de Salut, 2011. <http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2011/pdf/gpc_trastorno_limite_tlp_aiaqs2011es_rapida.pdf>.

Gunderson J.: *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona. Psiquiatría Editores. 2002.

Hancock-Johnson, E., Griffiths, C., Picchioni, M., 2017. A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder. CNS Drugs. 31(5):345-356. doi: 10.1007/s40263-017-0425-0.

Heard H.L, Swales M.: *Changing Behavior in DBT: Problem Solving in Action*. New York. Guilford Press. 2016.

Herman J.: *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid. Espasa Calpe. 2004.

Hyde J.: *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid. Morata. 1995.

Intebi I.V.: *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Barcelona. Granica. 1998.

Jornada d'actualització en Trastorns de la Personalidad. (I, 2003, Barcelona) Centre Assistencial Dr. Emili Mira i López.

Katherine A.: *Boundaries: where you end and I begin*. Soft Cover. Gurze Books. 1993. VV

Kernberg O., Dulz B., Sachse R.: *Handbuch der Borderline Störungen*. Stuttgart. Schattauer Verlag. 2000.

Kernberg O.: *Affekt, Objekt und übertragung, Aktuelle Entwicklungen der psychoanalytischen Theorie und Technik*. Psychosozial-Verlag. 2001.

Knuf A.: *Leben auf der Grenze. Erfharungen mit Borderline*. Bonn. Psychiatrie- Verlag. 2004.

Knuf A., Tilly C.: *Borderline: Das Selbsthilfebuch*. Bonn. Psychiatrie-Verlag. 2004. VV

Kreger R.: *The stop walking on Eggshells Workbook*. New Harbinger publications. 1998. (Trad. Castellana. Mosquera D. *Deja de caminar sobre cáscaras de huevo*. Madrid. Pléyades. 2003)✶✶

Linehan M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Bordeline Personality Disorder*. New York. The Guilford Press. 1993.

Linehan M.: *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York.The Guilford Press. 2015.

Lavilla M. y López B.: "Importancia del diagnóstico diferencial en los trastornos de personalidad". *Sin Límite. ACAI-TLP*. Nº 10. (2003). págs.11-13.

Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., Stoffers, J.M., 2010. "Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials". *Br J Psychiatry* 196(1):4-12.

López B: "Clínica y diagnóstico diferencial de los trastornos límite de la personalidad en la adolescencia". *Sin Límite. ACAI-TLP*. Nº 8 (2002), págs.10-11

Malcom M. MacFarlane, *Family Treatment of Personality Disorders. Advances in clinical practice. New York.* The Haworth Clinical Practice Press. 2004.

Marra T.: *Depressed & Anxious. The Dialectical Behavior Therapy Workbook for Overcoming Depresión & Anxiety*. New Harbinger Publications. 2004.

Marra T.: *Dialectical Behavior Therapy in private practice.* New Harbinger Publications. 2005

Masson T.P., Kreger R.: *Stop walking on Eggschells; Coping when someone you care about has Borderline Personality Disorder.* New Harbinger Publications. 1998. VV

Martínez-Raga J., Haro G., Cervera G.: "Epidemiología de la patología dual". *Monografías de Psiquiatría. Patología Dual,* Nº 4 (octubre-diciembre 2004), págs.2-12.

Millon T.: *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona. Masson. 1998.

Moskovitz R.: *Lost in the mirror. An inside look at Borderline Personality Disorder*. Tylor Trade Publishing. 1996. ✶✶

Mosquera D.: *Diamantes en bruto (I).*Madrid. Pléyades.2004. ✶✶

Mosquera D., Ageitos L.: *Más allá de lo aparente.* Madrid. Pléyades. 2005

Ortega V., Rodríguez-Vargas J.C.: "Escala de hábitos y conductas de consumo: evidencias sobre dimensionalidad". *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology.*_Nº 1. (2004). págs.121-136.

Palacios J., Marchesi A., Coll C.: *Desarrollo psicológico y educación I*. Madrid. Alianza. 1996.

Pastón L.: *Borderlinee and Beyond. A program of recovery from Borderline Personality Disorder*. Laura Paxton Edit. 1999. ✶✶

Perez Alvarez M: *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Madrid. Síntesis*

Picanyol M: *Actualizaciones sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, modelo evolutivo y diagnóstico en la adolescencia.* Psiquiatría Esencial. Barcelona.

Pinillos J.L.: *Principios de psicología*. Madrid. Alianza. 1980.

Porr V: *Overcoming Bordeline Personality Disorder*. A family guide for healing change. New York. Oxford University Press. 2010.

Rathus J. H*: DBT Skills Manual for Adolescents.* New York. Guilford Press. 2015.

Ripoll, L.H., 2013. "Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder". *Dialogues Clin Neurosci. 15* (2):213-24.

Ros S., Peris M.D., Gracia R.: *Impulsividad.* Barcelona. Grupo Ars XXI de Comunicación. 2004.

Röhr H.P.: *Weg aus dem Chaos: Das Hans-mein-Igel-Syndrom oder die Borderline-Störung verstehen*. Dusseldorf.Walter-Verlag, 1996.

Rubio V. y Pérez A.: *Trastornos de la personalidad.* Madrid. Elsevier. 2003.

Sachse R.: *Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Götingen. Hogrefe. 2002.

San Molina L. Arranz B. y Dueñas R.: "Aspectos generales de la patología dual". *Monografías de Psiquiatría. Patología Dual*. Nº 4 (octubre-diciembre 2004), págs.1-6.

Santiago S.: *Tratando inestabilidad emocional. Terapia icónica*. Madrid. Pirámide. 2005.

Santoro J., Cohen D.: *The angry Herat. Overcoming Borderline and Adictive Disorders.* New Harbinger Publications. ✶✶

Sau V.: *Diccionario ideológico feminista. Volumen I.* Barcelona. Icaria. 2000.

Scott E.: *Don't let your emotions run your life. How Dialectical Behavior Therapy can put you in control.* New Harbinger Publications. 2003.

Simonsen S et al, 2019. European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 20196:9 <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0106-3>

Stoffers, J.M., Lieb, K., 2015. "Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder—Current Evidence and Recent Trends". *Curr Psychiatry Rep.17*(1):534.

Symposium internacional sobre actualizaciones y controversias en psiquiatría. "Terapias combinadas". (X, 2003, Barcelona). Grupo Geyseco.

Swales M.A, Heard H.L: *Dialectical Behaviour Therapy*. New York. Routledge. 2009.

Tarpy R.: *Principios básicos del aprendizaje*. Madrid. Debate. 1983

Vallejo J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatrá.* 3ª edición. Barcelona. Masson. 1991

Williams K., Tog D.*: Love and Loathing. Protecting your mental health and legal rights when your partner has a Borderline Personality Disorder*. Milwaukee. Eggshells Press.1999. ✶✶

Winkler K., Kreger R.: *Hope for Parents; Helping your borderline son or daughter without sacrificing your family or yourself*. Clinical review by Paul Mason, MS, CPC, 1999. ✶✶

Vollmoeller E.: *Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen***.** Heidelberg. Springermedizin Verlag, 2005.

Zinbarg R.E., Craske M.G., Barlow D.H.: *Mastery of your anxiety and worry*. New York. Oxford University Press. 2006.

✶✶ Recomendados para familiares y afectados

2ª Edición revisada

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