

Ángel Ubach Royo

INFLUENCIAS AMBIENTALES EN EL TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

*Trabajo de Fin de Carrera
dirigido por
Martín F. Echavarría*

Universitat Abat Oliba CEU
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Licenciatura en Psicología

2012

“Es bueno que existas, es bueno que estés en el mundo”

JOSEF PIEPER

Resumen

El presente trabajo profundiza en el estudio del Trastorno Límite de la Personalidad enfatizando su etiología y su tratamiento desde el punto de vista de los factores ambientales. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica acerca del tema y se han propuesto una serie de aspectos a tener en cuenta para el futuro desarrollo de un modelo etiológico y de tratamiento.

Resum

El present treball aprofundeix en l'estudi del Trastorn Límit de la Personalitat emfatitzant la seva etiologia i el seu tractament des del punt de vista dels factors ambientals. Per a això s'ha realitzat una revisió bibliogràfica sobre el tema i s'han proposat una sèrie d'aspectes a tenir en compte per al futur desenvolupament d'un model etiològic i de tractament.

Abstract

The present job is a deeply study about the Borderline Personality Disorder with special emphasis on its etiology and treatment, influenced by environmental factors specifically. For this it has been made a bibliographic review as regards this subject, propossing a series of aspects to be aware for the future treatments and etiologic models development.

Palabras clave / Keywords

Trastorno Límite de la Personalidad — Personalidad — Trastornos de la Personalidad — Etiología — Psicoterapia

Sumario

Introducción	9
1. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).....	11
1.1. Conceptos básicos sobre la Personalidad y sus Trastornos.....	11
1.2. Introducción al concepto del TLP y evolución histórica.....	15
1.3. Qué se entiende actualmente por TLP.....	17
1.4. Los síntomas del TLP a través y más allá del DSM-IV-TR.....	20
1.5. Patoplastia del TLP y sus consecuencias.....	35
1.6. Prevalencia y epidemiología.....	39
2. Teorías etiológicas y explicativas del Trastorno.....	43
2.1. Clasificación conceptual y perspectivas.....	43
2.2. Perspectiva biológica.....	45
2.3. Perspectiva psicodinámica.....	47
2.4. Perspectiva del apego.....	47
2.5. Perspectiva interpersonal.....	49
2.6. Perspectiva cognitiva y cognitivo conductual.....	50
2.7. Síntesis biopsicosocial-evolutiva.....	51
2.8. La creciente importancia ambiental en el TLP.....	55
3. Tratamientos para el Trastorno Límite de la Personalidad.....	69
3.1. Introducción a los tratamientos.....	69
3.2. Tratamientos psicodinámicos.....	71
3.3. Terapias cognitivas.....	72
3.4. Terapia dialéctico conductual.....	73
3.5. Otras terapias.....	77
3.6. Propuestas psicoterapéuticas: Un enfoque desde lo ambiental.....	79
Conclusión.....	87
Bibliografía	89

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo comprender de forma integral el Trastorno Límite de la Personalidad. Para ello se realizará una revisión bibliográfica acerca del mismo que nos permitirá apreciar su profundidad, así como sugerir aspectos a tener en cuenta a la hora de realizar un modelo etiológico y de tratamiento.

Nuestra hipótesis de partida es que el Trastorno Límite de la Personalidad tiene su origen, principalmente, en una mala vinculación parental por la cual, quienes lo padecen, no llegan a sentirse amados como personas dignas en sí mismas. A la sintomatología derivada se le sumarán una serie de influencias ambientales poco saludables que evitarán que la persona pueda vincularse a otros organismos sociales que le den estabilidad y sentido a su vida.

Para este estudio dividiremos el trabajo en tres partes: una primera, introductoria del trastorno, en la que veremos qué se conoce y qué falta por conocer del trastorno límite de la personalidad; una segunda, en la que nos detendremos en los principales enfoques etiológicos del trastorno límite de la personalidad y propondremos aspectos a tener en cuenta para el desarrollo de un modelo integral en estudios futuros; y una última parte en la que focalizaremos nuestra atención en los tratamientos más utilizados para los pacientes con TLP y volveremos a sugerir algunos aspectos a tener en cuenta a la hora de desarrollar un modelo de tratamiento para este tipo de pacientes.

1. El trastorno límite de la personalidad (TLP)

1.1. Conceptos básicos sobre la Personalidad y sus Trastornos

Antes de realizar una primera aproximación al Trastorno Límite de la Personalidad, debemos delinear qué se entiende por personalidad y por trastorno de personalidad.

Cuando se habla del concepto *personalidad*, hay que mencionar a Gordon W. Allport (1986), quien la definía como “la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos” (p. 47). La mayoría de los autores que tratan el tema de la personalidad la dividen en temperamento y carácter. El temperamento englobaría todas las disposiciones naturales y biológicas que nos inclinan a tener unos u otros rasgos mientras que el carácter haría referencia a la parte adquirida de la personalidad:

El temperamento se refiere al modo de reacción y es algo constitucional e inmodificable; el carácter se forma esencialmente por las experiencias de la persona y, en especial, por las de su infancia y es modificable hasta cierto punto por el conocimiento de uno mismo y por nuevas experiencias (Fromm, 1980, p. 65).

Desde otro punto de vista, se entiende la personalidad como la conjunción de una serie de rasgos —ya sean de naturaleza temperamental o caracterial—. Millon y Davis (2001), autores de renombre en este campo, describen los rasgos como “un patrón duradero de comportamiento que se expresa a lo largo del tiempo y en distintas situaciones” (p. 37). Existen rasgos que cuando aparecen de forma conjunta y son inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo en el individuo constituyen un trastorno de personalidad (APA, 2009).

Ésta es, a grandes rasgos, la concepción actual de la personalidad y los trastornos de la personalidad en general —más adelante nos adentraremos en este tema—. Sin embargo, creemos que cabe realizar algún apunte a esta visión contemporánea.

En primer lugar, por lo que se refiere a la personalidad en sí y a su constitución, hay que mencionar uno de los temas que, creemos, está sumamente olvidado en la literatura científica de nuestro ámbito. Nos referimos a la libertad, la responsabilidad y la elección. Dicho olvido termina por reducir la personalidad al resultado de las

interacciones de las tendencias biológicas y los factores ambientales, dejando la persona como un ser inerte a la deriva, azotado por su genética, su entorno, sus pulsiones inconscientes, o todo a la vez. Veamos un ejemplo: “the relationship between family risk factors and psychopathological outcomes is rarely predictable. One reason is that environmental adversities have different effects on different individuals, depending on temperamental factors” (Paris, 2005, p. 195). Como vemos en Joel Paris, un autor reconocido entre los investigadores del trastorno límite de la personalidad, las diferencias individuales frente a un mismo suceso partirían de factores temperamentales, sin llegar a concebir la libertad como un factor a considerar. No se niega textualmente, pero tampoco se la tiene en cuenta.

Desde esta perspectiva, defendemos que la personalidad se forja a partir de unas tendencias constitucionales (dadas) que se van actualizando o expresando en función de las condiciones ambientales y cómo cada persona haga uso de ellas mediante sus actos y elecciones. Es decir, “el temperamento, entonces, sería el conjunto de inclinaciones afectivas naturales, mientras que el carácter resultaría de la modificación de esas disposiciones por la formación de los hábitos” (Echavarría, 2005, p. 171). Esta concepción va más allá de todo determinismo ambientalista y/o biologicista. Con ella partimos, pues, de que la persona es libre, lo que, como veremos, dará un esclarecedor enfoque a lo que se diga.

Otro punto a comentar, es el hecho de que Allport escogiera el término *personalidad* por encima de *carácter*. Para él, *personalidad* es una expresión que no implica la realización de un juicio moral mientras que *carácter* sí lo hace. Así consigue que su definición sea neutra, lo que difumina las causas ya de por sí complejas e inciertas de las desviaciones de los rasgos de la personalidad. Es decir, por alguna razón, se da una desorganización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamientos característicos desarrollándose así unos rasgos patológicos. Sin embargo, el autor no alude a las causas de la aparición de dicha desorganización. Con la concepción que hemos propuesto sobre la interacción entre temperamento y carácter, en cambio, se puede ver que tales rasgos anómalos son fruto de la realización de una serie de conductas patógenas. Es decir, a partir de lo que la persona es y de lo que la condiciona realiza actos libres que la inclinan a ser de tal o cual modo. La corrección o incorrección — en función, repetimos, de sus inclinaciones naturales y de sus condiciones ambientales— de tales actos será lo que la incline a desarrollar una personalidad desviada en mayor o menor medida.

Tras estos apuntes será necesario ver, qué se entiende en psicopatología por trastorno de personalidad. Para ello recurriremos al DSM-IV-TR aunque haya sido ampliamente criticado y esté en proceso de desaparición en pro del futuro DSM-V. Los criterios del DSM-IV-TR para un Trastorno de la personalidad son los siguientes (APA, 2009):

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
2. afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
3. actividad interpersonal
4. control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Se considera, pues, el trastorno de la personalidad (TP) como un patrón estable que interfiere en todas las áreas de actividad del sujeto. Por esta *estabilidad* que se subraya como criterio para la configuración de un trastorno de personalidad se ha dado a estos pacientes por imposibles de cambiar, en especial el trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, actualmente, se ha descubierto que esto no era cierto del todo —error que se corregirá en el próximo DSM:

Algunos TP no son tan inflexibles ni tienen tan mal pronóstico como se pensaba. En este sentido es interesante la diferenciación del grupo de Tyrer entre pacientes de *tipo R* (sin conciencia de trastorno ni motivación para el

cambio) y de *tipo S* (con conciencia de trastorno y motivación para la terapia) (Esbec y Echeburúa, 2011, p. 2).

Vista la definición general de los trastornos de la personalidad, diremos que existen diez trastornos de personalidad —aparte del trastorno de la personalidad no especificado— que se dividen en tres grupos o clústeres:

— El primero hace referencia a aquellos trastornos cuyos rasgos principales se caracterizan por la excentricidad o lo raro, como serían el Trastorno paranoide de la personalidad, el Trastorno esquizoide de la personalidad y el Trastorno esquizotípico de la personalidad.

— El segundo hace referencia a aquellos trastornos cuyos rasgos principales se caracterizan por la dramaticidad o emocionalidad, como serían el Trastorno antisocial de la personalidad, el Trastorno límite de la personalidad, el Trastorno histriónico de la personalidad y el Trastorno narcisista de la personalidad.

— El tercero hace referencia a aquellos trastornos cuyos rasgos principales se caracterizan por la ansiedad y el temor, como serían el Trastorno de la personalidad por evitación, el Trastorno de la personalidad por dependencia y el Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Las críticas que hemos mencionado anteriormente sobre el DSM-IV-TR se refieren a la inespecificidad de cada trastorno y los problemas diagnósticos que conlleva:

Cualquier estudiante de psiquiatría o de psicología que quiera orientarse por el DSM IV en esta omnipresente y a la vez huidiza patología, encontrará diez distintos trastornos de la personalidad a los que hay que añadir para mayor inri un undécimo llamado «trastorno de la personalidad no especificado», como si los anteriores lo estuvieran (Pereña, 2009, p.7).

Y es que parece haber problemas con “la heterogeneidad de las categorías, el solapamiento entre criterios que generan una gran comorbilidad en el Eje II (excesivos diagnósticos) y la consideración de las categorías como arbitrarias” (Esbec y Echeburúa, 2011, p.3). En resumen, “hay fallos en la consistencia interna hasta el punto de que el solapamiento de cuadros clínicos es excesivamente amplio” (Esbec y Echeburúa, 2011, p. 2).

Otra de las consecuencias negativas de este tipo de clasificación radica en que más veces de las deseables se deja de considerar que los rasgos configuran tal o cual

trastorno y se pasa a pensar que tal o cual trastorno produce los rasgos, como suele suceder en la clínica. Incontables veces pueden oírse —fruto de esta confusión— apreciaciones como “es normal que actúe así puesto que es límite”, lo que viene siendo una prueba de lo que decimos. De esta forma se reduce la libertad y la voluntad en pro de un diagnóstico que “no deja de ser una descripción de un conjunto de problemas que tienen algunas personas, que son agrupadas y posteriormente, divididas por categorías, en función de similitudes.” (Mosquera, 2009, p. 8).

Hemos visto, pues, cómo se conciben la personalidad y sus trastornos así como las limitaciones de dichas concepciones. Nuestro trabajo no tiene como propósito, sin embargo, el estudio de la personalidad ni sus trastornos en general, por lo que partiendo de lo existente vamos a profundizar en nuestro verdadero objeto de estudio: el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

1.2. Introducción al concepto del TLP y su evolución histórica

El término *límite* o *borderline* puede usarse para designar tres realidades distintas en psicología: En primer lugar, a la conocida como esquizofrenia *borderline* con la que se designaba al actual trastorno esquizotípico de la personalidad; en segundo lugar, a la inteligencia *borderline* que hacía referencia a aquellas personas cuyas capacidades cognitivas oscilan entre el retraso mental y la normalidad —de estas dos realidades no trataremos en el presente trabajo—; y, en tercer lugar, para hablar del trastorno límite de la personalidad, objeto de nuestro estudio.

Para muchos autores, el vocablo *límite* no es explicativo ni adecuado para una clasificación categorial de los trastornos mentales como es el DSM. Aunque la OMS denomine el desorden como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” en su CIE-10 cae también en el error al usar el término en el subtipo (Rubio, Molina y Pérez, 2003).

Muchos autores lo consideran ineficaz para definir la característica básica o central que define el trastorno (Álvarez, 2001). Es por ello, por lo que algunos autores han sugerido otras denominaciones alternativas tales como personalidad inestable, personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad o trastorno lábil de la personalidad que podrían resultar más adecuados (Millon y Davis, 1998) (Escribano, 2006, p.8).

Tal término tiene su origen en la concepción psicodinámica de este trastorno. Uno de los representantes de esta corriente, Adolf Stern, estudió en 1938 a un grupo de pacientes neuróticos y refractarios a la psicoterapia que tendían a realizar regresiones en situaciones no estructuradas. Para él, se encontraban en el límite entre las neurosis y las psicosis. (Rubio, Molina y Pérez, 2003).

Antes de Stern muchos autores habían descrito este tipo de personalidad, pero no fue hasta la obra *Personalidades psicopáticas* de Kurt Schneider que se empezó a realizar una clasificación de los trastornos de la personalidad (Rubio, Molina y Pérez, 2003). Este autor habla de “psicópatas lábiles de ánimo” para referirse a lo que hoy en día se denomina TLP:

Los psicópatas *lábiles de estado de ánimo* son sujetos que tienen antojos irritable-depresivos que se presentan de improviso. A menudo resulta difícil decir si estos cambios de humor son reactivos, es decir, si poseen una motivación psíquica. En todo caso estos sujetos tienen días especiales en que reaccionan depresivamente con más facilidad y persistencia que en otros. Se trata de una reactividad depresiva incrementada o reforzada, basada en un fondo que en sí mismo no está determinado reactivamente. Estas distimias dan origen a toda clase de acciones, como las fugas o los excesos en la bebida (Schneider, 1997, p. 52).

Otros autores de relevancia en el estudio del TLP y que influyeron en la introducción del término *límite* para denominar este trastorno fueron Schmeiderberg en 1947, quien consideraba a los pacientes con TLP como incapaces de tolerar la rutina; Knight en 1953, que remarcaba “la debilidad del yo” como elemento crucial; y Grinker *et al.* en 1968, quienes realizaron un estudio y extrajeron algunas características comunes como la ira, los defectos en las relaciones afectivas, la ausencia de identidad y la soledad depresiva (Mosquera, 2009; Gunderson, 2009).

El siguiente gran paso fue el dado por Otto Kernberg, un psicoanalista que conceptualizó al límite como una forma de organización de la personalidad distinta a las organizaciones neuróticas y psicóticas, en su límite (Millon y Davis, 2001).

Finalmente, podríamos decir que el término se oficializó con su entrada en el DSM-III en 1980 lo que, desde entonces, ha propiciado muchas investigaciones, desencadenándose gran controversia en torno al origen, tratamiento y posible pronóstico de este trastorno (Mosquera y González, 2011).

1.3. ¿Qué se entiende actualmente por TLP?

Como venimos diciendo, el Trastorno Límite de la Personalidad parte de una concepción algo difusa. No sólo no parece, como hemos dicho, muy correcto llamar *límite* a un trastorno de un modelo categorial, sino que, además, su inespecificidad no es sólo conceptual. Algunos autores creen que la escasa definición del trastorno es la verdadera causa de su comorbilidad. Su falta de delimitación le atribuye una multiplicidad sintomatológica que es causa de sobrediagnósticos, como nos explica Millon (1996):

It is, in my judgment, overly diagnosed, having become a wastebasket for many patients [...] Exhibiting almost all of the clinical attributes known to descriptive psychopathology, borderline conditions lend themselves to a simplistic, if not perverse form of diagnostic logic; that is, patients who display a potpourri of clinical indices, especially where symptomatic relationships are unclear or seem inconsistent, must perforce be borderlines (p. 167).

Veamos cuáles son algunos de estos múltiples síntomas de la mano del principal sistema de clasificación (APA, 2009):

F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Vemos, pues, que el trastorno límite se caracteriza por una elevada inestabilidad tanto interna (afectiva y cognitivamente), como externa (conductual e interpersonalmente), una falta de identidad, un alto nivel de impulsividad, ideas autolíticas, estado de ánimo reactivo y sentimiento de vacuidad, así como por cierta sintomatología paranoide o de cuadros disociativos derivados de situaciones estresógenas. Lógicamente y como explica Mosquera (2009):

Aunque el citado manual los recoge de manera independiente, en la práctica esta 'independencia' es relativa. Es más, tratar estos criterios (que se traducen en dificultades) de manera independiente, puede ser uno de los aspectos que contribuyen a la confusión y que dificulten la comprensión de este trastorno (p. 7).

Sin embargo, más allá de sus síntomas existen múltiples modelos que tratan de explicar la génesis del TLP. Por el momento recurriremos a los dos autores que según Millon y Davis (2001) han sido los que más han contribuido en la definición de este trastorno en el DSM: Otto F. Kernberg y John G. Gunderson.

Para el primero —quien, como hemos dicho, dio gran apoyo al término *límite* y lo consideraba un trastorno entre las psicosis y neurosis—, el trastorno tiene su origen en la subfase de reaceramiento de la fase de separación-individuación de M. Mahler que tiene lugar entre los 16 y 30 meses. En ese momento, el niño no interioriza como debiera, una imagen de la figura de la madre como una presencia constante, temiendo que las separaciones respecto de la progenitora terminen en la desaparición de la misma. Esto provocará que esa ansiedad de separación sea revivida en su adultez por la ausencia de imágenes internalizadas estables de

figuras de apego, lo que podrá generar regresiones a estadios del yo más primitivos e intolerancia a la separación y soledad. El psicoanalista atribuye esta respuesta a un exceso de agresividad en el niño producida por causas constitucionales, por unos progenitores insensibles a las necesidades del niño o por una combinación de ambos. Tales condiciones reducen, según Kernberg, la habilidad para integrar las buenas y malas imágenes, configurando dos sistemas separados que se irán proyectando en sí mismo o en los otros. De ahí sus cambios repentinos de ideas y valores, su labilidad emocional, etc. Normalmente la imagen negativa prevalece sobre la positiva, que termina siendo destruida por la primera. Cuando esta imagen se proyecta fuera, interpretan a los otros como malintencionados perseguidores que buscan su perjuicio, mientras que, cuando se introyecta, las personas se devalúan hasta el punto de plantearse el suicidio. Esto sería el mecanismo de defensa de la escisión que, para el autor, explicaría la debilitación de la identidad de estos sujetos y sus cambios repentinos y extremos (Millon y Davis, 2001; Rubio, Molina y Pérez, 2003; Rodríguez y Murias, 2006). De los síntomas del paciente con trastorno límite, el autor destaca una tríada formada por “la debilitación del yo, las manifestaciones emocionales primitivas de intensidad elevada y los problemas de impulsividad” (Millon y Davis, 2001, p. 452). Otras características de estos pacientes son las dificultades en las relaciones interpersonales, alteraciones de su experiencia de la realidad aunque conservando el juicio de la realidad, dificultades para la comprensión profunda de los demás e intolerancia a la ansiedad (Mosquera, 2009).

Gunderson y cols., por su parte, insisten en que el límite es un trastorno definido que puede describirse al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos (Millon y Davis, 2001). Piensan que el núcleo del trastorno límite de la personalidad es la intolerancia a la soledad e, incluyendo una fuerte influencia genética, lo relacionaron con las teorías centradas en el apego de Fairbairn y Bowlby. Según estos autores, los pacientes con TLP tendrían un apego inseguro que los llevaría a tener que controlar constantemente la proximidad del cuidador (Mosquera y González, 2011). Destaca la hipersensibilidad de los pacientes límites y su miedo excesivo y crónico a ser abandonados (Gunderson, 2011), así como otras características principales (Serrani, 2011; Mosquera, 2009):

- Sus relaciones intensas e inestables que oscilan entre la superficialidad, la dependencia y la manipulación en las cuales el paciente con TLP siempre termina herido.
- Afectividad intensa (estados depresivos, hostilidad, etc.)
- Comportamientos impulsivos (que incluyen desde actos autolesivos hasta sobredosis de sustancias, promiscuidad, etc.).

- Alteraciones perceptivas y en el pensamiento, frecuentes despersonalizaciones y episodios psicóticos breves.
- Alteración de la identidad.

Las influencias de estos dos autores sobre la concepción y definición del DSM ha sido en cuanto a los síntomas y no en cuanto a la etiología del trastorno. Antes de pasar a los enfoques etiológicos propuestos, será necesario ahondar más en qué es el Trastorno Límite de la Personalidad, cuales son sus características específicas, a qué se debe su relevancia, etc.

1.4. Los síntomas del TLP, a través y más allá del DSM-IV-TR

Tras lo dicho, es conveniente hablar de lo que se sabe del Trastorno Límite de la Personalidad o, al menos, de las características que se considera que forman parte de este trastorno. Como ya nos hemos hecho una idea general de qué es el TLP gracias al DSM y a Kernberg y Gunderson, en este apartado nos centraremos en cada uno de los ítems y, en caso necesario, hablaremos también de otras características presentes en este trastorno no contempladas en la clasificación DSM.

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

Empezaremos, pues, por el primer criterio. Se dice que estos pacientes realizan esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. El DSM (APA, 2009), coincidiendo con Gunderson, atribuye esto a una incapacidad para estar solos. Millon y Davis (2001), por su parte, hacen hincapié en el hecho de que tal miedo y esfuerzo, se produce con o sin motivo: “Aun manteniendo relaciones muy seguras, el temor al abandono llega a imponerse a la realidad llegando a niveles casi delirantes, como si la propia coherencia o su propia identidad pudieran disolverse si la relación llegara a su fin” (p. 458).

Vemos con la aportación de Millon y Davis la interrelación existente entre los criterios —tema que trata con especial lucidez Mosquera en uno de sus artículos (2009)—. En ella se ha hablado tanto del primer criterio, como del criterio 3 (acerca de la alteración de la identidad) y de otros problemas asociados no presentes en los criterios DSM como son las ideas delirantes, etc. (en el DSM se habla de ideación paranoide transitoria y sintomatología disociativa (Criterio 9)). Estos autores explican

que el hecho de establecer una frontera representa, para ellos, el rechazo que puede llevarles a emociones intensas como la ira (criterio 8).

Para Mosquera y González (2011), estos esfuerzos para evitar el abandono son por su necesidad de apego, lo que contribuye a la intensidad e inestabilidad de las relaciones interpersonales de estos pacientes. Los TLP tendrían apego inseguro de tipo ansioso-preocupado que, según las autoras, tiene una misma estrategia conductual: "Como no puedo predecir qué va a hacer mi cuidador, si me cuelgo de su cuello (con llanto, grito, pataleo) por lo menos me aseguro de que va a estar presente" (p. 22).

Vemos, pues, que relacionarse con una persona así no debe ser fácil. Tanto por el otro que se acerca, como por el paciente con TLP que, con sus ideas deliroides, puede saltar a la mínima señal de abandono, aunque ésta no se haya producido. Pasemos pues a explorar el segundo criterio del DSM-IV-TR.

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

Al analizar el primer paso que se da en los TLP cuando conocen a una persona, la idealización, Millon y Davis (2001) advierten que:

Si bien todo el mundo quiere a alguien especial, muchos límites anhelan una relación que confirme su verdadera existencia, una figura poderosa o educadora que les haga sentirse seguros. Al principio se sienten mágicamente implicados, idealizan a esa persona y la colocan en un pedestal como si se tratara de lo mejor que se ha visto nunca. Como esta persona es tan especial, el límite también se siente especial, al ser el destinatario del cariño y el afecto de esa persona tan perfecta (p. 458).

Sin embargo, esa persona tan especial, por muy buena que sea, tarde o temprano los decepcionará. Su necesidad de atención, amor, cariño o todo a la vez, no puede ser llenada por esa persona que no podrá ser esa imagen que el paciente con trastorno límite le pide que sea. Entonces se pasará a la devaluación inmediata.

Según A. Higgitt y P. Fonagy, esta inestabilidad interpersonal está ligada a un trastorno de apego. De hecho, para ellos la ausencia de estabilidad es la marca distintiva de los trastornos de apego (Mosquera y González, 2011):

Para poder apegarse a un progenitor inconsistente y agresivo, el niño no tiene a veces otra opción que idealizarlo para construir una imagen parental en ocasiones muy distante de la realidad [...] Los aspectos atemorizantes de la figura parental son almacenados en otro estado mental, asociado ya no al apego, sino a los sistemas biológicos de defensa. Ambos estados mentales, mediados por estructuras y sistemas neurobiológicos diferentes, pueden alternar a veces sin solución de continuidad, produciendo los drásticos cambios de la idealización a la devaluación que se observan en estos pacientes (p. 22).

Mosquera (2009) nos advierte que la dependencia del paciente límite a veces puede manifestarse de forma indirecta con, por ejemplo, respuestas hostiles. Por una parte, sienten esa necesidad de cercanía, pero cuando la consiguen, aunque sea mínimamente, de forma real o imaginada, temen perder su identidad, se sienten vulnerables y experimentan deseos de separación (Millon y Davis, 2001). Esto causa, como es lógico, gran desconcierto en la persona objeto de su dependencia lo que les lleva a mantener relaciones inestables y conflictivas hasta el punto que, como indica la APA (2009), los pacientes límite "se pueden sentir más seguros con objetos transitorios (p. ej., un animal doméstico o propiedades inanimadas) que con las relaciones interpersonales." (p. 792)

Esta característica influirá en gran medida a la hora de establecer el vínculo terapéutico, puesto que como podemos imaginar, el terapeuta podrá pasar de ser idealizado creándose una dependencia, a ser devaluado, llevando, en muchos casos, a que el paciente abandone la terapia (Millon y Davis, 2001). Ligado a este segundo criterio y también al resto, tenemos el tercero.

3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

Millon y Davis (2001) dan la siguiente interrelación entre este criterio y el anterior:

En general, cualquier patrón de personalidad que considere a los demás el centro de su vida tiene el riesgo de desarrollar una personalidad límite. El deseo de vincularse a los otros para que les apoyen emocionalmente y satisfagan todas sus necesidades es una prueba tanto de la debilidad del yo como de una alteración de la identidad, con lo cual aparece inestabilidad en

las relaciones interpersonales y sentimientos de vacío y desesperación cuando los demás se alejan (p. 443).

Por lo que respecta al criterio de la alteración de la identidad, Millon y Davis la identifican como la causa de lo expuesto sobre el segundo criterio.

En cuanto a la causa de este criterio concreto, Kernberg afirma que la difusión de la identidad se debe a su incapacidad para integrar representaciones positivas y negativas del *self*, mientras que Jonathan Adler destaca la incapacidad de los TLP para internalizar aspectos satisfactorios de la madre, lo que les impedirá desarrollar una visión cohesionada de sí mismos (Novella y Plumed, 2005). En una línea similar a la de éste último están Dolores Mosquera y Anabel González (2011), aunque ponen más énfasis en los cuidadores y no tanto en la incapacidad del niño, achacando la fragmentación interna al caos circundante del niño:

La identidad nace de la integración armónica de varios subsistemas, que habrán de activarse en respuesta a situaciones diferentes. Pero cuando el niño ha de defenderse de la misma persona a la que ha de vincularse, toda la organización interna se trastoca. Cuando externamente las situaciones son confusas, el sistema interno ha de fragmentarse en búsqueda de la necesaria coherencia y consistencia (p. 23).

Millon y Davis (2001) destacan de esta alteración de la identidad los cambios bruscos en el autoconcepto de pacientes con trastorno límite, que les lleva a que aspectos de la personalidad o temas concretos parecen dominar la totalidad. Algunos autores (Mosquera, 2009; Mosquera y González, 2011) entienden estos cambios en función de lo que rodea al TLP. Es decir, por carecer de una identidad definida (el paciente con TLP), busca pistas en los demás. Este fenómeno estaría relacionado, en algunos extremos, con otros que se pueden observar en las hospitalizaciones del TLP: la mimetización. Como explica Mosquera, los TLP ingresados suelen copiar sintomatologías de otros pacientes llegándolas a creer propias. Sin embargo, no pueden evitar que tarde o temprano se sientan como farsantes, lo cual es muy común en ellos, ya sea por integrar en su personalidad síntomas de otros pacientes, características, valores, preferencias u opiniones de otras personas. En esta línea y por estos motivos Cohen decía que eso daba a los límite un aspecto camaleónico (Fuchs, 2007).

Entonces, parece ser que los cambios bruscos se deben a una falta de identidad en los TLP y que se dan en función de las personas de su alrededor. Pero ¿por qué esta relación entre carencia de identidad y mimetización?

Helen Deutsch describió a un grupo de pacientes, a los que denominó personalidades como si, que tendían a adoptar las características de los demás para "retener su amor". Según esta autora los pacientes no disponían de un yo bien definido y por eso recurrían a esta compleja manera de "conservar a los demás en ellos" (Mosquera, 2009, p. 12).

Recogiendo un poco lo dicho, aunque sobre estos temas nos extenderemos de nuevo más adelante, parece que la falta de un apego saludable en las edades tempranas del niño podría llevarlo a no sentir satisfechas sus necesidades de afecto, lo que lo llevará a buscar el amor de los otros. Todos sabemos que los amigos se crean por temas en común. Uno no será amigo de aquel que no se le parezca o no represente aquello que él busca. Un ejemplo de esto lo vemos con facilidad en los niños pequeños. De ahí que pensemos que los TLP, lo que buscan en el fondo no es otra cosa que sentirse aceptados mediante esos cambios que realizan.

De hecho, los TLP suelen hacer más fácilmente lo que se espera de ellos que lo que ellos querrían hacer, buscando agradar muchas veces a los otros, especialmente a desconocidos (Mosquera, 2009). Parece, pues, que por su falta de afecto temprano, su ambiente desorganizado, etc. desarrollarán estas escisiones internas y esta alteración en la identidad: "When experiences of trustful relationships are missing, the child will not establish the inner representations of others that are necessary to form coherent narratives of oneself. Hence, BPD may also be regarded as a disorder of early social attunement and intersubjective temporality" (Fuchs, 2007, p. 383).

Otro aspecto interesante acerca de este tercer criterio es el hecho de que muchas afirmaciones, acciones o ideas del paciente con trastorno límite de la personalidad que a cualquiera podrían provocar incongruencias, no despiertan suspicacia alguna en el paciente límite. Con palabras de Millon y Davis (2001), es capaz, por sus escisiones, de albergar representaciones objetales distintas, sin que esto le produzca interrogante alguno.

Pero más allá de todo esto, y para finalizar la explicación de este complejo tercer criterio, nosotros nos inclinamos a pensar que lo que dice Mead resume lo dicho: "Social identity theorists, notably G.H. Mead, have also emphasized the extent to

which our identity derives from seeing ourselves in others' eyes and hence learning who we are" (Fuchs, 2007, p. 383).

Más adelante haremos hincapié en este tema. Ahora sólo nos interesaba hacer esta delineación, antes de pasar al cuarto criterio.

4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad son personas con poco autocontrol de sus impulsos y apetencias. El hecho de no saber quiénes son, qué quieren o qué les gusta (criterio 3) les empuja a probar sustancias, a realizar conductas desviadas en orden a experimentar nuevas sensaciones y explorar nuevos horizontes. A esto se le suman las consecuencias del fenómeno de la mimetización y su inestabilidad interpersonal, puesto que de amigos u otros pacientes que vea aprenderá conductas desadaptadas como atracones de comida, abusos de sustancias, promiscuidad sexual, etc. Todo para, como decía Helen Deutsch, "retener su amor".

Muchos autores, sin embargo, destacan la base biológica que se relaciona con esta impulsividad. Esto es así hasta el punto en que, como veremos, algunos autores como Zanarini (Guzder, Paris, Zelkowitz y Marchessaultm, 1996), llegan a considerar que el trastorno límite de la personalidad sería un trastorno del espectro impulsivo.

Con todo, Mosquera (2009) destaca que a pesar de dicha base biológica, la impulsividad del paciente con trastorno límite procede también de una dificultad para aprender de la experiencia, de la baja tolerancia a la frustración, de la dificultad para reflexionar sobre las consecuencias de los actos, de la hipersensibilidad y de los cambios bruscos de humor. Es decir, la impulsividad también sería fruto de una carencia de recursos, tanto a nivel temperamental como caracterial, que hacen vulnerables a los sujetos.

Si bien es innegable una parte biológica, pensamos que existe una parte aprendida de gran peso que no ha favorecido la adquisición de patrones de conducta sanos ni ha fomentado la regulación de dicha impulsividad en orden a tener un

comportamiento adecuado. Los refuerzos externos que ayudan a que se desarrollen tales patrones o hábitos son cada vez menores como veremos más adelante.

Esta impulsividad, más allá de su causa, tiene importantes consecuencias en todos los ámbitos. Una de ellas se relaciona con el criterio que veremos a continuación.

5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

Parece haberse demostrado una relación entre el abuso de sustancias (conducta cuya causa se atribuye a la impulsividad) y las conductas autolesivas como mutilaciones o promiscuidad sexual (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006), sin embargo, en un plano más explicativo del criterio, nos dice la APA (2009):

Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad (p. 791).

Vemos, pues, que este criterio se da con más frecuencia en personas impulsivas, que tiene un porqué en la vida del individuo. Hay algo que lleva a que su impulsividad se exprese de esta forma. Revisando lo dicho por el DSM, diferenciamos dos posibles motivos:

1. Para gestionar emociones negativas. Por ejemplo, el paciente con trastorno límite podría autolesionarse como forma de autoexpiación ante un sentimiento de culpa; ante emociones provocadas por la soledad o el miedo a la soledad; ante situaciones estresantes en las que se ven incapaces de asumir responsabilidades, etc.
2. Para evitar fenómenos disociativos.

En referencia al primer motivo, Mosquera y González (2011) observan que a veces, los TLP, se producen dolor físico por ser más soportable que el emocional. Asimismo, también relacionan la causa con fenómenos disociativos, recuerdos de traumas pasado, etc. Gunderson (2009), por su parte, está de acuerdo con esta afirmación, pero matiza lo siguiente:

When a borderline patient cuts him- or herself, the behavior can be understood as providing relief by directing intolerable and inchoate psychic pain into physical pain with both a welcome focus of attention and a welcome release of neurohormones. [...] Such conceptualizations still need to recognize that the intensity or intolerance of the affect has a heritable base—as does, probably, the violent and impulsive cutting behavior itself—and that the patient has a special sensitivity to rejection. But so much is lost if in addition to these explanatory conceptions the cutting is not also seen as an act of self-punishment related to an overly harsh self-judgment reflecting a long-standing perception of 'badness'.

It is the latter translation of the event that reintroduces the mind. When that sense of badness is further understood as having been derived in part from a family context with much criticism and little nurturance, we begin to give color and distinction to the environmental experiences that account for much of the etiological variance behind the patient's cutting. We also begin to recognize a unique personal narrative that allows the person's life experience to be meaningful and unique and for the person to feel understandable and acceptable—and not as bad as he or she thought (Gunderson, 2009, p. 536).

Vemos que existe, como es lógico, una clara relación entre las experiencias vitales del paciente y las conductas autolesivas. De hecho, el riesgo de desarrollar comportamientos autolesivos aumenta con el abuso sexual por parte de los padres y la negligencia emocional durante la infancia (Millon y Davis, 2001). En este sentido las autoras Mosquera y González (2011) refieren que aunque esas conductas puedan interpretarse como manipulaciones, en realidad son una forma que parece efectiva a los ojos del paciente para hacer frente a unas emociones que, en un contexto de apego seguro, habría aprendido a regular de una forma más saludable.

Respecto al segundo motivo, Millon y Davis (2001) advierten que la mitad de los que se autolesionan no sienten dolor durante el episodio y que tal hecho se relacionaría con una mayor proclividad a los trastornos disociativos. Los autores llegan a llamar a estos sujetos pacientes *analgésicos*.

Tales comportamientos autolesivos suelen llegar a suicidio en muchos casos (el 8-10% de estos sujetos) (APA, 2009) —lo que, como dice Escribano (2006), citando a Cervera *et al.* (2005), supone 400 veces la tasa de suicidio de la población en general—. Y, en la línea de lo que veníamos diciendo acerca de las experiencias

vitales relacionadas con estas conductas, podemos ver qué factores aumentarían el riesgo de suicidio (Trastorno límite de la personalidad (TLP), 2006, p. 15):

- Historia previa de intentos de suicidio (es el principal factor predictivo de suicidio consumado).
- No tener pareja, estar sin trabajo y encontrarse aislado socialmente.
- Historia de abuso sexual.
- Nivel educativo elevado (posiblemente por rotura de expectativas).
- Mayor gravedad de trastorno (más impulsividad).
- La comorbilidad con abuso de sustancias y con episodio depresivo mayor.

Las conductas autolesivas y suicidas no son un criterio simple del TLP. El hecho de padecer un TLP no implica realizar este tipo de comportamientos. Se debe a una multiplicidad de factores. En este sentido, no nos parece del todo correcto decir, como hacen muchos autores, que un porcentaje de pacientes se suicidan, o tienen conductas autolesivas, puesto que es evidente que se dará en un alto grado de pacientes si se toma ese hecho como un criterio diagnóstico. Este razonamiento, “si se autolesiona” es un criterio de TLP, y, “se da en el 90% de estos pacientes”, es un argumento circular. Esto constituiría en lógica una falacia puesto que el hecho de que para ser TLP se tengan que cumplir ciertos criterios y éste sea uno de ellos, implicará que, por lógica, haya un alto porcentaje de personas con TLP que realicen tal conducta, pues de no ser así podría darse que no cumpliera el número de criterios necesario. Pensamos, pues, que esto no es más que otro de los errores que se derivan de este tipo de conceptualización psicopatológica. Sin embargo, puesto que los estudios no tienen en cuenta este aspecto, reproduciremos lo que estos comentan.

El Consejo Asesor Sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Generalitat de Catalunya (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006) afirma que un 70% de estos pacientes cometen algún intento de suicidio a lo largo de su vida, que un 50% repetiría el intento, con una media de tres veces por caso. Para muchos autores las conductas temerarias y el abuso de sustancias pueden representar aspectos indirectos de la tendencia suicida de estos pacientes. De hecho, Mehlum considera el TLP como un equivalente de la personalidad suicida (Rubio, Molina y Pérez, 2003; Mosquera, 2009).

Millon y Davis (2001) afirman el comportamiento autolesivo y los intentos de suicidio parecen alcanzar el máximo entre los 18 y los 24 años, mientras que se sitúa la

media de edad en que la gravedad de los intentos de suicidio es mayor alrededor de los 30 años, dándose principalmente en hombres y en la mayoría de casos, siendo su primer intento (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006; Rubio, Molina y Pérez, 2003).

En cuanto al sexo en el que estas conductas se presentan con mayor frecuencia hay autores creen que se da más en mujeres (Millon y Davis, 2001) mientras que otros opinan que se da en la misma proporción en ambos sexos (Sansone y Sansone, 2011).

Finalizaremos este punto sobre el criterio 5 citando un texto de Mosquera (2009) que nos parece significativo, no sólo para los TLP, sino también para aquellas personas que se suicidan, que se eutanasian, etc.:

Detrás de muchos intentos de suicidio encontramos “ganas de vivir”, no de morir. En la mayor parte de los casos, si profundizamos en los motivos que les han llevado al intento de suicidio, encontramos información que nos indica que la persona quiere “dejar de sufrir” y aprender a vivir de otra manera (p. 14).

6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)

El siguiente criterio hace referencia a una marcada oscilación emocional. Algunos relacionan este punto con otros de los criterios ya comentados. El que a nuestro parecer parece más significativo es la relación que se establece entre esta estabilidad afectiva y la frágil identidad de los sujetos con Trastorno Límite de la Personalidad (Novella y Plumed, 2005). Según Linehan, por la carencia de una identidad estable los pacientes se sumergen en un estado de ánimo de forma que tienen grandes dificultades para conceptualizar y recordar lo que es estar en otro estado de ánimo (Serrani, 2011). No es sólo que no recuerde el otro estado de ánimo, sino que llega a no recordar cómo es él en ese otro estado de ánimo, no recuerda su identidad fuera de esa emoción.

Para Millon y Davis (2001), esta sucesión de estados emocionales intensos son fruto de una relación entre cognición y afectos, aunque pueda parecer que estos cambios

son aleatorios, lo que se significa que, en realidad, existe una incapacidad para regular esas emociones.

Es decir, esta inestabilidad viene producida por una reactividad mayor ante los sucesos externos, experiencias pasadas o miedos futuros. Muchos autores lo relacionan con un trauma temprano (Winston, 2000), sin embargo, no es necesario recurrir a grandes traumas para la explicación de este criterio. Al hablar de este criterio, para Mosquera (2009) cabe mencionar la teoría de la mente según la cual todos tenemos la capacidad de interpretar gestos y palabras de otros y entenderlos como intenciones, conocimientos y creencias. Refiriéndose a las investigaciones de Dammann, explica que esta capacidad cognitiva parecería estar afectada en las personas con TLP. A su vez tendría su origen en problemas de apego (Mosquera y González, 2011). A esta dificultad de interpretación se le sumaría un entorno en el que la norma ha sido el cambio, lo que llevaría al individuo a examinar la más mínima señal de rechazo. Por ello todo gesto, actitud o expresión del otro que recuerde a expresiones del cuidador puede disparar reacciones que parecerían desproporcionadas en el contexto en el que surgen.

7. Sentimientos crónicos de vacío.

Este criterio está, como todos, ligado al resto, pero concretamente al tercero, en cuanto que aquel parece ser causa de este. En el criterio anterior se ha comentado que Novella y Plumed veían la falta de identidad como la raíz del criterio 6, pero también la ven en la base de este séptimo criterio (Novella y Plumed, 2005).

Como ya hemos dicho, si la alteración de la identidad está provocada por una relación de apego deficiente, también afectará a este criterio: "Los sentimientos crónicos de vacío podrían corresponderse con la ausencia de sintonía con el progenitor" (Mosquera y González, 2011, p. 24).

Esta sensación crónica de vacío les puede llevar a embarcarse en gran cantidad de proyectos y objetivos o, por el contrario, a realizar intentos inútiles de sofocarla mediante conductas impulsivas y dañinas o conductas autolesivas e intentos de suicidio (Mosquera, 2009).

8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

Dentro de esas oscilaciones emocionales de las que hemos hablado en el criterio sexto, podríamos encontrar también la ira. Ésta, como todos los afectos que se dan en el TLP, suele caracterizarse por su alta intensidad. El hecho de tener dificultades a la hora de regularse emocionalmente se verá, por ello, reflejado también en este criterio.

La desilusión o la tristeza se convierten a menudo en frustración e ira que pueden dirigirse hacia los otros o hacia uno mismo en forma de autolesiones (criterio 5). Cuando esta ira se expresa hacia los otros —imaginemos por ejemplo que el paciente tiene sentimientos de abandono y siente rabia hacia quien parece estar dejándole solo—, el paciente con TLP deja de ver en el otro a una persona con sentimientos y pasa a verlo como el objeto sobre el cual descargar su odio, en el enemigo (Mosquera, 2009). Tras esa expresión de ira suelen sentir pena, remordimientos y culpabilidad así como un aumento en la percepción de sí mismos como ‘malos’ o ‘descontrolados’ (APA, 2009; Mosquera y González, 2011).

Respecto este criterio, más allá de cuál sea el proceso que siga la explosión iracunda y los sentimientos posteriores, me parece interesante contemplar otros aspectos relacionados.

En primer lugar, en muchos casos esta respuesta parece ser reflejo de lo que estos sujetos han vivido en la infancia:

Las oscilaciones entre actitudes de sumisión ante una pareja maltratadora y episodios de rabia incontrolada tienen a veces muchas similitudes con los roles de ambos progenitores durante su infancia: se muestran vulnerables, dependientes e indefensos como lo era su madre ante las agresiones verbales o físicas del padre, conductas que muchas veces el paciente reproduce, generándole después una intensa culpa [...] El paciente ha crecido en un mundo de extremos, que se reproducen en su propia conducta (Mosquera y González, 2011, p. 25).

Es decir, el TLP reproduce aquello que ha aprendido, que ha visto, puesto que no ha tenido oportunidad de aprender y habituarse a nuevas conductas que le ayuden a gestionar mejor las situaciones en las que ha visto a sus progenitores actuar así.

En segundo lugar, cabe decir que la ira, como toda pasión y emoción, no es negativa en sí misma. La ira tiene una función adaptativa, de defensa de un bien. Lo

problemático es el exceso de ésta. Según Stanghellini (2000), citado en Novella y Plumed (2005):

Como indignación, (la ira) defiende los límites de lo que es tolerable, la frontera en la que hay que mantenerse atento, la trinchera desde la que luchar. Pero como furia, en el exceso de la afirmación absoluta de la propia existencia, encarna las ruinas y el trágico derrumbe de la identidad (p. 65).

Vemos que, de nuevo, este criterio parece tener gran parte de su base en la identidad alterada. “Una persona que se ha marcado unos objetivos claros, establece sus prioridades con lucidez y relativiza los problemas” (Chavarría, 2010, p. 38). El que sabe quién es y qué quiere, lo defenderá, pero no hasta el punto de convertir al otro en el objeto de su indignación. Sólo aquellas personas inseguras, sin un yo coherente, saltarán de tal forma.

Por último, hay que decir que esa ira provocada al otro parece en realidad una excusa para no provocársela a sí mismo. Si la persona con TLP pudiera ser honesta consigo misma (creemos que no puede serlo debido a su falta de coherencia) se daría cuenta de que el problema está muchas más veces de las que piensa en sí misma. Y si no está todo el problema en sí mismo, al menos gran parte. Por ejemplo, podría ser que alguien se alejara realmente del paciente con trastorno límite despertando en este sujeto sentimientos de abandono. Entenderíamos que eso le causara tristeza, incluso rabia en algunos casos, pero no hasta el punto de sentirse como si su identidad dependiera de esa relación, no hasta el punto de querer hacerle pagar al otro ese vacío que siente:

Intolerable negative affects in particular have then to be expelled and externalized as belonging to others, where they can be hated and fought, a mechanism commonly called projective identification. However, this is done at the price of missing a stable sense of self and of being incapable of establishing realistic relationships (Fuchs, 2007, p. 384).

9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Este último criterio se cumple de forma más amplia en muchos pacientes con trastorno límite de lo que parece indicar el texto. En realidad, se dan unas distorsiones cognitivas hasta el punto de llegar, en ocasiones, a la ideación

paranoide y los síntomas disociativos. Sin embargo, parece que las causas directas pueden ser distintas para la ideación paranoide y los síntomas disociativos, por ello hablaremos primero de una y luego de otra.

Como hemos dicho, creemos que lo que se da en realidad es una distorsión cognitiva que propicia los síntomas más graves. De ahí que mientras que Millon y Davis (2001) afirman que, para estos sujetos, "resulta habitual distorsionar la percepción de las comunicaciones y de las acciones de los demás" e "interpretan como crítica o condena acontecimientos o comentarios inocentes" (p. 458) y Gunderson y Zanarini estudiaron que presentan más distorsiones cognitivas que incluían experiencias extrañas, superstición y pensamiento mágico (Pinto, Grapentine, Francis y Picariello, 1996), para la APA (2009) estos síntomas se darían, únicamente, en periodos de estrés extremo. Serían, pues, periodos puntuales, "de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional" (p. 791).

Podremos entender esto recordando que en paciente con trastorno límite parece haber una mayor sensibilidad a lo externo (Mosquera y González, 2011), pudiendo derivarse en una serie de interpretaciones de la realidad de forma paranoica. Cuando estos sujetos, con una base como la descrita, se ven sometidos a periodos de estrés (como podría ser el sentir que van a ser abandonados) estos síntomas se exacerbaban, llegando a constituir el criterio del que nos habla la APA, que, sin embargo, no comprende esos rasgos previos.

Con todo, habíamos dicho que las causas directas parecían distintas, sin embargo, esa hipersensibilidad por la cual podría venir la ideación paranoide puede cobrar significado desde la visión de la falta de una identidad estable. Se deduce de lo dicho al hablar del criterio de la ira, que quien tiene una identidad estable es menos temerosa, relativiza sus problemas, etc. La hipersensibilidad se produciría, pensamos, en menor grado, con menos temor, con más seguridad en sí mismo, y esto a su vez sólo se conseguiría con una correcta identidad. Sin embargo, ¿es la falta de una identidad estable la causa de todo? Previamente habíamos comentado que, en realidad, esa identidad alterada vendría producida por una falta de afecto temprano y un ambiente desorganizado. Así pues, "la reacción defensiva del paciente, la desconfianza o la aparente resistencia, incomprensible y desproporcionada desde el aquí y ahora, cobra todo su significado cuando lo entendemos en el allí y entonces" (Mosquera y González, 2011, p. 26), tanto a nivel

de conductas disociadas que veremos a continuación, como por un aprendizaje de hábitos negativos en la infancia.

Una vez vista la ideación paranoide, nos centraremos en los síntomas disociativos, en los que veremos la relación con la alteración de la identidad y el ambiente temprano.

Los síntomas disociativos no se dan porque sí en estas personas. No son casuales. De hecho Kroll afirma que la falta de identidad de los pacientes con TLP los hace vulnerables a los pensamientos e imágenes intrusivas como flashbacks o pesadillas. Por ello, aunque para el observador externo la secuencia emocional del paciente con trastorno límite parece irracional, responde a un flujo que va en función de la historia vital única del individuo (Millon y Davis, 2001).

Los estados disociativos graves suelen relacionarse con experiencias tempranas y se dan especialmente en pacientes que han sufrido situaciones traumáticas. La disociación parecería pues, el único modo de mantener coherencia (Mosquera y González, 2011) o, mejor dicho, una pseudocoherencia puesto que la identidad queda claramente alterada:

Dissociated states first manifest themselves when traumatic experiences are initially stored in memory as sensory fragments without a coherent narrative, and they recur when there is a subsequent failure to activate these memories. Dissociation as well as overgeneral autobiographical recall may serve as a strategy to avert trauma related distressing emotions. On the other hand, they undermine the coherence of the life narrative (Fuchs, 2007, p. 382).

Por su parte la escuela californiana de Palo Alto teorizaba que el paciente desde su infancia recibía mensajes contradictorios que obligaban al niño a integrar de forma disociada mensajes contradictorios que le marcarían la conducta y su escasa capacidad en la toma de decisiones (Rubio, Molina y Pérez, 2003).

Es decir, o bien la disociación se da por una experiencia traumática o bien por una incapacidad de los padres para imprimir coherencia en sus hijos o como mínimo mostrarla ante sus hijos. Siendo más exacerbada en aquellos sujetos que han vivido traumas infantiles de importancia.

Una vez vista la posible etiología del síntoma, queremos delinear ligeramente cómo se expresa:

Destacan por su frecuencia las alucinaciones auditivas: estados mentales completamente disociados que actúan a modo de 'conciencias paralelas'. En otras ocasiones las voces reproducen comentarios de figuras de la vida del sujeto y van más en la línea de *flashbacks* auditivos. Los episodios de despersonalización, las amnesias y las intrusiones son fenómenos altamente frecuentes en los pacientes con TLP (Mosquera y González, 2011, p. 26).

Además, la sintomatología disociativa explicaría algunas reacciones de ira inapropiada ya que una experiencia emocional podría conectar con vivencias similares previas y activar conductas defensivas aprendidas en edades tempranas (Mosquera, 2009) así como también podría explicar conductas autolesivas (Millon y Davis, 2001), como ya hemos dicho.

Hemos visto cuáles eran las características principales de los TLP, sin embargo, ¿son todos iguales y cumplen todos estos criterios? Es evidente que no. En la clínica no existen dos pacientes iguales, así como difícilmente un paciente cumplirá todos los criterios de un trastorno de la personalidad sin cumplir alguno de otro. Veamos qué tipos hay y qué consecuencias puede tener el hablar de un trastorno tan poco definido.

1.5. Patoplastia del TLP y sus consecuencias

Por lo general, los autores diferencian cuatro subgrupos (Rubio, Molina y Pérez, 2003):

1. Subtipo psicótico o desrealizado: con episodios esquizoides, psicóticos y/o disociativos, tendencias místicas y esotéricas, son llamativos, etc.
2. Subtipo descontrol de impulsos: Inicio precoz, pueden presentar onicofagia, piromanía, trastornos de la conducta alimentaria, autolesiones, consumo de drogas y alcohol, acciones violentas, etc.
3. Subtipo hipotímico: Sintomatología depresiva o con labilidad emocional, tono esquizoafectivo, sentimientos de culpa, desesperanza, etc.
4. Subtipo distocia del Yo: Egoatría, aparatosidad, afán de protagonismo, manipulador, seductor, baja tolerancia a la frustración y euforia superficial.

Estos subtipos serían análogos a las variantes de la personalidad límite de Millon y Davis (2001):

El límite se solapa con muchos otros estilos de personalidad y tiene algunas variantes interesantes. El límite desanimado es una combinación de la personalidad dependiente y evitadora que se une normalmente a una o dos personas significativas. El límite impulsivo es una combinación de rasgos histriónicos y antisociales y a menudo se convierte en un extraordinario hiperactivo conductual. El límite petulante es una combinación de características negativistas que nunca ve satisfechas sus necesidades o que se siente inseguro en sus vínculos. El límite autodestructivo es una combinación de rasgos masoquistas que le llevan a interiorizar sentimientos destructivos en sí mismo (p. 475).

El trastorno límite, como vemos, es un trastorno heterogéneo de difícil delimitación que se diferencia en sus formas clínicas de presentación tanto entre individuos como de una etapa a otra en la evolución de un mismo paciente (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006). Esto, nos indican Echeburúa y Fernández-Montalvo (2003), conlleva un alto riesgo de que este desorden se convierta, muchas veces, en un cajón de sastre que se solapa con otras como la evitadora o la narcisista. Sin embargo no sólo se solaparía con estas dos, de hecho pensamos que se podría solapar con todos los trastornos de la personalidad, y gran parte de los trastornos del Eje I durante el curso de la patología.

El DSM-IV-TR, sin embargo, trata de diferenciarlo de los otros trastornos de la personalidad de la siguiente manera (APA, 2009):

- Se diferencia del trastorno histriónico porque el paciente con trastorno límite es autodestructivo, tiene sentimientos de vacío y soledad, etc.
- Las ilusiones paranoides de los límite son más pasajeras, reactivas a las relaciones interpersonales y a las situaciones externas que en los pacientes esquizotípicos y paranoides (sin embargo, como hemos dicho antes, no decían lo mismo Millon y Davis y el estudio realizado por Gunderson y Zanarini).
- Aunque el trastorno paranoide y el narcisista puedan tener reacciones coléricas similares ante estímulos, no suelen tener inestabilidad de la autoimagen, conductas autodestructivas, temor al abandono, etc.
- Respecto al trastorno antisocial, aunque ambos pueden ser manipulativos, el antisocial busca un provecho, poder u otra gratificación, mientras que el paciente con trastorno límite sólo busca el interés y la atención de las personas cercanas a él.

— Mientras el paciente con TLP reacciona con rabia y demandas de atención ante un abandono, el dependiente lo hace con más mansedumbre y busca otra relación que reemplace la anterior.

Sin embargo, en la vida real, nunca se da una delimitación clara. Ya lo veíamos en el hecho de que en las clasificaciones de los tipos de límites, sobre todo la de Millon y Davis, este puede englobar características de otros diagnósticos. En esta línea va la crítica de Rubio, Molina y Pérez (2003):

Tanto los criterios diagnósticos de las clasificaciones al uso, como la todavía no especificidad de los instrumentos diagnósticos hace que la comorbilidad entre los propios trastornos de personalidad sea tan alta como del 60% y que un límite puede ser también un disocial y un narcisista, o un esquizoide puede ser un evitativo o fóbico y muchos jóvenes límite puede que no lo sean ya que estén iniciando una esquizofrenia simple, diagnóstico excelente, vigente y en desuso por la DSM-IV (p. 183).

¿Cómo diagnosticar bien un trastorno tan difuso? Actualmente, esto ya está dando problemas a la clínica: "Es frecuente que reciban tres o cuatro diagnósticos diferentes antes de llegar al trastorno de la personalidad" (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006, p. 8). Y eso si se llega a un diagnóstico correcto: "la existencia de otras patologías asociadas y de características no siempre bien definidas subestima o sobrestima el propio diagnóstico." (p. 12). La APA trata de resolver el problema en el DSM-V y propone en su borrador sólo cinco trastornos de la personalidad: trastorno antisocial/psicopático, trastorno evitativo, trastorno límite, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y trastorno esquizotípico. Por otra parte, ante esta problemática Millon y Davis (2001) proponen que "los sujetos [límites] suelen presentarse como variantes más graves de otros trastornos de la personalidad, como el negativista, el depresivo, el histriónico, el evitador y el compulsivo" (p. 472). No serían pues un trastorno más sino "un nivel de organización de la personalidad, en un individuo determinado" (p. 472). Interesante propuesta que volveremos a comentar más adelante.

Hemos hablado de la *supuesta* comorbilidad con el eje II, pero para que se vea claro a que nos estamos refiriendo, será bueno que hablemos de comorbilidad con el eje I (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006):

- El 93% presenta un trastorno afectivo.
- El 88% presenta un trastorno de ansiedad.

- El 64% presenta un trastorno por uso de sustancia (65% de hombres y 41% de mujeres).
- El 53% presenta un trastorno del comportamiento alimentario.

Se llega incluso a afirmar que la asociación de un trastorno afectivo o de ansiedad con otro de impulsividad (uso de sustancias, alimentario, etc.) puede predecir con eficacia la presencia de un TLP en el eje II (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006) lo cual puede llevarnos a pensar en que más que entender a ese sujeto con tres trastornos o tres etiquetas, habría que ver cuál es el sufrimiento de fondo de esa persona, su verdadera problemática o trastorno. Tampoco pensemos que hay una clara delimitación entre ejes. De hecho, es uno de los factores que se está revisando de cara al DSM-V: "Hay trastornos de ansiedad o del humor de inicio precoz absolutamente indistinguibles de un TP, lo que plantea la posibilidad de considerar a los TP como variantes de inicio precoz de trastornos del Eje I." (Espec y Echeburúa, 2011, p. 3).

Más allá de este último apunte acerca de los límites entre ejes, y en lo que se refiere a la amplia variabilidad y comorbilidad del TLP, nos parece interesante e ilustrativo de lo dicho hasta ahora, el siguiente texto de Rubio, Molina y Pérez (2003):

El diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se efectúa a los nueve años y medio de acudir a profesionales en las mujeres, y a los seis años y medio en los hombres. Sólo el 24% de ellos recibe inicialmente el diagnóstico de personalidad límite. Las mujeres, antes de recibir el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, es frecuente que hayan recibido otros diagnósticos: trastorno de ánimo o distimia, trastorno de conducta alimentaria (prácticamente el 40% de los trastornos de conducta alimentaria son realmente pacientes con un trastorno límite de personalidad), un trastorno psicótico, un trastorno bipolar, trastornos de control de impulsos, toxicodependencias o trastorno histérico) (p. 150).

Lo cual, lleva a muchos a preguntarse sobre la validez del concepto *límite* o, al menos, sobre la validez de los criterios que lo definen y la supuesta comorbilidad que tiene:

Ya se ha comentado en el apartado anterior que la clínica del TLP y su diferente representación patoplástica hacen que este paciente reciba durante su vida varios diagnósticos diferentes ya que en un momento determinado

sus síntomas son coincidentes con el diagnóstico efectuado. Pero, evidentemente, este dato no implica comorbilidad y, por tanto, se debería plantear de forma crítica si el TLP es comórbido en sí mismo o los diferentes diagnósticos comórbidos son diferentes fases de la enfermedad (Rubio, Molina y Pérez, 2003, p. 152).

Estas concepciones difusas provocan dos cosas. La primera es confusión, la segunda, por su parte, es reflexión acerca de la psicopatología en general. Algunos autores como Pereña (2009) llegan incluso a defender posturas extremas: "Por lo que llevamos dicho se ve que el sujeto humano es un ser fronterizo que vive en el límite, en permanente inadecuación tanto en su condición de viviente como en su afán institucional. Y construir modelos de normalidad es un modo de desentenderse" (p.14). Este autor de carácter psicoanalista llega a concluir, tras una serie de disquisiciones, partiendo de una mezcla de ideas freudianas y kantianas, que el ser humano es, por naturaleza, límite.

¿No nos indicarán estas imprecisiones conceptuales que el trastorno límite de la personalidad no es una patología que se pueda poner al mismo nivel diagnóstico que un trastorno evitativo, narcisista, antisocial o dependiente? ¿No será que hablamos de algo que va más allá de una serie de síntomas independientes entre sí? ¿Estaremos confundiendo la raíz con las ramas? Es decir, ¿el problema en sí, con sus consecuencias?

Para empezar, cabría indicar que pensamos que el trastorno límite va más allá de ser una enfermedad de una persona concreta producida por un agente patógeno concreto. Con todo, no llegamos a decir que el ser humano sea un ser límite, como decía Pereña, pero hoy en día puede desarrollar este desorden con más facilidad que en épocas pasadas.

Antes, haremos referencia a los datos epidemiológicos y de prevalencia de este trastorno. Sin embargo, teniendo en cuenta lo dicho, veremos que, difícilmente, estos datos se ajustarán a la realidad.

1.6. Prevalencia y epidemiología

En general se acepta que el TLP afecta a un 2% de la población, representando el 10% de los sujetos vistos en centros ambulatorios de salud mental y el 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados (APA, 2009; Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006; Rubio, Molina y Pérez, 2003). Sin embargo, es un hecho que el

diagnóstico de este desorden va en aumento. Frente a este suceso existen dos interpretaciones: la primera es que este mayor diagnóstico de los pacientes con trastorno límite es fruto de una serie de avances teóricos en la comprensión de los trastornos de la personalidad; la segunda, atribuye este aumento de los diagnósticos a un verdadero aumento de la prevalencia y, quienes teorizan esto, tratan de dar hipótesis explicativas al suceso (Novella y Plumed, 2005). Algunos estudios triplican la prevalencia dada por el DSM como el que aquí se cita de Grilo, Sanislow, Gunderson, Pagano, Yen, Amarine, Shea, Sodal, Stout, Morey y McGlashan:

El diagnóstico de esta patología parece ir en aumento. Un estudio llevado a cabo en 2002 revela que el TFP [Trastorno Fronterizo de la Personalidad] alcanzó una prevalencia del 5,9% en una muestra de 35.000 personas [...] Estas cifras contrastan con los menores índices del trastorno hace 10 años atrás, donde la American Psychiatric Association otorgaba una cifra de prevalencia de 2% para el TLP (Serrani, 2011, p. 371).

Con todo, como he dicho, es un tema controvertido, por lo que no faltará quien diga absolutamente lo contrario a lo que decíamos. Bateman (2005) afirma que los datos de prevalencia de los límite son exagerados y que ésta rondaría, realmente, al 0,7% de la población: "The exaggerated belief of high prevalence may arise because of the heavy demands that patients place on services and teams" (p. 15).

Por otra parte, se decía también que afectaba predominantemente a mujeres y que el 75% de los diagnósticos se hacían a sujetos de dicho sexo (APA, 2009; Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006; Rubio, Molina y Pérez, 2003). Sin embargo como explican Cervera et al., citados en Escribano (2006), esto podría suceder debido a un sesgo en la selección de la muestra, puesto que las mujeres demandan con más frecuencia ser atendidas por estos profesionales. Actualmente parece que no existen diferencias en función del sexo por que se refiere a prevalencia, explican Sansone y Sansone (2011). Pero aunque no haya diferencias en función del sexo por lo que se refiere a la prevalencia, las hay en cuanto a la expresión del trastorno:

As for Axis I comorbidity, men with borderline personality disorder are more likely to evidence substance use disorders whereas women with borderline personality disorder are more likely to evidence eating, mood, anxiety, and posttraumatic stress disorders. With regard to Axis II comorbidity, men with borderline personality disorder are more likely than women to evidence antisocial personality disorder (p. 16).

Según lo estudiado por estos autores, no sería raro el fenómeno que explican a continuación:

Given these specific differences in Axis I comorbidity, it is understandable how women might wind up in mental health settings for treatment, thereby contributing to a potential sampling bias, whereas men might be more likely to wind up in prison settings and remain under-represented in mental health settings (p. 18).

Así pues, los hombres con TLP serían infradiagnosticados, más propensos a refugiarse en las drogas y a terminar en servicios de rehabilitación que las mujeres, quienes acudirían con más frecuencia a servicios psicoterapéuticos y farmacológicos. El hecho de que muchos TLP terminen en cárceles y centros penitenciarios, nos indica que tienen un fuerte componente antisocial, especialmente los de sexo masculino. O eso o es que el TLP empieza a ser un concepto tan amplio que engloba a muchos pacientes que antes hubiéramos considerado antisociales. Algunos autores afirman que la diferencia entre hombre y mujeres es previa. No sólo se da en cómo se expresa un trastorno, sino también en qué trastorno se desarrollará a partir de unos desórdenes de conducta en función del sexo del paciente:

It could be that conduct-disordered boys with borderline pathology in latency age are more likely to develop antisocial personality disorder, which is primarily a disorder of males, whereas girls with similar behavioral problems are more at risk for BPD (Guzder, Paris, Zelkowitz y Marchessaultm, 1996, p. 31).

Vemos que tampoco acaba de existir consenso ni en cuanto a su prevalencia, ni en cuanto a su proporción en función del sexo.

No hay que olvidar que el TLP es cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado, y que aumenta el riesgo en familiares con trastornos relacionados con sustancias, trastornos antisociales de la personalidad y del estado de ánimo (APA, 2009; Rubio, Molina y Pérez, 2003). Por otro lado influye su clase social, haciendo que tengan peor pronóstico los de baja clase, su mayor incidencia se da entre los 19 y los 34 años (Rubio, Molina y Pérez, 2003).

Hemos realizado hasta aquí una delineación del trastorno límite de la personalidad. Como se ve, nuestra intención ha sido destacar los aspectos más difusos, puesto que, a pesar de que es a los que menos peso se les da, nos indicarán hasta qué punto está bien definida una categoría diagnóstica. Se ha tratado de explicar qué es el TLP recurriendo a varios autores que lo teorizan, así como críticos, para ver este trastorno con perspectiva. A continuación realizaremos un breve recorrido por los principales enfoques etiológicos y las propuestas psicoterapéuticas existentes para acabar defendiendo nuestro punto de vista (enraizado y enriquecido por otros enfoques) y nuestras propuestas terapéuticas.

2. Teorías etiológicas y explicativas del trastorno

2.1. Clasificación conceptual y perspectivas etiológicas

Cuando se propone el estudio del trastorno límite de la personalidad, uno cae en la cuenta de que no es tan sencillo como otros trastornos mejor definidos. El hecho de llamarse límite, implica que debe limitar con algo, que no constituye una entidad por sí mismo. De ahí que nos encontremos la división de concepciones históricas principales de Zanarini y Frankenburg (Millon y Davis, 2001). Estos autores afirman la existencia de seis concepciones distintas sobre el trastorno límite de la personalidad en función de a qué otro trastorno se le asemeje. Las concepciones son las siguientes: La psicodinámica, la de origen neokraepeliana, la del continuo con la esquizofrenia, la del continuo con los trastornos afectivos, la del espectro impulsivo y la que lo relaciona con el estrés postraumático. A continuación, y previamente a ver las teorías etiológicas, veremos dicha clasificación

La psicodinámica está representada por Kernberg, de quien ya hemos hablado en la primera parte del trabajo lo suficiente como para entender su punto de vista. Sólo nos parece interesante recordar que consideraba que el límite era un trastorno del nivel de organización de la personalidad distinto al nivel organizativo neurótico y psicótico y explicar que su concepto teórico de *organización límite* era más amplio que lo que entendemos nosotros por trastorno límite de la personalidad, abarcando también a los pacientes con trastorno paranoide, esquizoide, esquizotípico o antisocial de la personalidad así como algunos tipos de trastornos narcisistas, histriónicos y de dependencia (Oldham, 2007).

El segundo enfoque implica la idea neokraepeliana de que la génesis de los trastornos mentales es biológica y por ello el diagnóstico debe ser categorial (planteamiento respaldado en el DSM) (Millon y Davis, 2001). De hecho, tras un primer auge de investigaciones en las que el peso se le daba al entorno, ahora nos encontramos frente a un interés, puede que incluso excesivo, en lo biológico y genético:

The current decade has been associated with a search for the underlying etiological bases for psychiatric disorders. This reflects both a growing impatience with the extensive comorbidities in the current classification system and an excitement about the newly available neurobiological and genetic technologies (Gunderson, 2009, p. 534).

La tercera concepción según estos autores, considera que el trastorno límite se encuentra en un continuo con la esquizofrenia. Esta concepción no deja de ser muy cercana a la de Kernberg de la que Gunderson afirma (2009): "The primary category to which these patients were 'borderline' was schizophrenia" (p. 530).

La cuarta entiende el desorden como un continuo con los trastornos afectivos puesto que destaca los cambios emocionales súbitos, los estados depresivos crónicos o la intensidad afectiva, entre otros síntomas: "Akiskal famously wrote that 'borderline was an adjective in search of a noun' -and at that time, in many people's minds, that noun was clearly 'depression'." (Gunderson, 2009, p. 531).

La quinta, respaldada principalmente por Zanarini, considera que el trastorno límite está dentro de los trastornos de espectro impulsivo. Dentro de este espectro se incluirían el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno por abusos de sustancias. Para este autor existiría un sustrato biológico común, siendo la impulsividad el síntoma principal en el TLP (Guzder *et al.*, 1996).

Y finalmente, la sexta concepción representada por Kroll (Millon y Davis, 2001) relaciona el trastorno límite de la personalidad con el trastorno por estrés postraumático, no sólo debido a su alta comorbilidad, sino también a la similitud de su sintomatología. "Herman wrote that the borderline syndrome was a 'disguised presentation hiding underlying PTSD" (Gunderson, 2009, p. 532).

En realidad, la división de las concepciones no se ha creado en función del modelo, la escuela o la perspectiva inicial tomada, sino en relación con otra patología más reconocida (Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno Bipolar, etc.). Ciertamente que, en alguna concepción a veces coincide con una escuela, como por ejemplo la psicodinámica, pero algunos autores considerados de la escuela psicodinámica como Gunderson no tienen una concepción del TLP como la de Kernberg.

Diversos estudios han tratado de demostrar que unos y otros se equivocaban: Gunderson *et al.* insistieron que el trastorno límite era un trastorno definido que podía describirse al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos (Millon y Davis, 2001); muchos estudios, al observar que el trauma infantil se correlaciona también con otros trastornos de la personalidad, concluyeron que no se puede hablar del TLP como una variante del trastorno de estrés postraumático (Golier, Yehuda, Bierer, Mitropoulou, New, Schmeidler, Silverman y Siever, 2003), sin embargo es evidente la similitud de algunos de los síntomas entre el TEPT y el

TLP; se observó también que la respuesta del trastorno límite de la personalidad a los estabilizadores del estado de ánimo no tenía nada de impresionante, pero al carecer de cualquier base neurobiológica distintiva, el trastorno no podía ser excluido del espectro bipolar (Gunderson, 2009); etc. Vemos, pues, que ningún enfoque tiene todo a su favor ni todo en contra.

Aun así, ésta es, presentada de forma sintética, la clasificación de las principales concepciones históricas sobre el TLP según Zanarini y Frankenburg (Millon y Davis, 2001). Esto no significa que todos los autores se inscriban exactamente en esta clasificación al explicar este fenómeno, sino que, la mayoría se inclinan por una u otra concepción.

Pero, más allá de con qué linda el desorden límite y aunque hoy en día las escuelas y terapias se hayan multiplicado exponencialmente, a la hora de entender el trastorno, existen diversos enfoques para el estudio del TLP que darán importancia a distintos aspectos de la personalidad.

A continuación vamos a desarrollar el punto de vista desde las principales perspectivas, así como el enfoque de sus estudios sobre el TLP y sus avances.

2.2. Perspectiva biológica

Vamos a tratar, primeramente la perspectiva biológica en la que veremos rápidamente las conclusiones acerca del funcionamiento psicobiológico de los TLP, las conclusiones extraídas de los estudios de neurobiología evolutiva, heredabilidad, genética, etc.

Antes de comentar los últimos avances en las investigaciones sobre predisposición biológica, cabe decir que esta visión sobre la importancia del temperamento viene de lejos. Ya era comentada por autores como Homero, Hipócrates y Areteo, pasando por la edad media, y llegando hasta los estudiosos del siglo XX. Éstos ya empezaron a describir temperamentos semejantes a lo que hoy conocemos como TLP. Autores como Kretschmer, Kraepelin con su personalidad excitable, Schneider con la personalidad lábil, etc. (Millon y Davis, 2001)

Más recientemente, Siever y Davis concluyen de sus estudios que a los TLP los caracterizaban dos disposiciones psicobiológicas. La primera es la desregulación afectiva (con hipersensibilidad del sistema noradrenérgico) y la segunda el descontrol conductual (con una reducción de la modulación serotoninérgica). Estas

disposiciones propuestas, nos explica Gunderson (2009), proporcionan una estructura conceptual y científica muy necesaria para la comprensión de los orígenes del trastorno límite de personalidad, así como una manera de explicar las comorbilidades del trastorno límite de la personalidad y sus relaciones con otros trastornos del espectro.

Algunos estudios sugieren, además de los dicho, que hay una excesiva disponibilidad colinérgica, lo que podría dar lugar a la disforia transitoria presente en el TLP (New, y Siever, 2002; Escribano, 2006).

Desde la neurobiología evolutiva se sugiere una posible asociación entre las repercusiones negativas que tiene sobre el niño la disfunción cerebral, y el desarrollo evolutivo de los futuros adultos con TLP, sin embargo, los datos disponibles sobre este asunto son, hasta ahora, equívocos y poco concluyentes (Escribano, 2006; Guzder, Paris, Zerkowitz, Marchessaultm, 1996).

Desde el punto de vista de la heredabilidad Torgersen *et al.* encontraron que ésta se daba en un 68% de los casos, lo que invalidaba muchas teorías sobre la etiología de este trastorno centradas exclusivamente en causas ambientales (Gunderson, 2009).

En cuanto a los estudios genéticos, se encontraron una serie de polimorfismos genéticos que podían actuar como factores de riesgo, sin embargo, otros estudios, llegaron a interesantes conclusiones:

We arrive at the paradoxical conclusion for which there is an increasing range of evidence that the same genetic polymorphism that confers risk may also confer protection. Consistent with the evolutionary and biological model of Boyce and Ellis, the 7-repeat DRD4 allele may indicate an increased biological sensitivity to context with potential for negative health effects under conditions of adversity (e.g. unresolved mourning regarding past loss or trauma in the mother) and positive effects under conditions of support and protection (e.g., therapeutic intervention on how to provide sensitive discipline) (Steele y Siever, 2010, p. 64-65).

Lo que parecería indicarnos que la importancia de la genética termina derivándose, en cierta manera, al ambiente por cómo éste influirá sobre su expresión. De ahí que Rubio (2006) nos explique que existe una "bidireccionalidad de las interacciones entre la predisposición y los estresores (la variabilidad genética influye sobre el

modo como los individuos responden ante el ambiente, mientras que los factores ambientales determinan la expresión de los genes).

Es innegable que exista una vulnerabilidad biológica que facilite el desarrollo del TLP, sin embargo, vemos que los estudios en biología, aparte de ser poco concluyentes, obligan a reconducir sus conclusiones en función de los factores ambientales, como el estudio citado de Steele y Siever. Lo que nos llevará a ver las otras perspectivas, sin obviar la existencia de la parte corporal del ser humano.

2.3. Perspectiva psicodinámica

Otra escuela que realizó grandes aportaciones fue la psicodinámica con autores como los ya mencionados Stern y Kernberg, que no desarrollaremos aquí pues ya se ha tratado de ellos. Dentro de este enfoque tenemos también a Masterson y Rinsley, quienes atribuían la patología del límite a un conflicto entre la autonomía creciente del futuro límite y el deseo del cuidador por mantener la proximidad. Este conflicto generaría una intensa ambivalencia en el niño que no le permite integrar las imágenes positivas y negativas de la madre, así como tampoco puede consolidar su propia identidad (Millon y Davis, 2001).

Por su parte Jonathan Adler considera que el paciente con trastorno límite sufre un fracaso en la constancia del objeto debido a una madre insensible o inadecuada que imposibilita a su hijo internalizar una representación suya que le proporcione seguridad (lo que él llama concepción de insuficiencia). Esta falta de cuidador llevará a una ausencia de interacciones significativas mediante las cuales el futuro paciente con TLP desarrolle un sentido estable de su propia identidad que facilitará las regresiones a estadios del yo más primitivos en situaciones estresantes; producirá sentimientos de vacío ya que por esa falta de interacciones no podrá realizar introyecciones positivas; y esto a su vez explicaría por qué los pacientes con TLP evitan frenéticamente el abandono y necesitan la verdadera presencia física de la otra persona (Millon y Davis, 2001).

El otro gran autor que se incluye dentro de esta perspectiva es Gunderson, de quien ya hemos hablado en la parte anterior y quien, recordemos, relacionaba el trastorno límite con las teorías del apego.

2.4. Perspectiva del apego

Aunque muchos autores incluyan las teorías del apego dentro de la corriente psicodinámica, creemos que esta perspectiva no se nutre necesariamente de los

principios psicodinámicos por mucho que históricamente ésta surgiera de autores de aquella.

Basándose en los estudios de Winnicott y Bowlby, Peter Fonagy postuló que el fallo de los cuidadores a la hora de responder a los estados mentales del niño era la causa de sus futuras dificultades para conocerse a sí mismo y empatizar con los demás. Esto produciría en estos sujetos una dificultad para mentalizar que lo haría vulnerable de padecer un trastorno límite (Gunderson, 2009). Con el concepto mentalizar, Fonagy se refiere a interpretar los estados mentales subyacentes (intenciones, sentimientos y pensamientos) de los comportamientos propios y de los demás (Rodríguez y Murias, 2006; Mosquera y González, 2011). Esta problemática del cuidador hacia la futura persona con trastorno límite de la personalidad, nos explican Mosquera y González (2011) se daría por una relación de apego inestable y caótica generadora de un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas. Estas autoras relacionan dicha conducta de los cuidadores con la de búsqueda de apego de los pacientes:

Podríamos ver la conducta ambivalente o caótica del cuidador como un refuerzo intermitente de la conducta de búsqueda del apego. Como es sabido, el refuerzo intermitente potencia más la conducta que el refuerzo continuo positivo o negativo. Dado que en ocasiones la proximidad, el afecto y el cuidado le son negados, o recibe mensajes contradictorios, el niño busca con desesperación al cuidador. El progenitor está presente, pero no siempre disponible emocionalmente (p. 21).

Desde esta perspectiva Siever y Davis (2010) sugieren que los primeros 5 años de vida son el período de mayor sensibilidad en lo que se refiere al desarrollo de habilidades de regulación emocional, control del esfuerzo, etc. Por lo que la separación prolongada de la madre durante estos años puede predisponer al niño a tener dificultades con el control de los impulsos, la inestabilidad afectiva y la desconfianza en las relaciones íntimas.

Antes de pasar a la siguiente perspectiva, cabe comentar que la mayoría de autores que van en esta línea defienden que los problemas de apego no dan respuesta por sí solos a la complejidad del TLP ni son una única causa para que una persona pueda desarrollarlo (Mosquera y González, 2011). Entre las otras explicaciones que integran los aspectos del apego, tenemos la de Liotti, para quien algunos polimorfismos genéticos hacen más probable que un bebé desarrolle un apego

desorganizado a la vez que harán también que un niño con desorganización desarrolle la patología límite (Siever y Davis, 2010); y la de la teoría de la disociación estructural de la personalidad (TDSP), según la cual el TLP se caracteriza por algún grado de disociación de forma que la sintomatología se podría entender “como manifestaciones de intrusiones y/o cambios entre diferentes partes disociativas de la personalidad” (Mosquera, González y Van Der Hart, 2011, p. 33)

2.5. Perspectiva interpersonal

Desde la perspectiva interpersonal se sostiene que la personalidad es el producto social fruto de la interacción con otros significativos. Por ello consideran que los pacientes con trastorno límite de la personalidad pueden funcionar correctamente teniendo un marco estructurado, entornos estables y de aceptación, y donde las otras personas tengan hacia el paciente expectativas bien definidas y fácilmente alcanzables, tolerancia, prudencia a la hora de hablar, etc. (Millon y Davis, 2001).

Uno de los autores más reconocidos de esta perspectiva es Benjamin quien ha sido uno de los pocos autores que ha descrito los tipos de familias en los que crecían los TLP incidiendo en los tipos de comunicación que se establecen durante los primeros años de vida del paciente en el entorno familiar (Rubio, Molina y Pérez, 2003). Este interesante autor ha desarrollado el modelo de Análisis Estructurado de la Conducta Social (AECS). Según este modelo existen cuatro características familiares que pueden llevar al desarrollo de una personalidad límite (Millon y Davis, 2001; Allen y Farmer, 1996):

- Caos familiar en el que se culpa sutilmente al individuo con TLP de los problemas familiares a la vez que se espera de él que ejerza algo de control.
- Abandonos traumáticos (como estar encerrado en un armario) en los que se le insinúa al paciente que se le abandona por haber sido malo. En estos periodos de abandono muchos recibirán abusos sexuales, lo que posiblemente se derivará en episodios disociativos.
- Valores familiares que dificultan e incluso impiden la autonomía, las expresiones de felicidad y logro puesto que se interpretan como conductas desleales, fomentando así la dependencia y la desgracia.
- Un amor parental y una atención que se ofrece sólo cuando el individuo se siente débil, enfermo o desgraciado.

Desde esta perspectiva cuesta, sin embargo, ver por qué en los dos últimos tipos de familia, un hijo puede desarrollar el trastorno límite y otro hijo no. Las familias en las que se dan las dos primeras características sí que podrían explicar esto: puede que

se le pidan más responsabilidades a un hijo concreto (el mayor, el pequeño, etc.) y puede que el abandono y las circunstancias traumáticas se den más en uno de los hijos en particular.

2.6. Perspectiva cognitiva y cognitivo-conductual

Esta visión da un gran peso a las cogniciones, las formas de proceso de la información, los esquemas, etc. Según los autores de esta corriente, el estilo cognitivo de pacientes con trastorno límite de la personalidad estaría determinado por una arquitectura escindida de sus representaciones objetales (Millon y Davis, 2001).

Para ellos, el nivel cognitivo también dependería del grado de estructuración del ambiente externo:

Los clínicos han sabido desde siempre que los límites parecen más sanos en los tests estructurados, como los test de personalidad de lápiz y papel, y menos sanos en instrumentos proyectivos como el Test de Rorschach o el Test de apercepción temática, donde el sujeto debe inventarse historias a partir de unos dibujos. En cualquier situación proyectiva, los sujetos apelan a su propia estructura interna para poner orden en la interpretación de un estímulo ambiguo (Millon y Davis, 2001, p. 463).

En la visión más estrictamente cognitiva tenemos a Kroll, quien viendo esto, y observando la gran cantidad de escisiones que se dan en estos pacientes, sugiere una afinidad entre esta problemática y la de las personas con estrés postraumático. Este autor llega a hablar de TEPT/límite como una entidad híbrida, como un trastorno de la conciencia fruto de una historia de abusos (Millon y Davis, 2001). Sin embargo, Kroll no contempla que existe un buen número de pacientes con TLP que no han sufrido abusos (Mosquera, 2009)

Otro autor de peso en esta corriente que habla del trastorno límite de la personalidad es Beck. Según su postura, el futuro paciente con TLP aprendería durante la infancia esquemas que se autoperpetuarían mediante el sesgo de las experiencias posteriores, añadiendo más credibilidad al esquema. Las principales asunciones de estos sujetos son “el mundo es peligroso y malo”, “yo soy poderoso y a la vez vulnerable” y “soy inaceptable” (Rodríguez y Murias, 2006). Junto con Freeman describe algunos elementos problemáticos del estilo cognitivo de los límites, además de las tres creencias básicas ya comentadas (Mosquera, 2009):

- Reacciones emocionales intensas.
- Inestabilidad de los estados de ánimo y gran variedad de síntomas.
- Impulsividad que les conduce a realizar actos que, posteriormente, reconocen como irracionales y contraproducentes.
- Tendencia al pensamiento dicotómico

Mosquera (2009) señala, además, que estos autores, Beck y Freeman, comentan que los rasgos de personalidad de estos pacientes no son por sí mismos patológicos, sino que dependerán de las circunstancias.

2.7. Síntesis biopsicosocial-evolutiva

En esta última perspectiva que comentaremos, encontramos los autores más aceptados y reconocidos en el tema del Trastorno Límite de la Personalidad. Estos son Linehan, quien a pesar de describirse a sí misma como una conductista radical (Gunderson, 2009) crea un modelo que integra gran parte de la problemática de los pacientes con TLP; Paris y Millon.

Marsha M. Linehan, conocida por su Terapia Dialéctico Conductual (Dialectical and Behavioural Therapy) sobre la cual nos extenderemos más adelante, desarrolló toda una teoría sobre la génesis del TLP. Antes de pasar a verla, creemos conveniente apuntar que esta autora mezcla la orientación conductual, la filosofía dialéctica y la meditación del Budismo Zen (Rodríguez y Murias, 2006; Bateman, 2005). Su base teórica de partida surge del enfoque filosófico de Marx y Engels, la teoría de la evolución de Khun y las teorías evolucionistas (García, 2008). Antes de continuar creemos conveniente citar un texto de García (2008) donde veremos a qué se refiere Linehan cuando habla de dialéctica:

En su modelo teórico, Linehan incorpora también distintos principios dialécticos con el fin de entender y describir el trastorno. El principio de *interrelación y globalidad* consiste en que el análisis de la realidad en sus partes es limitado si no se tiene en cuenta la relación de las partes con el todo. El principio de *polaridad* consiste en que la realidad se compone de tesis y antítesis. El principio de *cambio continuo* asume que la realidad es dinámica; las tensiones entre la tesis y la antítesis hacen que se produzcan cambios que llevan a la integración o síntesis, de la cual se derivan dos nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse, y así, en un proceso de cambio continuo. Linehan afirma que el TLP es un fracaso dialéctico. Las personas con este trastorno mantienen posiciones rígidas y contradictorias

(tesis y antítesis) y son incapaces de integrar distintas posiciones. Esta dicotomía en sus cogniciones, en el área afectiva, en sus relaciones interpersonales, es inamovible. Esto correspondería a un fracaso en los principios de polaridad y de cambio continuo. Por otra parte, los problemas de identidad, los sentimientos crónicos de vacío, o los sentimientos de no encajar podrían conceptualizarse como un fracaso con respecto al principio de globalidad e interrelación [...] La terapia dialéctico comportamental tiene entre sus objetivos dotar al paciente de estrategias que le permitan la integración de dichos patrones opuestos (p. 4).

Pero, al margen de su filosofía de base, ella resume así su modelo:

DBT is based on a combined capability deficit and motivational model of BPD which states that (1) people with BPD lack important interpersonal, self-regulation (including emotional regulation) and distress tolerance skills, and (2) personal and environmental factors often both block and/or inhibit the use of behavioral skills that clients do have, and reinforce dysfunctional behaviors (Dimeff y Linehan, 2001, p. 10).

Esas carencias interpersonales, autorreguladoras y de habilidades de tolerancia al malestar provendrían de una disfunción biológica, de, como dice Linehan, un “temperamento difícil”. Sería una tendencia innata a reaccionar emocionalmente de una forma más rápida e intensa que los demás ante pequeños grados de tensión y una necesidad mayor de tiempo para recuperarse (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2003; Millon y Davis, 2001).

Cuando esa persona con vulnerabilidad se enfrentara a un *ambiente invalidante*, se daría la disregulación emocional propia del TLP (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006). Este ambiente invalidante se caracteriza por una constante devaluación e invalidación de las creencias sobre uno mismo y su entorno. Una devaluación de sus propias emociones que se da mediante comunicaciones caóticas y aleatorias, respuestas inapropiadas o no contingentes que no permiten al futuro paciente con TLP categorizar sus experiencias de forma adecuada, ni confiar en sus propios sentimientos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2003; García, 2008; Millon y Davis, 2001). Además se le emite constantemente el mensaje “eres malo”, lo que aumenta la incertidumbre futura sobre sus propios sentimientos:

Cuando se produce una expresión emocional intensa, el ambiente hace ver al individuo que se equivoca en su descripción de la experiencia emocional y se atribuye su forma de expresar emociones a características de personalidad socialmente inaceptables. [...] Se le pide a un niño vulnerable emocionalmente que cambie, pero no se le enseña cómo. Linehan lo describe como decirle a un niño sin piernas que camine, pero sin proporcionarle muletas o piernas artificiales (García, 2008, p.3).

Ésta sería, a grandes rasgos, la concepción etiológica de Marsha Linehan acerca del TLP. Sobre esta autora volveremos a hablar más adelante puesto que no sólo es reconocida por su teoría, sino también, y sobre todo, por su praxis.

El siguiente autor reconocido es Joel Paris, quien se basa en el clásico modelo de diátesis-estrés, una teoría etiológica general de psicopatología. Proviene de la Grecia antigua y ha sido recientemente estudiada en profundidad por Monroe y Simons (Oldham, 2007). En ella se postula que el desorden mental surge cuando a un sujeto con una vulnerabilidad genética o temperamental se le suma un estresor, ya sea de carácter biológico, psicológico y/o social. Por lo tanto, según lo dicho, una persona sin absolutamente ninguna vulnerabilidad, sería resiliente ante cualquier situación y estresor externo fuera del tipo que fuera y viceversa, una persona con vulnerabilidad en unas condiciones utópicas, no llegaría a expresar ningún tipo de conducta desordenada.

Mediante este modelo, Paris, explica que cada trastorno mental se asocia a un tipo de vulnerabilidad genética. Los genes no serían las causas directas de los trastornos mentales, sino que molderían la variabilidad individual mediante el temperamento. En la génesis del trastorno límite de la personalidad participarían factores biológicos, psicológicos y sociales (Mosquera, 2009).

En uno de sus estudios realizados junto a otros investigadores comentan: "The findings that scores for cumulative adversity were higher in the borderline group place these results in an even broader context, since cumulative adversities are more strongly linked to risks for psychopathology in children than any one factor" (Guzder, Paris, Zelkowitz y Feldman, 1999, p. 211). Esta advertencia sobre las puntuaciones de adversidades acumuladas, ilustra su visión y lo que decíamos.

Finalmente vamos a hablar de Theodore Millon, autor ampliamente citado en este trabajo y con interesantes aportaciones en el ámbito del TLP. Su modelo es

categorial a la vez que incluye variables dimensionales. En lo que se refiere concretamente al TLP, Millon no sólo lo considera la exacerbación de otros trastornos, sino que va más allá de eso. Lo considera, como hemos explicado anteriormente, un nivel de organización de la personalidad:

Por definición, la personalidad normal está bien integrada, sus elementos funcionan en armonía. Aquí, la verdadera idea de áreas de la personalidad, como la cognición o las defensas, daña al conjunto al reducir la persona a partes y hacer que éstas sean el principal centro de atención [...] Es necesario retomar una concepción más holística o perder algo inefable: la organización total del comportamiento que **es** la personalidad. Eso es lo que se pierde en el límite.

Por esta razón, el límite aparece como un nivel patológico de integración de la personalidad (Millon y Davis, 2001, p. 467).

Esta dificultad en la integración tendría su origen en una carencia de vínculos saludables respecto a sus cuidadores. A esta problemática se le sumaría que la estructura de las sociedades modernas no permite que los niños con dicha carencia, tengan la oportunidad de desarrollar esos vínculos. Estos pacientes no se vincularían a ninguna polaridad, por lo que así se desarrollaría su ambivalencia y labilidad (Millon y Davis, 2001).

Millon no descarta una influencia biológica en el desarrollo del TLP, pero da gran peso a los factores ambientales. Sobre la carencia de vínculos saludables citamos el siguiente texto que, en nuestra opinión, no tiene desperdicio:

With the growing dissolution of the traditional family structure there has been a marked increase in parental separation, divorce, and remarriage. Children subject to persistent parental bickering and family restructuring not only are exposed to changing and destructive models for imitative learning but develop the internal schisms that typify borderline behaviors. The stability of life, so necessary for the acquisition of a consistent pattern of feeling and thinking, is shattered when erratic conditions or marked controversy prevail. There may be an ever-present apprehension that a parent will be totally lost through divorce; dissension may lead to the undermining of one parent by the other, and a nasty and cruel competition for the loyalty and affections of children may ensue. Constantly dragged into the arena of parental schisms, the child not only loses a sense of security and stability, but is subjected to

paradoxical behaviors and contradictory role models. Raised in such settings a child not only suffers the constant threat of family dissolution but, in addition, is often forced to serve as a mediator to moderate conflicts between the parents. Forced to switch sides and divide loyalties, the child cannot be 'an individual', but must internalize opposing attitudes and emotions to satisfy antagonistic parental desires and expectations (Millon, 1996, p. 172).

Y, la sociedad, que debería servir de apoyo a estos jóvenes como siempre ha servido, ya no cumple con su función:

This aimless floundering and disaffiliated stagnation may be traced in part to the loss in contemporary society of meliorative and reparative customs and institutions that once 'made sure' that those who had been deprived or abused would have a second chance by being exposed to compensatory sponsors and institutions exhibiting values and purposes around which social life could be focused and oriented (Millon, 1996, p. 174).

En estas líneas hemos tratado de resumir de la mejor forma posible los autores más reconocidos de los modelos biopsicosociales. Existen múltiples modelos más, sin embargo, nosotros nos hemos limitado a explicar los más conocidos y estudiados. A continuación, antes de ver los tratamientos más desarrollados para el Trastorno Límite de la Personalidad, querríamos proponer una serie de sugerencias que se nutren de los modelos anteriores y que esperamos que sirvan para el desarrollo de un modelo integral en estudios futuros.

2.8. La creciente importancia ambiental en el TLP

Si bien es cierto que existe una clara influencia temperamental en el TLP, hemos visto que muchas veces ésta podría actuar tanto como factor de riesgo, como de protección. Nos parece que el actual peso que se le está dando a los estudios biológicos sobre el TLP (sobre los que nos hemos extendido lo estrictamente necesario) es quizás excesivo. En nuestra opinión, todo ser humano nace con una u otra vulnerabilidad en un u otro sentido, y en función del ambiente ésta se expresará de una u otra forma y con mayor o menor intensidad. En este sentido hemos citado anteriormente a Rubio (2006) quien expone que hay una bidireccionalidad de las interacciones entre la vulnerabilidad y los estresores (la genética influye en cómo el individuo responde al ambiente y el ambiente en cómo se expresan los genes). Pero el ambiente no sólo influirá en la expresión genética:

Ahora bien, el feto tiene una vida fisiológica y psicológica intrauterina. Esta vida prenatal es, en parte, función del medio 'materno', es decir, del estado físico y fisiológico de la madre, así como de su estado psicológico. Parece probado que el medio prenatal —definido de este modo— puede ser traumatizante. [...] Por esto, lo constitucional desborda lo puramente hereditario; paradójicamente, se puede considerar que ciertos elementos adquiridos —más precisamente, los elementos adquiridos *in utero*— forman parte de la 'natura', o sea, que la 'nurtura' contribuye a formar la 'natura' (Filloux, 1987, p. 20).

Es decir, que el ambiente, dice Filloux, influye en nuestra constitución. Si bien no compartimos el marco teórico de este autor, alguna de sus observaciones nos parece interesante. En esta línea añade:

Experiencias sistemáticas han establecido que es inútil enseñar a caminar a un niño antes del término requerido [...]; y se podría generalizar esta observación a la adquisición de todas las conductas relacionadas con la maduración. Ahora bien, la maduración no brinda, precisamente, más que *posibilidades* de acción: la actualización de estas posibilidades es en función del ambiente (1987, pp. 20-21).

Filloux pone como ejemplo que "la posición vertical pertenece, aparentemente, a la 'natura' del hombre; sin embargo, el niño no caminaría si no se le enseñara a caminar." (p. 21) y concluye que "la maduración está 'dada', pero no tiene influencia, no existe como 'dada' sino en función del medio. No se puede considerar entonces el proceso de maduración como si fuera un factor *directo* de la personalidad" (p. 21). Si un niño no aprendería a caminar por sí solo, por mucho que estuviera en su naturaleza, ¿cómo va a aprender a controlar su impulsividad, a mantener relaciones estables e incluso a darle un sentido a su vida, sin la ayuda del ambiente?

No pretendemos negar la importancia de los factores biológicos y temperamentales, sino que proponemos redirigir el foco de atención de los estudios sobre el TLP a aquello que realmente está cambiando. Para Millon (1996), y para nosotros, el fenómeno del TLP está en boga, cada vez son más los pacientes que lo presentan. Esto le hace preguntarse lo siguiente:

Which of these three etiologic factors, each productive of the BDP's diffuse or segmented personality structure (constitutional disposition, problematic early

nurturing, or contemporary social changes) has shown a substantial shift in recent decades? [...] It is our contention that the third "choice" is probatively more sustainable and inferentially more plausible (p. 170).

Este influyente autor afirma que lo cambiante está siendo la sociedad, la cultura. Lo que más probablemente esté condicionando ese posible aumento de prevalencia en el TLP es el modo de vivir contemporáneo. Querríamos afirmar también que, según su triple división etiológica, pensamos que los cambios sociales contemporáneos influyen en las formas de crianza, pudiéndola hacer más vulnerable a diversas problemáticas que veremos más adelante.

No descartamos una influencia temperamental en los TLP, pero creemos que el verdadero peso de este trastorno está en el carácter, entendiéndolo como el "conjunto ordenado de los hábitos operativos prácticos (afectivos, cognitivos y conductuales)" (Echavarría, 2005, p. 164). Este dar más peso a la parte caracterial de la personalidad implica, para nosotros, que cuando hablemos de TLP lo haremos de un modo de ser anormal y desordenado, de un trastorno o desorden de la personalidad, pero no necesariamente de una enfermedad o patología en sentido estricto:

Las personalidades anormales (y, por lo tanto, también las personalidades psicopáticas), en el sentido en que nosotros las entendemos, *no son algo 'morboso'*. No hay el menor motivo para atribuirles a enfermedades ni tampoco a malformaciones. El correlato somático de las personalidades anormales habría que pensarlo únicamente como una anomalía cuantitativa de estructura o de función (Schneider, 1997, p. 42 en Echavarría, 2007).

Al margen de la terminología utilizada por este autor, vemos que diferencia también entre anomalía y patología. Pensamos, entonces, que el trastorno límite de la personalidad es un modo anormal de ser, pero no una patología.

Ese modo de ser se desarrollaría o *construiría* por la persona basada en factores orgánicos y ambientales. Pero ¿cómo una persona forjaría su carácter de esta forma?

Según nuestra opinión, la primera causa, temporalmente hablando, del desarrollo del TLP la encontramos en la crianza por parte de unos cuidadores ausentes emocional

y/o físicamente. Para la mayoría de autores que se inscriben en esta corriente, el problema sería el apego, entendido según la definición de Bowlby “como una propensión instintiva mostrada por los humanos y otras especies superiores, a buscar seguridad en la cercanía a un individuo percibido como protector, en situaciones donde se dispara el miedo u otros sentimientos asociados con la percepción de vulnerabilidad” (Mosquera y González, 2011, p. 24). Es decir, que los niños, podrían no sentirse protegidos por sus padres debido a las ausencias que hemos comentado antes.

En nuestra opinión, el problema tiene una raíz más profunda, poco estudiada en la psicología contemporánea pero que, fuera de ella, nadie dudaría de su existencia e influencia. Pensamos, que la verdadera raíz no es la seguridad o falta de ella, en cuanto protección de los daños, lo que llevará a desarrollar problemas de apego, sino la falta de amor —que implicará ese factor de protección por parte de los padres que destaca Bowlby—. El hecho de que el amor no se estudie en toda su amplitud en la psicología científica no quiere decir que éste haya dejado de existir e influir. La seguridad y la protección sólo serían un factor más del amor de unos padres hacia sus hijos. Será la falta de la experiencia del amor lo que les llevará a verse a sí mismos como carentes de valor. La experiencia del amor fundará la conciencia de ser bueno, de poseer un valor inherente mediante el cual uno puede desarrollarse. Pensamos, por ello, que las personas con trastorno límite de la personalidad carecieron de ese amor que les hiciera verse a sí mismos como buenos. En este sentido, después de un riguroso estudio acerca de las formas de concebir la palabra amor, dice el reconocido filósofo alemán Josef Pieper (2007):

En todos los casos imaginables del amor, amar quiere decir aprobar. [...] Amar algo o a alguna persona significa dar por «bueno», llamar «bueno» a ese algo o a ese alguien. Ponerse de cara a él y decirle: «Es bueno que existas, es bueno que estés en el mundo» (p. 436).

Así es, el amor de uno aprueba al otro. Pensamos que esta aprobación es fundamental a la hora de que se establezca sanamente la identidad.

Con el siguiente ejemplo que explica Pieper del clásico estudio de René Spitz sobre el hospitalismo, veremos claramente que el problema del apego no es tanto la protección y seguridad, cuanto el amor sincero del progenitor hacia su hijo:

[René Spitz] se ha ocupado de estudiar casos de niños que nacieron en prisión, por tanto, en condiciones materiales no precisamente confortables y que fueron criados por sus madres entre rejas, y también, por otra parte, niños que reciben los cuidados alejados de sus madres, aunque en asilos para recién nacidos, y niños lactantes en medio de unas condiciones higiénicas insuperables, con unas instalaciones de ensueño como sólo las puede inventar la fantasía americana, rodeados, además, de esas muchachas especialmente formadas para la función educadora y protectora. El resultado de la comparación entre unos y otros niños es asombrosa, pero en el fondo no debería sorprender; por lo que se refiere a mortalidad, proclividad a las distintas patologías y a la neurosis, los niños nacidos en la prisión resultaron mejor protegidos que los otros (p. 447).

Queremos hacer notar lo que dice al final de este texto de “resultaron mejor *protegidos*”, esto refuerza nuestra afirmación sobre que la seguridad es parte del amor y que a mayor amor, mayor protección.

Por otra parte, Pieper (2007) advierte también que el amor de las madres hacia los niños no serviría si éstos no lo supieran. "La sensación de seguridad básica crece en el niño a través de la experiencia de haber sido mirado como alguien importante y especial por sus cuidadores, con una mirada de amor incondicional." (Mosquera y González, 2011, p. 22). Es decir, que el problema no radicaría tanto en no ser amados, como en que estos pacientes no sientan dicho amor. Este no sentirse amados acabaría trastocando toda su estructura interna los que perjudicaría en todos los ámbitos de su vida:

Esto lleva a la instauración temprana de disposiciones afectivas (premorales) de huida impulsiva a través de la inmersión en el presente (pues nadie puede vivir en un perpetuo vacío interior), lo que mina las bases para la adquisición de las disposiciones que conducirán en el futuro a la templanza, y por lo tanto, a una vida dirigida por la razón, y que es capaz de sortear la atracción que para nuestra dimensión sensitiva suponen los estímulos del momento presente. El rechazo a la influencia de los adultos lleva a un fundamental desconcierto sobre la propia identidad, así como a la búsqueda de apoyo y confirmación exterior de la propia valía, y la ruptura de las relaciones, a causa de la inconstancia y desilusión, provoca episodios de profundo desconcierto, depresión o disociación, y a una cíclica caída en

excesos encaminados a alejar el malestar por la satisfacción presente (Echavarría, 2011).

La falta de amor los dejaría perdidos en una multiplicidad de estímulos externos que no sabrían interpretar, categorizar o jerarquizar. Les impediría poder realizar un correcto uso de la razón, el pararse a pensar sobre la corrección o incorrección de sus actos, el decidir libremente, etc. Otro ejemplo de esta desestructuración es lo que explica Millon (1996) sobre los hijos de divorciados:

For many children divorce not only undermines the sense that one can count on things to endure, but it often dislodges formerly secure and crucial internalizations [...] Moreover, the confidence that one can depend in the future on a previously internalized belief or precept may now be seriously undermined. Devoid of stabilizing internalizations, such youngsters may come to prefer the attractions of momentary and passing encounters of high salience and affective power. Unable to gauge what to expect from their environment, how can they be sure that things that are true today will be there tomorrow? (p. 172).

Pero es que más allá de lo que estas situaciones produzcan en los futuros pacientes con TLP, cabe decir que la existencia de problemas de apego no implica la de padres maltratadores o negligentes, que también los hay. Las conductas de un progenitor no abusivo, explican Mosquera y González (2011), se relacionan tanto o más con la psicopatología posterior que el maltrato más evidente. No debemos asociar los problemas de apego a hogares severamente disfuncionales solamente, sino a situaciones aparentemente normales como padres enfermos, deprimidos, con preocupaciones crónicas, separados, divorciados o a padres que, simplemente, están más preocupados por su trabajo que por sus propios hijos:

What 'real' and 'important' people do cannot be learned from parents who return from a day's work too preoccupied or too exhausted to share their esoteric activities. Lost, then, are the crystallizing and focusing effects of identifiable and stable role models, which give structure and direction to maturing psychic processes. This loss contributes significantly to the maintenance of the undifferentiated and diffuse personality organization so characteristic of many borderlines (Millon, 1996, p. 172).

Sin embargo, no podemos dejar de preguntarnos aquello que afirma Links de que en ese mismo entorno los hermanos del paciente con límite no desarrollan el trastorno de la personalidad (Rubio, Molina y Pérez, 2003). En este sentido respondemos sencillamente que pudiera ser que los hermanos se vincularan a otras personas, que establecieran sanas relaciones de apego que les ayudaran a no desordenarse tanto como su hermano. En este sentido existe un reciente estudio (Laporte, Paris, Guttman y Russell, 2011) que indica que muy pocas hermanas de pacientes con TLP desarrollaron una sintomatología similar. Tras los resultados del estudio, los autores concluyen que las hermanas, que habrían crecido en las mismas condiciones y con la misma problemática intrafamiliar, serían más resilientes debido a un factor temperamental. Sin embargo, si la genética es la misma, pensamos que podría no ser tanto por factores temperamentales y biológicos sino por factores ambientales que no están siendo contemplados en las pruebas y evaluaciones administradas o que, incluso, tuvieron su influencia en el desarrollo de lo constitucional, como explicaba Filloux.

Según lo dicho, para nosotros el trastorno límite será, como defiende Millon, un nivel patológico de integración de la personalidad por la carencia de un vínculo amoroso estructurante que actúe proporcionándole seguridad (protección frente a posibles abusos sexuales o traumas o de sostenimiento en caso de tales situaciones), un modelo de imitación, una experiencia vital de que “es bueno que él exista”, etc.

Como decíamos, la falta de dicho vínculo amoroso llevará a esa persona a desarrollar una serie de desórdenes internos que se expresarán en conductas patológicas características del trastorno límite de la personalidad. Buscará esa aprobación que caracteriza al amor en cualquier lugar, persona o situación. Lo que los hará más vulnerables a padecer otros desórdenes de la personalidad y trastornos del eje I. Se convertirán en los pacientes “como si” de la ya comentada Helen Deutsch, para sentirse aceptados: "Querer agradecer ¿no equivale exactamente a querer ser amado?" (Pieper, 2007, p. 457).

No hará falta explicar la relación entre la falta de amor y los esfuerzos para evitar el abandono (criterio 1 del DSM-IV-TR), pero si la relación con los otros criterios:

- Las relaciones interpersonales inestables, que serían reflejo del trato recibido por sus progenitores.
- La alteración de la identidad: "Y contra esa «pérdida de la identidad», de que tanto se habla hoy, yo me pregunto si no será verdad que no hay otra

medicina más eficaz que esa vivencia" (Pieper, 2007, p. 451), la vivencia de ser y sentirse amado.

— La impulsividad: Que se explica según lo dicho por el texto ya citado de M. Echavarría. Cabe citar aquí lo que afirma Bodamer (1958) de lo que sucede a hombre y mujer al buscar un encuentro íntimo entre sí —algo que se da con mucha frecuencia en los TLP:

En una sociedad que hace de la sexualidad una condición previa para el amor, en lugar de hacer el amor condición para el regalo de la entrega corporal, paradójicamente, el trato sexual aleja al hombre y a la mujer en lugar de unirlos, los deja solos y desamparados precisamente allí donde con toda seguridad pensaban encontrarse (citado por Pieper, 2007, p. 534-535).

— Los comportamientos autolíticos y suicidas, puesto que jamás se han sentido aprobados con un edificante "es bueno que existas" experimentándose a sí mismos como malvados. Además de que como hemos comentado las autolesiones les sirven como paliativos del dolor emocional, un sufrimiento que sus progenitores les deberían haber enseñado a gestionar.

— La inestabilidad afectiva fruto de la gran sensibilidad a las opiniones de los otros.

— Los sentimientos crónicos de vacío: relacionados con la autodepreciación que se deriva de la falta de esa experiencia que lleva al sentimiento nihilista de vacío, es decir de falta de valor inherente.

— La ira puesto que, por dicha carencia, no han sido capaces de desarrollar disposiciones que les faciliten el desarrollo de hábitos de autocontrol.

— La ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés debido al pensamiento que le han transmitido de que nadie lo quiere y que van en su contra; y, en cuanto a los síntomas dissociativos graves, se relaciona con los abusos, traumas, etc. por parte de unos padres que realizan conductas contrarias a las que les correspondería.

Pero ¿por qué estas desvinculaciones parecen darse más ahora que antes? ¿Por qué el fenómeno TLP es cada vez mayor?

Aquí nos adherimos también a lo sostenido por Millon, Paris y tantos otros autores y es que actualmente se están dando unas condiciones socioculturales que fomentan la aparición de este tipo de desórdenes.

Millon defiende que las sociedades tradicionales proveían de experiencias con otras personas e instituciones que protegían ante las posibles negligencias en el seno familiar y brindaban la oportunidad de establecer otros vínculos estructurantes de la personalidad. Hoy en día, critica Millon, los niños se relacionan menos con sus tíos, abuelos, etc. lo que les dificulta el restaurar o remediar la problemática que puedan tener con su familia más directa. Paralelamente a esto, el autor hace hincapié en la disminución de la importancia del papel de las instituciones tradicionales como podían ser la Iglesia y la escuela, que no sólo enseñaban hechos sino también modos de creencia y de conducta. Como resultado, concluye, tenemos una sociedad difusa e inestable “como las personalidades límites que genera” (Millon y Davis, 2001). Paris por su parte afirma que nuestra sociedad pide al individuo que funcione independientemente, al tiempo que desciende el apoyo social que brinda y la contención social para las conductas desviadas. Como resultado obtendríamos un aumento de la impulsividad, del abuso de sustancias y de conductas autolíticas y suicidas (Millon y Davis, 2001)

Es interesante el apunte que realizó M. Echavarría en una ponencia titulada *El carácter patógeno de la cultura actual* refiriéndose a nuestra sociedad:

Muchos de nosotros podemos tener la sensación de que la situación cultural actual es generadora de desequilibrio mental. Tal vez no lo podamos probar con datos y cifras, pero tenemos la experiencia diaria de que así parece ser. Es verdad que ya Freud denunciaba a la cultura de su tiempo de ser causa de patología. Él acusaba abiertamente de ello a la moral occidental judeocristiana. Después de más de un siglo del desarrollo de la obra de Freud y de la extensión del psicoanálisis y de otras escuelas de psicoterapia, además del predominio de una mentalidad amoral, hedonista, centrada en la búsqueda del bienestar, la circunstancia no parece haber mejorado, sino incluso empeorado (Echavarría, 2011).

En este sentido nos preguntamos ¿cómo puede la cultura influenciarnos de tal manera que llegemos a desarrollar un desorden psíquico? La respuesta a dicha pregunta parece bastante obvia:

It would not be too speculative to assert that the organization, coherence, and stability of a culture's institutions are in great measure reflected in the psychic structure and cohesion of its members. In a manner analogous to the DNA double helix, in which each paired strand unwinds and selects

environmental nutrients to duplicate its jettisoned partner, so too does each culture fashion its constituent members to fit an extant template. In societies whose customs and institutions are fixed and definitive, the psychic composition of its citizenry will likewise be structured; and where a society's values and practices are fluid and inconsistent, so too will its residents evolve deficits in psychic solidity and stability (Millon, 1996, p. 171).

Pero más ilustrativo es el texto del ya mencionado Echavarría (2011), quien comenta:

Así como los hábitos (virtudes o vicios) son como una segunda naturaleza, y sus inclinaciones son vividas como algo que tiene la fuerza de la naturaleza misma, de modo semejante, su cultura es para una sociedad casi como una segunda naturaleza, y los modos, normas y costumbres sociales son vividos como algo natural. La cultura encierra el *etos* común de un pueblo, así como el carácter es el *etos* propio de un individuo. Éste está llamado interiormente e instado desde las instituciones sociales y desde los miembros adultos de tal sociedad a asimilar ese *etos* común en su *etos* individual, en la medida en que éste no puede sino vivir en una sociedad concreta.

¿Pero cómo es esa cultura que nos influye? ¿Por qué se caracteriza? Existen muchas definiciones de la cultura actual, sin embargo nos parece que la más completa y ordenada es la del Dr. Echavarría por mucho que el autor no buscara la exhaustividad. A continuación comentaremos los puntos que él destaca de nuestra sociedad relacionándolos con el tema que nos ocupa:

1. La concepción del ser como devenir: nada es permanente, no hay base sólida ni mejora de ningún tipo, sólo adaptación. Esto, acusa el autor, lleva a la formación de personalidades débiles, ambiguas, inseguras y ansiosas. "Instead of a simple and coherent body of practices and beliefs, children find themselves confronted with constantly shifting styles and increasingly questioned norms whose durability is uncertain and precarious." (Millon, 1996, p. 171)
2. El progresismo antiautoritario: que, simplificando, sería la idea de que lo nuevo es siempre mejor. Esto implica varias cosas, como el hecho de que se desvalore la tradición, la autoridad, el conocimiento que aporta la experiencia, debido a que lo nuevo no sólo es mejor, sino que, como todo está en constante cambio, aquello ya no me sirve y que se prolongue la

adolescencia, puesto que no existe modelo a seguir, no existe nadie capaz de educar:

No longer do youngsters find the certainties and absolutes which guided earlier generations. The complexity and diversity of everyday experience play havoc with simple 'archaic' beliefs, and render them useless as instruments to deal with contemporary realities. Lacking a coherent view of life, maturing youngsters find themselves groping and bewildered, swinging from one set of principles and models to another, unable to find stability either in their relationships or in the flux of events. Few times in history have so many children faced the tasks of life without the aid of accepted and durable traditions. Not only does the strain of making choices among discordant standards and goals beset them at every turn, but these competing beliefs and divergent demands prevent them from developing either internal stability or external consistency (Millon, 1996, p. 171).

3. El inmanentismo: según el cual sólo existe este mundo lo que significa que "el horizonte último de la vida es la muerte". Esto en la vida diaria suele traducirse en dos tipos de conductas: el "comamos y bebamos, que mañana moriremos" o el suicidio. Dos patrones que son perfectamente observables en los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

4. El relativismo: vemos el mundo desde una perspectiva distinta a los demás. En consecuencia, se proclama la tolerancia respecto cualquier modo de vida (por muy incoherente y aberrante que sea). Las consecuencias de esto serán nefastas ya que si al ser humano se le dice que no hay verdad, "ve frustrado su deseo más íntimo, cae en la desesperación, y se dispersa en la búsqueda de los placeres inferiores, cayendo presa de su carácter esencialmente transitorio, con los altibajos emocionales que esto supone". Algo también visible en la patología límite. "For some the question is not which of the changing social values they should pursue, but whether there are any social values that are worthy of pursuit" (Millon, 1996, p. 175). Si todo es relativo, ¿quién es nadie para juzgar que el otro es anormal?

5. La vanidad / superficialidad / artificialidad: si todo es relativo, no podemos desarrollar una identidad puesto que no existe. En lugar de esto tenemos la vanidad. "El criterio de anclaje para el desarrollo de la identidad deja de ser la naturaleza, la esencia permanente, y pasa a ser extrínseco, porque sólo existe la exterioridad". Dice pues el autor que en este contexto "es virtud fundamental la falta de apego a nada propio, la capacidad de captar los humores del

'mercado', en el cual uno debe saber colocarse como producto, debe saber 'venderse". Es lo que Fromm llama la orientación mercantil de la personalidad, que según el alemán, es la personalidad predominante de nuestro tiempo:

Llamo orientación mercantil a la orientación del carácter que está arraigada en el experimentarse a uno mismo como una mercancía, y al propio valor como un valor de cambio (Fromm, 1980, p.82).

6. El individualismo: que se da a pesar de que la social-democracia sea la ideología política triunfante dejando a los individuos solos y preocupados únicamente por sí mismos.

7. Y finalmente, la anomia: nunca una sociedad había estado tan normativizada y nunca se le había tenido a la ley tan poco respeto. Hoy día es imposible cumplir plenamente la ley puesto que ésta ha dejado de seguir un orden natural y ha pasado a la autoconstrucción, artificial. "These youngsters have incorporated neither the approved customs and practices nor the institutional aspirations and values of our society. In effect, they are both behaviorally normless and existentially purposeless, features seen in manifest clinical form among prototypal borderlines" (Millon, 1976, p. 176).

Esta lista de características de la cultura actual engloba muchas otras explicaciones de otros autores sobre el mismo tema. Hemos visto que existe gran relación entre la cultura actual, las formas de crianza y las personas con trastorno límite de la personalidad: "This latter, more amorphous, cultural state, so characteristic of our modern times, is clearly mirrored in the interpersonal vacillations and affective instabilities that typify the BDP." (Millon, 1996, p. 171) Nos parecería muy interesante desarrollar cada una de las características de esa definición de la cultura actual y sus consecuencias, sin embargo, no es lugar ni nuestro objeto de estudio.

Recapitulando todo lo dicho queremos sugerir que para el estudio correcto del Trastorno Límite de la Personalidad se debería integrar el concepto de amor estructurante que parte, en primer lugar, de la familia más directa de la persona, así como darle más peso a los factores culturales ya que favorecen o perjudican el desarrollo de las personas.

A continuación veremos los tratamientos más extendidos actualmente y volveremos, como hemos hecho aquí, a sugerir algunas ideas para el desarrollo de un tratamiento integral para los pacientes con trastorno límite de la personalidad en

estudios futuros en función de las características que hemos comentado de nuestra visión etiológica.

3. Tratamientos para el Trastorno Límite de la Personalidad

3.1. Introducción a los tratamientos

A continuación nos disponemos a resumir los principales enfoques terapéuticos diseñados o utilizados para el tratamiento de los TLP. No es nuestra intención realizar un estudio exhaustivo de todas las técnicas, sino que las veremos en función de su importancia y/o en función de la calidad de dicho tratamiento según nuestra opinión.

Antes de empezar con las principales corrientes, creemos conveniente comentar algunos aspectos a tener en cuenta que han sido ampliamente observados desde todos los enfoques.

El primero de ellos es la dificultad de estos pacientes para vincularse a su terapeuta. Esto lleva a que dichos pacientes presenten tasas más altas de abandono, deficiente cumplimiento de las prescripciones y por ello su respuesta al tratamiento sea peor, cronificándose con más facilidad (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006). De ahí que Rubio, Molina y Pérez (2003) afirmen que el 72% de los pacientes ha pasado por más de ocho profesionales y que sólo el 8% no ha cambiado nunca de terapeuta. Algunos autores tildaron este trastorno de intratable. Kernberg afirma incluso que el paciente siente la necesidad de destruir lo que recibe del terapeuta debido a una envidia inconsciente y una necesidad de destruir al mismo terapeuta como un objeto bueno, por la identificación inconsciente del paciente con un objeto primitivo y sádico (Gunderson, 2009). Sea como sea, estos pacientes movilizan intensos sentimientos en los terapeutas, lo que obligará a plantear abordajes específicos, bien estructurados y continuos en el tiempo que faciliten el tratamiento de la inestabilidad propia del paciente con límite (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006). Si no, se corre el riesgo de "no mantener las fronteras personales, lo cual crea un círculo vicioso para satisfacer las demandas del límite con atenciones y cuidados cada vez más intensos" (Millon y Davis, 2001, p. 471).

Según Rubio, Molina y Pérez (2003), los principales problemas en el tratamiento de un límite son los sentimientos contratransferenciales que llegan a provocar: "allá tú si te suicidas"; el mantenimiento de límites sexuales con los pacientes; la suicidabilidad de estos pacientes que no es meramente manipulativa y sus comportamientos como amenazas suicidas y automutilaciones que agotan al terapeuta por el estrés; y que, según los autores, se han puesto de moda las historias de trauma infantil que no

serían ciertas en muchos casos puesto que los pacientes con TLP distorsionan sus recuerdos de forma negativa. Otros autores afirman, sin embargo, lo contrario:

En nuestras discusiones con colegas que tratan pacientes con TLP, hemos observado que cuestionan con frecuencia estos datos, aduciendo que los pacientes borderline tienen tendencia a magnificar, exagerar o inventar traumas infantiles con el fin de llamar la atención de los terapeutas. Estos comentarios no parecen confirmarse por la investigación empírica, que muestra que las informaciones sobre trauma no cambian cuando los pacientes con TLP mejoran de su trastorno (Kremers et al, 2007). Pero el problema opuesto necesita ser tenido en consideración: muchas experiencias traumáticas sufridas durante la infancia podrían no ser recordadas en la edad adulta (Chu et al, 1996). La probabilidad de amnesia disociativa podría ser un factor que llevase a clínicos e investigadores a minimizar la influencia de factores traumáticos en el TLP (Mosquera, González y Van Der Hart, 2011, p. 13).

Al margen de qué autor esté en lo cierto, vemos que al tratar a pacientes con TLP encontraremos dificultades con el tema de los traumas en un sentido u otro.

Otro tema a tener en cuenta es que actualmente se acepta que el tratamiento más eficaz combina abordajes psicológicos y farmacológicos —el tratamiento farmacológico deberá ser fundamentalmente sintomático y orientado a paliar los síntomas presentados (APA, 2009; Rubio, Molina y Pérez, 2003) —. Ninguno de los dos tipos de abordajes ha mostrado suficiente eficacia terapéutica. Los motivos que parecen impedir la constatación de la eficacia terapéutica de los tratamientos serían (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006):

1. La validez de los criterios diagnósticos para el TLP.
2. La elevada frecuencia de comorbilidad.
3. Las altas tasas de abandono del tratamiento y el escaso cumplimiento, que oscilan entre el 23% y el 67%.

En cuanto a la orientación del tratamiento, aunque parece haberse demostrado la efectividad de algunas terapias como la dialéctico-conductual de Linehan, la psicoterapia psicodinámica de Kernberg y la interpersonal (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006), en la práctica parece existir consenso en que no es tanto la modalidad terapéutica, sino que ésta esté cuidadosamente diseñada y estructurada en función de cada paciente (Escribano, 2006), realizándose desde un

enfoque integrador, que aproveche los distintos recursos terapéuticos y evite técnicas y enfoques excluyentes (Rubio, Molina y Pérez 2003). Sobre el tema de la estructura es algo sobre lo que los autores han hecho mucho hincapié (Bateman, 2005; Rodríguez y Murias, 2006; Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006; Millon y Davis, 2001; Rubio, Molina y Pérez, 2003; Serrani, 2011).

Y, finalmente, antes de pasar a describir los principales enfoques terapéuticos, consideramos interesante citar la siguiente frase de Gunderson (2009): "While we may not have become clear about what we should do, we had learned a lot about what *not* to do." (p. 533)

3.2. Tratamientos psicodinámicos

Como ya hemos explicado sus modelos teóricos, diremos simplemente que utilizan técnicas de tipo interpretativas, confrontativas y clarificativas, entre otras. Se le da gran peso a la alianza terapéutica. En las psicoterapias de refuerzo (de las más utilizadas) se plantean objetivos claros y definidos relacionados con el funcionamiento de la vida cotidiana. El terapeuta tiene un papel activo buscando siempre mantener una transferencia positiva. Para ello los terapeutas requerirán mucha formación y flexibilidad ya que los límites del setting se ponen, con estos pacientes, constantemente a prueba. Por ello, desde este enfoque se le da gran peso a la supervisión (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006).

Dentro de la corriente psicodinámica suelen incluirse la terapia basada en la transferencia y la terapia basada en la mentalización (Rodríguez y Murias, 2006).

La primera, originaria de Kernberg, es más bien de carácter psicoanalítico y se basa en la confrontación de las distorsiones de la transferencia y los errores cognitivos y perceptuales (Rodríguez y Murias, 2006). El terapeuta de la terapia basada en la transferencia actúa como un yo maduro y autoobservador que busca la consistencia en la conducta y la cognición del paciente. Se trataría de que el paciente integre las representaciones objetales escindidas del sí mismo y de los otros, consiguiendo, así, que disminuya la difusión de la identidad (Millon y Davis, 2001). En un estudio realizado por el mismo Kernberg junto a Clarkin realizado en 2007 donde se comparaba la terapia dialéctico conductual, la psicodinámica de soporte y la centrada en la transferencia se concluyó que ésta última mejoraba en más variables que las otras dos (García, Martín y Otín, 2010).

La terapia basada en la mentalización de Bateman y Fonagy, por su parte, se basa en el concepto *mentalización*, entendido como la capacidad de interpretar acciones propias y de los otros en base a estados mentales (pensamientos, intenciones, deseos y sentimientos). Esa dificultad en la mentalización se pone de manifiesto en una relación de apego. Es por esto que la terapia se focalizará en desarrollar la capacidad de entendimiento y reconocimiento de emociones que evocan en otros y que los otros evocan en ellos (Rodríguez y Murias, 2006).

Algunos autores, como Kernberg, son de la opinión de que las psicoterapias de refuerzo o apoyo perpetúan la patología defendiendo terapias más confrontadoras, sin embargo éstas últimas parecen incitar a que el paciente deje la terapia. La combinación de apoyo consistente y confrontación amable daría los mejores resultados (Millon y Davis, 2001). Esta idea de apoyar a la vez que confrontar la veremos más adelante en otras técnicas como la de Linehan y nos dará mucho de qué hablar.

3.3. *Terapias cognitivas*

Existen varias terapias dentro de este enfoque como la de Beck, la centrada en los esquemas de Young, la de valoración cognitiva de Wessler y Hankin-Wessler, y la Iónica para la estabilización emocional.

Beck y Freeman consideran que es difícil aplicar técnicas cognitivas a pacientes con TLP debido a su falta de identidad consistente lo que influye a la hora de programar objetivos y prioridades. Su terapia, pues, se focalizará en disminuir pensamientos dicotómicos, facilitar la expresión controlada de sentimientos negativos, ayudar al control de los impulsos y en la construcción de un sentido de identidad definido (Rodríguez y Murias, 2006; Escribano, 2006). En su terapia se buscará identificar esquemas de la infancia para afrontarlos, posteriormente, dentro de una relación de colaboración con el terapeuta. Éste tendrá el rol de educador, en especial en el ámbito de la relaciones interpersonales (Rodríguez y Murias, 2006)

La terapia cognitiva centrada en los esquemas de Young es una ampliación de la terapia cognitiva de Beck, trata de identificar y corregir los “esquemas desadaptativos Tempranos” (EDT) presentes en los TLP (Rodríguez y Murias, 2006). Para Young los esquemas más significativos son el temor al abandono, la falta de amor, la dependencia, la desconfianza, la escasa autodisciplina, el miedo a perder el control, la culpa excesiva y la privación emocional. Dichos esquemas se mantendrían tanto por las distorsiones cognitivas como por las conductas

desadaptadas consecuentes. Éstos serán pues el foco principal de la terapia (Escribano, 2006). Sin embargo, advierten Rodríguez y Murias (2006), todavía no existen investigaciones que demuestren la eficacia de esta terapia.

Por su parte, la terapia de valoración cognitiva (TVC) de Wessler y Hankin-Wessler plantea un enfoque cognitivo distinto. En él se destaca la importancia de la motivación, suponiendo que la conducta es dirigida por las emociones y no por los esquemas. Llamam a los aspectos cognitivos “reglas personales de vida” y las dividen en afirmaciones descriptivas que una persona cree sobre la realidad y afirmaciones preceptivas basadas en principios morales y valores sociales. Las reglas morales son mediadores cognitivos en los procesos emocionales y funcionan como pensamientos automáticos. Otro concepto importante en esta terapia son las *cogniciones justificadoras* que se dan cuando una persona defiende una creencia sobre la realidad que sabe que no es verdad, pero que así justifica un sentimiento de la persona. En la terapia se presta especial atención a dos emociones, la vergüenza y la autocompasión. El terapeuta deberá crear una relación cálida de aceptación donde puede llegar a realizar autorrevelaciones apropiadas para tratar de reducir la vergüenza de estos pacientes sobre sí mismos (Rodríguez y Murias, 2006)

Por último, mencionaremos la Terapia Icónica para la Estabilización Emocional que se aplica en la Unidad Funcional del TLP del Centro Asistencial de Málaga desde 1997 con la finalidad de permitir que la persona impulsiva se anticipe a sus impulsos y los controle. Dicha terapia integra técnicas tanto cognitivas como conductuales (Escribano, 2006)

3.4. Terapia dialéctico conductual

El último enfoque terapéutico de extendido reconocimiento es la terapia dialéctico conductual (TDC o DBT (Dialectical and Behavioral Therapy)). La TDC combina estrategias básicas de la terapia de la conducta con prácticas de mindfulness, que se integran en una cosmovisión dialéctica de la que ya hemos hablado. Se desarrolló originalmente para pacientes suicidas, aunque en la actualidad se utiliza para individuos multidesordenados con Trastorno Límite de la Personalidad (Dimeff y Linehan, 2001; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2003; Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006).

Se trata de una terapia sistematizada y compleja, cargada de procedimientos heterogéneos, que trata de equilibrar la aceptación de la situación del paciente con el cambio para mejorar su vida. Para ello será esencial el papel del terapeuta, quien

además formará parte de un grupo de consulta y recibirá supervisión técnica y soporte emocional, y su relación con el paciente (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2003; Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006)

A continuación vamos a hablar de la terapia y las estrategias en sí que no deben verse como un manual de tratamiento sino como una intervención basada en principios terapéuticos (García, 2008). Para empezar terapeuta y paciente deben estar de acuerdo con las metas de la terapia, teniendo clara la existencia de una jerarquía de prioridades en cuanto al tratamiento (disminución de conductas suicidas, de conductas que interfieran con la terapia (abandono del tratamiento, incumplimiento de las tareas, etc.), que interfieran con la calidad de vida (consumo de drogas, delitos, etc.) y aumento de habilidades conductuales (comunicativas, de resolución de problemas, etc.)) (Dimeff y Linehan, 2001).

La intervención se estructura en (García, 2008):

1) Pretratamiento: dirigido al establecimiento de la relación terapéutica, de las metas y de compromisos. El compromiso que se establece es de asistir a terapia durante un año y puede renovarse anualmente. Al final del año se evalúa el progreso y se determina si continuar o no. Si se falta a más de cuatro sesiones seguidas sin causa justificada, se da por terminada la terapia hasta el fin del contrato, momento en que se renegociará la admisión.

2) Tratamiento:

A) La primera fase tiene una duración de un año. Tiene la finalidad de disminuir conductas suicidas, conductas que interfieran en la terapia y que interfieran en la calidad de vida, y aumentar habilidades de atención plena, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y eficacia interpersonal mediante una sesión individual y una sesión de grupo a la semana (de 6 a 8 pacientes, 2 terapeutas y sesiones de 2 horas y media) y consultas telefónicas entre sesiones para ayudar al paciente a generalizar las habilidades y estrategias aprendidas en terapia a la vida cotidiana. Usa, principalmente estrategias:

A. a. De validación o aceptación:

A.a.i. Habilidades en atención plena (mindfulness): Se debe adoptar una actitud de contemplación de las experiencias para conocerlas y, sin realizar juicios de valor de forma impulsiva o dependientes del estado de ánimo, aceptarlas. Mediante este primer paso podremos descubrir y validar lo adaptativo e identificar lo problemático.

A.a.ii. Habilidades de tolerancia del malestar: Se busca fomentar la aceptación del sufrimiento mediante tácticas de distracción, confortarse a uno mismo, mejorar el momento y analizar pros y contras.

A.b. De solución de problemas (estrategia básica de cambio):

A.b.i. Habilidades de regulación emocional: Buscan identificar y etiquetar las emociones (así como los contextos en los que surgen); identificar obstáculos para el cambio emocional analizando qué refuerza las emociones negativas; reducir la vulnerabilidad emocional mediante la puesta en práctica de hábitos saludables; y programar y realizar actividades placenteras ligadas a metas dirigidas por valores.

A.b.ii. Habilidades de eficacia interpersonal: Busca equilibrar deseos y obligaciones de los pacientes mediante técnicas asertivas, de manejo de conflictos interpersonales, solución de problemas, role-playings, etc.

B) Se dedica al tratamiento del estrés postraumático y no tiene duración determinada mediante técnicas cognitivo conductuales diseñadas por Foa y Rothbaum en 1998. Asimismo se consolidan las habilidades adquiridas en la primera fase.

C) Se busca que el paciente valide sus propias experiencias empezando a respetarse a sí mismo. Se empieza, aquí, a plantear metas vitales a perseguir.

Las estrategias de la TDC van acompañadas de tácticas originales como pueden ser la “estrategia telefónica” que consiste en invitar a los pacientes a llamar al terapeuta cuando están con ánimo suicida, pero no se les permite hacerlo si ya han realizado un gesto suicida. La idea es que el paciente llame pidiendo consejo para manejar sus emociones sin ponerlas en práctica. El contacto telefónico es breve y estructurado. En él se dan instrucciones que van desde métodos de distracción hasta métodos de pedir al paciente que considere soluciones alternativas a los problemas que le preocupan. (Rubio, Molina y Pérez, 2003)

Anteriormente, hablando de los tratamientos psicodinámicos, habíamos comentado que se consideraba más conveniente utilizar terapias de apoyo junto con enfoques más confrontadores. Desde otra perspectiva, eso es más o menos lo que defiende la TDC:

"DBT requires that the therapist balance use of acceptance and change strategies within each treatment interaction, from the rapid juxtaposition of change and acceptance techniques to the therapist's use of both irreverent and warmly responsive communication styles." (Dimeff y Linehan, 2001, p. 11)

Los procedimientos de aceptación incluirían, por ejemplo, el mindfulness, con la atención al momento presente, tratando de asumir una actitud no crítica, etc., y una gran variedad de estrategias de validación. Las estrategias de cambio, por su parte, incluirían el análisis de las conductas desadaptativas, técnicas de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades, manejo de contingencias, modificaciones cognitivas, etc. (Dimeff y Linehan, 2001).

Lo que se buscaría, según su cosmovisión, serían una síntesis de los contrarios, de sus contradicciones en un ambiente contrario al invalidante puesto que la terapia crearía un ambiente de validación que favorecería el cambio (García, 2008).

Diversos estudios revelan que la TDC disminuye en mayor cantidad las conductas parasuicidas, retiene mejor al paciente en terapia, consigue que el paciente sea ingresado menos tiempo en el psiquiátrico, disminuye su ira y mejora su funcionamiento global y su ajuste social en comparación con otros tratamientos utilizados (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006).

Sin embargo, existen varias críticas a los estudios de la TDC puesto que se probó con un grupo relativamente homogéneo de mujeres muy disfuncionales y con conductas suicidas crónicas, por lo que no se debe generalizar el resultado a pacientes varones o menos disfuncionales o sin conductas suicidas (Escribano, 2006). Además, en un primer momento, no se encontraron diferencias entre los grupos estudiados en las medidas de depresión, desesperanza o de razones para vivir e ideación suicida, es decir, funcionaban mejor pero no se sentían más satisfechas. La última crítica hace referencia a que, tras un año de seguimiento, no se encontraron diferencias entre los grupos estudiados (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2003; Bateman, 2005; Rubio, Molina y Pérez, 2003). Quiroga y Errasti (en Escribano, 2006) afirman que se trataría de un tratamiento "probablemente eficaz" ya que dicha terapia modifica conductas problemáticas, no el TLP en sí mismo. De hecho se plantea si esas modificaciones en conductas problemáticas, que se dan durante el primer año pero que no permanecen posteriormente, son debidas al

elevado soporte que implica la TDC y no tanto por la terapia en sí (Rodríguez y Murias, 2006). En este sentido Rubio, Molina y Pérez (2003) se plantean:

¿Hasta qué punto los resultados de esta terapia están relacionados con sus técnicas específicas, o con parte de ellas, o con la fuerte estructuración del programa y el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica?, ¿depende el resultado de la terapia del entusiasmo del equipo o es generalizable a otros equipos?, ¿sería más útil un tratamiento similar, pero de más años de duración? O ¿está indicada la terapia conductual dialéctica para todos los pacientes límites o sólo para subgrupos específicos? (p. 172).

3.5. Otras terapias

Tras los tres grandes enfoques terapéuticos comentados nos disponemos a delinear otras terapias de menor importancia o reconocimiento.

La primera de ellas sería la Terapia Cognitivo Analítica (PCA). Se basa en un modelo de psicoterapia breve propuesto por Ryle, quien sugería una serie de patrones cognitivos disfuncionales que llamó pegas, trampas y dilemas. Para él, el TLP tiene múltiples estados del self, disociados, que pueden generar síntomas (similar a la teoría de la disociación estructural de la personalidad de Mosquera, González y Van Der Hart (2011)). La herramienta clave de su terapia es la carta de reformulación en la que, paciente y terapeuta, realizan una descripción de la dinámica subyacente de los síntomas y problemas que llevaron al paciente a la consulta. Se vincula, mediante la reformulación, los síntomas a las experiencias afectivas que han ido conformando la personalidad del paciente. Algunos estudios indican que la PCA es más eficaz en los TLP que otros tratamientos y que ayudaría a estos pacientes a alcanzar un alto grado de conocimiento de sí mismos (Rodríguez y Murias, 2006).

Otra terapia es la llamada Eclecticismo por combinación de Livesley, un enfoque integrador en el cual las intervenciones específicas se encuadran en estrategias generales que tienen en cuenta factores educacionales, culturales y socioeconómicos, sintomatología predominantes, el estado cognitivo, la motivación y deseo de cambio de los pacientes, por lo que, según el autor, no podemos pensar en un solo tipo de tratamiento. Livesley defiende el uso de un tratamiento combinado cuyos objetivos generales sean construir y mantener una relación de colaboración, establecer y mantener un proceso consistente en el tratamiento, promover la

validación del mismo y construir y mantener la motivación hasta el tratamiento y el cambio (Rodríguez y Murias, 2006).

Otra terapia es la desarrollada por Lorna Benjamin que da un enfoque interpersonal denominado Análisis Estructural de la Conducta Social (SASB). Se basa en la detección de modelos de relaciones interpersonales disfuncionales y se busca modificar la conducta explorando el origen de la misma. El enfoque da mucha importancia a la alianza terapéutica sólida y emplea diversas técnicas psicoterapéuticas como role play, asociación libre, análisis de los sueños, etc. (Rodríguez y Murias, 2006).

Para la autora, explican Millon y Davis (2001), el paciente con trastorno límite se encuentra abocado a sabotear la terapia, que, aunque suele tener un buen comienzo, el paciente llega a pensar que el terapeuta nunca será capaz de proporcionarle el cuidado necesario, y comienza a recurrir a comportamientos extremos, como sobredosis, automutilación y conductas parasuicidas. Estas actitudes provocarán el distanciamiento del terapeuta, quien se mostrará reacio a concertar citas fuera de programa o recibir llamadas telefónicas. El paciente, al percibirlo, acusará al terapeuta de no prestarle atención y dará por terminada la terapia de forma drástica. Benjamin explica que el paciente querrá reanudar la terapia y el terapeuta cederá por temor a las repercusiones legales o a las conductas autodestructivas del paciente. Este círculo vicioso empezará tan pronto como el terapeuta ceda ante las manipulaciones del paciente. También podría darse el caso de que el paciente mejorara y que, al percibirlo, presentara regresiones ya que ello conllevaría dar por terminada la relación. La autora afirma que para detener los ciclos se deben prevenir desde el principio, para ello se le ofrecerá un acuerdo de “construcción de potencialidades” donde se establezcan los límites de la relación terapéutica fijando, de antemano, la posibilidad de que el terapeuta se niegue a satisfacer las manipulaciones características del paciente con TLP considerándolas como un camino hacia la salud. Según el ejemplo de Benjamin, el terapeuta podría decir, “no hablaré con usted cada vez que me llame por teléfono porque en esos momentos usted está muy necesitado y si hiciera lo que usted desea y de la forma que quiere, se sentiría más débil, no más fuerte”. Así se establecerían los límites, además de afirmar al sujeto, de manera que el paciente no puede sentirse ignorado ni abandonado. Así, terapeuta y paciente podrán centrarse en la patología como enemigo común y la terapia no acabará degenerando otra relación caótica más del sujeto con TLP.

Para resumir nos parece interesante citar a Rodríguez y Murias (2006), quienes afirman lo siguiente:

Se han propuesto muchos y muy diversos tratamientos de los TLP, pero las investigaciones rigurosas sobre sus efectos clínicos reales son escasas, dispersas o asistemáticas. Los estudios publicados no siempre cumplen las necesarias condiciones de diseño y de control como para ser considerados aceptables a la hora de calificar como positivamente probada la eficacia de una determinada terapia (p. 3).

3.6. Propuestas psicoterapéuticas: Un enfoque desde lo ambiental

Actualmente existe un consenso en referencia a que la práctica clínica más extendida —al margen de las escuelas y enfoques existentes— se centra más en aspectos sintomáticos y no en una intervención global e integral (Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 2006). Partiendo de esto, sobre lo cuál estamos de acuerdo, vamos a proponer algunas sugerencias que den más globalidad a los enfoques terapéuticos para este tipo de pacientes.

En primer lugar, vamos a proponer algunas actuaciones generales para el tratamiento de los pacientes con TLP, aspectos que creemos que deben ser tratados y tenidos en cuenta:

- Vínculo: Debe establecerse un vínculo terapéutico consistente con un papel activo y creativo por parte del terapeuta. El paciente debe sentir que el terapeuta se preocupa por él —Bateman (2005) habla de fomentar una relación de apego con el terapeuta—, vigilando éste no crear dependencia dándole esperanzas realistas: El hecho de que el paciente pueda imaginarse mejor será un motor para su propio cambio.
- Límites: Deben establecerse unos límites claros que fomenten la estabilidad y provean al paciente con TLP de un orden que posiblemente no encuentre en sus ambientes habituales.
- Síntomas: Debe procurarse un alivio sintomático puesto que sin ello, en muchos casos, no se podría llevar adelante una terapia. En especial se debe tratar de reducir las tentativas autolíticas.
- Historia: Debe ayudarse al paciente a que pueda establecer un sentido a su pasado, que pueda ver un hilo conductor y no instantes distintos sin relación entre sí. Ello habrá de hacerse cuidadosamente y con prudencia puesto que como advierten Mosquera y González (2011), “la insistencia (ligera) por parte del terapeuta en trabajar sobre un tema puede conectar con una experiencia

de abuso sexual en la que los límites interpersonales y físicos fueron vulnerados, o con la intrusividad de un cuidador muy desregulado" (p. 26). Este viaje por la historia del paciente implicará una revisión de la imagen que ha tenido de su familia y cómo estos han influido en su vida. Asimismo, debe hacerse hincapié en la importancia de que el paciente trate de tomar las riendas de su vida, viéndose libre y no determinado por sus emociones, su biología o su entorno.

— Autoconocimiento: Debe favorecerse la autoestima y la autoaceptación del paciente. Que pueda verse a sí mismo como válido para unas cosas y no tanto para otras, huyendo siempre de los pensamientos dicotómicos y no valorándose en función de rasgos aislados. También será importante que el paciente comprenda la relación existente entre cogniciones, emociones y acciones, para que pueda empezar a entender su conducta y la de los demás y a controlar su impulsividad.

— Heteroconocimiento: Debe fomentarse una visión de los otros más saludable. Buscando siempre un punto intermedio. Favoreciendo una actitud interpersonal saludable, ni excesivamente posesiva, ni distante, procurando que no focalice su necesidad afectiva en una sola persona.

— Objetivos y valores: Paralelamente a los puntos anteriores, se tratará de que paciente y terapeuta, busquen valores que ayuden al paciente a guiar su vida hacia un fin vital, dotando de sentido su existencia. Este punto es el menos tratado en las terapias y el que, en mi opinión, parece ser más necesario para eliminar los sentimientos de vacío, de desesperanza, etc. que quedan presentes en muchos pacientes después de realizar un tratamiento, como por ejemplo el de la Terapia Dialéctico Conductual.

Pensamos que la mejora del paciente no dependerá del enfoque con que se le trate, sino de que los aspectos comentados se consideren para fomentar su salud mental y de que el paciente vea ante sí una persona que le ayude a vincularse a la vida de una forma positiva:

It is likely that part of the benefit that personality-disordered individuals derive from treatment comes from the experience of being involved in a carefully considered, well-structured and coherent interpersonal endeavour, quite independent of the underlying theoretical construct. What may be helpful is the internalization of a thoughtfully developed structure, the understanding of the interrelationship of different, reliably identifiable components, the causal interdependence of specific ideas and actions, the constructive interactions

of professionals and, above all, the experience of being the subject of reliable, coherent and rational thinking. Social and personal experiences such as these are not specific to any treatment model but rather are correlates of the level of seriousness and the degree of commitment with which teams of professionals approach the problem. While this suggestion is speculative, it may be helpful in distinguishing successful from unsuccessful psychological interventions (Bateman, 2005, p. 17-18).

A parte del tratamiento psicoterapéutico individual, no descartamos, y de hecho creemos que será necesario hacer intervenciones con los familiares de los pacientes para evitar implicaciones inadecuadas en los problemas del paciente (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2003). Asimismo será positivo hacerles sesiones de psicoeducación para que puedan comprender y actuar con su familiar con trastorno límite de la personalidad.

Por otra parte se tendrá que tener cuidado a la hora de prescribir tratamientos farmacológicos puesto que los pacientes con TLP suelen ser malos cumplidores: su inestabilidad les llevará a una mala adherencia terapéutica pudiendo presentar efectos secundarios por una mala cumplimentación de la posología, así como un riesgo potencial de una sobreingesta de fármacos con intenciones suicidas, para paliar estados de elevada ansiedad o en medio de un episodio disociativo. Por ello se recomienda que todo tratamiento farmacológico debe darse en el contexto de una alianza terapéutica sólida en la que se discutirá con el paciente el por qué de la indicación, los efectos terapéuticos esperados y los posibles efectos secundarios, antes de la prescripción del fármaco (Rodríguez y Murias, 2006)

Hemos hablado, principalmente, de qué aspectos tratar en la terapia individual. Sin embargo, debemos ver cómo tratarlos. A esa forma hay que darle un contenido, si no caeremos en un conjunto de técnicas que llevarán a la persona a actuar mejor durante sólo un periodo de tiempo o quizás que lo llevarán a actuar de determinada forma pero sin mejorar su sensación de vacío:

Without genuine obligations and real purposes to create intent and urgency in their psychosocial worlds, such youngsters often remain diffused and undirected. At best, they are encouraged to 'find their own thing', to follow their own desires and create their own aims. Unfortunately, freedoms such as these translate for many as freedom to remain in flux, to be drawn to each passing fancy, to act out each passing mood, to view every conviction or

ethic of equal merit, and, ultimately, to feel evermore adrift, lost, and empty (Millon, 1996, p. 176).

Creemos, pues, conveniente buscar un contenido que guíe todo nuestro quehacer terapéutico.

Pero ¿cuál será ese contenido que debemos transmitir en la terapia de la mejor forma posible a un TLP? Si hemos dicho que, en nuestra opinión, el Trastorno Límite de la Personalidad venía por un desorden en el apego en cuanto mala relación amorosa entre padres e hijos, que ese vacío característico del TLP venía por no sentirse amados, entonces parece claro que si lo que produce el vacío, en gran parte, es el amor, lo que lo llenará será también el amor.

Quiere decir eso que debemos dar amor al paciente: Sí, o al menos algunos aspectos del amor. De hecho pensamos que esto es lo que hacen actualmente muchas terapias. Lo hacen mejor o peor, de una u otra forma y bajo distintos nombres.

Para que se entienda a qué nos referimos cuando hablamos de amar al paciente mostraremos la concepción tomista del amor. Para Santo Tomás de Aquino, el amor es tanto una tendencia, una búsqueda de lo que no se tiene, como un amar lo ya poseído y alegrarse en ello (Pieper, 2007). Bajo distintas perspectivas tratan de afirmar lo mismo Millon y Davis (2001) y Linehan (2001). Los primeros al decir que las psicoterapias de apoyo debían combinarse con las confrontadoras y la segunda, igual que el resto de autores de la TDC, afirmando que se trataría de equilibrar la aceptación del paciente con el cambio, eso que ella llama síntesis dialéctica en la que el terapeuta debe ir alternando técnicas en uno y otro sentido. Cabe decir que no compartimos las bases teóricas de esta autora ni su filosofía, sin embargo, creemos que mediante un enfoque erróneo se ha acercado bastante a explicar tan compleja realidad.

No podemos evitar subrayar la visible semejanza entre ese aceptar y cambiar de Linehan y los aspectos del amor de Santo Tomás de Aquino. Nosotros preferimos hablar de un amor exigente y a la vez aprobador. Que dice, “es bueno que existas” a la vez que quiere el bien de ese ser.

Parecería como si el ambiente invalidante nunca hubiera dicho a nuestro paciente “es bueno que existas”, de hecho así lo pensamos. De ahí que el TLP busque esa

aprobación incesantemente mediante diversas conductas. Sin embargo, una de las cosas que hay que hacer ver al paciente en la consulta es que no es bueno que exista por que haga esto o aquello o tenga lo de más allá, sino por el simple hecho de existir. Conviene pues que se sienta querido incondicionalmente: "C. S. Lewis afirma que lo que nosotros necesitamos es el amor no merecido, pero que éste es precisamente la clase de amor que no deseamos" (Pieper, 2007, p. 452). Los pacientes con TLP creen que serán queridos y aceptados si realizan determinadas conductas, debemos, pues, transmitirles que no es así, y si lo es, no debería. El porqué no debería ser así lo veremos claro al pensar en que a un hijo bebé no se le ama por su inteligencia, ni su hermosura, ni sus conductas acertadas; sino por su simple existir. El terapeuta deberá entonces transmitir que el paciente es valioso en sí mismo, y por ello también lo es para él y para el resto. Si bien ese paciente sólo descubrirá su propio valor al sentirse amado y aceptado por otro.

Sin embargo, esto no será suficiente. Si aquí nos quedáramos fomentáramos la dependencia, la búsqueda de afecto desordenada, etc. Debemos, pues exigirle a la persona, en este caso al paciente con TLP, que busque su propio bien.

En este sentido, insistimos en que la causa de que estas dos características se den de forma distorsionada es, o bien por una mala praxis de los padres hacia sus hijos (negligencias, abusos, etc.) o bien por una confusión del rol que debería ocupar cada uno de los progenitores:

De siempre se ha dicho de la madre, como de la amante más verdadera, que no piensa tanto en ser amada como en amar. De una forma curiosa, su amor a los hijos es «incondicional», es decir, no sujeto a condición alguna. Y con eso responde no sólo a la más profunda necesidad del hijo, sino de todo ser humano. El amor materno no hace falta «ganárselo», y tampoco hay nada que lo haga perder. El padre sí que pone condiciones; quiere que su amor sea «merecido», en lo que a la vez se pone de manifiesto un elemento peculiar que, en el fondo, también es propio de todo amor, es decir, el deseo de que el amado no solamente se sienta bien, sino que realmente le vaya bien en todo.

Se ha dicho, con razón, que el amor de una persona madura debería poseer ambas cosas: el elemento materno y el paterno, algo que fuera al propio tiempo incondicionado y exigente (Pieper, 2007, p. 543).

Comentando este texto nos dice Echavarría (2005), que “no hay que tomar esto, sin embargo, en el sentido de que estas dos cualidades no se den, en medidas diversas en ambos progenitores” (p. 352).

Sin este sentirse amado de forma incondicionada y exigente a la vez, la persona no podría amar, que es, en gran medida, donde todos hemos experimentado la mayor plenitud: "La capacidad misma de amar, en la cual recibe la humana existencia su más alta sublimación, supone experimentar en sí la vivencia de ser amado por otro" (Pieper, 2007, p. 437).

Estas serían nuestras propuestas para el tratamiento de los individuos con TLP. Sin embargo, queremos destacar también unos aspectos más generales.

En el apartado anterior donde se ha tratado la etiología del TLP, hemos querido destacar la similitud existente entre la sintomatología presente en los pacientes con TLP y las características de la sociedad actual: "These considerations raise the question as to whether there might be a similar therapy both for the individual borderline patient and for society in general" (Fuchs, 2007, p. 385).

Queremos proponer, pues, algunas ideas de cara a prevenir este tipo de trastornos, por mucho que haya quien opine que esto no es posible:

Se considera que intentar prevenir los trastornos mentales es como poner “puertas al campo”; la gran cantidad de factores etiopatogénicos que influyen en la aparición de un trastorno y la no existencia clara de una teoría que explique por sí sola la génesis de la enfermedad hacen que la prevención sea una tarea ímproba y si se plantea existe el riesgo de rozar actitudes paternalistas, incluso de marcado cariz totalitario (Rubio, Molina y Pérez, 2003, p. 180).

Hoy, nos enfrentamos a un tipo de sociedad individualista, perdida en una búsqueda de una felicidad momentánea. La atomización de la sociedad deja al hombre solo ante un mundo que lo supera como nos explica Avia (1995) citando a Cushman (1990):

La pérdida de lo comunitario ha desplazado el foco de atención al individuo, cada vez más presionado hacia un tipo peculiar de autoperfección, que se revela y *administra* por las industrias de cosméticos, dietas de

adelgazamiento, diversiones electrónicas, realidades virtuales, medicinas preventivas y técnicas para mejorar y *crecer* psicológicamente; véase, por ejemplo, el crecimiento de los libros de autoayuda y otros tipos de psicología y religión *baratas* (p. 113).

Una prevención pasaría por un cambio sociocultural:

Una prevención pasaría por identificar los factores de vulnerabilidad y hacer una serie de cambios de tendencia de clara orientación psicopedagógica como la recuperación de los valores éticos, la potenciación de figuras de autoridad (que no autoritarias), el aumento del contacto y la comunicación social, la disminución de la sobreprotección del niño, la aportación al niño de autonomía y responsabilidad, así como la mejoría de la capacidad de frustración, aumento de la autocrítica y disminución de la autocomplacencia (Rubio, Molina y Pérez, 2003, p. 183).

Sin embargo, esto parece realmente utópico. Vayamos, pues, paso a paso. Nosotros proponemos empezar por no fomentar la atomización. Proponemos que se favorezcan leyes que fortalezcan a la familia, en lugar de anularla. Y esto no por nuestras creencias, que las tenemos; ni por nuestros valores, que también los tenemos, sino por las influencias que las actuales conductas sociales están teniendo en las nuevas generaciones y que ahora empezamos a dilucidar. Una sociedad descompuesta, se refleja en unas instituciones descompuestas y éstas, en unos individuos descompuestos como son las personas con Trastorno Límite de la Personalidad.

Conclusión

Extraemos del presente trabajo varios aspectos. El primero hace referencia al trastorno límite como concepto. Mediante una revisión bibliográfica se ha puesto de manifiesto la inespecificidad de esta categoría diagnóstica.

En segundo lugar, que no sólo es clara la bidireccionalidad entre vulnerabilidad y estresores sino que además en lo constitucional media claramente lo ambiental, puesto que lo primero no son más que posibilidades de acción actualizadas en función de lo segundo. Por ello hemos considerado que el ambiente determina en mayor medida el desarrollo de dicho trastorno.

Hemos visto cómo el ambiente lo conforman, en primer lugar, la familia y, en segundo, la cultura en la que ésta está inmersa. De aquí hemos sugerido que la falta de amor, en su doble vertiente de aceptación y exigencia, por parte de los padres y la falta de una sociedad que fomente la estabilidad y la coherencia son fomentadores de la aparición del trastorno límite de la personalidad.

Ante esta problemática y según nuestra visión, tras examinar las principales formas de tratamiento actuales, hemos propuesto una serie de aspectos a tener en cuenta para el tratamiento de los pacientes con TLP. En primer lugar, se ha sugerido incidir sobre el vínculo, los límites, los síntomas, la historia del paciente, su autoconocimiento, sus relaciones interpersonales y sus objetivos, metas y valores. Todo esto transmitiendo al paciente el amor que puede no haber recibido en su vida, un amor necesario para una sana estructuración de la personalidad. Un amor que, como hemos dicho, lo hará verse valioso a la vez que le invitará a mejorar.

Asimismo, en vistas de que la problemática no es individual, se ha concluido con la necesidad de ir en contra de la atomización social y qué mejor forma que incidiendo sobre el organismo más pequeño de la sociedad pero sobre el cual se fundamenta: la familia.

Bibliografía

Allen, D. y Farmer, R. (1996). Family Relationships of Adults With Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry* 37 (1), 43-51.

Allport, G. W. (1986). *La personalidad. Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.

American Psychiatric Association (2009). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.). Barcelona: Masson.

Bateman, A. W. (2005). Psychological treatment of borderline personality disorder. *Psychiatry* 4 (3), 15-18.

Chavarría, M.A. (2010). *Controla tu tiempo, controla tu vida* (2ª Edición). Madrid: ESIC Editorial.

CONSEJO ASESOR SOBRE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)*. Barcelona: CatSalut.

Dimeff, L. y Linehan, M.M.(2001). Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The California Psychologist* 34, 10-13.

Echavarría, M. (2011). *El carácter patógeno de la cultura actual*. Conferencia presentada en el V Encuentro de Formación para Jóvenes y en la V Jornada Universitaria de Apologética.

Echavarría, M. F. (2005). *La praxis de la psicología y sus niveles epistemológicos según Santo Tomás de Aquino*. Girona: Documenta Universitaria.

Echavarría, M.F. (2007). Enfermedad mental y responsabilidad ético-jurídica. En AA.VV. (2007), *Encuentro Internacional de Profesores de Derecho Penal de Universidades Católicas* (pp.58-66). Buenos Aires: A-Z Editora.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2003). Terapia de conducta dialéctica y trastorno límite de la personalidad: Aplicaciones clínicas. En V. Rubio y A. Pérez (Comp.), *Trastornos de la personalidad* (pp. 319-326). Madrid: Elsevier.

Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría* 39 (1), 1-11.

Escribano Nieto, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo* 1 (1), 4-20.

Filloux, J-C. (1987) *La personalidad*. Buenos Aires: Eudeba.

Fromm, E. (1980) *Ética y Psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica.

Fuchs, T. (2007). Fragmented Selves: Temporality and Identity in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 40, 379-387.

García, A. (2008). Un programa de tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad: La Terapia Dialéctico Comportamental. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina* 2, 1-11.

García, T., Martín, F., Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 30 (106), 263-278.

Golier, J., Yehuda, R., Bierer, L., Mitropoulou, V., New, A., Schmeidler, J., Silverman, J., Siever, L. (2003). The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *The American Journal of Psychiatry* 160 (11), 2018-2024.

Gunderson, J. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *The American Journal of Psychiatry* 166 (5), 530-539.

Gunderson, J. G. (2011). Borderline personality disorder. *The New England Journal of Medicine* 364 (21), 2037-2042.

Guzder, J., Paris, J., Zerkowitz, P., Marchessault, K. (1996). Risk Factors for Borderline Pathology in Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (1), 26-33.

Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., Russell, J. (2011) Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *Journal of Personality Disorders* 25 (4), 448-462.

Millon, T. (1996). *Personality and psychopathology. Building a clinical science*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Mosquera, D. (2009) Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-TR. *Persona* 10 (2), 7-22.

Mosquera, D. y González, A. (2011). Del apego temprano al TLP. *Mente y Cerebro*, 46, 18-27.

Mosquera, D., González, A. y Van Der Hart, O. (2011) Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Persona* 11 (1), 10-40.

New, A., Siever, L. (2002), Neurobiology and genetics of borderline personality disorder. *Psychiatr Ann* 32(6), 329-336.

Novella, E. y Plumed, J. (2005). Difusión de identidad y posmodernidad: una aproximación sociocultural al trastorno límite de la personalidad. En G. Cervera, G. Haro y J. Martínez-Raga (Comp.), *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica* (pp. 58-71). Madrid: Médica panamericana.

Oldham, J. (2007) Trastornos de la personalidad: Historia reciente y direcciones futuras. En J. Oldham, A. Skodol y D. Bender (Comp.), *Tratado de los Trastornos de la Personalidad* (pp. 3-16). Barcelona: Elsevier.

Paris, J. (2005). Parenting and Personality Disorders. En Hudson, J. y Rapee, R. (Comps.), *Psychopathology and the Family* (pp. 193-204). Boston: Elsevier.

Pereña, F. (2009) Denegación y límite. Acerca de los llamados trastornos límites. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 29 (103), 7-33.

Pieper, J. (2007). *Las virtudes fundamentales* (9ª. ed.). Madrid: Rialp.

Pinto, A., Grapentine, L., Francis, G., Picariello, C. (1996). Borderline Personality Disorder in Adolescents: Affective and Cognitive Features. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (10), 1338-1343.

Rodríguez, C. y Murias, E. (2006). *Situación actual de los tratamientos en el trastorno límite de personalidad*. Extraído el 8 de Junio de 2012 desde http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/26233/.

Rubio, V., Molina, R., y Pérez, A. (2003). Trastorno límite de la personalidad. En V. Rubio y A. Pérez (Comp.), *Trastornos de la personalidad* (pp. 139-185). Madrid: Elsevier.

Sansone, R. y Sansone, L. (2011) Gender patterns in Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience* 8 (5), 16-19.

Serrani, D. (2011). Luces y sombras del trastorno Borderline de personalidad. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 16 (4), 370-386.

Steele, H. y Siever, L. (2010). An Attachment Perspective on Borderline Personality Disorder: Advances in Gene-Environment Considerations. *Curr Psychiatry Rep* 12, 61-67.

Winston, A. (2000). Recent developments in borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 6, 211-218.