

Del apego temprano al TLP

Dolores Mosquera y Anabel González

Publicado en

MENTE y CEREBRO

Número 46 - Enero 2011

Copyright © 2011 Prensa Científica S.A. Muntaner, 339 pral. 1.ª 08021 Barcelona (España)

Reservados todos los derechos. Prohibida la reproducción en todo o en parte por ningún medio mecánico, fotográfico o electrónico, así como cualquier clase de copia, reproducción, registro o transmisión para uso público o privado, sin la previa autorización escrita del editor de la revista.

Del apego temprano al TLP

La búsqueda instintiva de seguridad nos lleva a establecer durante la infancia fuertes lazos con nuestros progenitores. Fallos en este vínculo pueden influir en el trastorno límite de la personalidad

DOLORES MOSQUERA Y ANABEL GONZÁLEZ

RESUMEN

Trastorno complejo

1 Muchos de los síntomas característicos de los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) se hacen más comprensibles si tratamos de entender los problemas que presentó en su infancia la relación con sus cuidadores principales.

2 Las dificultades de sintonía, regulación y consistencia en la relación entre padres e hijo se ve reflejada en la forma de relacionarse de los pacientes adultos y en diversos aspectos de la patología límite.

3 Con todo, los factores traumáticos y de apego no son los únicos que condicionan la patología límite. El modelo global del TLP debe incluir también otros elementos.

Hace ahora 30 años que se reconoció formalmente el trastorno límite de la personalidad (TLP) como diagnóstico oficial. Desde su aparición en 1980 en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), se han realizado múltiples investigaciones, a la vez que se ha desencadenado una gran controversia en torno al origen, tratamiento y posible pronóstico.

Diversos autores consideran que los problemas de apego temprano constituyen un factor causal de primer orden para el desarrollo del trastorno límite de personalidad. Para muchos clínicos, sin embargo, resulta difícil relacionar estas teorías sobre el origen del TLP con la sintomatología que presentan estos pacientes.

En este trabajo queremos reflexionar sobre el modo en que pueden enlazarse los problemas de apego, la historia de trauma y los síntomas observados en pacientes con trastorno límite de personalidad, según se describen en el manual de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, cuarta edición pendiente de revisión) y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10, décima edición). Asimismo, nos proponemos arrojar luz sobre los procesos que podrían llevar desde un apego disfuncional a los síntomas del TLP.

¿Pieza clave?

Muchos autores han recurrido a las ideas de John Bowlby para explicar la patología límite. J. G. Gunderson propuso en 1996 una relación entre la dependencia y las demandas de atención de los pacientes con TLP, y la

tendencia de los niños con apego inseguro a controlar constantemente la proximidad del cuidador. También P. M. Crittenden, K. Lyons-Ruth y D. Jacobovitz han señalado conexiones entre la disfunción del apego temprano y la patología límite.

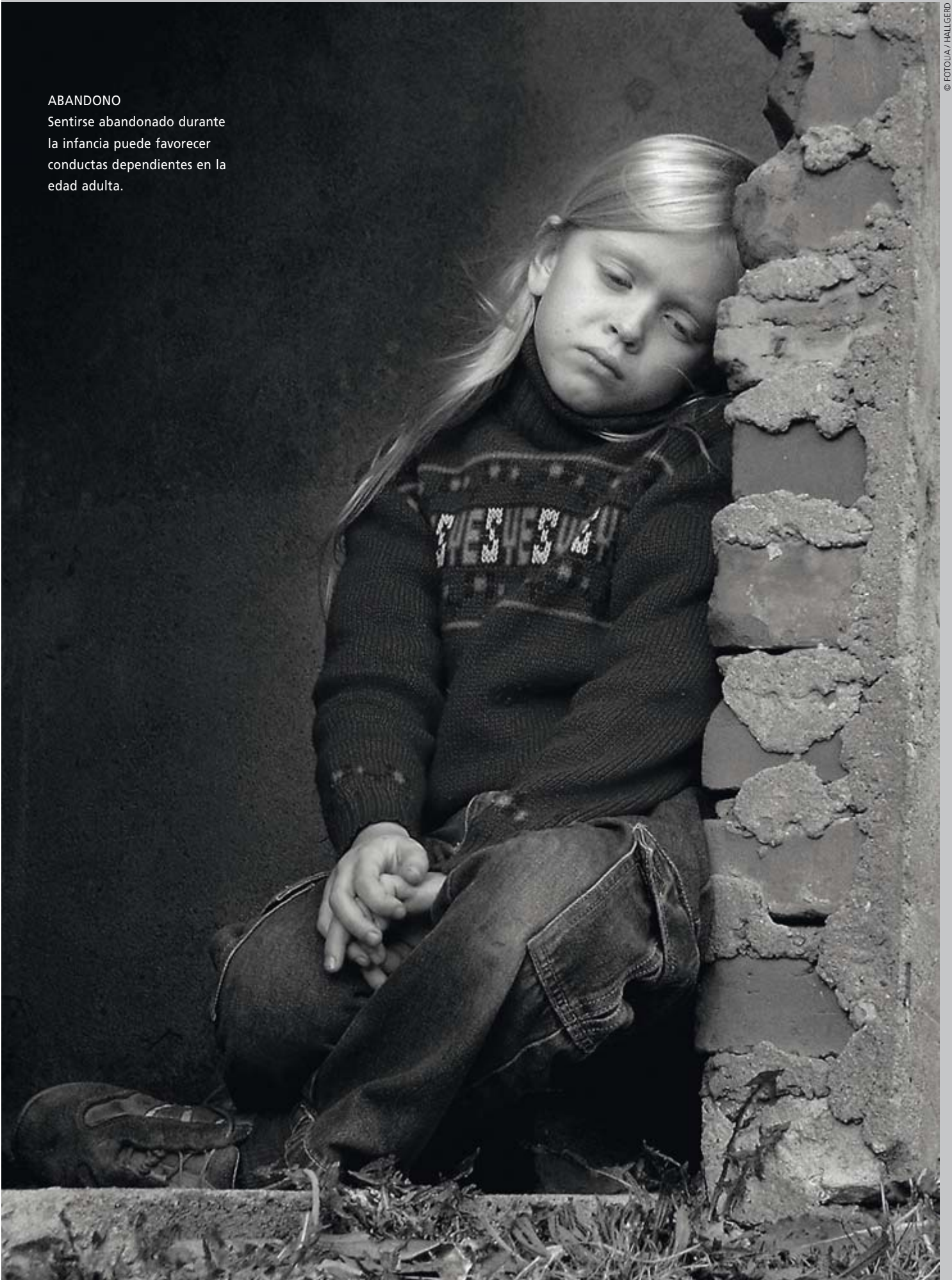
P. Fonagy y sus colaboradores describen el modo en que el apego puede influir en la función simbólica y la vulnerabilidad. Con todo, se ha observado que el apego ansioso es muy común en los niños y que se corresponde con estrategias relativamente estables en la adultez. Según A. Higgitt y P. Fonagy, la marca distintiva de los trastornos de apego de las personas con TLP es la ausencia de estabilidad. En nuestra opinión, ello apuntaría a los patrones desorganizados de apego.

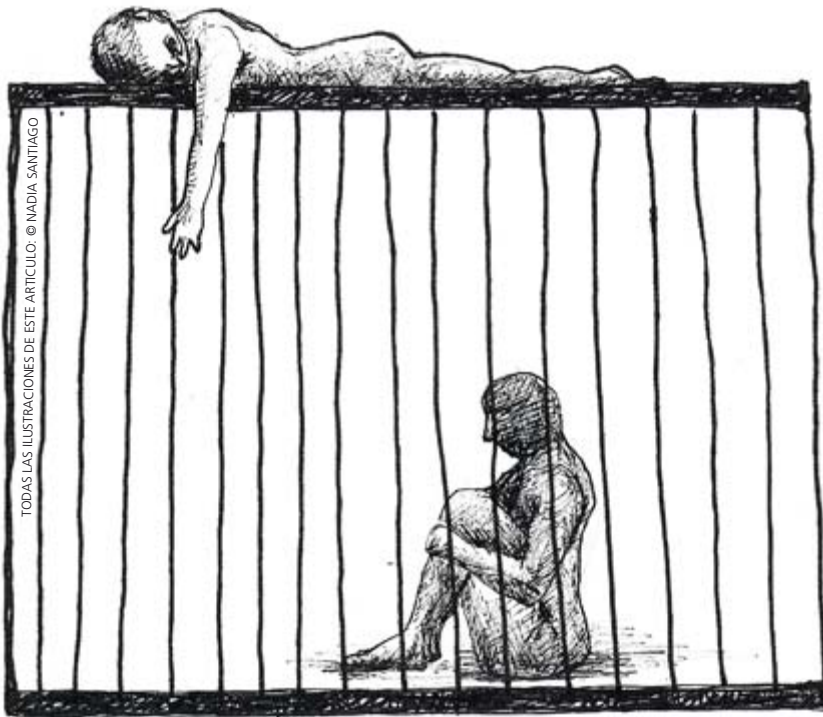
Si bien el carácter de cada niño le puede predisponer a ciertas dificultades, J. Paris propone que ese temperamento unido a experiencias de pérdida, trauma o desatención, pueden hacer que los rasgos se conviertan en patológicos. David M. Allen y otros autores plantean que el conflicto con el rol parental de los cuidadores podría conllevar respuestas contradictorias (preocupación obsesiva y enfado) que favorecerían un apego ambivalente obsesivo. Ello estaría generado y reforzado por la relación de los progenitores con sus familias de origen, estableciéndose una transmisión transgeneracional de las pautas de apego.

En resumen, los problemas de apego no darían respuesta por sí solos a la complejidad del TLP ni serían la única causa para que una persona pueda desarrollarlo aunque sí una de las piezas del rompecabezas.

ABANDONO

Sentirse abandonado durante la infancia puede favorecer conductas dependientes en la edad adulta.





Las personas con TLP realizan esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, ya sea real o imaginario. El temor a estar solos o ser rechazados favorece la activación de señales de alerta y puede desencadenar reacciones emocionales muy intensas.

Efectos en el adulto

La sensibilidad del cuidador al estado mental del niño tiene una intensa relación con el apego seguro y el desarrollo en el niño de la capacidad de mentalizar (representar el comportamiento del propio yo y los otros en relación con los estados mentales subyacentes).

La alternancia entre una respuesta y otra (apego ambivalente) o la esencial contradicción inherente al apego desorganizado, lleva a la falta de integración: ¿cómo integrar un padre que se asusta cuando lloro o se altera cuando me enfado, con un padre que en ocasiones se muestra disponible y cariñoso?

Es fácil ver cómo una primera relación de apego inestable y caótica puede generar un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. El apego ambivalente o desorganizado puede generar disociación como el único modo de mantener coherencia. La imagen de un progenitor cuidador, capaz de consolar, y la de un padre desconcertado, ansioso o incluso atemorizante son incompatibles, no ya para un niño pequeño, sino para cualquiera.

El padre bueno, muchas veces idealizado para conseguir una figura de vínculo afectivo medianamente digna (aunque ficticia) no puede mezclarse con el padre ansiógeno, caótico o atemorizante. Según el modelo de la teoría de la disociación estructural, ambas experiencias

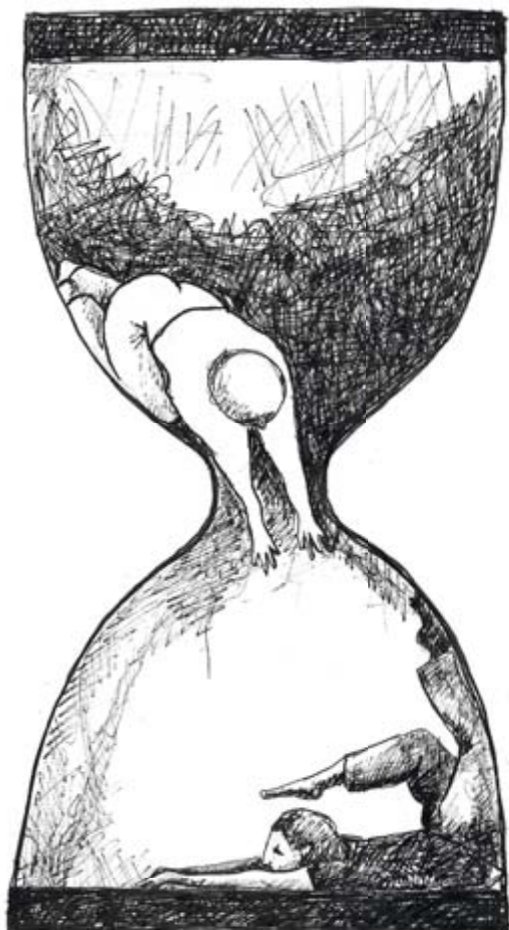
se almacenan en estados mentales diferentes, conformados por distintos sistemas de acción neurobiológicos. El padre «bueno» se conecta al sistema de apego, condicionado de modo innato para vincularse al progenitor. El padre atemorizante se vincula a un sistema de acción de defensa, mediado por la rabia, que se activa para que nos protejamos del peligro. Cuando el individuo se ve en una relación tiende a activar el primer sistema. Fácilmente idealiza, como lo hacía con el progenitor. Se vincula con la necesidad desmedida de afecto que sintió de niño y que nunca fue plenamente —o no lo fue en absoluto— cubierta.

La necesidad de vinculación es muy intensa. No pocas veces consideramos esta intensidad desproporcionada, etiquetándola como llamadas de atención. Sin embargo, aunque puede ser desmesurada para la situación actual, es absolutamente proporcionada para la situación que la originó. Dado que el cambio en el otro siempre ha sido la norma, el individuo está constantemente alerta frente a una posible expresión negativa en los demás: examina la más mínima señal de rechazo. Esta hipersensibilidad lleva a reacciones ante detalles que también son vistas como desproporcionadas. Dado que estos subsistemas incompatibles y disociados no pudieron ser integrados, permanecen en sistemas de funcionamiento más primitivos. Podemos ver así pacientes en apariencia «infantiles» o con conductas «regresivas».

Un trauma previo deja un modelo de trabajo interno empobrecido desde el punto de vista de las representaciones claras y coherentes de los estados mentales en el propio yo y en los demás. Este sistema de representaciones es activado por la relación de apego, con la consecuencia de que ya no se ven claramente los estados mentales del otro.

El apego en los criterios diagnósticos

Nueve son los criterios que describen los manuales para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad: temor al abandono, relaciones inestables e intensas, alteración de la identidad, impulsividad, conductas intensas y autolesivas, inestabilidad afectiva y emocional, sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada e intensa, e ideación paranoide por estrés o síntomas disociativos graves. A continuación ahondaremos en cada uno de los criterios y en su posible relación con el apego y las experiencias en la infancia.



1. Temor al abandono

Muchas personas con trastorno límite de la personalidad afirman pasarlo muy mal cuando están solas, incluso por períodos muy cortos de tiempo. Otros refieren sentirse solos incluso cuando están rodeados de gente. Este temor les hace especialmente vulnerables al abandono y favorece que se activen señales de alerta ante estímulos relacionales o ante situaciones percibidas como amenazantes.

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 intermite 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.

Esos niños se muestran preocupados por la vinculación con los demás cuando son adultos, se preocupan por sus necesidades de afecto, pueden ser vistos como dependientes o incluso «pegajosos». También podemos encontrar

El paciente mantiene relaciones interpersonales muy inestables y, con frecuencia, conflictivas. No suele ser consciente de la desconexión existente entre lo que realmente siente y su reacción final. Puede pasar del extremo de la idealización de una persona a su total devaluación.

Es frecuente que las personas con TLP refieran no saber cómo son, qué les gusta ni lo que quieren. Presentan un concepto difuso de su propia identidad. A menudo se sienten unos farsantes, actúan en función de lo que creen que se espera de ellos, intentan agradar y sienten que nadie les entendería si expresasen lo que realmente piensan.

manifestaciones más complejas que van acompañadas de defensas que pueden ser expresadas de manera indirecta: el paciente que no se siente capaz de mantener una relación que por otro lado necesita desesperadamente, puede alternar muestras de debilidad y amenazas con esta finalidad.

La fuerte necesidad de apego y los esfuerzos desesperados para evitar el abandono contribuyen notablemente a la intensidad e inestabilidad de las relaciones de las personas con TLP. La necesidad de afecto del otro nunca se ve completamente colmada; a menudo se requieren pruebas de ese afecto. Por otro lado, una leve discrepancia, un distanciamiento, o la falta de respuesta suficiente —nunca es suficiente— generan una reacción catastrófica que amplifica, más que resuelve, las dificultades que la relación va presentando. Ello guarda una estrecha relación con el siguiente criterio.

2. Relaciones inestables e intensas

La sensación de dependencia y la manera indirecta de comunicar este sentimiento a los demás puede causar, por otro lado, gran desconcierto en las personas con las que se relacionan los sujetos diagnosticados con TLP, lo que les lleva a mantener relaciones interpersonales muy variables y a menudo conflictivas.



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. El niño se acepta plenamente porque se siente aceptado al cien por cien. Muchas conductas pueden ser potenciadas, censuradas o redirigidas sin que el niño se sienta cuestionado como individuo. Si el niño se siente querido «con condiciones» desarrolla una creencia disfuncional de no ser totalmente válido a menos que... se cumpla dicha condición. Ello les convierte en adultos más inseguros, más dependientes de la validación externa.

En el apego inseguro ansioso-preocupado (organizado), la estrategia conductual es casi siempre la misma: 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. En este sentido, la estrategia conductual de acercamiento es más o menos estable u organizada. En el apego desorganizado, la secuencia de acercamiento es también organizada y lógica en términos de disociación estructural (por la activación simultánea de dos sistemas de acción que no debieran estar activándose de esa forma en ese momento). Sin embargo, en términos de apego decimos que es una forma caótica porque el acercamiento no se termina de concretar.

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

4

Derrochar dinero sin control, abusar de sustancias tóxicas o comer en exceso son algunas de las conductas impulsivas usuales en los casos de trastorno límite de personalidad. Algunos autores asocian la impulsividad con el suicidio.

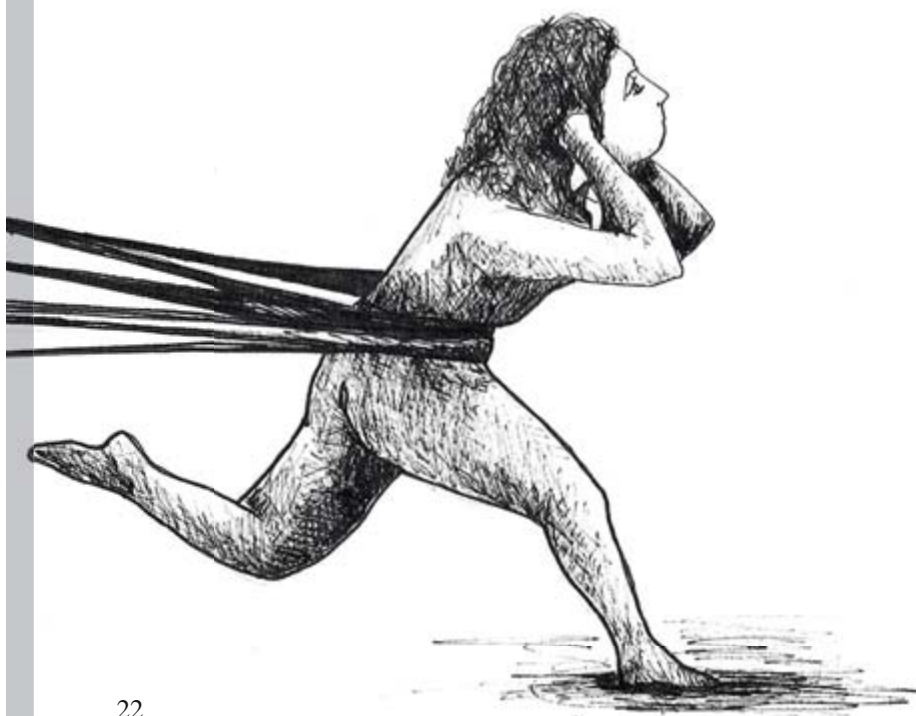
la realidad. Muchos pacientes nos hablan de padres o familias «perfectas», negando o disociando los elementos que no cuadran con esta imagen. Los aspectos atemorizantes de la figura parental son almacenados en otro estado mental, asociado ya no al apego, sino a los sistemas biológicos de defensa. Ambos 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, tanto en sus relaciones personales como en la relación terapéutica.

Muchos se sienten como «farsantes» y se esfuerzan para mantener una fachada de aparente normalidad. La hipersensibilidad puede hacer que se muestren atentos a cualquier posible señal de alerta que implique rechazo o la posibilidad de «que se les conozca de verdad». Es habitual que sientan que si los demás les llegan a conocer, se alejarán de ellos (en muchas ocasiones las figuras de apego les han transmitido este tipo de mensajes de manera recurrente). La falta de predictibilidad del progenitor puede contribuir también a generar una sensación de alerta permanente en las relaciones interpersonales.

3. Alteración de la identidad

A grandes rasgos, la identidad es el conjunto de características que nos permiten tener un sentido de quiénes somos, qué queremos y hacia dónde vamos. Cuando un paciente carece de una identidad definida y no encuentra una explicación a lo que le ocurre, suele buscar pistas en las personas que le rodean. Algo que le permita explicar su confusión e incertidumbre, que disminuya su sensación de culpa y que, a la vez, propicie que los demás le entiendan.

Es frecuente que los pacientes con TLP muestren confusión y variabilidad en torno a sus valores y que estos varíen en función de la opinión o preferencias que tienen las personas con las que se relacionan. Un reflejo inadecuado lleva al niño a interiorizar representaciones del estado de sus progenitores y evita que forme una versión de su propia experiencia. Este aspecto se observa en muchas entrevistas con pacientes con TLP. Al profundizar en los relatos y percepciones (sobre todo las negativas), comprobamos que tienden a repetir lo que otros les han dicho (suelen interiorizar estas impresiones como propias, habiendo descartado sus



propias impresiones por haber aprendido que «no son válidas»).

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.

4. Impulsividad

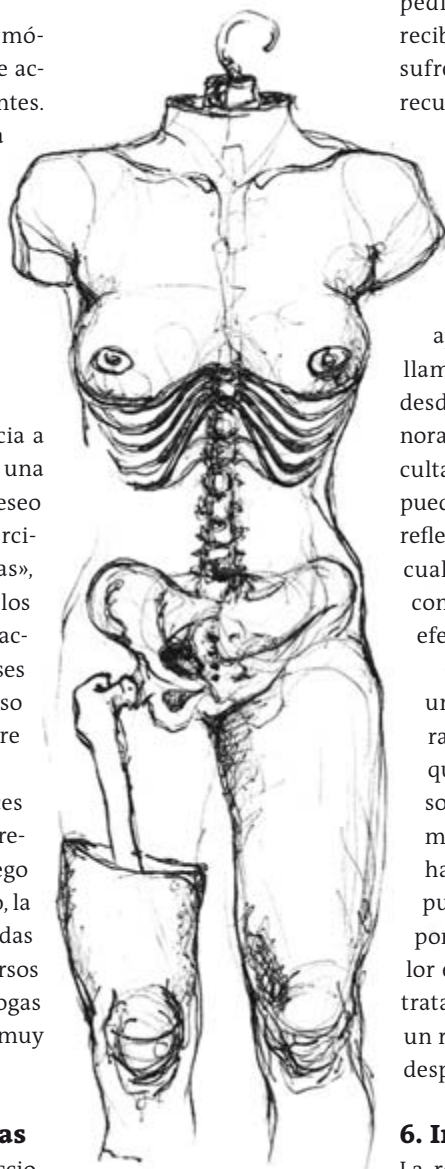
Entendemos por impulsividad la tendencia a actuar, tras un estímulo momentáneo, sin una planificación previa o sin un sentido o deseo claro. Las personas con TLP se suelen percibir y describir a sí mismas de «impulsivas», aunque es poco habitual que piensen en los motivos que les llevan a comportarse o reaccionar así. Suelen autojustificarse con frases como «soy así, no puedo evitarlo». Incluso llegan a creer que no «tienen control sobre su comportamiento».

Las conductas impulsivas ejercen a veces una función reguladora. El patrón de autorregulación que hubiera derivado de un apego seguro no ha podido establecerse. Por tanto, la regulación ha de venir del exterior (demandas extremas de ayuda, dependencia) o de diversos medios. Una persona puede consumir drogas o beber alcohol llevado por un malestar muy intenso que «necesita frenar».

5. Conductas intensas y autolesivas

Este criterio abarca gran parte de las reacciones por las que los pacientes con TLP acuden a los servicios de urgencias o son hospitalizados. Para comprender este criterio, debemos entender cuáles son los «disparadores», la motivación que hay detrás de la conducta «aparentemente desadaptativa». Los comportamientos intensos, las amenazas suicidas y los comportamientos autodestructivos como la automutilación suelen ser interpretados como chantajes y manipulaciones, cuando en realidad suelen ser una manera efectiva que ha encontrado el paciente para hacer frente a emociones difíciles de tolerar y poder calmarse.

En contextos de un apego seguro, el adulto es sensible a las necesidades del niño y sintomatiza con sus estados emocionales. Le ayuda a regularse. El niño se siente reconocido y halla una respuesta coherente en el adulto. Cuan-



Ante emociones difíciles de tolerar o simplemente para calmarse, muchas personas con TLP acometen conductas autodestructivas (como la automutilación), amenazan con suicidarse o presentan comportamientos intensos.

do crece en este contexto, aprende que puede pedir y que es atendido, aunque no siempre recibe una gratificación inmediata. Y cuando sufre alguna frustración, el adulto le ayuda a recuperar su estado de equilibrio.

En un apego inseguro ambivalente o desorganizado, las necesidades del niño no son fácilmente percibidas. Muchas veces, el niño ha de gritar más alto o durante más tiempo para hacerse notar. Al ser esta la pauta habitual, el niño aprende que sus demandas tienen que ser llamativas e insistentes. Otras veces renuncia desde una indefensión aprendida; llega a ignorar sus necesidades o a tener grandes dificultades para reconocerlas. Ambas situaciones pueden generarse en un apego disfuncional y reflejarse en la conducta de un adulto para el cual una autolesión se convierte en la única comunicación disponible o percibida como efectiva.

Otras veces las autolesiones responden a una dificultad de autorregulación y de tolerar las emociones negativas. Los cortes, las quemaduras, las amenazas suicidas e incluso los intentos de suicidio suelen ser la única manera que ha encontrado el paciente de hacer frente a las dificultades. Los pacientes pueden referir que se provocan dolor físico porque les resulta más soportable que el dolor emocional. Por medio de las autolesiones tratan de salir de una emoción displacentera, un recuerdo traumático o una experiencia de despersonalización.

6. Inestabilidad afectiva y emocional

La regulación emocional no es un proceso automático. Se adquiere desde las primeras etapas de la infancia a través de la reacción diádica cuidador-niño. La relación de apego sana consiste en que un adulto con capacidad de sintonizar con el niño y consistente en sus reacciones, ayuda al niño a modular sus reacciones emocionales. El cuidador sano no es únicamente el que puede disminuir la activación emocional cuando el niño está hiperactivado, sino también el que lo estimula cuando el niño pasa por períodos de inactivación. Un cierto grado de malestar es adaptativo, ya que por medio de él los niños aprenden a tolerar la frustración y a demorar la gratificación. Pero el cuidador ha de ayudar posteriormente al pequeño a recuperar el equilibrio. De este modo el niño, y en el futuro el adulto, aprende a mantener sus emociones dentro de la «ventana de

Definición del apego

Los estudios en neurobiología del desarrollo que analizan las capacidades de autorregulación muestran que la resiliencia del individuo depende en un grado notable de las experiencias tempranas de apego. En investigaciones longitudinales, se ha observado que los patrones de vinculación afectiva de la infancia persisten en la adolescencia y en la edad adulta.

J. Bowlby definió en 1988 la conducta de apego 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.

Tres aspectos básicos describen la generación del apego y el establecimiento de los vínculos entre padres e hijos:

Sintonía. El estado interno de los progenitores se halla en sintonía con los del hijo. Ello suele acompañarse de señales no verbales.

Equilibrio. El niño equilibra y regula su cuerpo, las emociones y los estados mentales a través de la sintonía con los progenitores.

Coherencia. El sentido de integración que el niño adquiere a través de la relación con los progenitores hará que se sienta integrado y en conexión con los demás.

tolerancia», que implica un nivel de activación adecuado para adaptarse a las situaciones y resolverlas de modo adecuado.

En las personas con TLP, el estado de ánimo básico de tipo disfórico (tendencia a sentirse triste o desmotivado) suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación. Son raras las ocasiones en las que toma el relevo un estado de bienestar o satisfacción. En estos cambios pueden influir también una marcada hipersensibilidad ante desencadenantes ambientales, que pueden tener en parte una base postraumática. Gestos, actitudes, expresiones en el otro que recuerdan al paciente expresiones del cuidador en la infancia pueden disparar

reacciones que en un adulto parecen desproporcionadas y fuera de contexto. La persona se defiende ante lo que percibe como amenazante (piensa en dejar a su pareja o le grita porque se porta mal con ella y no le conviene), pero la posibilidad de la pérdida dispara el sistema de búsqueda de apego (pasa a pensar que no podría vivir sin él o incluso piensa en matarse porque la vida sin esta persona carece de sentido).

7. Sentimientos crónicos de vacío

Los sentimientos crónicos de vacío podrían corresponderse con la ausencia de sintonía con el progenitor. Un apego seguro crea en el niño un sentimiento de seguridad interna y de conexión con los otros. Cuando los pacientes con TLP buscan las primeras experiencias vitales asociadas a esos sentimientos de vacío, describen momentos de soledad, de sentirse invisibles, de que nadie se daba cuenta realmente de cómo se sentían. Un progenitor desbordado por sus propios conflictos y dificultades puede no ser capaz de ver las necesidades del niño o no poder diferenciarlas de las suyas.

Algunos pacientes describen la sensación de vacío como un sentimiento muy intenso que «invade todo su ser»; otros refieren «que no hay nada que les llene ni que les aporte algo» o hablan de «un dolor que les traspasa y los anula»; algunos narran estar como en «un pozo sin fondo en el que la angustia lo llena todo».

8. Ira inapropiada e intensa

Algunas personas presentan respuestas impredecibles, con cambios bruscos de humor o repentinas explosiones emocionales, las cua-

6

La inestabilidad afectiva suele manifestarse a través de cambios bruscos en el estado de ánimo de las personas con TLP: su habitual estado anímico de tipo disfórico se interrumpe con períodos de ira, angustia o desesperación. Raras veces toma el relevo la sensación de bienestar o satisfacción.



La conducta de apego corresponde a un sistema cerebral innato que ha evolucionado para dar seguridad al niño. Este buscará la proximidad del progenitor; recurrirá a él para hallar refugio, seguridad y consuelo cuando sienta malestar. El hijo internalizará la relación con el progenitor como un modelo de base segura.

Cuando se convierta en adulto, este individuo tendrá capacidad de autorregulación, de conectar con otros y de pedir y recibir ayuda. Todos estos aspectos están gravemente afectados en los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

les pueden ser verbales, físicas o combinadas. También existe la tendencia, en algunos casos, a alternar entre varios tipos de explosión.

Los arranques de ira pueden resultar aterradoros. La persona con trastorno límite de la personalidad puede dar la impresión de hallarse totalmente fuera de sí, actuando por impulsos y sin advertir las consecuencias de su conducta. La realidad es que en ese momento no lo pueden evitar, aunque en muchas ocasiones sea consciente de que su comportamiento apartará aún más de su lado a las personas. Cuando se enfadan con alguien, es como si para estos pacientes ese alguien dejase de ser una persona con sentimientos, se convierte en el objeto de su odio y la causa de su malestar: en el enemigo.

Muchos pacientes reproducen en esas reacciones modelos de expresión de la rabia disfuncionales con los que crecieron. 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 evita comportarse como el padre y se siente del lado de la madre, sin embargo, al rechazar su rabia por asimilarla al padre, es incapaz de manejar esta emoción, que cuando se acumula estalla en modos desproporcionados e inadecuados. El paciente ha crecido en un mundo de extremos, que se reproducen en su propia conducta.

Muchas personas diagnosticadas se aburren con facilidad y manifiestan un sentimiento crónico de vacío, por lo que siempre buscan algo que hacer o intentan atenuar esta sensación de manera desesperada. En ocasiones, mediante actividades de riesgo.

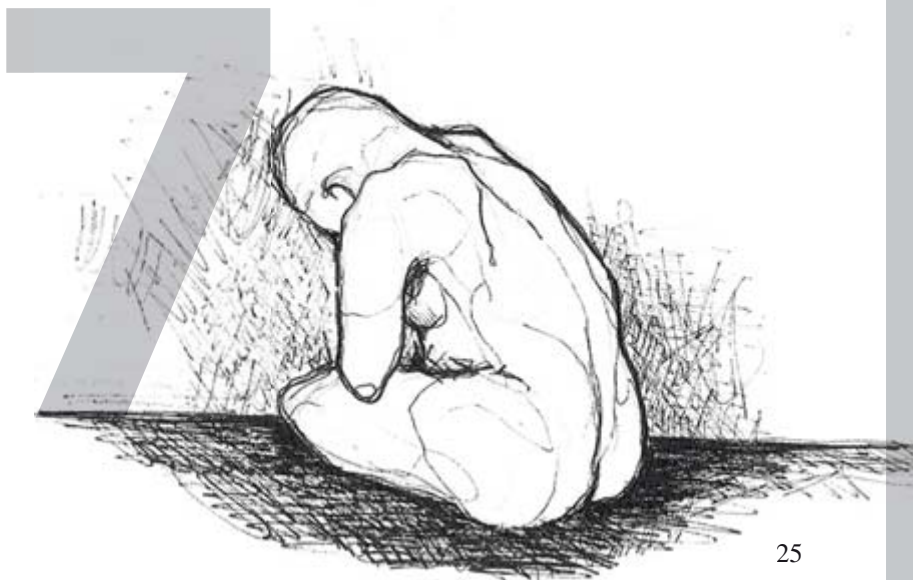
Aunque algunas de los sujetos con TLP pueden ser emocionalmente (incluso físicamente) abusivas, es importante comprender que, por lo general, no tienen el deseo premeditado de hacer daño. Sentimientos de pena, remordimientos y culpabilidad suelen acompañar a dichas expresiones de ira, lo que contribuye a aumentar la percepción de sí mismos como «malos», «descontrolados», «egoístas» o «bichos raros». A veces pueden reconocer en sus conductas reacciones similares a las de alguna de sus figuras de apego primarias, que generalmente rechazaron activamente y les horroriza ver en sí mismos.

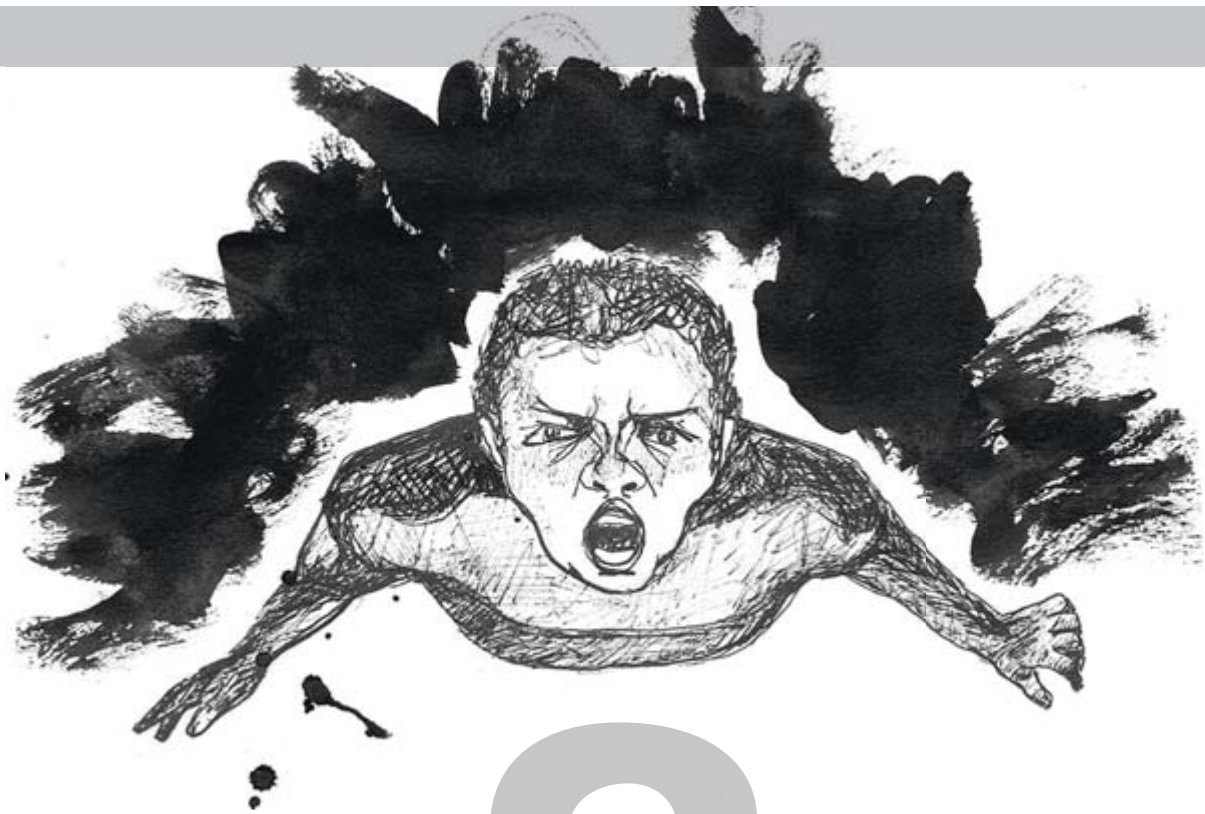
La falta de regulación emocional, que podría también estar basada en la regulación deficiente o inconsistente del progenitor en la primera infancia, contribuye a que la expresión de la rabia sea a menudo desmedida e incontrolada.

9. Ideación paranoide por estrés o síntomas disociativos graves

Algunos autores señalan las dificultades de las personas con TLP para regular los estados emocionales y su hipersensibilidad a los estímulos en general. Esta combinación de rasgos explicaría la suspicacia con la que se enfrentan a situaciones emocionales.

En relación con este criterio diagnóstico, cabe mencionar el concepto de la teoría de la mente. Se refiere esta a la capacidad que tenemos todos de interpretar los gestos y las palabras de otros y transformarlos en términos de intenciones, conocimientos y creencias. Esta capacidad cognitiva compleja parece estar afectada en las personas con TLP. Los pacientes límite muestran una hipersensibilidad hacia los otros, pero les cuesta diferenciarse de ellos o tener un concepto propio. Muchos





son extremadamente vulnerables y sensibles. Algunos autores hablan de hipersensibilidad a los estímulos en general. Esto explicaría la suspicacia que se observa en las personas con TLP cuando están activadas emocionalmente. En los momentos de estrés elevado pueden llegar a pensar que los demás quieren hacerles daño y volverse extremadamente desconfiados. En personas con un apego disfuncional, el desarrollo de una teoría de la mente sería incompleto o inadecuado.

Los pacientes con TLP se caracterizan también por las distorsiones cognitivas. Pueden llegar a interpretar lo que hacen los demás en función de lo que ellos piensan o sienten, lo que refleja la falta de mentalización. Este aspecto se entrelaza con los que hemos descrito en los apartados anteriores, que destacan la dificultad para aprender de la experiencia, por no contar con figuras de apego que les hayan enseñado a hacerlo.

El apego ambivalente o desorganizado no proporciona referencias claras y coherentes sobre la conducta humana. El niño aprende la relación con el otro en términos de incertidumbre, imprevisibilidad y peligro. La confusión de niveles es la norma. Gestos, palabras y detalles aparentemente insignificantes suelen actuar a modo de disparadores traumáticos o señales de alerta relacionadas con experiencias tempranas. 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

8

Los arranques de ira de estas personas pueden ser aterradores: parecen hallarse fuera de sí y actuar por impulso. Por lo general, su intención no es acometer daño. El enfado les permite sentirse menos vulnerables.

fueron vulnerados, o con la intrusividad de un cuidador muy desregulado, todo ello asociado a una sensación de peligro más que de seguridad. 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 desde el allí y entonces.

Los síntomas disociativos graves suelen relacionarse con experiencias tempranas. También es frecuente encontrarlos en pacientes que han sufrido situaciones traumáticas en la infancia. En muchos casos, los síntomas disociativos son más relevantes de lo que parece, aunque pueden pasar inadvertidos. En otras ocasiones se observa una auténtica comorbilidad basada en una etiología común: ambos cuadros (síntomas disociativos y TLP) se han asociado al apego ambivalente y desorganizado, y a situaciones traumáticas en la infancia como el maltrato físico o el abuso sexual.

En un gran número de pacientes, el TLP es el diagnóstico principal. Los síntomas disociativos son menos predominantes en el cuadro clínico. 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.

Conclusiones

Los síntomas del TLP a veces describen solo la conducta más aparente o problemática o la consecuencia final de un problema. En cualquier caso, en el trastorno límite de la personalidad predomina una inestabilidad emocional, una alta reactividad a factores externos, una sensación de vulnerabilidad casi permanente y una gran dificultad para funcionar de manera adaptada o efectiva durante largos períodos de tiempo. La mayoría de las personas con TLP llevan un vida caótica y tienen la sensación de no encajar en la sociedad. Esto se observa y refleja en las múltiples dificultades que manifiestan en sus relaciones con los demás, en su visión de los eventos, del entorno y en el variable y frágil concepto que tienen de ellos mismos. Todo lo anterior está, en cierto modo, condicionado por las vivencias y por el estilo de apego que han adquirido de niños en la relación con sus progenitores.

Hablar de problemas de apego no implica necesariamente hablar de padres maltratadores o negligentes. En los casos de maltrato o aban-

dono emocional es evidente que la vinculación afectiva también será disfuncional, no solo con el progenitor maltratador sino también con el victimizado. La respuesta (o ausencia de ella) del progenitor no abusivo suele relacionarse tanto o más con la psicopatología posterior que el maltrato más evidente. Pero más allá de estos casos existen muchas situaciones aparentemente normales que suponen disrupciones en el apego: padres con historias en su propia infancia que se activan bloqueándoles en la atención a sus hijos, padres enfermos, deprimidos o con preocupaciones crónicas. Los problemas de apego no deben asociarse a hogares gravemente desorganizados o disfuncionales. Se trata de una cuestión mucho más amplia.

Dolores Mosquera es psicóloga experta en trastornos de la personalidad. Dirige tres centros de psicología (LOGPSIC) en Galicia. También imparte cursos de formación. Anabel González es psiquiatra experta en trastornos disociativos. Trabaja en el Hospital Universitario de La Coruña y es responsable del área de psiquiatría y psicoterapia de la Policlínica Assistens.

La ideación paranoide transitoria en personas con TLP se relaciona con el estrés o síntomas disociativos graves. Tal síntoma explica la suspicacia con la que suelen enfrentarse a situaciones emocionales. Pueden llegar a pensar que los demás quieren causarles daño.



BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

EL APEGO. John Bowlby. Editorial Paidós, 1998.

DIAMANTES EN BRUTO I. UN ACERCAMIENTO AL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD. MANUAL INFORMATIVO PARA PROFESIONALES, PACIENTES Y FAMILIARES. Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, 2004.

TEORÍA DEL APEGO Y PSICOANÁLISIS. Peter Fonagy. Barcelona. Editorial SPAXS, 2004.

PSYCHOTHERAPY FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: MENTALIZATION BASED TREATMENT. Anthony W. Bateman y Peter Fonagy. Oxford University Press, 2004.

PARENTING FROM THE INSIDE OUT. Daniel J. Siegel y Mary Hartzell. Penguin Group, 2004.

TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD. PROFUNDIZANDO EN EL CAOS. Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, 2007.