

# TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT: UNA VISIÓ SOCIOLÒGICA

Treball final de Grau

**Grau en Medicina**

Curs 2017-2018

**Autora:** Irene Remón Garcia

**Tutor:** Mariano Villar García

**Co-tutora:** Eva María Andrés Esteban

Unidad Media Estancia Psiquiatría Hospital Provincial de Castelló



*«Las espinas están ahí por algo,  
no son solamente pura maldad de las flores.»*



## TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

**TÍTULO del TFG:** TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT: UNA VISIÓ SOCIOLÒGICA

**ALUMNO/A:** Irene Remón García

DNI: 21797079W

**PROFESOR/A TUTOR/A:** Mariano Villar García. Psiquiatra. Jefe sección Unidad de Media Estancia de Psiquiatría. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

Fdo (Tutor/a): M. VILLAR GARCÍA  
18935221-13

**COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):**

Fdo (CoTutor/a interno):.....



## ÍNDEX

<b>Resum.....</b>	<b>7</b>
<b>Extended Summary.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Introducció.....</b>	<b>11</b>
1.1 Criteris diagnòstics.....	13
1.2 Models explicatius.....	13
<b>2. Història i evolució del concepte.....</b>	<b>15</b>
2.1 Revisió històrica.....	15
<b>3. Epidemiologia, etiologia, comorbiditat i pronòstic.....</b>	<b>21</b>
3.1 Epidemiologia.....	21
3.2 Etiologia.....	21
3.3 Comorbiditat i diagnòstic diferencial amb la psicopatia.....	23
3.3.1 Comorbiditat.....	23
3.3.2 Diagnòstic diferencial.....	23
3.3.3 Personalitat límit i psicopatia.....	24
3.3.3.1 Teoria de la psicosi única.....	25
3.3.3.2 Diagnòstic diferencial.....	25
3.4 Pronòstic.....	26
<b>4. Trastorns de la personalitat, ideologia i societat.....</b>	<b>27</b>
4.1 Concepte de malaltia.....	27
4.2 Etiologia social del trastorn límit.....	28
<b>5. En la ment d'un TLP.....</b>	<b>31</b>
5.1 La identitat.....	31
5.2 Trets de personalitat.....	32
5.3 Mecanismes de defensa.....	35
5.4 De què escapa un TLP?.....	39
5.5 Les víctimes de les víctimes.....	41
<b>6. Qüestionari.....</b>	<b>46</b>
6.1 Introducció. Objectius. Material i mètodes.....	46
Cuestionario: Reacciones ante situaciones conflictivas.....	48
Cuestionario control.....	55
6.2 Resultats.....	57
6.3 Discussió.....	60
<b>7. Conclusions.....</b>	<b>62</b>
<b>8. Bibliografia.....</b>	<b>63</b>

## **RESUM**

El trastorn de personalitat límit és una patologia creixent en la nostra societat, caracteritzada per una intensa inestabilitat emocional acompanyada de conductes autodestructives, tot açò conduït per un crònic sentiment de buit i una irracional por a l'abandó.

Aquests pacients tenen un armament psíquic pobrament format, així com una manca de consistència de la seua identitat pròpia pel que no són capaços d'enfrontar i gestionar les situacions quotidianes d'estrès com les persones emocionalment sanes.

Les situacions estressants actuen com a punts detonants esdevenint en els pacients tempestes afectives i emocionals on posen en marxa mecanismes de defensa que els serveixen per a fer front als extrems sentiments d'angoixa i pressió a què es veuen sotmesos per l'ambient.

Per entendre el perquè de les seues conductes cal aprofundir en l'origen del seu dolor intern, entendre la seua etiologia, des de l'apego fins a la social, així com els trets de personalitat que el caracteritzen; sense oblidar que tot el caos que els conforma té el seu epicentre en un dèficit intern que el pacient intenta suplir amb recursos de l'exterior, mitjançant conductes adaptatives front l'ambient des-adaptatiu que el rodeja.

### **Paraules clau**

Trastorn límit, TLP, trastorns personalitat, conducta, DSMV, mecanisme.

## **ABSTRACT**

The borderline personality disorder is a growing pathology in our society, characterized by an intense emotional instability accompanied by self-destructive behaviors, all driven by a chronic feeling of emptiness and an irrational fear to be abandoned.

These patients have a poorly psychic armament, as well as a lack of consistency of their own identity so they are not able to manage daily situations of stress as emotionally healthy people.

Stressful situations act as trigger points producing emotional storms in these patients, where they start defense mechanisms that help them to face the extreme feelings of agony and pressure produced by the environment.

To understand the reason for their behaviors, we have to deepen in the origin of their internal pain, understand their etiology, as well as the personality traits that characterize it; without forgetting that all the chaos that shapes them has its epicenter in an internal deficit that the patient tries to supply with external resources, through adaptive behaviors in front of the maladaptive environment that surrounds them.

### **Keywords**

Borderline personality disorder, BPD, behavior, DMSV, mechanism.

## **Extended summary**

### **Objectives:**

The objective of this work is to give a sociological approach to this pathology, approaching the way in which the mind of these patients works, how they feel and how they develop their interpersonal relationships, understanding that they are suffering people.

We aim to deepen the characteristics of the disease, going beyond the diagnostic criteria, addressing personality traits -such as dissociation, excision, etc.- as defense mechanisms that the patient develops in conflict situations that his borderline personality can't face.

On the other hand, we intend to delve into how this personality is shaped, assuming that the symptoms and all the features that characterize them have their epicenter in a chronic feeling of emptiness and an irrational fear of abandonment. In addition to developing how is the mind of these people through interviews or testimonies of the patients themselves and the people around them.

Finally, we aim to develop a new instrument through which we can evaluate the self-destructive way of acting of a patient with BPD and test it by means of a small field work, thus extracting small conclusions that may foresee its possible use in clinical practice.

### **Description:**

Borderline personality disorder is a prevalent pathology in our environment, appearing mainly at the end of adolescence and the beginning of adulthood, characterized by intense emotional instability and concurrent impulsive behaviors.

This disorder has been considered as an individual nosological entity for a relatively short time, since it has been considered as traits of other types of disorders, passing as a measure between psychosis and neurosis, a type of schizophrenia trait, a spectrum disorder of impulse control, and even as a post-traumatic stress disorder. These variations in the way of conceptualizing this disorder are due to an immense heterogeneity both in its features and in its form of presentation, differing from patient to patient according to where its pain comes from or how its personality has been formed. However, the limit concept remains a controversial term, both for patients and for their environment, since it is considered a term that does not fully conform to the reality of this disorder.

To understand its etiology, we have to put on the table the presence of a genetic predisposition that we would understand as hyperbolic temperament, which would be influenced by the social



characteristics of the environment in which this subject develops, as well as by their experiences that could act as detonating points and be the predictors of the next development of the pathology. In our social era, after the break with modernism, there is a postmodern era full of changes that affect personalities, generating a type of insecure, childish people, with affective, dehumanized and disturbed lacks. This society full of moral contradictions, idealizations of the image, guided by the canons of beauty and status, can increase the prevalence of some personality disorders. It is considered that in this type of societies the best defense mechanism to survive is to develop a narcissistic personality, by means of which we avoid being hurt at all costs. All this relates very well to the development of the defense mechanisms of a BPD patient, since they aim to avoid pain at all costs and survive the intense pressures to which they are subjected by society.

This malformed identity leads patients with borderline disorder to be unable to cope with stressful situations like others, developing self-destructive behavior initially incomprehensible to alleviate the intense pain they feel. They do not have a psychic armament or emotional tools sufficiently evolved to manage their own emotions and integrate the emotions of others, so it is impossible for them to understand the world from our same prism and with the same emotionality.

**Main conclusions:**

The personality traits by which we know limit patients are, in fact, defense mechanisms that are forced to develop to adapt to the maladaptive environment in which they live, they need emotions and self-destructive behaviors to be able to cope with the internal pain that they face accompanies during his life. Their chronic feeling of emptiness, their fear of abandonment and their lack of self-identity are the precursors of all these behaviors and mechanisms, leading them from simple mood swings to the presence of self-defeating behaviors.

We developed a questionnaire in which we presented different situations of stress or trigger points with 3 answers or different ways of dealing with the situation, considering one of these typical of a BPD, since it is based on the development of different defense mechanisms. This questionnaire was passed to a small group of patients diagnosed with borderline disorder and a small group of people without this diagnosis or borderline features. In addition, we developed a support questionnaire in which all participants have been able to give their opinion, assess and even suggest improvements.

Once this small field work was done, we were able to foresee a discrimination between the score obtained by the control group and the group of cases, raising the typical responses of a limit disorder to an average of 2 in the control group, while in the group of cases the average of

responses typically limits had an average of 10. This leads us to think that there is a difference between the way of acting of the control group and the typically limit form of acting of the group of cases.

In addition, the ratings of the two groups are good with an average score of 8'6 of satisfaction of the questionnaire, providing suggestions such as the need to add more variability of responses.

With these considerations we can foresee that it would be a good instrument for clinical practice, being used to evaluate the level of introspection of these patients as well as to evaluate the prevalence of certain behaviors or behaviors on others and the possible improvement of them once put into operation therapeutic recommendations to manage stress situations.

## 1. INTRODUCCIÓ

El trastorn límit de la personalitat és una malaltia creixent en el nostre medi, encara que infradiagnosticada, caracteritzada per una debilitació de les funcions del «jo» normal, del procés secundari del pensar, de la integració, del plantejament realista, de l'adaptació al medi ambient, del sosteniment de les relacions amb els demés i de les defenses contra els impulsos inconscients primitius. Açò es tradueix en una incapacitat per al lliure funcionament i en una gestió ineficaç de les emocions, ja que manquen d'eines per poder afrontar els successos diaris.

Coneixem els pacients *borderline* pels seus símptomes o la seua manera d'actuar basada en la inestabilitat emocional, en la carència d'empatia, en actes impulsius, en una deterioració de l'autoconcepte, en l'agressivitat i la dissociació i en un intent ferm d'evitar l'abandó.

Però, per què duen a terme aquestes conductes? En quin objectiu actuen d'aquesta forma, o millor dit, per què es desenvolupa aquesta simptomatologia?

En alguns estudis podem llegir com els descriuen com persones vils, camaleòniques i parasitàries, que es menegen pel seu únic interès: no ser abandonat. Necessiten persones, recolzaments que els facen sentir que són importants, que són necessaris, que són algú. Pel qual són capaços de canviar ràpidament els sentiments cap als demés si aquests han deixat de complir la seua funció: donar-los raó de ser. Aleshores, què diferencia aquests individus de la psicopatia? És el pur egoisme el que els guia?

Per entendre aquesta psicopatologia no hem d'oblidar que tots els seus trets de personalitat giren entorn a un crònic sentiment de buit i a una por irracional a l'abandó. Per tant, començarem a parlar de mecanismes de defensa enlloc de símptomes, ja que aquestes característiques que podem llegir al DSM-V no són més que intents de pal·liar el seu sofriment intern.

Aquests mecanismes de defensa límit naixen d'una incapacitat per tolerar la frustració, la intensitat de l'angoixa en moments de conflicte, la distorsió ocasional del contacte amb la realitat i la dificultat per a l'expressió o metabolització de fantasies, produint-se una externalització dels conflictes. L'armament psíquic d'aquests subjectes no està suficientment evolucionat per abordar els problemes de la vida diària als que tots ens enfrontem. Hi ha una falta de sincronia entre la seua organització psíquica i el que demanda d'elles el món extern. Són més vulnerables a les frustracions i a l'estrès psicosocial que la majoria de persones, ja que les seues capacitats d'adaptació manquen de flexibilitat per ajustar-se al món intern i a l'ambient on viuen, essent el grau d'aquesta asincronia el que determina la gravetat del trastorn.

Llavors, entenem que aquesta carència d'interioritat pròpia i activitat psíquica deficient junt a una deficiència en la capacitat de ser, sentir i pensar per sí mateixos, els porten a generar aquestes conductes nocives com a mecanisme de defensa per evitar qualsevol forma d'abandó, real o imaginària. Aquest fet podria explicar la seua incapacitat per estar sol, per tolerar la soledat, la dependència que els caracteritza, les conductes addictives o la impulsivitat. Tot açò entès com a formes de compensar la falta interior amb subministres procedents de l'exterior.

Però, què causa l'intens dolor d'aquests pacients? I per què el dirigeixen d'una manera tan autodestructiva?

En aquest treball anirem més enllà dels simples criteris diagnòstics, profunditzarem en cada característica del trastorn, farem una revisió de la seua evolució així com del pronòstic, etiologia, epidemiologia, comorbiditat i tractament, endinsant-nos en el diagnòstic diferencial amb la psicopatia. També tractarem d'entendre la forma en que la ment d'un *borderline* es forma, relacionant-ho amb les característiques de la societat que l'envolta, i entendrem els símptomes com a mecanismes de defensa desenvolupats davant situacions que el seu armament psíquic no pot afrontar, tractant de desenvolupar el perquè dels mateixos i les seues raons de ser més ocultes, entenent que l'epicentre de les quals sempre serà la por a l'abandó i el crònic sentiment de buit. Veurem també els testimonis de les seues víctimes, donant-li una visió externa al trastorn, tot intentant apropar-nos el màxim possible a la ment d'un pacient amb trastorn límit de la personalitat.

Finalment, proposem l'elaboració d'un nou instrument per a l'avaluació dels aspectes del TLP sotmetent-lo a prova mitjançant un petit treball de camp i traurem conclusions que puguin tindre una futura utilitat en la pràctica clínica.

## 1.1 CRITERIS DIAGNÒSTICS

Els criteris que caracteritzen el TLP venen recollits en els diferents manuals de la psiquiatria on ens exposen la malaltia com un patró d'instabilitat, tant en les relacions interpersonals com en l'autoimatge, el control dels impulsos i l'afecte, que es dona a principis de la vida adulta (1). Un exemple dels criteris recollits al DSM-V s'adjunten a la següent **tabla 1** (2).

Tabla 1. **Criterios diagnósticos de DSM-5 para el TLP**

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- Alteración de la identidad: sentido de sí mismo o autoimagen marcada y persistentemente inestable
- Impulsividad en al menos 2 áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)
- Comportamiento suicida recurrente, gestos o amenazas, o comportamiento de automutilación
- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y rara vez más de unos pocos días)
- Sentimientos crónicos de vacío
- Ira inapropiada e intensa o dificultad para controlar la ira (por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

No obstant, els simples criteris del manual no ens serveixen per entendre en tota la seua totalitat un trastorn límit, i molt menys els casos individuals de cada pacient. Cal profunditzar, buscar el per què d'aquestes conductes tan autodestructives. La lògica dels manuals psiquiàtrics sol resultar-nos insuficient alhora d'abordar les malalties d'una forma integral (3), els criteris varien i s'interrelacionen, es transformen segons la persona i segons la seua raó de ser. Cal fer un estudi ampli dels trets de personalitat, entenent quins són els detonants de les seues conductes i quin és el sentiment nuclear que provoca la intensa angoixa de cada pacient.

## 1.2 MODELS EXPLICATIUS

Trobem diversos models explicatius sobre les característiques que conformen el trastorn, per tal de poder entendre millor com es forma aquesta personalitat i com esdevenen els diferents mecanismes de defensa.

- Model biopsicosocial: Linehan situa el trastorn com un dèficit en la regulació emocional amb una manca d'eines per manejar la reactivitat, que és el principal símptoma junt els actes impulsius, (4) causat per la influència psicosocial (5). Aquests individus reben un entrenament inadequat per aprendre a gestionar les emocions i desenvolupen un temor a no saber afrontar-les, pel que acaben per no tolerar les situacions d'estrès o conflicte i

adopten la creença de que necessiten dependre dels demés per poder sobreviure (5). Pel que podríem dir que l'entén com un trastorn de dèficit (4). Aquest model és el més acceptat per abraçar la relació entre els factors genètics i els factors psicosocials (6).

- Model cognitiu: Young i Beck desenvolupen un model cognitiu-comportamental que es basaria en conceptes de processament de la informació que produirien un biaix perceptiu i pensaments irracionals (6) que serien els responsables de les conductes que caracteritzen aquests pacients.
- Model psicodinàmic: Gunderson suggereix el trastorn com una patologia de l'apego amb les característiques principals de por a la soledat i a l'abandó, emfatitzant en els conflictes interpersonals, considerant-lo com un trastorn de conflicte (4).

## 2. HISTÒRIA I EVOLUCIÓ DEL CONCEPTE

Quan ens decidim a fer una revisió exhaustiva de la història i evolució del concepte del trastorn límit, així com dels seus criteris diagnòstics o característiques pel qual era entès, ens trobem en un ampli mar de literatura i en abundants controvèrsies sobre el mateix entre diferents autors, així com nombroses síndromes amb característiques similars que no són denominades com a límit, que ens fa difícil el treball de sistematitzar.

És difícil conceptualitzar aquesta síndrome per les diferents formes d'entendre l'etiologia possible que ens trobem, així com les diferents caracteritzacions que l'arriben a situar tant com una psicosi o una variant de l'esquizofrènia. És la mateixa heterogeneïtat de la malaltia la que ens planteja aquestes dificultats, ja que les seues manifestacions no són cròniques, sinó fluctuants i pot canviar de persona a persona en la infinitat de símptomes que el caracteritzen, a més de situar-se solapada amb símptomes d'altres trastorns de personalitat específics.

La terminologia diferent de la malaltia des dels seus orígens, així com la consideració del qual baix altres enquadres o espectres ha convertit el trastorn límit en una font de contradicció i controvèrsia entre els autors des de temps d'Hipòcrates fins avui, que encara segueix produint confusió terminològica i conceptual.

Intentarem fer una cerca detallada de com el concepte ha anat evolucionant al llarg del temps i quines controvèrsies provoca avui dia el que entenem com a concepte de personalitat «límit».

### 2.1 REVISIÓ HISTÒRICA

Durant molts anys, el trastorn límit de personalitat va ser entès amb diferents noms i com a variants d'altres patologies ja conegudes, com a trets de personalitat o com a formes més lleus de trastorns psicòtics. El concepte ha anat canviant al pas del temps i els síndromes que no s'entenen com a «límit» però que compartien les seues característiques s'han anat modelant amb diferents noms i consideracions.

Des dels temps d'Hipòcrates van aparèixer escrits que descrivien pacients amb ira impulsiva, mania i melancolia. Posteriorment, fou Bonet en 1684 qui va començar a investigar sobre pacients amb característiques impulsives i estats d'ànim inestables que va denominar com síndrome «*folie maniaco-melancolique*».(7)

Hughes en 1884 comença a parlar d'una sèrie de persones *borderline* que es caracteritzen per anar variant la seua personalitat d'un extrem a un altre, situant-les en la frontera de la bogeria (3),

ell mateix arriba a titllar-les de «persones que han passat la seua vida a un o altre costat de la línia» (8). Un altra forma d'entendre-ho d'aquesta manera l'adopta Rosse en 1890 que descriu un límit en la bogeria en pacients que passaven de la cordura a la desesperació (3), titllant-los com a pacients «borderland», en terra límit (9).

Kraepelin en 1921 va descriure els trastorns de personalitat com formes intermèdies de psicosi, i va entendre la «personalitat excitable» com una sèrie de característiques de personalitat que s'assemblen al que ara entenem com a trastorn límit. De la mateixa manera Schneider en 1923 va encunyar el terme de «personalitat làbil» per a pacients amb aquests tipus de símptomes. En aquesta mateixa línia, Kretschmer en 1926 va proposar l'existència d'un estat intermedi entre l'esquizofrènia i la psicosi maniacodepressiva on es situarien aquests tipus de pacients. Va profunditzar en els símptomes límits, posant especial importància a la volubilitat emocional i al seu curs no crònic, sinó impredecible, considerant aquest tipus de pacients com a persones d'un temperament mixt cicloide-esquizoide (7) que es caracteritzava per una melancolia agitada, una actitud hostil i hipocondríaca, nerviosisme i una resposta afectiva insuficient (10).

Tanmateix, Reich en 1925 va descriure aquest tipus de pacients amb manifestacions d'agressió infantil, narcisisme primitiu i greus alteracions del súper jo (7), el que faria que es produïren unes relacions interpersonals devastadores.

D'altra banda, Schmeidler en 1947 no considerava aquest trastorn com una entitat definida, sinó que l'entenia com un trastorn de personalitat subjacent amb una col·lecció de trets i símptomes (3).

Autors com Hoch i Polatin (1949) situaren el trastorn límit com una esquizofrènia pseudo-neuròtica, entenent que després dels símptomes neuròtics que es donen en un *borderline* s'amaguen símptomes psicòtics. (3)

Knight 1953 va fer una aportació important al trastorn amb el seu aprofundiment en la debilitat del jo, considerant-la un element fonamental en l'estructura de tota personalitat límit. Defenia que el jo del pacient límit actuava de manera deficient com a resultat d'esdeveniments traumàtics amb una pertorbació de les relacions interpersonals. (3)

No obstant, el primer en usar el concepte *borderline* fou Stern en 1983 per descriure una sèrie de pacients que tenien característiques tant de la neurosi com de la psicosi, pel que es situaven entre aquests dos trastorns (4). Així, Stern va denominar aquest tipus de pacients com «el grup límit de la neurosi» (7), que es caracteritzava per una sensibilitat extrema als estímuls interpersonals que generava una *hemorràgia mental* entesa com una intolerable vivència de dolor subjectiu produïda per mecanismes projectius en subjectes amb un excessiu cel narcisista i sentiments de



minusvalidesa acompanyats d'intenses crisis d'ansietat, podent donar-se episodis dissociatius (6). Aquesta manera d'entendre d'Stern es deu a la creença de que els pacients psiquiàtrics es situaven entre la dicotomia dels pols neurosi-psicosi, que va conduir a un retràs en la diferenciació d'aquest trastorn.

A partir del concepte introduït per Stern, comencen a sumar-se diferents autors a la denominació d'aquestes característiques límit. Un cas és el de Zilgboorg, en 1941, qui utilitza el concepte «esquizofrènia ambulatoria» (8) per referir-se a aquests pacients com una esquizofrènia light, premòrbida o prepsicòtica (9). Altre és el cas de Hoch i Polatin, en 1949, que usen el terme «esquizofrènia pseudo-neuròtica», el cas de Guex, en 1950, que parla de la «neurosi de l'abandó» i Knight en 1953 que parla «d'estats borderline» (8). Tots entenent la malaltia com una atenuació d'una malaltia psicòtica (9).

D'altra banda, Grinker defineix una «síndrome borderline» amb símptomes com inestabilitat joica, tendència a depressions recurrents sense sentiments de culpa, amb una evolució disfòrica i amb ira com a sentiments predominants. A més va proposar quatre subgrups en estos pacients:

- I: en la frontera amb la psicosis.
- II: síndrome fronterer central.
- III: personalitat «com sí».
- IV: en la frontera amb la neurosi. (8)

Fou Kernberg la major contribució a la delimitació i conceptualització del que ara entenem com a trastorn límit de la personalitat mitjançant la formulació de la «Teoria de la relació d'objecte» (3). Aquest fet suposà un gran avanç en la conceptualització del trastorn, que més endavant permetria elaborar una sèrie d'investigacions per individualitzar els quadres clínics i desenvolupar un tractament eficaç, com la teràpia centrada en la transferència (3). Kernberg va definir «L'organització de la personalitat límit» dins els desordres fronterers com un nivell intermedi d'organització de la personalitat entre pacients greus propers a la psicosis i pacients més sans propers a la neurosi. Definia els pacients amb determinades característiques clíniques com alteració en les relacions d'objecte, tendència al procediment primari, inestabilitat joica, omnipotència i ansietat difusa (8). Entenem així la presència d'un grup heterogeni de pacients amb una base caracterològica comú (9).

En 1975 va proposar una «estructura borderline de personalitat» en la que diferenciava el trastorn de una variació de la psicosis i la neurosi, i el situava com una entitat nosològica independent, amb símptomes que es solapen en els símptomes de trastorns com la psicosis i la neurosi (8).

A partir de la conceptualització de Kernberg es van donar els estudis de Gunderson i Masterson en 1978, que van culminar amb l'entesa del trastorn límit com una entitat independent, com un síndrome clínic definit (9). Entendríem així, una població més reduïda i homogènia de pacients que en l'organització de personalitat límit de Kernberg (9).

Gunderson va descriure cinc àrees d'afectació ens els pacients amb trastorn límit de la personalitat: la primera afectada era l'adaptació social, la segona el control dels impulsos, la tercera la gestió dels afectes, la quarta la presència de símptomes psicòtics i l'última la deficiència en les relacions interpersonals (8).

Masterson va proposar una teoria evolutiva d'aquest trastorn ficant el punt de mira en les investigacions teòriques de Margaret Mahler sobre una fixació del desenvolupament en l'etapa de separació-individualització (8).

L'heterogeneïtat del trastorn és la que ha portat alguns autors a conceptualitzar-la com a part de l'espectre d'altres trastorns (Akiskal et al; Herman, Perry & van der Kolk) mentre que altres autors han pogut explicar que aquesta heterogeneïtat s'explica per l'existència d'infinits subgrups de pacients dins la mateixa categoria (11).

Durant aquest temps, s'han donat més de 11 conceptualitzacions del trastorn per diversos autors coincidents en el temps, hereus de diverses teories psicopatològiques. No obstant, cal sistematitzar i destacar les sis conceptualitzacions més importants del que coneguem actualment com trastorn límit de la personalitat:

- La *primera* d'elles es troba basada en el treball de Kernberg (1975) que usava la terminologia «límit» per definir aquelles patologies més greus dins l'espectre neurosi-psicosi.
- La *segona*, sorgeix en la dècada dels 60 i 70 i entén el trastorn dins l'espectre esquizofrènic (4) per les nombroses recurrències dels pacients a experiències psicòtiques breus com la despersonalització i la dissociació.
- La *tercera* es centra en entendre la síndrome com un trastorn pertanyent a l'espectre afectiu pels símptomes de disfòria crònica i labilitat afectiva (4) durant l'època dels 80 (7) per autors com Akiskal i Stone (8). Aquests, pensaven que l'etiologia es basava en una mala regulació emocional com en els altres trastorns afectius, ja que Akiskal defenia que la depressió atípica, la personalitat límit, la ciclotímia i el trastorn bipolar tipus II representen manifestacions que es solapen amb un sí de ser comú subjacent (9).

- La *quarta* conceptualització apareix a l'obra de Gunderson (1984) on per primera vegada el terme «límit» distingix una forma específica de trastorn de personalitat (4), a més fa un diagnòstic diferencial amb l'esquizofrènia per la bona socialització *borderline* i els discrimina també de la neurosi per un nivell baix d'assoliments que els caracteritza. Va proposar una sèrie de característiques distintives per encunyar aquest trastorn: automutilació, comportaments parasuicides, por excessiva a l'abandó i a la soledat, actitud exigent, pensament pseudo-psicòtic, regressions terapèutiques i dificultats en la contratransferència (7). Aquest assoliment va permetre un adequat tractament propi d'aquesta patologia.
- La *quinta* és entesa com un trastorn de l'espectre del control dels impulsos, conceptualització feta els anys 90 per Zanarini, Heslegrave i Van Reekum (2). D'aquesta forma, no seria entesa com un trastorn atenuat o atípic dels trastorns del control dels impulsos, sinó com una forma específica de trastorn de personalitat que apareix en l'espectre dels trastorns dels impulsos. (10)
- La *sisena* com un trastorn d'estrès post-traumàtic crònic, proposada per Herman i van der Kolk (4), en la que associen freqüentment una simptomatologia dissociativa (7) incloent el trastorn dissociatiu d'identitat (10). Aquesta conceptualització està basada en l'elevada freqüència d'antecedents d'abusos sexuals, físics i emocionals en aquests pacients, pel que entenen que el trastorn límit és la presentació disfressada d'un trastorn per estrès post-traumàtic subjacent (9). El resultat seria una dificultat per a la regulació dels afectes, impulsos i conductes, així com relacions interpersonals de mala qualitat i alteracions de la identitat.

També s'ha arribat a entendre aquest trastorn com una variant de la normalitat funcional de cada persona. Així, la major part de la simptomatologia límit es pot donar en tots nosaltres en algun esdeveniment estressant de la nostra vida. Els trets límits s'entendrien com variants extremes d'empipament, vulnerabilitat, ansietat, depressió i impulsivitat (12), que podrien estar presents en diferents personalitats. Aquests trets podrien desenvolupar-se en nosaltres després d'esdeveniments estressant extrems: una discussió agressiva, la pèrdua d'una persona propera, un acomiadament, etc. En aquests moments es poden arribar a desenvolupar símptomes limítrofes, com si perdérem momentàniament el juí. Allò que diferenciaria l'estat patològic d'aquesta regressió seria la no capacitat de tornar la ment a l'estat de control habitual.

Durant molt de temps el concepte «límit» ha estat lligat al caixó de sastre dels professionals que no estaven segurs de a quin diagnòstic pertanyia el pacient. Açò es donava per la creença ferma de que tots els trastorns de la personalitat variaven entre un dels pols de la dicotomia neurosi-

psicosi i ha contribuït al retràs de la consideració del trastorn límit com una entitat independent. Es creia que els trastorns variaven entre aquests dos termes i que tot el demás que no encaixava es quedava relegat a allò fronterer, en terra de ningú, en quadres sense definir (9). Però no tota culpa de la tardança d'esdevenir una entitat pròpia la té aquesta creença, sinó que el trastorn límit varia, és heterogeni amb manifestacions incongruents i conductes contradictòries (9), és inestable i confús. Alguns autors com C. Sharp defenen que no compleix els criteris per esdevenir un trastorn de personalitat propi, ja que no és persistent, és imprevisible, és fluctuant i poden arribar a remetre en el temps.

Durant molt de temps s'ha considerat com una condició d'incertitud i indecisió del psiquiatra o una indicació del fracàs de l'empatia del terapeuta, ja que els estudis sobre les emocions provocades en els terapeutes sobre els pacients amb trastorn límit solen ser per norma general negatives, on els psiquiatres senten frustració i sensació d'estar essent manipulats pel propi pacient.. Els professionals titllen els pacients amb aquest trastorn com pacients difícils, estressants, conflictius, poc inclinats al tractament, que atabalen i que tensen (9). Les relacions personals complicades dels pacients amb trastorn límit generen una animadversió dels que el tracten, creant així un creixement de l'estigma que acompanya a aquests pacients, a més de generar un cercle viciós ja que predisposa al clínic a estar en la seua contra (9).

El terme «límit» no és més que una herència de la concepció del trastorn com una frontera entre la psicosi i la neurosi (Kernberg), i el seu ús ha generat diverses polèmiques des dels orígens, tant a professionals com a pacients i familiars, ja que en sentit lingüístic no es considera que s'aproxime a les característiques d'aquest trastorn, pel que al llarg de tots aquests anys s'han proposat diferents termes per representar aquests trets distintius fronterers, un dels quals són: personalitat cicloide, trastorn ambivalent de la personalitat, trastorn impulsiu de la personalitat, trastorn làbil de la personalitat, trastorn generalitzat de la personalitat, trastorn de la personalitat emocionalment inestable, trastorn de la regulació impulsiu-emocional, dislímnia (13) o fluxitímia (14) etc. (10) Actualment es segueix lluitant per un canvi de nom que s'acoste més a les característiques de la malaltia (9).

Actualment el trastorn límit de la personalitat es coneix com una entitat pròpia i específica, ja que conta amb característiques clíniques capaces de diferenciar-lo dels altres trastorns (4). L'assoliment d'una categoria estructural ben delimitada del concepte ha segut necessària per acabar en males pràctiques i per desenvolupar teràpies eficaces individuals, i sobretot per a que els pacients es puguin sentir compresos i emparats, ja que allò que no es diagnostica no existeix, i acaba morint el seu concepte teòric, encara que els pacients segueixen patint-ho (15). Així, el diagnòstic és la base de tota intervenció per esdevenir un bon tractament i companyia durant tot el procés.

### **3. EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGIA, COMORBIDITAT I PRONÒSTIC.**

En aquest apartat farem una breu síntesi de l'epidemiologia del trastorn així com de la seua etiologia, comorbiditat, tractament, pronòstic i diagnòstic diferencial.

#### **3.1 EPIDEMIOLOGIA**

El trastorn límit és el trastorn de personalitat més prevalent en la nostra societat, açò es pot deure a l'altra comorbiditat d'aquest amb altres trastorns, sobretot els afectius, d'ansietat i d'abús de substàncies (16). No obstant, és una patologia encara infradiagnosticada i amb diversos problemes fins arribar al diagnòstic, degut a la variabilitat en els instruments d'avaluació (17) i el solapament de símptomes amb altres trastorns.

Segons alguns estudis, la prevalença el situa entre un 1% i 2% en la població general (16), entre l'11% i el 20% en pacients ambulatoris (17), i entre el 18% i el 32% en entitats psiquiàtriques. Podem dir que entre el 30% i el 69% de persones amb trastorn de personalitat pateixen TLP (19). L'edat d'aparició més freqüent comprendria des de l'adolescència tardana fins a l'inici de l'edat adulta (16), entre els 19 i 34 anys (17), essent estrany el diagnòstic més enllà dels 40 anys, quan es creu que la patologia tendeix a estabilitzar-se.

Es creu que el trastorn és més freqüent en el sexe femení en una relació de 3:1 (17), cosa que ens indueix a considerar el sexisme com una de les possibles causes del trastorn pel fet de desqualificar la dona i per tant ser una forma d'invalidació (15). A banda que la cultura sexista és la base de l'abús sexual al que moltes pacients limítrofes són sotmeses en la infància (15).

La prevalença d'aquesta patologia es troba en auge en la societat actual, i necessitarà ser revisada i estudiada en pròxims estudis per arribar a una determinació més adequada.

#### **3.2 ETIOLOGIA**

Els trastorns de personalitat esdevenen per interaccions tant biològiques com ambientals (psicosocials), ja que aquesta es forma com a suma del temperament, amb càrrega genètica, i del caràcter, que és allò que s'aprèn i s'obté de l'entorn. Aquests factors s'interrelacionen i s'influeixen mútuament (15). El que podem afirmar és que aquest trastorn gaudeix d'una naturalesa multifactorial per la seua complexitat psicopatològica (10), que inclouria en la seua etiologia vulnerabilitat els factors següents.

S'entén que el trastorn segueix una certa vulnerabilitat genètica ja que s'ha demostrat una

heretabilitat del 60% (20), encara que són els trets del temperament, com ara la impulsivitat i l'agressivitat, el que s'hereta, i no tant el trastorn com a sí (17).

Trobem també estudis que han demostrat una desregulació en certs neurotransmissors, com la serotonina, en pacients límit, implicats en la regulació dels impulsos, l'agressió i l'afecte (17).

D'altra banda s'han estudiat determinades disfuncions neurològiques amb dèficits estructurals i funcionals en àrees del cervell claus per a la regulació de l'afecte, l'autocontrol i la funció executiva: l'amígdala, l'hipocamp i les regions orbito-frontals (20). Amb una activació major de l'amígdala durant la visualització d'imatges emocionalment aversives (21).

No obstant, la major part de factors etiològics es centren en els psicosocials, ja que són diversos els que actuen en l'aparició del trastorn, com ara la separació o pèrdua primerenca (4), la negligència o la falta d'implicació emocional per part dels progenitors, el que es traduiria en dificultats de socialització del xiquet (17). Aquestes relacions conflictives o distants amb manca de recolzament amplifiquen els estils impulsius i afectiva-ment inestables de la personalitat (10).

Trobem també una incidència alta d'abusos tant físics com sexuals i emocionals durant la infància. Zannarini *et al.* va concloure amb un estudi que el 91% dels pacients amb TLP foren víctima d'abusos emocionals per part dels progenitors i sexuals per part de persones alienes (10).

Altre factor molt estudiat i que, per consens, es relaciona amb l'aparició del trastorn és el procés d'aferrament (*apego*) (22), ja que aquest està molt relacionat amb un aferrament insegur (només el 6-8% dels pacients es codificava com un aferrament segur) (22). Les conseqüències d'aquest tipus d'aferrament es resumeixen en un fracàs en el desenvolupament de la capacitat de mentalització, a més d'una incapacitat per als pacients per descriure i identificar les seues emocions. Aquest procés invalidant es completa amb un qüestionament sistemàtic per part de la família de la veracitat de l'experiència mental que està sofrint el pacient (17).

Tots aquests per sí sols no són suficients per desenvolupar un trastorn límit, sinó que afavoreixen la seua aparició. Cal entendre que la causa no és única, sinó multifactorial, que tant els factors biològics com psicosocials poden plantejar l'escenari perfecte per desenvolupar el trastorn, però no serà fins més tard, quan altres factors influïsquen en aquesta predisposició, quan aquesta malaltia es donarà. Per tant, els factors de risc que trobem per un possible desenvolupament límit són un invalidant entorn familiar que inclouria experiències emocionals negatives, negació de les necessitats emocionals del xiquet (15), negligència, aferrament insegur, abús físic, sexual i emocional com a traumes (17). Separacions en la infància, relacions parentals alterades, temperament hiperbòlic, història familiar de trastorns psiquiàtrics i disfunció neurològica/bioquímica (10).

Concloent, en un pacient es plantejarà una certa predisposició genètica amb un temperament hiperbòlic o vulnerable (4), que anirà essent influïda per factors ambientals (qualitat d'experiències d'aferrament i vinculació) que podran anar augmentat les possibilitats de patir el trastorn. Així, es produeix una pertorbació constant contra la que el pacient lluita mitjançant conductes adaptatives front aquests entorns des-adaptatius (5). Així, la interacció del trauma principal (per exemple, un abús) amb la manca d'estratègies emocionals apreses o vincles de seguretat familiars, mantindrà aquestes conductes nocives per adaptar-se al medi des-adaptatiu que els envolta, i acabarà per desenvolupar el trastorn.

### **3.3 COMORBIDITAT I DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL AMB LA PSICOPATIA**

L'heterogeneïtat limítrofa i el solapament dels símptomes amb els d'altres trastorns fa necessari establir un correcte diagnòstic diferencial així com entendre la possibilitat de presentació de formes mixtes amb altres trastorns co-mòrbids.

#### **3.3.1 COMORBIDITAT**

Diversos estudis realitzats van poder concloure que fins un 32% dels pacients límits sofria d'una depressió major, el 17% distímia, el 5% ciclotímia i fins el 4% trastorn bipolar (10).

Per les característiques impulsives de la malaltia, també és freqüent trobar el TLP associat a trastorns per consum de substàncies, consumides de manera episòdica durant moments d'estrès i trastorns de la conducta alimentària, especialment la bulímia nerviosa.

També es dona comorbiditat amb altres trastorns de personalitat, sobretot amb el trastorn histriònic (65%), antisocial (25%), esquizotímic i dependent (50%); i, en menor mesura, amb el trastorn narcisista, evitatiu (40%) i paranoide(30%) (7)(17).

#### **3.3.2 DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL**

La simptomatologia florida i solapant que es dona en el TLP ens fa necessari establir un diagnòstic diferencial correcte per no diagnosticar erròniament altre trastorn psiquiàtric.

Els símptomes freqüents depressius i excitables com la impulsivitat ens poden confondre amb trastorns de l'estat d'ànim (17), on trobaríem certa similitud amb els símptomes depressius i impulsius amb el trastorn bipolar tipus II, però caldria diferenciar el TLP d'aquest ja que la raó d'estos símptomes límits estan molt influïts amb les relacions interpersonals inestables (17) i que

en els trastorns d'ànim trobem a sovint un desencadenant extern, mentre que les perturbacions del TLP tenen l'epicentre dèficits interns (10).

Els episodis breus psicòtics del trastorn límit ens obliguen a diferenciar-lo de l'esquizofrènia. Aquesta es caracteritza per unes relacions socials distants i deficitàries, mentre que el TLP es condueix per relacions amb altes càrregues afectives (10), a més de que els episodis micro-psicòtics apareixen al *borderline* en situacions estressants (10).

Les idees paranoides poden donar-se tant en el trastorn esquizotímic com en el límit, diferenciant-se com en el cas anterior, ja que en el TLP es donen d'una manera passatgera arrel de situacions extremes o estressants (10).

En quant als altres trastorns de la personalitat, podem diferenciar-lo del trastorn histriònic ja que, encara que comparteixen la cerca d'atenció i manipulació, el trastorn límit es caracteritza per una auto-destructivitat i sensació de buit que l'histriònic no comparteix (10).

Del trastorn antisocial comparteix la manipulació, encara que en aquest l'objectiu de la qual és el benefici material, mentre que en el límit l'objectiu resideix en captar l'atenció dels seus cuidadors (7).

Finalment, el trastorn de personalitat per dependència comparteix la por irracional a ser abandonat i a la soledat, però es distingeixen en que un TLP reacciona amb sentiments de buit emocional, còlera i exigències; i el dependent actua amb un augment de la submissió (10).

### 3.3.3 PERSONALITAT LÍMIT I PSICOPATIA

No és només la presència d'episodis micro-psicòtics en el trastorn límit el que ens fa plantejar-nos una certa semblança amb la psicopatia, sinó que pensem en ella per la similitud que es dona en els trets de personalitat o mecanismes de defensa usats pel trastorn límit.

Davant situacions d'estrès, els pacients límit poden actuar amb impulsivitat, agressivitat, manipulació, experiències de passivitat o falta d'empatia, estil de vida parasitària i inestable, amb l'objectiu de dependre dels demés en benefici propi.

Katan definia de la psicopatia en 1953 que «Quan es trenca el contacte amb la realitat, fan la seua entrada els símptomes de la psicosi, com ara les al·lucinacions» (23) i Bychowski en 1957 va descriure tres aspectes que caracteritzen el nucli psicòtic: primer, la prevalença de les formes arcaïques de funcionament, com ara el pensament màgic; segon, la utilització de mecanismes primitius com la introjecció i la identificació projectiva; i tercer, la dissociació, *splitting*, del jo (23).

Aquestes descripcions de trets psicopàtics són extrapolables als mecanismes de defensa que les persones amb trastorn límit desenvolupen, com ara la dissociació, el pensament màgic o la



identificació projectiva. Per tant, amb aquestes similituds, què és el que els diferencia de les mentes psicopàtiques?

### **3.3.3.1 TEORIA DE LA PSICOSIS ÚNICA**

La bogeria té un primer pas que és la melancolia, per a estructurar-se sobre ella la mania, la paranoia i finalment la demència.

La teoria de la psicosis única defèn que els símptomes psíquics són sempre els mateixos en les diferents malalties. Les malalties mentals provoquen una alteració de l'activitat mental, i el conjunt d'estos trastorns o alteracions seria el que coneixem com a psicosis única.

Els diversos graus de psicosis no són patognomònics de cap malaltia, però ens poden orientar cap a la possible malaltia causal.

Entenem psicosis com a perturbació del contingut de la consciència, una alteració de l'espill que replega els estímuls, i aquests continguts patològics sols poden vindre de l'interior de l'organisme (16).

### **3.3.3.2 DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL**

Els deliris que caracteritzen la psicopatia són idees persistents, incompatibles amb la realitat, que es viuen com a vertaderes, els pacients adopten una convicció extraordinària essent reticents a les contra-argumentacions. D'altra banda, els deliris dels pacients límit no són molt elaborats o molt complexes, ni difereixen massa de la realitat (24).

Les al·lucinacions psicòtiques més freqüents són les auditives, visuals o olfactivas. Els pacients amb TLP poden presentar al·lucinacions que són de caràcter visual que solen tindre una base clara en la vida emocional del pacient (24).

Podríem parlar de que al trastorn límit trobem episodis micro-psicòtics, en ells la capacitat de contacte amb la realitat és relativa. A vegades, trobem emergències psicòtiques, que solen donar-se en situacions d'estrès o des-estructurants, quan es senten amb manca de recolzament, si no reben del medi validació o gratificació suficient o baix l'amenaça de separació i abandó. Aquests episodis psicòtics solen ser transitoris i egodistònics acompanyats d'ansietat massiva, reversibles i sense deteriorament cognitiu en el subjecte (16).

Per alguns autors, existeix un mode de funcionament psíquic idèntic a la psicosis, però que no es produeix més que en determinades ocasions en les que el subjecte conserva la capacitat per alliberar-se, a contrari del que passa a la psicosis (on trobem alienació i dissociació). És aquesta

brevetat de duració de l'episodi la que ens impedeix catalogar-lo com a psicosi (24).

A diferència dels trastorns psicòtics, al TLP hi ha una bona avaluació de la realitat, encara que el seu aparell psíquic està molt dissociat, sense poder fer front a la realitat de manera correcta (no poden concebre els objectes bons i dolents en una sola representació). (16)

Concloem en que els trets de personalitat d'un TLP podrien sintetitzar-se en una necessitat constant de recolzament, curta durada de l'episodi psicòtic i predomini de símptomes afectius. D'altra banda, els trastorns psicòtics es caracteritzarien per una falta d'interès en les relacions i trastorns del pensament estables i predominants. Ambdós trastorns es solaparien en els episodis psicòtics i els trastorns del pensament (16).

No obstant, en el TLP trobem un dèficit intern contra el qual els pacients lluiten desenvolupant aquestes conductes properes a la psicopatia tals com la parasitació o la dependència emocional, la mentida i la manipulació, però a diferència de la psicopatia el seu objectiu és pal·liar el dolor intern. No són unes conductes conscients o voluntàries amb l'objectiu de benefici material egoista, com ho seria a la psicopatia, sinó que són conductes inconscients, mecanismes de defensa necessaris per tal de sobreviure.

### 3.4 PRONÒSTIC

La personalitat TLP es conforma de dos tipus de símptomes: símptomes ràpids d'estat agut, com autoagressions, temptatives de suïcidi, pensaments psicòtics, regressions terapèutiques i problemes contrat-transferencials; i símptomes lents d'estat crònic, com sentiment crònic de buit, desconfiança, dificultat per a tolerar la soledat, por a l'abandó. (16)

Aquests pacients es veuen incapaços d'afrontar els canvis anormals en el seu cicle vital. Amb el pas del temps, els símptomes ràpids perden la seua efervescència: la impulsivitat, la ira irracional o les conductes auto-lesives disminueixen en freqüència i aparatositat, s'estableix una pseudo-adaptació a l'ambient social que arrastra les seqüeles de les seues conductes prèvies. No remet el quadre *borderline* sinó aspectes parcials, com la impulsivitat. (16)

Es pot considerar que aquests subjectes, en els primers anys del trastorn, tenen un funcionament social similar al dels esquizofrènics, i durant les següents dècades vénen a parèixer-se als pacients depressius (Ionescu).

Stevenson, Meares y Comeford (2003) sostenen que el TLP s'extingeix amb l'edat en quant a la impulsivitat, encara que no respecte a altres àrees com la inestabilitat afectiva, l'alteració de la identitat i els problemes interpersonals.

#### 4. TRASTORNS DE PERSONALITAT, IDEOLOGIA I SOCIETAT.

L'any 2.000 es considera l'any d'una epidèmia *borderline*, quin és el causant d'aquest augment?

El trastorn límit de la personalitat està causat per diversos factors psicopatològics, biològics i fisiològics, entre d'altres, però no hem d'oblidar mai la influència de l'entorn, ja que el component psicosocial que conforma el caràcter influeix fins un 60% en la personalitat (25). Així, la influència de la cultura, dels sistemes socials i de les pautes de transmissió cultural actual plasmen la seua petjada en els trets de personalitat i en la manera d'emmalaltir dels pacients (26).

L'augment de la velocitat en tots els àmbits de la vida, els canvis continus, el materialisme, el predomini del model econòmic capitalista, la creença de l'existència d'un jo ideal, etc. poden contribuir a un augment dels trastorns de personalitat en general i en la prevalença d'uns en particular (26).

Citant una dona limítrofa «Estuve enferma por la mentalidad de otros».

##### 4.1 CONCEPTE DE MALALTIA

Cal plantejar una relació estreta entre l'organització econòmica-política i el concepte de malaltia, entenent que un canvi en aquesta estructura social comporta canvis en el concepte de salut. Podem plantejar el fet de que trobem quelcom en la cultura que té la facultat o el poder de pertorbar la psicologia tal com l'entendem.

La neurosi o malaltia mental no es presenta mai com un problema individual, sinó es tracta d'un problema col·lectiu dins la societat en la que ens trobem, que el diferencia del *normal* funcionament de la majoria d'individus. Però, qui estableix, qui posa els límits o la línia divisòria entre allò considerat normal i anormal? Són els canvis socials els que van modificant els cànons de la normalitat?

La noció de malaltia mental està fermament lligada al context social, i particularment al context ètic, en el que es formula. La malaltia mental està expressada i definida també tots els conceptes socials. Tot paradigma s'inscriu dins d'un context social i cultural, a més de polític, moral, ètic i econòmic, del que la psiquiatria no està exempta.

La concepció de la bogeria és totalment diferent abans de l'Edat Mitjana, durant i després d'aquesta. Un exemple d'aquest desenvolupament paral·lel entre psiquiatria i societat el trobem en la consideració diagnòstica de l'homosexualitat. Fins una època recent, l'homosexualitat era catalogada com una desviació, com un estat patològic, i a l'actualitat és políticament incorrecte i

condemnable el fet de titllar-la com una malaltia mental. Així podem concretar que la concepció d'anormal i normal va canviant en paral·lel als canvis socials, culturals, morals, econòmics i polítics, podem dir que els canvis són els que van modificant els cànons de la normalitat i la malaltia. Les malalties mentals van i vénen, es creen o destrueixen, variant segons la corrent social i moral de l'època (27).

Cal ressaltar aquest parentesc entre medicina i moral, que ha servit a la psiquiatria com una eina de coerció i control social mitjançant el traç d'una línia divisòria entre raó i bogeria, a més de posar en funcionament càstigs com remeis per a curar. Així, no ajudaria només a definir la dicotomia normal-anormal, sinó que definiria allò que seria moral, normal i socialment admissible, ajudant així a solidificar mites sobre el que deu ser, quin és el «jo ideal», actuant de tranquil·litzant social.

El concepte de normalitat es definiria mitjançant dos criteris: l'estadístic i el normatiu. L'estadístic es centra en el terme mig, el «com és» una població. El normatiu genera un model ideal, un «com deu ser» la població. Així, la personalitat que s'ajuste a aquest model social, seria acceptada com normal i les personalitats anormals serien variacions, desviacions d'aquest camp mig imaginat per nosaltres, però no exactament determinable. Aquests criteris poc objectius porten un biaix perillós: el moral o ideològic. Qui té potestat per elegir què és allò més prevalent? I qui té potestat per elegir que allò més prevalent és la normalitat o allò que es deu acceptar com a moral?

Seguint aquests criteris, podem arribar a concloure que la definició del que és normal o anormal, o la salut i la malaltia, ens ve donada per modes canvians i un consens social més que per una realitat determinada. La qüestió que ens podríem plantejar és, què passaria si els valors socials, culturals i econòmics vessen cap a una normalitat psicopàtica? Què esdevindria el fet de que les actituds psicopàtiques es normalitzaren i es tornaren socialment acceptables?

#### **4.2 ETIOLOGIA SOCIAL DEL TRASTORN LÍMIT**

Actualment ens trobem exposats a tota una sèrie d'influències psicològiques nocives que vulneren la nostra salut mental. Açò es veu reflectit en l'extraordinària freqüència de trastorns psiquiàtrics en la societat actual, alguns en general, altres en concret (27). La ruptura amb la societat moderna i el pas a la postmoderna ha creat individus amb uns trets de personalitat característics que, en èpoques d'estrès psicosocial, esdevenen trastorns de personalitat per un mecanisme inespecífic (25). Citant a Durkheim, «La personalitat és l'individu socialitzat».

La societat postmoderna ha esdevingut nombrosos canvis culturals, socials i econòmics, que han acabat per marcar les personalitats d'avui dia, i en la qual han augmentat de manera notable els

trastorns psiquiàtrics. El postmodernisme es concep com una societat sense figura d'autoritat, des-estructurada i desmembrada, on l'ètica i la moral han passat a un darrer plànol, eclipsades per l'ètica capitalista. Aquesta ètica econòmica es basa en valors sociopàtics asocials, a-empàtics, violents i amorals (27). L'estructura de mercat condiona tota la societat i les persones passem a un pla aïllat, oblidat, on l'única utilitat que la societat ens dóna és aquella on traem benefici econòmic. Amb aquesta substitució de la moral per la llei del més fort no és estrany trobar individus indefensos, desprotegits i insegurs, on es veu afectats els seus valors, desitjos, pors, objectius i relacions socials (28), que poden arribar a patologitzar-se i necessitar una via d'escapament per a la projecció de la seua auto-destructivitat.

Aquestes actituds narcisistes generades per tal de poder pal·liar la frustració amb l'objectiu d'adaptar-se a les demandes socials i la manca de vincles socials segurs, ajuden al desenvolupament de trastorns carencials com és el trastorn límit, en els que s'ha après a escenificar els conflictes enlloc de gestionar-los (27).

El trastorn sorgeix com una forma d'adaptació i com la millor opció per lluitar contra el «jo buit» i contra l'armament psíquic insuficient que caracteritza la societat postmoderna.

L'augment de la velocitat i mobilitat en tots els àmbits, incloent en les relacions interpersonals afavoreix una personalitat basada en la superficialitat i el desarrelament, que desenvolupa conductes evitatives o excèntriques per fer front a aquestes demandes (25), amb una desesperació per sentir-se incapaços d'enfrontar-se al futur (28).

L'avanç tecnològic ens genera un sentiment de canvi continu que afecta a la majoria d'aspectes de la vida personal. Aquest canvi junt a les demandes d'un rol idoni del jo, porten a la pèrdua d'identitat, als sentiments de buit i a l'autoconcepte negatiu (25), i per tant a un més fàcil desenvolupament de la patologia límit.

També, la creença de sentir-nos amb més llibertat esdevé una pèrdua de la seguretat (28), ja que la societat ens situa en el punt de mira, vessa tot el control de la nostra vida en nosaltres mateix, cosa que molts pacients límits viuen com una càrrega crònica més que com un augment de la llibertat, el que provoca un sorgiment de les conductes impulsives. A més, la pèrdua dels principis altruistes crea una baixa tolerància a les frustracions per un creixement de la concepció materialista del món (25), ja que el consum passa a entendre's com una forma de construcció del «jo identitari», no es compren objectes, sinó propietats psicològiques com la llibertat, l'elegància, la joventut, etc (28). Els objectes, a l'estar subjectes a modes esdevenen un «jo identitari» efímer i volàtil que necessita consumir com a forma de construcció d'una identitat idònia.

D'altra banda, els canvis esdevinguts en l'esfera laboral redueixen la vida humana a elements economicistes (25) que generen personalitats excessivament perfeccionistes o anancàstiques, o

en contrapartida, dependents com a estratègia de supervivència. Açò ha generat també subjectes indiferents, desapegats, acrítics i deshumanitzats.

Aquesta creença de que l'estatus social és allò que ens representa i ens dóna poder, vinguda per la revolució comercial, provoca problemes d'identitat, sentiments d'insuficiència, fracàs, ansietat i depressió (25).

A més, el creixent pes de la imatge i l'aparença com a principal vehicle d'un mateix, ha anat de la mà amb l'augment dels trastorns de la conducta alimentària que afecten també alguns pacients límits (28). Donat l'explotació consumista d'estímuls visuals de la imatge, desenvolupa la creença de que el propi cos és l'únic que conforma el «jo identitari» pel que pacients límits esdevindran trastorns de conducta alimentària amb l'objectiu de pal·liar l'angoixa davant les nombroses demandes del medi social que inserta valors inassolibles (28) i davant una identitat buida, o com a intent de control de les seues vides.

Així, aquest món postmodern o capitalista consumista, es resumeix amb l'explotació de l'autonomia individual que plena de frustració al pacient límitrofa per sentir-se devastat per totes les demandes irracionals que exigeix. Aquesta individualitat permet menys dependència i vinculació amb els demés (25), el que interfereix amb les altes demandes emocionals dels pacients límit. A més, crea unes identitats pobrament formades, intensament dependents, amb una incapacitat patològica per estimar, amb elevada susceptibilitat i temor a ser abandonats o rebutjats (28), amb una distorsió de l'autoimatge, i sentiments excessius de buit i soledat, que busquen afecte com a mètode contra l'angoixa que aquest tipus de societat els produeix. Pel que, en aquestes societats, si es veu trencada l'esmoreïment familiar i social, és més fàcil que es desenvolupe un trastorn límit de personalitat.

Citant a Pascual Bruckner «L'individu occidental és naturalment un ésser ferit que paga l'insensat orgull de pretendre ser ell mateix amb una precarietat essencial» (37).

## 5. EN LA MENT D'UN TLP

*There's someone in my head but it's not me.*

*'Brain damage' Pink Floyd (1973)*

Si intentàrem resumir la forma d'actuar d'un TLP amb poques paraules ho fariem amb inestabilitat i intensitat, foc i gel; podríem dir que aquests serien els trets de personalitat més cridaners.

Una emoció es viscuda per un pacient límit amb tota la intensitat possible, abraçant pols oposats en un període curt de temps, poden trobar-se en el cel tant ràpid com poden tornar a l'infern, i una volta se n'adonen del succés, poden no saber com han arribat allí.

Aquesta inestabilitat, aquest viatge entre els extrems, afecta en totalitat a la seua vida; en les relacions de parella, família i amics, en el treball, en la carrera, etc. Res es sent resguardat d'aquestes explosives, incontrolables i repetitives variacions, ja que els pacients es troben en un continu control de les circumstàncies per adonar-se del mínim detall que signifiqui que van a abandonar-lo (10).

Tenen grans emocions que els condueixen a expressar-les en tota la seua totalitat quan es troben en un estat emocional positiu. Estimen de tot cor però freqüentment exigeixen que els demés es comporten de la mateixa manera (10), i si no ho aconsegueixen donen pas a una cascada de conductes nocives per fer front al sentiment d'estar sol o abandonat.

No obstant, l'experiència de l'afectat és diferent a la nostra visió i implica vivències. Pel que ens és impossible entendre i conèixer al pacient TLP només en funció dels símptomes del DSM V i ometent els trets de personalitat que el conformen (29).

### 5.1 LA IDENTITAT

Un dels principals aspectes alterats, i més freqüent, en la personalitat d'un *borderline* és la identitat. Entenem la identitat com allò que dóna sentit a qui som, al que fem, ens dóna una raó de ser a les nostres emocions i actes, ens dirigeix i ens organitza el mode d'actuar. La identitat és troba formada per l'autoconcepte, la imatge social, l'autoestima, l'autor-respecte i el control intern (15).

Una alteració d'aquesta es tradueix d'una manera simplificada en una alteració de l'autoimatge persistentment inestable (30). En els pacients límit veiem una identitat alterada, en construcció o immadura que es caracteritza per dubtes sobre com es veu, sobre qui o com és, sentiments d'infelicitat o de buit sobre els seus somnis, manca d'autonomia en les decisions i sensació d'haver desenvolupat una trajectòria vital desordenada o canviant (15).

Amb els coneixements de Kernberg sobre la difusió d'identitat en aquests pacients, podem entendre que la raó d'aquesta deficitària construcció es deu a una incapacitat per integrar representacions positives i negatives d'un mateix i dels demés (30), pel que resultarà en una manera d'entendre el seu «jo» de manera canviant, amb discontinuïtats i nombrosos canvis de rol sempre entorn un sentiment de buit interior.

Les conseqüències d'aquesta falta d'identitat són diverses, la principal és la inseguretat. Els pacients es troben insegurs la major part del temps, front a la presa de decisions o front la pressió que els genera l'entorn. Altra conseqüència és la dependència emocional, són vulnerables a dependre dels demés amb l'objectiu de rebre una certa seguretat front aquesta sensació de sentir-se perduts. Pot ser aquesta falta d'identitat pròpia junt a la inseguretat i a la pressió a la que es veuen sotmesos per l'entorn, és la que porte aquests pacients a desenvolupar conductes autodestructives com a mecanismes de defensa.

## **5.2 TRETS DE PERSONALITAT**

Els pacients límit necessiten d'emocions intenses en la seua vida per tal de pal·liar els sentiments de buit que porten al seu sí. És tanta l'emoció en la que conceben tots els successos, que no dubten en actuar de la mateixa forma, passant d'un extrem a un altre d'una manera quasi inconscient. Podríem definir la seua vida segons les paraules de Morris y Oldham (1995) com l'antagonisme foc-gel (10).

Les conductes que solen dur a terme són impredecibles, variants i conflictives. La seua forma de veure el món varia de la nostra i el que a nosaltres ens pot semblar un succés insignificant per a ells pot ser tot un món, tota una raó d'explosió emocional. La seua manera de sentir, interpretar, pensar i actuar dista molt de la nostra, i ens arriba a parèixer il·lògica i contradictòria, al igual que a ells concebran la nostra igualment estranya (31).

Els trets de personalitat es caracteritzen per relacions interpersonals intenses i inestables, amb les que duen a terme conductes de idealització – si la relació és gratificant – i devaluació – si no ho és – (32). A més de oscil·lacions constants respecte el contingut afectiu variant d'un extrem a un altre, divideixen a les persones en dicotomies exagerades essent incapaços de tolerar l'ambigüitat (32), tot amb l'objectiu de pal·liar la seua por interna a l'abandó.

La impulsivitat alhora de funcionar els porta als atracons de menjar, la despesa massiva de diners, la seua addicció esporàdica a tòxics i la seua alterada vida en general. Quan l'impuls ocorre el pacient es troba egosintònic amb ells, mentre que després es senten culpables amb la conducta. Solen ser excessivament dependents dels demés, amb conductes paradoxals en les relacions



interpersonals, buscant l'atenció i l'afecció d'un mode manipulatiu i contrari, que acaba produint el rebuig (10).

La ira que desenvolupen és una resposta infantil davant molta frustració. Quan una persona important per a ells els decep, es despreocupa o les abandona, generen una ira exagerada (32) amb un sentiment de culpa posterior.

També els caracteritzen les conductes autodestructives i auto-mutiladores, amb l'objectiu de sentir dolor físic per pal·liar el dolor psíquic o per castigar-se per ser dolent en els moments d'introspecció, per exercir control, expressar ira o superar l'atordiment (32).

L'alteració de l'auto-imatge i de l'auto-concepte es veu influïda per l'opinió dels demés fins el punt que no són capaços d'afirmar els seus valors o expressar clarament les seues preferències (32), sembla que estiguen immersos en un perpetu començar de nou. No obstant, aquesta falta d'identitat és amagada per un recurs d'imitació i reproducció de conductes, identificant-se amb el que els demés pensen o senten.

La por a l'abandó i el sentiment de buit són els sentiments interns que els mouen en les seues conductes, ja que perceben la soledat com una aterridora pèrdua del sí mateix, portant-los símptomes al·lucinatoris, delirants o dissociatius (32).

Un dels sentiments principals d'aquests pacients és el fet de sentir auto-compassió, el que anomenaríem ferida narcisista. Senten que ningú els presta l'atenció que mereixen i que els maltracten a propòsit, culpabilitzant a la persona responsable d'aquests sentiments. Aquest fet naix d'una extrema necessitat d'obtenir afecte del món extern.

L'agressivitat té una gran intensitat i a vegades és expressada mitjançant demandes excessives sobre els objectes primaris per la necessitat d'una valoració narcisista (32). Rere aquesta agressivitat trobem un sentiment de buit, soledat o pèrdua.

L'angoixa crònica que mostren pot no ser externalitzada gràcies als mecanismes defensius amb una congelació de l'afecte, trobant rere ella sentiments de mort i autòlisis (3).

També és característic en aquests pacients els problemes que tenen per treure profit a les seues habilitats, per una baixa autoestima o un autoconcepte pejoratiu d'ells mateix. A més, també poden recórrer al pensament màgic, que es caracteritza per l'obsessió d'una idea amb el convenciment de que si la segueixen tot anirà bé. Es mouen, també, entre sentiments d'extrema suspicàcia i extrema ingenuïtat, desconfiant i estant alerta de qualsevol tret que indique que van a ser abandonats, però també llançant-se als braços d'aquell que vesse un mínim d'afecte en ells.

Aquests trets de personalitat que els defineixen tenen una raó de ser en la qual cal profunditzar i entendre que són mecanismes de defensa, per entendre on està el dèficit intern contra el que intenten lluitar i, a més de per poder conviure amb ells de la forma més sana possible.

Es posen en marxa mitjançant tempestes afectives front a les situacions d'extrem estrès o frustració. Durant aquestes, el pacient explota d'una manera agressiva i demandant on queden abolides la seua capacitat de reflexió, el pensament simbòlic (33), comprensió cognitiva i comunicació verbal dels estats interns (12).

És precisament aquesta manca de capacitat elaborativa la que el porta a les tempestes impulsives primàries, amb un predomini de l'acció sobre el pensament (34). Són descàrregues sense elaboració psíquica en la que l'altra persona és entesa com la causa del seu sofriment i és sobre qui evacuen tot el seu odi (33).

Amb el pas del temps, alguns dels pacients aprenen a usar aquestes tempestes afectives amb l'objectiu d'aterrorir els familiars i propers (34), sabent que amb aquestes conductes aconseguiran allò que desitgen: sentir-se recolzats i importants, ja que en aquestes tempestes es crea un sentiment aclaparant en els seus propers.

El procés cognitiu dels pacients està també alterat, essent difícil mantenir estables els seus processos de pensament i aprendre d'experiències passades (10). El més característic són els pensaments dicotòmics, els pols dialèctics, aquests són postures oposades i els pacients tenen molta dificultat de trobar un punt intermedi. Açò li ocasiona una lluita interna constant, quan es troba en un dels extrems nega l'altre i viceversa (15). Quan canvia d'extrem comença un procés cognitiu pel qual intenta justificar o respondre's per què es trobava en l'altre. Tenen un diferent processament de les emocions, ja que adapten els successos als sentiments i no els sentiments als successos com duen a terme les persones sanes emocionalment. Quan els sentiments que estan sentint no quadren amb els fets, inconscientment revisen els fets per fer-los encaixar amb els sentiments (35). Açò és el que provoca la seua percepció canviant i tan diferent de la nostra, ja que segons l'emoció que estan experimentant poden considerar-nos en un dels dos extrems. Ens pot parèixer que estan intentant manipular-nos, però l'únic objectiu és donar-li coherència als seus sentiments encara que per a això hagen de distorsionar la realitat (35).

**Tabla 2. Pols dialèctics en el TLP (14)**

<b>Extrem 1</b>	<b>Punt intermedi de síntesi</b>	<b>Extrem 2</b>
Estàs del meu costat incondicionalment		Estàs contra mi
Sóc dèbil i no puc afrontar el món amenaçant sol		No puc demanar ajuda perquè se n'adonaran de la meua debilitat
No vull que ningú veja el que em passa		Necessite que els demés em compreguen
No suporta dependre de ningú		Necessite algú per afrontar les coses
Em trobe bé, puc fer coses		No crec estar realment bé, no durarà
En les relacions em done completament als demés		Ningú em pot donar tant com jo, sempre em deceben
No estic malalt, no necessite tractament		Tot el món avança i jo em quede sempre al mateix lloc.

### **5.3 MECANISMES DE DEFENSA**

Els mecanismes de defensa són una eina essencial per a la supervivència del pacient límit, estan acostumats a generar aquestes conductes adaptatives front a l'entorn que perceben com a desadaptatiu. Apareixen davant punts detonants que produeixen una tempesta emocional, en situacions estressants on no són capaços de tolerar la frustració, on les demés persones sí que estarien preparades o disposarien d'eines consistents per afrontar. El principal mecanisme de defensa que trobem és la escissió, per la qual s'allunyen del conflicte intrapsíquic (35) i el permet enfrontar-se al sofriment emocional i sobreviure als traumes (35) però també trobem d'altres com la negació, la idealització i la devaluació, l'omnipotència i grandiositat i la identificació projectiva. A la final, tots aquests mecanismes porten un sol objectiu: refugiar-se de la realitat.

La escissió és el mecanisme de defensa més primitiu de l'ésser humà que consta de separar els objectes com bons o roïns, plaents o desplaents (26). En els límit es genera aquest mecanisme amb l'objectiu de l'evitació de l'angoixa de manera temporal i a curt termini davant una situació d'extrema frustració o estrès que un pacient no pot controlar (35). Degut a este mecanisme, els *borderline* tenen dificultat per integrar els trets bons i dolents de les persones (26), ja que la seua opinió sobre ella variarà segons les emocions que estan experimentant al moment. Aquest mecanisme el poden dur a terme en altres moments de la vida, no sols en les relacions interpersonals (26), ja que si es troben davant una situació estressant, poden arribar a creure que només hi ha una solució i aquesta és immutable. L'escissió consisteix la base sobre la qual es cimentaran els altres mecanismes de defensa.

La negació és considerada un mecanisme auxiliar de l'escissió (26). Psicoanalíticament es pot diferenciar entre negació de la realitat i negació de la pulsio. La primera fa referència a una

negació del món exterior que està resultant intolerable per al pacient, i la segona fa referència a una negació del món intern, és a dir, sentiments que són intolerables per al subjecte (26). La negació de la realitat es consideraria un símptoma psicòtic immadur, i la negació de pulsions seria un símptoma neuròtic més madur que permet la plena adaptació del pacient a la realitat (35). Mitjançant la negació, el pacient podrà reconèixer successos en la seua vida però no reconeixerà com a pròpies les emocions que va desenvolupar quan van ocórrer, sinó reconeixerà les emocions del moment actual, es tracta més bé d'una negació de l'emoció. La negació dels pacients límit consisteix en la incapacitat de reunir dos àrees emocionalment contradictòries (pols dialèctics), realitzant una funció de reforç de la escissió (26).

La idealització-devaluació és el procés pel qual els pacients tendeixen a veure a les persones com a extremadament bones o extremadament dolentes, passant d'un extrem a un altre segons l'estat emocional del moment, recolzant-se en el mecanisme d'escissió (35). Els subjectes límits formen unes idealitzacions patològiques, ja que mostren una confusió total entre allò idealitzat i la realitat (26), utilitzant aquestes idealitzacions com un suport contra tota aquella part del món dolent o destinada a fer-los mal i abandonar-los. Creen imatges extremes, quan pareix que estigues satisfent les seues necessitats et converteixes en un súper heroi, però quan no ho fas, et converteixes en un malvat vilà (31). Aquesta idealització els crea una patològica dependència, ja que creuen que poden abandonar-se a ells per salvar-los del seu sentiment de buit. No obstant, davant la separació de persones significatives, els pacients límit desenvolupen una capacitat alterada de vinculació i un comportament des-adaptatiu cap a la persona (32).

Les defenses amb omnipotència i grandiositat les porten a terme amb l'objectiu de fer front als sentiments de buit i devaluació (26) d'una manera reactiva hipo-maniàtica. Per aquests pacients, dependre d'algú acaba fent-los sentir-se vulnerables a l'abandó, pel que desenvolupen estratègies de grandiositat i acaben tractant la persona de la qual depenen d'una forma desapiadada. El dolor que els provoca la seua inseguretats es maneja atacant les persones que eren considerades com a bones, gestionant la seua enveja mitjançant la devaluació de les qualitats d'aquests (26). Els TLP manifesten tendències d'omnipotència i grandiositat quan es creuen amb dret de rebre el màxim afecte possible per ser persones privilegiades i especials. Inclús quan es senten menyspreables ho són en la seua totalitat, qualitat que alimenta la seua ferida narcisista: consisteix a ser «el més», si no pot ser el més bo serà el més dolent, sentint-se en el dret de reclamar atenció (35). Aquest mecanisme mantenen la il·lusió de que no necessiten ningú, que són auto-suficients. No sentir implica no necessitar i no sofrir el dolor d'un possible abandó (26).

La projecció i la identificació projectiva consisteix a fer fora les característiques i sentiments d'un mateix i projectar-les en altra persona. Els motius d'aquest mecanisme serien, entre d'altres, la

intolerància a la separació, la necessitat del control de sí mateix, l'enveja, els cels, la desconfiança, etc. És un procés inconscient que el pacient usa per fer front a atributs d'ell mateix que no pot suportar o no és capaç d'acceptar com a propis, llança fora de sí un autoodi que no és capaç de gestionar. El seu objectiu és sentir-se millor amb sí mateix, cosa que aconsegueix per un temps limitat (35).

Mitjançant aquests mecanismes, nega les seues pròpies característiques, projectant defectes en els demés que no és capaç de veure en sí mateix (26). A més, aquesta projecció pot ser una exageració d'un succés amb base real però que és distorsionat, per exemple poden entendre que la seua parella els odia per algun gest de descontent quan sols estan enfadats (26), gràcies al seu temperament hiperbòlic de base (4). Altre propòsit d'aquest mecanisme seria intentar amagar al subjecte que no és perfecte, ja que aquesta manca de perfecció fa sentir al pacient que serà abandonat. Així, projectant i devaluant al seu company, manté l'atenció dirigida fora de sí mateix, salvaguardant la imatge perfecta que intenta crear-se (26).

La personalitat «com a sí» és un terme descrit per H. Deutsch en 1942 i fa referència en aquests pacients a la creació d'una imatge d'ells mateix il·lusòria, amb una manca de profunditat emocional i una tendència imitativa (35). Davant de la seua manca d'identitat pròpia fermament construïda, adopten trets que imiten dels qui els envolten per tenir la sensació de que són algú. Així, depenen dels demés per construir-se una personalitat que s'espera d'ells, amb la imitació de comportaments, idees i opinions segons en l'ambient en el que es troben. Aquest mecanisme reforça la seua difusió d'identitat i la manca d'establir una imatge coherent i constant de sí mateix (35), donant una imatge híper-adaptada identificant-se amb el que els demés pensen i senten. Necessiten dels demés per saber qui són, què pensar i com ser, i no deixar-se aclaparar pel seu profund sentiment de buit (35) i incertesa.

La despersonalització i els quadres dissociatius són episodis que es donen de manera freqüent en pacients amb trastorn límit quan es troben en situacions d'un estrès extrem. Poden parèixer persones tranquil·les, amables i introvertides, però en el moment que es dona un esdeveniment detonant, es desenvolupen una sèrie de tempestes afectives que desvetllen una personalitat devastadora, dominant, manipuladora i inclús cruel (35), ja que no tenen la capacitat d'empatitzar amb els seus propers. Així, podem veure una alternança entre personalitats totalment oposades segons les emocions que estan vivint a cada moment.

Són capaços de tenir una discussió amb la seua parella i actuar d'una manera que en el temps negaran i no reconeixeran com a pròpia, sentint-se en el moment fora de sí mateix o incapaços de controlar-se, posant en marxa els processos de des-realització i despersonalització. Aquesta estratègia els permet allunyar-se de la situació que està sobrepassant-los, ja que no són capaços de tolerar d'una manera normal la frustració, desconnecten per un temps d'allò que és dolorós o

difícil d'afrontar (26).

Els canvis d'humor són un tret de personalitat característic dels pacients límit, però hi han alguns usats de manera preconscient amb un objectiu defensiu. Ens referim als usats reiteradament, i al final de manera apresada, per controlar o manipular la situació (32), ja que han après que enfadant-se o deprimint-se les discussions acaben, o la seua parella no els abandona. No són mecanismes conscients però tampoc inconscients, ja que actuen per un mecanisme après i surten fora del seu control (35), però els usen per poder «escapar» d'una situació incontrolable en la que les seues eines psíquiques no tenen força per solucionar. Així, davant l'abandó real o imaginari desenvolupen esforços desesperats per evitar-lo, manifestats amb ràbia inapropiada, acusacions injustes, comportaments impulsius, violència física, automutilacions o intents suïcides.

El rebuig de la mentalització és un mecanisme que es genera des d'edats molt primerenques, essent comú en xiquets que han patit abusos sexuals, físics o emocionals. La mentalització és un procés que consta en la integració de que les persones tenim una ment i pensaments, i que aquests són els responsables de fer-nos actuar d'una manera o altra (35). Si es dóna un succés d'abús a un xiquet, el seu procés de mentalització s'interromp, ja que no és capaç d'interioritzar que una persona propera. del qual s'espera afecte, atenció i amor, vulguen fer-li mal de manera intencionada. El rebuig de la mentalització seria per tant un mecanisme de defensa front a l'alt dolor psíquic que produiria una situació tan destructiva com un abús. Així, a l'edat adulta, aquestes persones no han pogut desenvolupar la idea que els demés tenen una ment i, per tant, sentiments, cosa que els porta actuar moltes vegades d'una manera egoista i desapiadada, essent incapaços d'empatitzar amb els demés. Els esquemes mentals dels TLP són rígids i moltes vegades els resulta impossible entendre que l'altra persona pugua tenir una idea diferent a la seua (35).

Per tal de conduir els pacients a una recuperació és necessari entendre el perquè de les seues actuacions i no exigir-los que actuen d'una manera normal, ja que no tenen les eines apresades per poder gestionar les frustracions i les situacions com les demés persones. Cal entendre'ls en la seua totalitat i acceptar-los per poder ajudar-los a millorar les seues conductes per tal de reduir el seu dolor intern.

## 5.4 DE QUÈ ESCAPA UN TLP?

Una volta hem aprofundit en els mecanismes de defensa que aquests pacients desenvolupen podem arribar a entendre que els TLP són persones que sofreixen, diàriament, i que les conductes percebudes amb rebuig pel seu entorn no són més que mecanismes per protegir-se front la seua gran por: ésser abandonat. En un moment d'estrès, on no poden controlar els seus impulsos i es desencadena una tempesta d'emocions extremes ens pareix que són unes persones vils que no es preocupen pels sentiments dels que els envolten, quan només estan lluitant contra el seu dolor intern, intentant sobreviure a la realitat que els sobrepassa. Són persones que viuen constantment en un caos emocional i que mitjançant aquests mecanismes i conductes auto-destructives intenten escapar d'ell (32). Pensen d'una forma, es senten d'altra i actuen d'un altra manera diferent (32).

La introspecció d'aquests pacients es dona en moments de tranquil·litat quan aquestes tempestes ja han passat, sentint-se abatuts i apàtics, amb un sentiment enorme de culpa i una percepció alterada de sí mateixos, es perceben com les persones més dolentes mereixedores de tot allò que lis està passant. Comencen una espiral d'autocrítiques i auto-recriminacions que no són capaços de controlar (10).

Són persones que no saben com són ni què volen o per què es comporten de formes contraries, canviants i autodestructives, ni tampoc entenen com poder evitar-ho. És molt difícil la comprensió d'aquest trastorn tant per als qui els envolten com per a ells mateix (32). Es senten sols, incompresos, confusos, perduts, incomplets, abandonats sense entendre què els passa. Són especialment vulnerables i sensibles, diuen no trobar una identitat pròpia ni una explicació al seu sentiment de buit, a les seues reaccions impulsives de ira i de auto-destrucció (32). Solen sentir-se maltractats i tenir una fam voraç d'afecte i estima, pel que busquen persones o desenvolupen actes impulsius per poder suplir aquestes necessitats (32). No saben qui són, no entenen perquè ells mateix es fan mal ni perquè no poden controlar els seus impulsos, entrant en un caos emocional de desesperació i en una profunda dissociació de la identitat.

A mode de resum de la ment d'un TLP, aquest testimoni d'una dona amb trastorn límit parlant d'ella mateixa reflecteix i sintetitza molt bé la forma de sentir que tenen aquestes persones, així com els trets de personalitat ja comentats:

*«La conozco bien. He vivido con ella más de veinte años.*

*Sé que se levanta cada mañana preguntándole al espejo si su forma de vivir es la que quiere. Y que la única respuesta que obtiene son sus lágrimas.*

*No es lo que ella misma se describe, si es que alguna vez ha sabido hacerlo.*

*También puedo decirte que habla sola. Creo que habla sola porque piensa que nadie va a poder escucharla mejor que ella o, tal vez piensa, que nadie va a querer escucharla más que ella. Es tímida, insegura, indecisa. Se considera una persona con una personalidad algo distinta. Tan distinta que a veces duda de si existe.*

*Es soñadora pues ha pasado la mitad de su existencia dedicándole tiempo a sus sueños, de día y de noche. Algunos se han convertido en pesadillas que la han hecho retroceder y otros, en cambio, la han impulsado tan alto que ha sentido las nubes flotar bajo sus pies.*

*Su parte negativa es la falta de autoestima. Deposita más confianza en las ideas de otros que en las suyas propias. Se siente inferior al resto, o quizás al mundo, porque nota como sus cuerdas vocales tiemblan a la hora de alzar su voz ante las injusticias y, además, se siente fea. Por fuera y por dentro.*

*Está segura de que cualquier persona la sustituiría por alguien mejor. Y en ese terreno ella juega en desventaja.*

*No me odies si te digo que esos pensamientos se los he infundado yo. Que he dedicado cada momento de mi vida a hacerle recordar que no ha venido a este mundo para otra cosa que no acompañe a la palabra estorbo.*

*Me he esforzado en recuperar cada sorbo amargo de su vida, a pesar de que su vaso siempre estuvo vacío.*

*Te puedo asegurar que la he llevado hasta el abismo de la locura.*

*Yo sé que me hace pulsos constantemente, pero es tan débil que sólo soplando consigo apagarla. Es mi esclava, aunque no lo será eternamente.*

*He vivido con ella más de veinte años, es cierto, y le he causado más daño del que jamás nadie podrá jactarse. Y ella sigue confiando en mí.*

*Confía en mí porque cada vez que se mira al espejo sólo es capaz de ver mi reflejo. El suyo propio. El nuestro.*

*La conozco tan bien que te puedo asegurar que llevamos toda la vida siendo la misma persona.»*



## 5.5 LES VÍCTIMES DE LES VÍCTIMES.

*Every time I see you falling  
I get down on my knees and pray  
I'm waiting for that final moment  
you say the words that I can't say.  
'Bizarre love triangle' Frente! (1992)*

Els vincles afectius establerts per les persones límit són inconscients, canviant, seductors, insegurs, demandants, simbiòtics i frustrants. Les seues relacions respondran a la llei del «todo o nada» oscil·lant des de les idealitzacions màximes a ruptures caòtiques amb un gran odi i rancor, que produiran greus descompensacions afectives (32). Aquesta inconsistència és deguda a l'inconscient mecanisme pel que sols els importa la funció que compleix l'objecte i no l'objecte en sí mateix, podent canviar-lo fàcilment quan hagen aconseguit altre de qui rebre la mateixa funció que l'anterior (26). La incapacitat per tolerar la soledat els porta a ser socialment hiperactius i a implicar-se contínuament en relacions per tal d'evitar quedar-se sols (26).

Aquests pacients es mouen també baix el dilema claustro-agorafòbic (26), ja que necessiten aferrar-se i fusionar-se amb l'estimat fins que perden el que consideren la seua identitat pròpia, pel qual, es veuen atrapats en un conflicte entre la por a ser abandonats i la por a la fusió i dominació. La presència de l'objecte estimat suposa una intrusió intolerable, mentre que el sentiment d'esser abandonat per aquest li genera una gran angoixa. Aquestes oscil·lacions entre l'afecció i la separació provocarà en les seues parelles sentiments ambivalents, mentre que el pacient TLP desenvoluparà conductes narcisistes, fantasies grandioses i omnipotents que li crearan la il·lusió defensiva de no necessitar ningú.

Estos pacients no es senten vius si no s'entenen com a una extensió d'algú significatiu per a ells. Trobem un clar component addictiu en la forma en que estos pacients es relacionen amb les persones importants per a ells: l'altre s'usa per a sobreviure de manera addictiva, i si l'altre falla el subjecte sent un síndrome d'abstinència, amb tot el component simptomatològic que açò comporta. No troba un «jo» intern, pel que ha d'aferrar-se a l'extern si vol sobreviure, es pega als objectes externs com un addicte, intentant compensar l'estat de desnutrició afectiva omplint el seu buit a tota costa.

Coneixent tots els trets de personalitat que caracteritzen els pacients, podríem arribar a qüestionar-nos per què la gent del seu voltant es queda al seu costat encara que està essent manipulada i destruïda. Els TLP són persones molt emotives i energètiques, que capten l'atenció dels demés i són molt inductius degut a la seua gran iniciativa en estats excitats, a més els fan ser molt feliços... durant un temps. Quan vénen les manifestacions extremes, les coses es compliquen

considerablement (10).

Quan hom comença una relació amb una persona amb trastorn límit ha de preparar-se a no deixar-se persuadir i a entendre que tota eixa estima excèntrica del principi desapareixerà i potser mai torne, convertint-se posteriorment per al TLP en algú totalment detestable, essent necessària una reconstrucció continua de l'autoestima de la parella. Serà necessari recordar-li contínuament el punt intermedi dels extrems, així com les necessitats de la parella, demanar-li comprensió i tolerància, encara que a vegades resulte impossible (10).

Com ja hem vist, el mecanisme de defensa que millor caracteritza o en el que es basa la personalitat *borderline* és la escissió (34), tret que es reflectirà en les seues relacions properes. El pacient no és capaç d'albergar un punt intermedi, pel que les seues relacions viatjaran entre la idealització i la devaluació, essent dependents, amb enveja i maltractament, explotació i odi (33). Esdevenen relacions amb un gran sofriment, tant per al pacient com per a la seua parella o proper, sense una continuïtat temporal, amb vaivens totalment oposats que es repetiran una i altra vegada davant situacions que seran enteses pel pacient límit d'abandó (34), mentre l'autoestima de la parella va minvant fins desaparèixer. És aquesta incapacitat per part del pacient d'entendre tant els límits propis com els de la parella el responsable de les relacions intrusives i àvides que els caracteritzen.

En el terreny emocional, els *borderline* s'entreguen d'una manera total esperant el mateix per part dels seus propers – encara que mai els pareixerà suficient -, ja que es creuen mereixedors d'això, i si no senten que la seua actitud és recíproca es senten decebutos i abandonats, encara que en realitat l'únic que estan fent es intentar reparar carències pròpies. Per a ells només existeix una forma d'estimar i és plenament (10) en totes les seues conseqüències. Si no entenem el món des del seu propi prisma, no entendrem les seues reaccions, emocions i necessitats, i ens convertirem – per a ells - en les persones més vils que han conegut.

Aquest mecanisme d'idealització-devaluació portarà al no-TLP a la sensació constant d'anar en peus de plom, ja que l'extrem en el que es trobe pot canviar per la situació més trivial, com arribar tard a una cita o no fer un somriure en un moment determinat (31). Açò provoca en els seus propers sentiments intensos i repetits de culpa i genera un impuls de protecció constant cap a el TLP, a més d'un sentiment de frustració permanent, ja que condueix a les parelles o propers a prestar més atenció de la necessària per tal de cobrir totes les necessitats afectives del pacient, oblidant les pròpies, i evitar per tots els mitjans que es desenvolupen les tempestes afectives. Creen relacions on alcen barreres al voltant de sí mateixos per no sentir-se vulnerables, creen jocs de poder i mantenen el control sobre la relació. Les relacions són una muntanya russa d'emocions, baralles, mals entesos, distanciaments, etc (29).

A més, la dicotomia que els caracteritza junt a la intensitat de les emocions els fa estimar com el que més o odiar com el que més (10), així les seues relacions emocionals solen ser efímeres i molt conflictives. Al principi de les relacions s'entreguen totalment a elles però a mesura que avança, aquesta va canviant i mai torna a ser com al principi, els pacients van acurtant distàncies amb la parella (família o amic) fins acabar per asfixiar-les totalment (10).

Modulen les emocions dels que els rodegen: quan un TLP sent que la seua parella el cuida, aquest es mostra submís i agraït, generant un sentiment de compassió i desig d'acollida en la parella. No obstant, quan es sent abandonat, ja siga real o imaginat, posa en pràctica conductes devaluades cap a la parella a més de conductes auto-lesives, generant en ella un sentiment de culpa front qualsevol intent de separació del *borderline* encara que continuar al seu costat siga inassolible. Aquesta manipulació i xantatge afectiu acaben per dinamitar l'autoestima de la parella, per la qual esta comença a ser cada vegada més dependent i insegura, essent-li impossible eixir d'aquest cercle viciós i destructiu.

El tipus de parella més adient per a les necessitats limítrofes seria una persona amb trets submisos, amb paciència, comprensió i tendència a una autoestima baixa. Pel que els límit podrien obtenir d'ella tot allò que desitgen en el fons: una relació duradora on poder expressar la seua alta capacitat de possessió i amb qui poder projectar el seu auto-odi fins suprimir tota la seua autoestima. Les queixes principals de les parelles que comparteixen vida amb un TLP són els canvis d'humor radicals; les crítiques punxants i cruels; la necessitat constant de mostres d'amor; els cels i la desconfiança (15). La codependència generada en estes parelles porta a l'altre a veure's obligat a estar permanentment pendent i no poder desconnectar ni allunyar-se de la relació. La persona va deixant de costat les seues necessitats pròpies concentrant-se cada vegada més en les necessitats de la parella TLP, amb una incapacitat de mantenir l'espai i la perspectiva quan es donen comportaments abusius (15).

A la final, les parelles es troben en una espiral de la qual no troben eixida alguna. Es senten manipulats i dirigits per la seua parella límit. Deixen d'atendre a ells mateix per atendre únicament a les necessitats emocionals dels límit, anant amb peus de plom i desitjant que no es torne a desenvolupar la tempesta emocional. Acaben per sentir-se frustrats i buits, ja que tot el que donen mai serà suficient per a les seues parelles, ja que facen el que facen aquests pacients trauran algun error, algun detall amb el que hauran fallat (36).

Arriben a sentir-se amb la impossibilitat d'eixir d'aquella espiral, ja que quan intenten abandonar-lo, aquests comença amb recursos defensius de xantatge emocional per a que no ho faça. A més, quan és el pacient límit el que provoca la caòtica separació, tornarà al cap del temps canviant la versió dels successos i manipulant el discurs amb falses promeses de que tot canviarà. Pel qual, la vida de parella amb un TLP podria resumir-se en trobar-se en una espiral sense eixida, en la

qual cada vegada que es troba una porta o una oportunitat d'escapar acaba essent falsa. Aquestes relacions solen tindre dificultats per a acabar, donant-se múltiples oportunitats amb la creença de que tot serà com abans, mentre les tempestes tornen una volta i altra. El més destructiu d'aquestes relacions és no voler acceptar que no funcionen i allargar el sofriment fent-se un dany irreparable (15).

Una volta acaba una relació tan traumàtica com aquestes, la recuperació és difícil per part de la persona no-TLP, ja que després d'una relació tan intensa i contradictòria (15), es produeix una ruptura emocional igual de dràstica en la que les persones han de desaprendre totes les conductes que s'havien vist obligats a seguir per tal de cobrir les necessitats afectives d'un TLP. Han de tornar a aprendre a tenir en conte les necessitats pròpies i a tornar a confiar en que els demés no van a fer-lis mal, han de reconstruir l'autoestima que tan esclafada s'ha vist.

En aquest testimoni, podem veure com una dona escriu una carta a la seua ex-parella limítrofa, on queda constància dels sentiments que poden desenvolupar aquestes parelles:

*«Creo que por una vez en todo el tiempo que estuve contigo, voy a poner mi integridad mental, emocional y mi dignidad por encima de ti. Creo que al fin y al cabo me merezco decirte lo que pienso yo, después de meses y meses callada, tragándome el veneno, esperando a que se esfumara solo. Pero no se ha ido, y he comprendido que hasta que no lo he escupido no he podido respirar por fin con alivio.*

*Ni te inmutabas, ni te dabas cuenta de cómo lo estaba pasando yo en ese momento porque no tienes empatía ni capacidad de querer de verdad. Nunca te he importado una mierda, y mucho menos al final.*

*Pese a que mis buenos amigos me intentaban abrir los ojos, yo seguía y seguía defendiéndote con el: “pero es que vosotros no la conocéis, no sabéis por lo que está pasando. Ella me quiere pero tiene depresión, pero algún día ella estará bien y yo voy a estar con ella hasta que esté bien, y todo estará bien, estaremos bien porque la quiero y no puedo dejarla así, antes entraría yo en depresión que dejar que ella pasara por esto sola”. Y la que realmente no te conocía parece ser que era yo. Me vendiste una imagen de ti que no se correspondía con la realidad.*

*No tienes ni idea de cómo me ha costado y lo que ha supuesto para mí darme cuenta de cómo eres en realidad, de que todo lo que he vivido contigo ha sido una mentira, una farsa, una burla, una destrucción de mi autoestima, una forma de utilizarme para no sentirte sola.*

*De que, en definitiva, nunca me valoraste ni me valorarías jamás. De que me dejaste de “querer” de la noche a la mañana y te “enamoraste” de una persona que vive a miles de kilómetros y que conocías de unos días ¿Cómo puede ser eso? ¿Eso es amor de verdad? No entiendo esa inestabilidad emocional tan destructiva. Eres una cobarde que se esconde en su falta de*

*capacidad para hacer frente a sus sentimientos.*

*No comprenderé jamás cómo una persona puede hacer todo eso que tú hiciste, pero al final he aceptado que así funciona tu mente enferma, un día te dice blanco y otro te dice negro, y así sin más, de un día para el otro.*

*Espero que algún día consigas sanar tu mente, más que nada para que no destruyas a la gente de tu alrededor. Y también espero que llegues a quererte a ti misma, sólo así conseguirás querer a alguien de verdad.»*

## 6. QÜESTIONARI

### 6.1 INTRODUCCIÓ. OBJECTIUS. MATERIAL I MÈTODES.

Per entendre el per què d'aquest qüestionari, és necessari entendre en la seua totalitat el trastorn límit de personalitat, més enllà dels simples criteris diagnòstics, aprofundint en el per què del seu dolor intent i reconeixent els trets de personalitat i mecanismes de defensa.

Així, entenem que els pacients en TLP no tenen un armament psíquic suficientment madur i evolucionat, ni han après les eines necessàries, com per a enfrontar les situacions d'estrès quotidianes com la resta de persones sanes emocionalment.

Quan se'ls presenta una situació frustrant posen en marxa els mecanismes de defensa abans citats per tal de poder sobre-portar-les junt als trets de personalitat que els caracteritzen; a banda que interpreten el món des d'un prisma propi, el que els fa esclatar en tempestes afectives davant situacions que a nosaltres ens podrien parèixer trivials, però per a ells no ho són.

En el qüestionari plantegem diferents situacions quotidianes, per tal de discriminar entre les respostes dels pacients diagnosticats amb TLP de les respostes de persones sense aquest diagnòstic. Una volta desenvolupat aquest, hem fet un petit treball de camp per preveure la seua validesa i determinar si discrimina la puntuació treta del grup de casos front al grup control. A més, hem creat un qüestionari suport on els pacients i el grup control poden donar la seua opinió sobre el qüestionari principal, podent puntuar la seua satisfacció i comentar qualsevol suggeriment.

Els 24 ítems del qüestionari són situacions quotidianes que requereixen d'una estabilitat i control emocional per poder afrontar-les i solucionar-les. Aquestes estan pensades i plantejades a partir dels mecanismes de defensa del trastorn límit; és a dir, són situacions o punts detonants per a un pacient límit onensem que desenvoluparà un cert mecanisme de defensa o una forma autodestructiva d'actuar típica. Les situacions recullen els tres àmbits de la vida del pacient que es veuen afectats: parella, família i amics i estudis o laboral.

Així, cada ítem consta de 3 respostes on una és aquest mecanisme de defensa, i serà registrada com una resposta típicament *borderline*.

Els ítems d'aquest qüestionari reflectiran el gran sofriment i la dificultat per gestionar-ho que produeixen per als pacients els problemes, la por a l'abandó real o imaginari, la idealització-devaluació cara als demés i la impulsivitat que els caracteritza, i els quadres dissociatius o micro-psicòtics als que s'enfronten, entre d'altres. A més de deixar en evidència els fets nomenats anteriorment, diferenciant les conductes autodestructives que seguiran els pacients front les que seguiran les persones sense aquesta patologia.

La bibliografia usada per entendre els trets de personalitat i mecanismes de defensa i desenvolupar aquest qüestionari són, sobretot, les citades com a (15), (26), (29), (32) i (35).

Les variables que hem volgut utilitzar sobre la mostra són el gènere, l'edat, l'ocupació i el nivell d'estudis. Els qüestionaris per al grup control s'han recollit de manera electrònica, mentre que els qüestionaris per al grup de casos s'han repartit en format paper als pacients per part dels seus terapeutes, amb l'opció d'emplenar-lo a les consultes i a les seues cases.

L'objectiu d'aquest qüestionari és verificar que hi ha una distinta forma d'actuar davant les situacions d'estrès per part dels pacients amb trastorn límit front a persones que no pateixen el trastorn, essent la causa d'aquesta diferència la seua manca d'eines per enfrontar-les i la posada en marxa de mecanismes de defensa provocats per situacions detonants. Així com, preveure la seua possible utilitat en la pràctica clínica, tan com per al possible diagnòstic com per avaluar el nivell d'introspecció dels pacients, que poden treure a la llum mitjançant aquest qüestionari les seues conductes o trets de personalitat que intenten amagar.

La nostra hipòtesi nul·la seria, per tant, que no hi ha diferència en la puntuació obtinguda en el test entre cada grup. D'altra banda, la hipòtesi alternativa seria que sí existeix una diferència en la puntuació obtinguda entre cada grup de pacients diagnosticats i no diagnosticats.

Aquí plantegem el qüestionari realitzat, on detallem en cada ítem quin és el tret de personalitat o mecanisme de defensa que veuríem implicat així com quina és la resposta que elegiríem com a la resposta límit. A més adjuntem el qüestionari suport.

## CUESTIONARIO: REACCIONES ANTE SITUACIONES CONFLICTIVAS

**Género:**  Mujer  Hombre  Otros

**Edad:**

**Ocupación:**  Asalariado  Estudiante  Parado  Autónomo  Pensionista

**Nivel de estudios:**  Primarios  Bachiller/Preuniversitarios  Universitarios  FP

**1. (Pensamiento dicotómico) Me encuentro enfermo/a de gripe y llevo varios días encerrado/a en casa. Mi pareja se ha quedado cuidándome varios días y hoy me dice que se irá durante un rato para tomar el aire, que lleva muchos días encerrado/a, que le llame si necesito algo. Yo:**

- a) Se ha portado muy bien durante todos estos días, espero que disfrute un poco de este descanso.
- b) No me apetece mucho quedarme solo/a por si me pasa algo, pero entiendo su necesidad.
- c) Seguro que ha estado todo este tiempo queriéndose ir y quedándose por pena, no pienso que le importe demasiado si es capaz de dejarme aquí solo/a.

**2. (Identificación proyectiva) Después de una mala racha con mi pareja, ésta me dice que no puede seguir conmigo porque llevo mucho tiempo dedicándole poca atención, que se siente falta de cariño y que no aguanta más mi actitud impasible hacia él/a. Yo:**

- a) No es justo su trato hacia mí, no puede abandonarme cuando es él/a el que es un insensible por no darse cuenta de cómo estoy para haber actuado así.
- b) Le pido que se calme y que intentemos hablar de lo ocurrido, poniendo puntos de vista en común para poder solucionarlo.
- c) Tiene razón, seguramente no le haya prestado la suficiente atención. A veces soy muy mío y no presto la atención que los demás se merecen.



**3. (Cambios de humor selectivos)** He discutido con mi mejor amigo porque le he decepcionado, acepto mi culpa y la asumo. Mi amigo, enfadado, empieza a explicarme lo mucho que se ha decepcionado y que no cree que pueda volver a tener tanta confianza en mí. Yo:

- a) Entiendo su enfado y dejo que se desahogue hacia mí para luego poder explicarle mi punto de vista y pedirle disculpas.
- b) Me cuesta mucho aguantar sus reproches y empiezo a ponerme agresivo. No puedo evitar empezar a reprocharle las cosas que él ha hecho siempre mal sin darse cuenta.
- c) Me pongo a llorar y a decirle lo mucho que me importa rogándole que no dejemos de ser amigos.

**4. (Escisión)** Tengo una discusión con mi pareja después de varios meses repitiéndolas. No encuentro solución porque a pesar de repetirnos que no va a volver a pasar, siempre pasa. Mi pareja me recrimina aspectos de mi forma de ser que no le gustan y la situación se vuelve cada vez más y más tensa. Yo:

- a) Trato de calmar la situación y buscar conjuntamente una solución al problema. Trataré de cambiar los aspectos de mi forma de ser que resultan desagradables.
- b) Cambiaré lo que me pida con tal de que no me abandone.
- c) No hay solución, lo hemos hablado muchas veces y sigue sucediendo. La solución es cortar con la relación para no seguir haciéndome más daño.

**5. (Dicotomización)** Hoy empieza un nuevo día y me noto alegre sin ninguna razón. Yo:

- a) Sin duda esto significa que será un buen día, aprovecharé para hacer todas las tareas que tengo pendientes y requieren de mi energía.
- b) Simplemente es un día como cualquier otro, suelo despertarme siempre con mucho ánimo.
- c) Seguramente el día decaerá y esto solo es signo de que después de la euforia me vendrá el bajón.

**6. (Idealización-devaluación)** Conozco una persona nueva en el trabajo/universidad que es muy agradable, además empieza a interesarse por mí y se preocupa de mis problemas. Me trata muy bien y siempre tiene una buena palabra para mí. Por ello, un día decido hacerle un regalo pero no reacciona como yo esperaba. Yo:

- a) Entiendo que cada persona tiene diferente forma de reaccionar, no por ello pensaré que no le ha hecho ilusión.
- b) Me es imposible no pensar que no le importo como él a mí, seguramente no signifique nada para él y no se merece este regalo.
- c) No le doy importancia, lo que importa es el gesto que he tenido yo hacia él.

**7. (Omnipotencia y grandiosidad)** Cuando a veces actúo mal con mis seres queridos y consigo que acaben alejándose. Yo:

- a) Pienso que deberían preocuparse más por mí e intentar entender la razón de por qué actúo así con ellos, no merezco que se alejen de mí cuando yo he dado mucho por ellos.
- b) Me replanteo mis actitudes e intento cambiarlas para agradar a los demás.
- c) No suelo actuar mal con mis seres queridos, pienso que si lo hiciera no me importarían lo suficiente.

**8. (Disociación)** A veces, cuando tengo una fuerte discusión con mis padres, amigos cercanos o pareja, yo:

- a) Intento controlarme y dejar que se desahoguen conmigo.
- b) No suele afectarme lo que me digan, así que acabo pronto la discusión.
- c) Siento que no puedo seguir controlando la situación y necesito evocar la ira en mí mismo.

**9. (Despersonalización)** En algunos momentos en los que no puedo controlar mi ira, yo:

- a) Puedo llegar a agredir a otras personas sin tener remordimientos.
- b) Puedo llegar a autolesionarme casi de manera inconsciente, como si no fuera dueño de mis actos.
- c) Necesito exteriorizar todos mis sentimientos.

**10. (Inestabilidad en el sentido del “yo”)** Para clase/trabajo nos mandan hacer una tarea sobre un tema que me interesa bastante. Gasto mucho tiempo y esfuerzo en él y estoy muy alegre y satisfecho con el resultado. A la hora de exponerlo, dos de mis compañeros hacen malos comentarios sobre ello, devaluando y ridiculizando mi trabajo. Yo:

- a) No me importa, cada uno tiene su opinión y yo estoy muy seguro de la validez de mi trabajo, eso es lo que importa.
- b) Toda mi seguridad en el trabajo se desvanece y llego a sentirme verdaderamente inútil.
- c) Me molesta su actitud, pero intento darle poca importancia, intentaré mejorar para la próxima vez.

**11. (Relaciones inestables)** Cuando empiezo una relación amorosa con alguien, yo:

- a) Me gusta sentirme apoyada pero al mismo tiempo siento miedo de que me hagan daño e intento involucrarme menos con esa persona para evitarlo.
- b) Suelo dejarme llevar sin poner límites o etiquetas, puede haber más de una persona en mi vida.
- c) Empiezo la relación con ilusión, dándolo todo desde el principio e intentando no desconfiar de la persona.

**12. (Incapacidad funcional)** Cuando empiezo una tarea complicada pero que me motiva, yo:

- a) Suelo terminarla con éxito, generalmente suelo conseguir todo lo que me propongo.
- b) Suelo depender mucho de la gente para llevar a cabo una tarea, tengo muy poca iniciativa.
- c) Soy muy inseguro en el proceso y esto suele interferir en mi trabajo, hay veces que no consigo finalizarla.

**13. (Despersonalización)** En situaciones de estrés y nerviosismo relacionados con una discusión, yo:

- a) Tengo mucha impulsividad y puedo llegar a decir cosas para herir a la otra persona, aunque en poco tiempo puedo volver a estar bien y querer estar con ella.
- b) No suelo aguantar bien la presión de una discusión así que no suelo enfadarme para evitar estas situaciones.
- c) Suelo llevar bien las situaciones de estrés, tengo mucha paciencia y comprensión.

**14. (Rechazo de la mentalización) Ante una discusión por diferentes puntos de vista, yo:**

- a) Suelo ser muy analítico y comprensivo, pudiendo cambiar de opinión con una buena argumentación.
- b) Evito estas discusiones ya que no me interesa cambiar mi forma de pensar.
- c) Suelo tener muy poca paciencia y ser muy difícil de convencer. A veces me cuesta entender que los demás puedan tener una diferente visión de la realidad.

**15. (Relaciones inestables) Cuando alguien a quien aprecio me decepciona o me hace daño, yo:**

- a) Me cuesta asimilar que alguien a quien aprecio pueda hacerme daño intencionadamente, intento hablar con esa persona para obtener una explicación a su comportamiento.
- b) Empiezo a alejarme de esa persona para evitar que vuelva a hacerme daño.
- c) No le doy importancia y sigo con la misma actitud hacia esa persona, pero sin olvidar lo sucedido.

**16. (Necesidad desmedida de apoyo) Cuando me siento decaído y necesito el apoyo de mi familia o amigos y no lo obtengo, yo:**

- a) No suelo recurrir a nadie por mucho apoyo que necesite, prefiero quedarme solo en mi mundo.
- b) Suelo recurrir a la gente que me rodea para recibir apoyo pero no doy importancia a no recibirlo ya que intento centrarme en sanar yo mismo mis problemas.
- c) Suelo sentirme mal si no recibo el apoyo que necesito por parte de mis conocidos, aunque no les haya comentado mis problemas.

**17. (Necesidad desmedida de apoyo) Cuando mi pareja no me da el apoyo que necesito, yo:**

- a) Suelo hablar con ella para explicarle mis necesidades y hacerle ver el dolor que me produce no recibir su cariño.
- b) No suelo decir nada y acabo alejándome de ella.
- c) No suelo exteriorizar mis necesidades, simplemente sigo sin pedirle más apoyo.

**18. (Problemas para sacar provecho de sus habilidades)** Encuentro un hobby de algo que realmente me gusta y pienso que se me da francamente bien. Tengo la oportunidad de presentar mis trabajos a un concurso, yo:

- a) Acabo sin presentarme al concurso, no tengo la suficiente confianza en mi trabajo y no suelo sacar nada de provecho.
- b) Me presento al concurso sin dudarlo, hay que aprovechar todas las oportunidades.
- c) Intento meterme de lleno en el trabajo pero solo me presento si estoy realmente concienciado de que es bueno.

**19. (Suspiciacia)** Conozco a una nueva compañera de trabajo/universidad que vuelca su confianza en mí y me cuenta sus problemas familiares, haciéndome partícipe de ellos. Yo:

- a) Valoro mucho que haya volcado su confianza en mí, entiendo que me tiene en cuenta en su día a día e intento darle mi apoyo incondicional.
- b) Suelo desconfiar y pensar que acabará por jugármela como la mayoría de la gente. Por tanto trato de ir con cautela sin volcarme demasiado en ella.
- c) No dejo que vuelque su confianza en mí porque no quiero sentirme obligado a ayudar a alguien.

**20. (Pensamiento mágico)** Estoy pasando por una mala época y un compañero del trabajo me cuenta que para calmar la su ansiedad se compró un lienzo y óleo para mitigar el estrés.

- a) No pienso que pueda ayudarme nada de eso.
- b) Empieza a ilusionarme la idea y llego a pensar que hasta que no empiece con esa actividad no llegaré realmente a estar bien.
- c) Acepto su consejo y empiezo a plantearme cuáles son los *hobbies* que me motivan para poder explotar alguno de ellos.

**21. (Desvalorización) Cuando alguien pone en duda alguna de mis capacidades, yo:**

- a) No suelo darle importancia a lo que los demás piensen de mí, mi opinión es la única que debe importar.
- b) Me es imposible no darle importancia aunque intento que no afecte a mi normal funcionamiento.
- c) Ante la mínima crítica hacia mis capacidades suelo venirme a bajo y llegar a pensar que tienen razón y soy un completo desastre.

**22. (Auto-concepto peyorativo) Cuando a medida que voy entablando amistad con alguien veo que no progresa la amistad como a mí me gustaría, yo:**

- a) Tiendo a pensar que la gente cuando me conoce como realmente soy acaba por alejarse de mí.
- b) Intento esforzarme por llegar a tener una buena amistad con esa persona, aunque al principio no la vea por la labor.
- c) No suelo esforzarme en una amistad si no veo reciprocidad en la otra persona.

**23. (Disociación e impulsividad) Cuando alguna vez pierdo los nervios y digo o hago cosas sin pensar, yo:**

- a) Suelo ser consciente cuando hago esas cosas porque de verdad las quería decir o hacer y no suelo arrepentirme de ello.
- b) No suelo perder los nervios, tengo mucha paciencia e intento nunca decir o hacer algo de lo que me pueda arrepentir.
- c) Suelo perder el control, dejándome llevar sin ser plenamente consciente cuando tengo estas actitudes.

**24. (Falta de confianza en uno mismo) Cuando estoy con los compañeros de clase/trabajo hablando sobre algún tema, yo:**

- a) No suelo dar mi opinión por miedo a que me rechacen, incluso adopto posturas de opiniones que no son la mía.
- b) Opino siempre aunque mi forma de pensar incomode a alguno de mis compañeros.
- c) Suelo opinar pero con cautela de no herir los sentimientos de nadie.

## CUESTIONARIO CONTROL

**1. ¿Te ha sido fácil cumplimentar el cuestionario?**

.....  
.....  
.....  
.....

**2. ¿Se entienden bien los ítems? ¿Hay alguno que se entienda peor?**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. ¿Hay algún ítem en el que no te sientas identificado en ninguna de las respuestas? ¿En cuál?**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. ¿Estaban los ítems redactados en un lenguaje claro para ti?**

.....  
.....  
.....  
.....

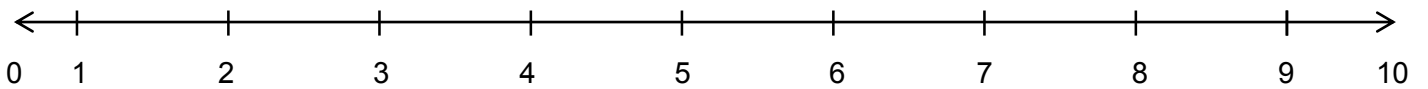
**5. ¿Has tenido alguna dificultad para contestar el cuestionario entero?**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. ¿Hay algún ítem que te haya hecho sentir incómodo/a? ¿Alguna sugerencia?**

.....  
.....  
.....  
.....

**7. Valora del 0 al 10 el grado de satisfacción con el cuestionario (marca con una X):**





## 6.2 RESULTATS

La mostra usada per al grup no-TLP han segut 28 persones, 9 homes i 19 dones d'arreu del País Valencià, que comprenen les edats entre 18 i 60 anys, essent el 57'1% estudiants, en menor mesura, assalariats (35'7%) i la resta pensionistes, autònoms o parats.

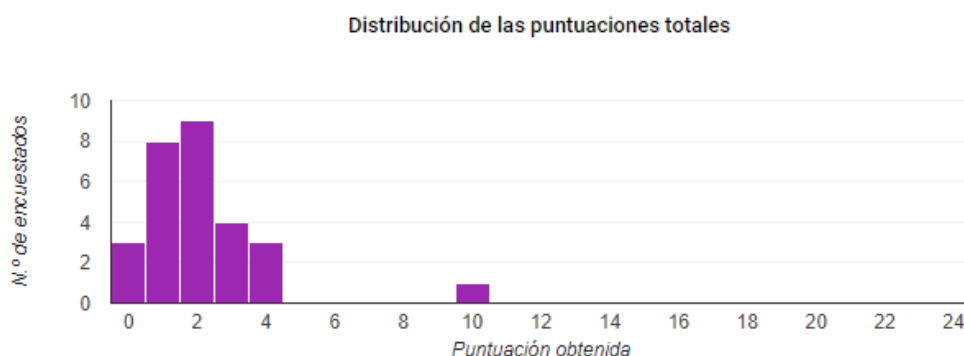
La mostra usada per al grup TLP són 28 persones, 4 homes i 24 dones diagnosticades amb trastorn límit de la personalitat, de les unitats de salut mental així com de les unitats de trastorns de la conducta alimentària d'arreu del País Valencià, que comprenen les edats entre 15 i 49 anys, essent el 35'7% estudiants, en menor mesura pensionistes (21'4%) o parats (17'9%) i la resta assalariats i autònoms.

En el cas del grup no-TLP, la mitja de les puntuacions obtingudes ha segut 2'14 amb una desviació estàndard de 1'91, la mitjana 2 i la moda o la puntuació apareguda en més freqüència és 2 sobre 24 punts totals.

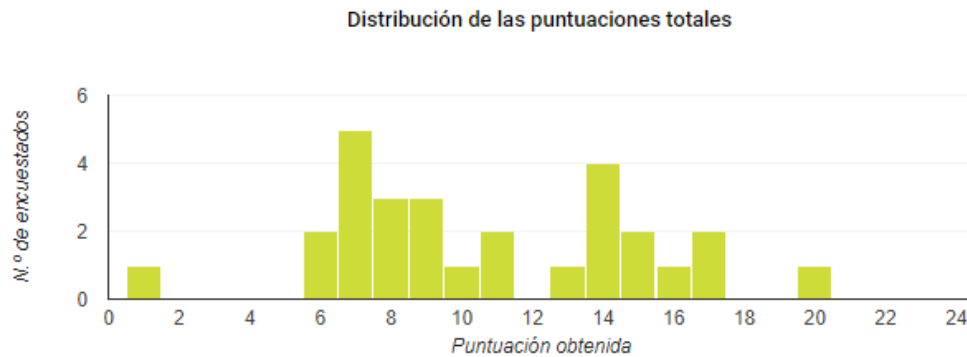
D'altra banda, en el cas del grup de casos, la mitja de les puntuacions ha segut 10'71 amb una desviació estàndard de 4'37, la mitjana 9 i la moda o la puntuació que més es repeteix 7 sobre 24 punts totals.

Adjuntant la distribució de les puntuacions en els següents diagrames (**diagrama 1 grup no-TLP** **diagrama 2 grup TLP**).

**Diagrama 1: grup no-TLP.**



**Diagrama 2: grup TLP.**

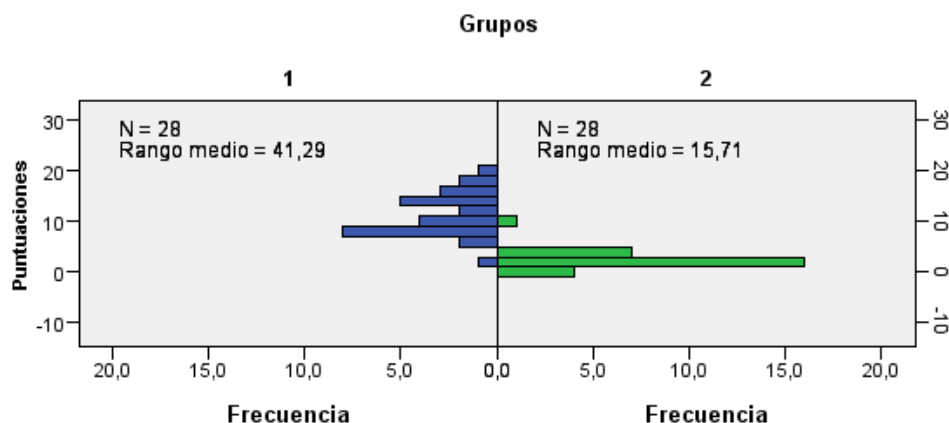


Una volta usat el test de U de Mann Whitney i amb una confiança del 95%, hem aconseguit els següents resultats, amb una p o significació de 0,0001:

<b>Resumen de prueba de hipótesis</b>				
	<b>Hipótesis nula</b>	<b>Prueba</b>	<b>Sig.</b>	<b>Decisión</b>
<b>1</b>	La distribución de Puntuaciones es la misma entre las categorías de Grupos.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05.

## Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes



<b>N total</b>	56
<b>U de Mann-Whitney</b>	34,000
<b>W de Wilcoxon</b>	440,000
<b>Estadístico de contraste</b>	34,000
<b>Error estándar</b>	60,746
<b>Estadístico de contraste estandarizado</b>	-5,893
<b>Sig. asintótica (prueba bilateral)</b>	,000

A més, les preguntes típiques de trastorn límit contestades amb més freqüència per part del grup control han segut 4, 7, 8, 13, 16; mentre que per part del grup de casos han segut 5, 6, 12, 21, 22.

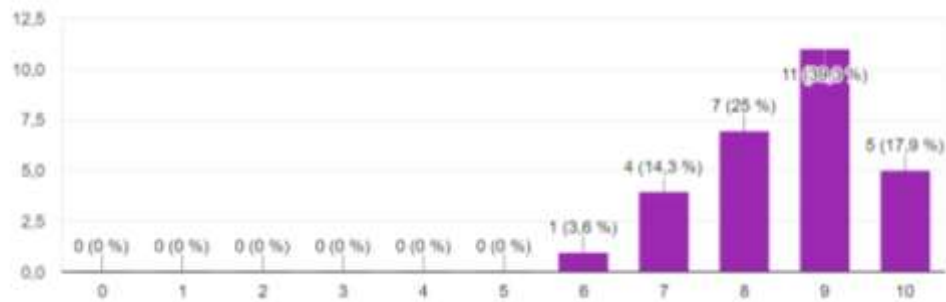
En quant al qüestionari control, en la valoració del grau de satisfacció obtenim una puntuació mitja de 8'5 sobre 10 en el grup de no-TLP i una mitja de 7'75 sobre 10 en el grup TLP, recollides en els següents diagrames (**diagrama 3 grup no-TLP; diagrama 4 grup TLP**).

En els dos grups hi ha una fàcil comprensió del qüestionari així com del llenguatge que s'utilitza, suggerint mala identificació per part del grup TLP en les preguntes 9, 13, 14, 23; i en el grup no-TLP en les preguntes 12, 22, 23 i 24.

**Diagrama 3: grup no-TLP.**

Valora del 0 al 10 el grau de satisfacció amb el qüestionari (marca amb una X):

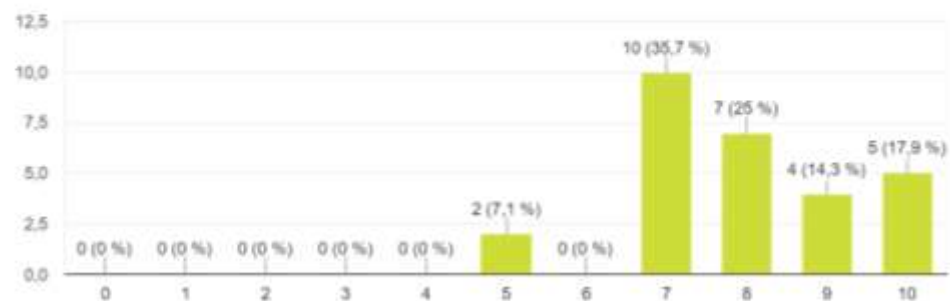
28 respostes



**Diagrama 4: grup TLP.**

Valora del 0 al 10 el grau de satisfacció amb el qüestionari (marca amb una X):

28 respostes



### 6.3 DISCUSSIÓ

A partir de les dades obtingudes al test U de Mann Whitney podem afirmar que hi ha una diferència significativa entre les puntuacions obtingudes al grup de no-TLP i les puntuacions del grup TLP, ja que la  $p$  és 0'0001 ( $p < 0'05$ ). Per tant, rebutjarem la hipòtesi nul·la i acceptarem la hipòtesi alternativa: hi ha diferència entre la puntuació obtinguda en cada un dels dos grups (TLP i no-TLP).

A més, les respostes de caire conducta límit més freqüents marcades per part del grup no-TLP són completament diferents a les més freqüentment marcades pel grup amb TLP, pel que veiem que hi ha una diferència entre les conductes més utilitzades entre els dos grups, essent el grup TLP el que segueix en més freqüència les conductes autodestructives o els mecanismes de defensa que els caracteritzen.

Finalment, en el qüestionari control podem veure com hi ha una bona valoració i grau de satisfacció en general entre aquests dos grups, i els suggeriments que ens han proporcionat han seguit la necessitat de més respostes on poder abraçar totes les possibles maneres d'actuar front una determinada situació.

Açò ens aproxima a preveure que aquest qüestionari podria esdevenir una bona ferramenta en la pràctica clínica, per la seua bona acollida i capacitat de discriminació entre la manera d'actuar dels pacients amb trastorn límit de personalitat i la manera d'actuar de les persones que no pateixen aquest trastorn. Per tant, conformaria una bona eina per tal de recolzar el diagnòstic d'un trastorn límit, així com per poder veure el nivell de introspecció d'aquests pacients i quines són les conductes que duen a terme en més freqüència.

Cal comentar també la presència d'una puntuació alta (10/24) en el grup de no-TLP. Una puntuació alta per sí sola en aquest qüestionari no és diagnòstica d'un trastorn límit, ja que es poden compartir els trets de personalitat que caracteritzen aquests pacients sense haver desenvolupat aquest trastorn. Podem compartir trets de personalitat en tots els trastorns, però aquests van canviant segons ens sentim i les circumstàncies que ens envolten, servint-nos per adaptar-nos. No obstant, aquests trets no ocasionarien sofriment ni interferirien en la nostra vida diària ni serien crònics com el cas d'un vertader TLP.

D'altra banda, la presència d'una puntuació baixa (1/24) en el grup de TLP no exclouria aquest diagnòstic, ja que les respostes que recull estan molt relacionades amb el nivell d'introspecció dels pacients, i també actua en aquest moment la imatge del seu «jo ideal». Pel qual, els pacients poden contestar-nos no allò que són o les conductes que desenvolupen, sinó allò que voldrien ser o voldrien poder desenvolupar front certes situacions.

## 7. CONCLUSIONS

El trastorn límit de la personalitat és un trastorn creixent en prevalença, encara que infradiagnosticada, que per poder entendre en la seua totalitat i fer un bon diagnòstic, tractament i teràpia, cal profunditzar en els seus trets principals. Una vegada localitzats, hem de profunditzar i entendre la seua etiologia, és a dir: com es forma la ment d'un TLP. Cal profunditzar en els traumes passats, quins són els detonants de les tempestes afectives, quins són els principals recursos impulsius que usen per pal·liar el seu dolor intern i quins són els mecanismes de defensa que desenvolupen. Cal entendre que aquest trastorn és heterogeni, podent haver mil diferències entre dos pacients; cal conèixer-los i desenvolupar teràpies individualitzades.

També cal aproximar-nos a les persones del seu voltant, fer que puguen arribar a apropar-se al per què de les conductes de la seua parella, família o amic, conèixer-lo en els seu sí més profund i no en la imatge autodestructiva que ens mostra.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. (2013). Guía de Consulta de los Criterios diagnósticos del DSM-5. Madrid: Médica- Panamericana.
2. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. IntraMed; 2014. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85871>
3. Arias JM, Farnionn E. Revisión y alcances del trastorno limítrofe de la personalidad. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR [Internet]. Buenos Aires; 2016. Disponible en: <https://www.aacademica.org/>
4. Zanarini M, Frankenburg F. The Essential Nature of Borderline Psychopathology. *Journal of Personality Disorders*. 2007;21(5):518-535.
5. Krummer V. Tratamiento para Pacientes con Trastorno Bordeline de la Personalidad. El Modelo Dialéctico Comportamental [Licenciatura]. Departamento de investigación de la Universidad de Belgrano; 2005.
6. Trastorno Límite de la Personalidad: Abordaje Teórico e Introducción a la Práctica. Publicaciones didácticas [Internet]. 2018 [cited 28 June 2018];91:5-41. Available from: [https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/pd\\_091\\_feb.pdf](https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/pd_091_feb.pdf)
7. Escribano T. Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento [Trabajo Final de Carrera]. Universidad CEU San Pablo Madrid; 2006.
8. Aldo N, Stagnaro J. Personalidad normal y patológica y Trastorno borderline de la personalidad: un enfoque histórico-nosográfico. *Vértex Revista Argentina Psiquiatría*. 2018;XV:267-273.
9. Fernandez-Guerrero, MJ. Los confusos límites del trastorno límite. *Asoc.Esp.Neuropsiq*. 2017; 37(132): 399-413.
10. Caballo V, Gracia A, López-Gollonet C, Bautista R. El trastorno límite de la personalidad. In: Caballo V, ed. by. *Manual de trastornos de la personalidad Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis; 2004. p. 137-160.
11. Ferrer M. Trastorno Límite de la Personalidad: Diferentes manifestaciones de un mismo trastorno [Tesis Doctoral]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2013.
12. Tizon JL. Agresividad y organizaciones (psicopatologicas) de la relacion con el funcionamiento limite. *Intersubjetivo* 2001; 3 (1): 5-28.
13. Heller L. A Possible New Name for Borderline Personality Disorder. [Internet] 2011. Disponible en: <http://www.biologicalunhappiness.com/a-possible-newname-name-for-bpd/>

14. Tyrer P. Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personal Ment Health*. 2009; 3: 86-95.
15. Flores Formentí, T. *Volver a aprender a montar en bicicleta*. Barcelona: Morales i Torres Editores; 2009
16. Fernández M. Revisión general de los trastornos de la personalidad. In: Fernández Guerrero M, ed. by. *Trastorno límite de la personalidad: Estudio de un concepto controvertido*. 1st ed. Salamanca: Amarú; 2007. p. 37-40.
17. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.; 2011 p. 44-80.
18. Molina R, Rubio V, Pérez A, Carrasco JL. Trastorno límite de la personalidad. En: Roca M, editor. *Trastornos de la personalidad*. Barcelona: Ars Médica; 2004.
19. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41(6):416-25.
20. Zanarini MC, Frankenburg FR. Omega-3 Fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):167-9.
21. Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, Krings T, Erberich SG, Willmes K, et al. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry*. 2001;50(4):292-8.
22. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2005;17(4):959-86.
23. Espina A, Sancho G. *Estructura borderline, psicosis y feminidad*. Madrid: Fundamentos; 1987.
24. Pozueco J. *Psicopatía, trastorno mental y crimen violento*. Madrid: Ed. EOS; 2011.
25. Pérez A, Santos J, Molina R, Rubio V, Carrasco J, Mosquera I et al. Aspectos socioculturales en la génesis de los trastornos de la personalidad. *España Psiquiatría*. Salamanca; 2001.
26. Fernández M. Estudio psicodinámico del trastorno límite de la personalidad. In: Fernández Guerrero M, ed. by. *Trastorno límite de la personalidad Estudio de un concepto controvertido*. 1st ed. Salamanca: Amarú Ediciones; 2007. p. 273-313.
27. Jáuregui I. Psicopatía, ideología y sociedad. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences* [Internet]. 2008;18(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101805>
28. Murcia, FM. Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2006;27(2):104-115. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827206>
29. *¿Tengo TLP? y si lo tengo, ¿Qué?*. Barcelona: S. Llubí Arnal; 2013
30. Rodrigo M, Medina P. Posmodernidad y Crisis de Identidad. *Revista Científica de Información y Comunicación* [Internet]. 2006;3:126-144. Disponible en: <http://institucional.us.es/revistas/comunicacion/3/art8.pdf>



31. Mason P, Kreger R, Ramos Morrison M. Deja de andar sobre cáscaras de huevo. Madrid: Pléyades; 2016.
32. Mosquera D. Diamantes en bruto. Madrid: Pléyades; 2013.
33. Kernberg, O. The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. J Am Psychoanal Assoc. , 51(2):517-545.
34. Slucki D, Wikinski M. Una aproximación psicoanalítica a las personalidades límite. Vértex [Internet]. 2004;XV:274-279. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf>
35. Fernández MJ. Mecanismos de defensa en el trastorno límite de la personalidad. ALAI-TLP. 2016; 4. Disponible en: <https://www.trastornolimito.com/articulos/tlp/>
36. Kreisman, Jerold J. Y Strauss, Hal. I hate you, don't leave me. Understanding the borderline personality. Avon Books. 1991.
37. Bruckner P, Kauf T. La tentación de la inocencia. Barcelona: Anagrama; 2005.

