



Trastorno Límite de la Personalidad y Conductas Suicidas

Estudiante: Rivero Trillo, Camila Daniela

CI: 4.541.986-6

Tutora: Prof. Adj. Pezzani Di Falco, Geraldina

Montevideo, Setiembre 2022

Contenido

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Personalidad	6
Carácter	7
Temperamento:.....	9
Trastorno de la personalidad.....	10
Características del TP:	12
Trastorno límite de la personalidad	17
Antecedentes Históricos del TLP:.....	17
Prevalencia y Epidemiología:	20
Características y criterios diagnósticos del TLP:.....	22
Comorbilidad del TLP con trastornos del del eje I del DSM-V	27
Conductas suicidas	29
Autolesiones, conductas suicidas y suicidio consumado en personas con TLP:.....	30
Políticas Publicas de abordaje y prevención del suicidio en Uruguay	35
Reflexiones finales	37
Referencias Bibliográficas:.....	39

Resumen

El presente trabajo monográfico aborda el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) con el objetivo de indagar y analizar cómo se vincula con las conductas suicidas, autolesiones, intentos de autoeliminación (IAE), y suicidios consumados.

En tal sentido, resulta necesario tener en cuenta las dimensiones que componen al TLP, para poder observar cómo se desempeña cada aspecto de dicha patología sobre los Intentos de Autoeliminación (IAE) que presentan los sujetos.

Asimismo, se busca comprender por qué los sujetos que padecen TLP tienden a tener conductas autolesivas y de IAE, llegando inclusive, al acto de suicidio propiamente dicho. En relación a esto, los IAE, así como las amenazas de consumarlo, son conductas habituales en estas personas.

La pertinencia de este trabajo se sustenta en el hecho de que en Uruguay no existen trabajos acerca de este tema. En este sentido, es de relevancia tener en cuenta las cifras elevadas de intentos de autoeliminación y suicidios consumados en nuestro país. En lo que respecta a los sujetos con TLP, existe una elevada tasa de muertes por año en el mundo, lo que representa un grave problema en el área de la salud mental, afectando a los pacientes y su entorno de manera devastadora.

A tales efectos, se realiza un recorrido por diferentes autores y trabajos a modo de articular y contraponer distintas perspectivas que aporten a la temática.

Palabras clave: ***Trastorno Límite de Personalidad; Conducta Suicida; Intento de Autoeliminación; Autólisis.***

Introducción

El presente trabajo monográfico aborda el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y plantea la relación que tiene con las conductas suicidas, autolesiones, intentos de autoeliminación (IAE) y suicidios consumados. Para avanzar en el abordaje propuesto, se toman en cuenta los aspectos estructurales, descriptivos, genéticos y dinámicos de la patología.

Es oportuno mencionar que la elección del tema se realiza en base a la importancia que esta patología tiene en la actualidad, ya que se presenta como una de las más complejas y con frecuencia una de las más graves, debido a sus características.

En primer lugar, se definió el concepto de personalidad según distintos autores, corrientes teóricas, períodos históricos y culturales, para llegar a la conformación del concepto de trastorno. En tal sentido, se entiende a la personalidad como un patrón de identidad determinado por la relación con el entorno. Es necesario tener en cuenta tanto los rasgos adaptativos como desadaptativos de la misma, para poder evaluar una posible evolución hacia un Trastorno de Personalidad (TP).

En segundo lugar, Millon (2006) plantea que no es posible diferenciar normalidad de anormalidad objetivamente, debido a que cada una está influenciada por distintos constructos sociales y dispositivos culturales. En este sentido, resulta necesario comprender los conceptos de normalidad y anormalidad para poder desarrollar la conceptualización del trastorno de personalidad. Para este autor, los TP poseen características específicas como, por ejemplo: poca flexibilidad adaptativa, falta de estrategias para su adaptación y control de situaciones interpersonales, estrategias rígidas e inflexibles, círculos viciosos, actos fallidos buscados por el sujeto, entre otras (Millon, 2006). A partir de este abordaje, resulta posible realizar un acercamiento al tema principal de este trabajo. Se hará un recorrido histórico sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), también conocido como Borderline o Fronterizo, indicando sus características generales y sus mecanismos defensivos.

Esta producción busca profundizar en los mecanismos psicológicos que están en la base de las conductas autolesivas y de autólisis presentes en los sujetos con diagnóstico de TLP. Los intentos de suicidios y las amenazas de llevarlo a cabo son muy frecuentes, llegando a cifras muy elevadas tanto en lo que respecta a intentos de

autoeliminación, así como de suicidio consumado. Los suicidios consumados de los sujetos con TLP llegan a una cifra de 800.000 muertes por año a nivel mundial, siendo un problema grave para la salud (Vera, Barrigon y Baca-Garcia, 2019).

Personalidad

“La personalidad es lo que nos hace como somos y también lo que nos diferencia de los demás” (Millon, 2006, p.1)

A continuación, se desarrollará el concepto de personalidad a través de las ideas de varios autores y corrientes teóricas.

La personalidad es definida como “la organización dinámica en el individuo de aquellos sistemas que determinan su conducta y pensamientos característicos”. (Allport, 1963, p.253)

El término personalidad surge del vocablo latino (personare, persona) sinónimo de personaje. Se hace referencia a las máscaras utilizadas por los actores para cubrir sus rostros en las representaciones teatrales de la antigua Grecia, para lograr introducir a los actores en el papel que interpretan. De esta forma el actor adquiere rasgos distintos a los propios. Asume así, diversas personalidades dentro de una misma persona (Armentia, Cabanyes Lorente-Polaino, 2003).

En cuanto al concepto anterior Millon aporta que

Al cabo del tiempo, el término persona perdió su connotación de pretensión e ilusión y empezó a representar no a la máscara, sino a la persona real o a sus características explícitas...Profundiza en la impresión superficial para iluminar el mundo interno, casi nunca manifiesto y las características psicológicas ocultas de la persona. (2006, p.2)

La personalidad puede considerarse como un esquema complejo de pensamientos, sentimientos y conductas. Estas características diferencian a las personas mientras su conducta perdura en el tiempo y se exterioriza en las distintas áreas de funcionamiento individual (Caballo y Camacho, 2000).

Se parte de “una heterogeneidad funcional de diversos sistemas psíquicos, que interactúan entre sí”. Las diferencias individuales se configuran en los distintos sistemas. (Izquierdo 2005, p.191)

En base a lo antedicho, se puede alegar que “la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona” (Millon, 2006, p.2).

Debido a esta afirmación, se configuran múltiples tipos de personalidades en los individuos.

Azpiroz y Prieto (2011) definen la personalidad como las características constantes de un sujeto, que se muestran en la manera de comportarse en diversas circunstancias y surgen en función de diversos factores: biológicos, sociales, culturales, entre otros.

Desde el modelo cognitivo, Blanco y Moreno (2006), comprenden a la personalidad como “el sistema de constructos del individuo, es decir, un sistema cognitivo persistente a partir del que se derivan acciones específicas, a través de la interacción con el medio en el que proceso de maduración y aprendizaje...La interacción entre la personalidad y la exposición a determinados contextos determina unas pautas de interacción social”.
(p.5)

Comúnmente el término personalidad suele entenderse como equivalente de temperamento o carácter, lo cual hace necesario conceptualizar las diferencias entre estos términos.

Carácter

El carácter hace alusión a la particularidad del individuo, inserto en un mundo en el que hace uso de sus facultades, es decir, en su sentir y su actuar, en las decisiones voluntarias, sus metas, sus valoraciones e incluso en sus orientaciones espirituales, por lo cual su existencia adquiere una imagen que le diferencia de los demás (Lersch citado en Izquierdo, 2002).

Desde la perspectiva de Jaspers (1946), el carácter es considerado como una cualidad social que se produce en el sujeto como resultado del transcurso de su vida en el proceso de socialización que realiza. Se habla de ‘devenir y haber devenido’ porque se produce como consecuencia de las distintas circunstancias, situaciones y problemas que atraviesa la persona.

Sostiene que:

En el modo especial en que el individuo se manifiesta y se mueve; en su manera de experimentar situaciones, de reaccionar a ellas; en la manera como ama, siente los celos, conduce su vida; en las necesidades que tiene y en el anhelo que le es propio; en los objetivos que se propone; cómo forma

ideales y cuáles; en los valores que le atraen; en lo que hace y produce, en el modo como actúa. (1946, p.496)

En referencia al lado manifiesto o explícito del carácter, Lemperière y Feliné (citado en Ramos, 2014) consideran que los rasgos observables en una persona o grupo definen la forma habitual de comportamiento de los mismos en determinadas situaciones o frente a ciertos objetos.

En la práctica el término carácter se relaciona con la disposición innata y la influencia del medio ambiente en el sujeto. Es en el proceso de crecimiento cuando se adquieren estas características junto a las normas sociales que conforman la socialización (Valdivieso, 2005).

Desde una mirada psicodinámica, el carácter se refiere a la forma en que el Yo suele lidiar con las demandas del ello, el superyó y su entorno.

Es la cualidad personal que representa el apego a los valores y costumbres de la sociedad, características adquiridas durante el crecimiento y durante el proceso de socialización (Millon, 2006).

Se vincula, por lo tanto, con “una estructura que entrelaza los instintos y las emociones, los estados de ánimo y los sentimientos de la persona con el contenido de sus percepciones, representaciones, pensamientos, valoraciones y determinaciones”. (Izquierdo, 2005, p.181)

En las diversas definiciones de personalidad surgen los términos de carácter y rasgos que están asociados a ésta, así como los aspectos observables y manifestaciones del mismo. “Los rasgos son un aspecto, una actitud, una parte que da cuenta del todo, son elementos que constituyen el carácter y lo definen.” (Arévalo et al 2011, p. 146). El carácter es la expresión más permanente de la personalidad, la presenta, la hace visible y la manifiesta.

De esta forma el carácter surge de las vivencias que durante el desarrollo, el sujeto elabora en interacción con su entorno, la cultura y las normas sociales.

Temperamento:

Con respecto al concepto de temperamento Millon (2006) afirma que: “depende de una disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos. Puede decirse de una persona que tiene ‘un buen carácter’ y de otra que tiene ‘un temperamento irritable... El temperamento representa la influencia de la naturaleza, físicamente codificada” (p.2).

Este autor realiza una comparación entre sistema inmunológico y personalidad. Los seres humanos vivimos rodeados de virus y bacterias que afectan nuestra salud. Si nuestro sistema inmunológico no tiene las defensas efectivas que puedan combatir estos agentes infecciosos, nos enfermamos. La personalidad actúa en forma similar, donde las capacidades de afrontamiento y flexibilidad adaptativa son las que permiten al sujeto responder en forma asertiva o constructiva a su entorno. De esta forma nos encontramos ante una personalidad no patológica.

El temperamento implica una disposición innata y determinada genéticamente a reacciones concretas frente a estímulos del contexto, lo que facilita o no, la adquisición de ciertas respuestas. (Azpiroz y Prieto, 2011).

Este acompaña al sujeto desde el nacimiento, se encuentra los genes y junto al carácter es parte constitutiva de nuestra personalidad.

En la misma línea, Maqueira, Brito, Recalde, Arévalo, Sáenz y Sandoval (2017) exponen que el temperamento se enfoca en los aspectos heredados de la personalidad, refiriéndose a los elementos de la naturaleza emocional de la persona, que matizan las manifestaciones de la actividad psíquica. En su estructura se encuentra un conjunto de propiedades del sistema nervioso, que son las bases fisiológicas del temperamento, por lo que tiene un componente genético y otras propiedades que dan respuestas a los procesos psicológicos cognitivos y de comunicación.

Trastorno de la personalidad

“Los trastornos de personalidad no son entidades médicas, ni tampoco perversidades humanas... Representan individuos curiosos a menudo únicos”. (Millon, 1996, p.9)

Millon (2006) plantea que “no es posible diferenciar normalidad de anormalidad de manera objetiva...cada una está influenciada por constructos sociales y dispositivos culturales”. Debido a su influencia social, el concepto de normalidad surge por la adaptación a los comportamientos y costumbres de un grupo cultural. (p.11)

Hablamos de normalidad cuando el sujeto cuenta con la capacidad de funcionar de manera autónoma, afronta con flexibilidad el entorno, logra adaptarse de manera eficiente y opera en función de su satisfacción personal (Blanco y Moreno, 2006).

En esta misma línea, Azpiroz y Prieto (2011) aportan que el funcionamiento normal de la personalidad muestra conductas que se encuentran dentro de lo establecido socialmente, ligado a la cultura y al contexto histórico en el que vive el sujeto. Lo habitual se asocia con lo normal, pero aquello que se considera cotidiano puede no ser normal, o por el contrario, lo anormal puede no ser patológico.

Según Schneider (1980) sostiene que “las personalidades anormales son variaciones, desviaciones, de un campo medio, imaginado por nosotros, pero no exactamente determinables” (p. 31). Por su parte Millon (2006), plantea que cuando los rasgos de personalidad se manifiestan de forma desadaptativa se instala un trastorno de la personalidad. Asimismo, afirma que los rasgos de la personalidad son un modelo duradero de pensamiento, comportamiento y reacciones, que muestran una forma personal y propia en el funcionamiento general del sujeto.

En cuanto a los aspectos históricos del TP, Hipócrates hace una descripción sobre la personalidad patológica, con su teoría de los cuatro temperamentos (sanguíneo, melancólico, colérico y flemático), los cuales tenían tendencia a sufrir ciertas enfermedades.

Por otra parte, Galeno (S. II, D.C) plantea una división de los trastornos psíquicos en mentales (ej. temores) y orgánicos (ej. consumo de alcohol). Afirma que un equilibrio entre lo racional, irracional y sensual del alma, genera salud psíquica (Véjar y Oksenberg, 2003).

Sin embargo, Pinel (1809) es quien genera un mayor acercamiento a los TP, a partir de la descripción de sujetos con conductas antisociales, quienes padecen trastorno del juicio y de las funciones intelectuales, y define como 'manía sin delirio' a un trastorno moral congénito. Siguiendo lo expuesto, Koch introduce el término 'inferioridades psicopáticas' para aquellas irregularidades psíquicas que intervienen en la vida del sujeto, sean congénitas o adquiridas.

En base a esto, Ey (1965) considera que hay personalidades que reúnen, en proporciones variables de un sujeto a otro, ciertas anomalías como son: inadaptación a la vida social, inestabilidad en el comportamiento, facilidad del pasaje a la acción, que se asocian en ocasiones a diversos trastornos psiquiátricos, como por ejemplo: depresión, excitación, perversiones sexuales, toxicomanía, entre otras.

Por su parte, Kernberg (1987) usa el término trastorno de personalidad para referirse a las "constelaciones de rasgos de carácter anormales o patológicos, de intensidad suficiente para implicar una perturbación significativa en el funcionamiento intrapsíquico, interpersonal o ambos" (p. 69).

En este sentido, Azpiroz y Prieto (2011) afirman respecto a la patología de la personalidad, que se manifiesta cuando los patrones de pensamiento y comportamiento se muestran rígidos, inadaptados y perturban la vida del sujeto.

Por su parte, Kretschmer (citado en Blanco y Moreno, 2007) expone un modelo basado en la tipología somática, que relaciona a la constitución corporal del sujeto con el carácter, donde determinadas características físicas del sujeto pueden predisponer a una patología. Y por último, se destaca el aporte de Schneider (citado en Blanco y Moreno, 2007) quien propone la idea del interjuego entre los factores ambientales y constitucionales en la construcción de la personalidad tanto normal como patológica, idea que posteriormente es retomada por otros autores. Menciona diferentes tipos de personalidad: lábil, hipertímico, inseguros de sí mismo, asténicos, explosivos, abúlicos, desalmados, entre otras. Este autor considera a los TP como una desviación de la norma social.

Millon (citado en Cardenal, Sánchez y Ortiz, 2007) plantea una teoría evolutiva a través de la cual busca explicar la dinámica y la estructura de los estilos de personalidad.

El “complejo de adaptación y estrategias” de la ecología evolutiva es el equivalente biológico de los estilos de personalidades, por lo cual, se concibe a la personalidad como el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que presenta un miembro de una especie para poder relacionarse con su ambiente.

Según este autor, el TP es un constructo evolutivo que surge de las tareas fundamentales a los cuales se enfrentan todos los organismos, como:

la lucha por existir o sobrevivir (placer versus dolor), el esfuerzo de adaptarse al medio o de adaptar el medio a uno mismo (pasivo versus activo), y la estrategia del organismo para invertir de forma reproductiva en los parientes o descendientes frente a una inversión en su propia replicación personal (otros versus self/uno mismo). (p. 314)

Estas tres polaridades son utilizadas como un sistema de clasificación de los TP, por donde intenta explicar la estructura o los estilos de personalidad conflictiva.

Características del TP:

Millon (1998) plantea que el origen de los trastornos se encuentra en la personalidad. Por lo tanto, depende de los factores determinantes que pueden darse en el proceso de desarrollo de la personalidad, como por ejemplo, un evento traumático en la infancia de tal magnitud que genere daño en el psiquismo. Esto puede ocasionar, que el sujeto en situaciones desfavorables, no cuente con los mecanismos defensivos necesarios para superarla, debido a la falla que se produce en la capacidad psíquica para poder procesar y resolver dicho suceso. Este autor, posteriormente, en el año 2006 afirma que hay tres características patológicas que distinguen los trastornos de personalidad:

1. la carencia de capacidad de adaptación
2. la frágil estabilidad en condiciones de estrés
3. la inflexibilidad y la permanencia en el tiempo

Los trastornos de personalidad, como categoría diagnóstica, forman parte de la ‘nomenclatura psiquiátrica’ desde 1969 en la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (W.H.O. 1969) Se refieren a un cuadro clínico con

características de incapacidad para adecuarse a la socialización en el entorno en que se desenvuelve el sujeto, sin mostrar manifestaciones clínicas de otros trastornos mentales (Blanco y Moreno, 2007).

Para el CIE-10 los TP son formas de conductas arraigadas y permanentes en el individuo. Se observan manifestaciones invariables ante diversas situaciones personales y sociales. “Representan desviaciones extremas o significativas con respecto a la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y, especialmente, se relaciona con los demás”. (CIE-10 p.338)

Son patrones de conducta que tienden a ser estables en múltiples aspectos del comportamiento y funcionamiento psicológico. Están asociados a diferentes grados de aflicción subjetiva y muestran deterioro social.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), define un trastorno de personalidad como:

Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. (DSM-5, 2014, p.645)

Las áreas en las que se puede manifestar son:

1. Cognición
2. Afectividad
3. Actividad interpersonal
4. Control de impulsos

Con base Kleiniana el Dr. en Medicina, Psiquiatra y Psicoanalista Caparrós Sánchez (2007) plantea que en la práctica muchos trastornos de la personalidad lindan con lo neurótico y por ende admiten un análisis esencialmente clásico. Sin embargo, específicamente en el llamado cuadro límite, apenas presentan diferencias con las psicosis al momento de un enfoque terapéutico. Esto implica que se debe tener en cuenta un abanico posible de técnicas variables, que van desde un encuadre clásico hasta otros alejados radicalmente.

La elección adecuada se debe tomar, como siempre sucede en psicoanálisis a partir del caso concreto. En este punto el autor propone apoyarse en determinados parámetros:

la angustia, la despersonalización, la escisión, la negación y la transferencia desorganizada.

En cuanto a la angustia, este autor expresa que generalmente se presenta como narcisista, involucrando una amenaza de fragmentación del Yo. Asimismo, puede presentarse como estados de despersonalización y de extrañeza donde se suspenden las relaciones objetales.

Por otra parte, la transferencia en estos pacientes es desorganizada, inconsistente e imprevisible, lo que se traduce en una tendencia a la agresividad y en frecuentes pasajes al acto, a diferencia de la clásica transferencia neurótica que presupone una capacidad de elaboración psíquica de la que estos pacientes carecen. Los sujetos con TP presentan esta dificultad para la asociación y les cuesta salir de ella, por ejemplo: 'salir de un tema que lo paraliza'. En estos casos, el paciente bloquea las asociaciones que le permitan investir las relaciones objetales a través de un mismo sentimiento, entonces se pierde su capacidad imaginaria. Las defensas que se ponen en juego son escisión y renegación. Escisión, tanto en el sentido freudiano de 'sí y no', como en la acepción Kleiniana separación-disociación (Caparrós Sánchez, N., 2007).

En este sentido, Blanco y Moreno (2007) plantean que en la teoría de TP hay un déficit en la construcción o investidura de algunas funciones psíquicas, que se construyen desde aportes realizados por los objetos externos, de forma inadecuada. La angustia no es consecuencia de deseos prohibidos que pasan a la conciencia, sino de situaciones de pérdida de identidad del Yo, vivencias de inconsistencia en el pensamiento propio y ausencia de relaciones objetales.

En relación a esto, Kernberg (citado en Kernberg y Foelsch, 2011) propone una psicoterapia centrada en la transferencia, para sujetos con TP graves o que presentan debilitamiento yoico. Este tipo de psicoterapia psicoanalítica consiste en una interpretación minuciosa de la transferencia y el suministro de ayuda externa, para lograr un tratamiento óptimo. Es relevante mencionar que Otto Kernberg es un Psicoanalista que se inició recibiendo la influencia de la "psicología del Yo", y luego fue cambiando hacia una postura Kleiniana.

Westen, Shedler y Bradley hacen énfasis en que: "Los trastornos de la personalidad están asociados a alteraciones fundamentales del Yo y de las relaciones interpersonales, problemas que varían en gravedad dentro de cada trastorno y entre los diferentes trastornos". (2013, p.12)

En cuanto al TP propiamente dicho, el Psicólogo especialista en desordenes de la personalidad Theodore Millon (2006) considera que los trastornos de la personalidad generan rasgos desadaptativos, que pueden agravarse. En general estos casos presentan características específicas:

- Escasa flexibilidad adaptativa, que se refleja en una tendencia a relacionarse consigo mismo y enfrentarse a las demandas del ambiente mediante estrategias rígidas e inflexibles, que se aplican de forma siempre igual.
- Tendencia a crear círculos viciosos, producto de esas estrategias rígidas e inflexibles, que hacen que el malestar de la persona persista y se intensifique.
- Labilidad, que se manifiesta en la fragilidad y ausencia de elasticidad de la persona ante situaciones que provocan estrés. (p.5)

Respecto a esto, Azpiroz y Prieto (2011) sostienen que lo más afectado en este tipo de trastornos son: la relación armoniosa con los demás, la capacidad de adaptarse y de formar relaciones interpersonales constructivas.

Existen distintos niveles de funcionamiento en los pacientes con TP. Algunos pueden presentar un funcionamiento elevado y estar adaptados por un tiempo prolongado, pero luego aparecen las dificultades para formar relaciones maduras, estables y saludables. A otros se les observa un funcionamiento más bajo con importantes dificultades sociales y laborales. Tienen formas de comportamiento y afrontamiento muy pobres. Generan una disfunción global ante una circunstancia en particular o en su vida total. No pueden acomodar el cuerpo por la rigidez de sus rasgos de personalidad.

De acuerdo a los autores mencionados anteriormente, Newlin y Weinstein (citado en Blanco, Gomez y Orozco, 2020) coinciden que en los pacientes con TP es importante tener en cuenta las influencias biológicas, sociales y familiares, así como de los eventos formativos de la vida del paciente e identificar sus objetivos personales y logros.

En los diferentes tipos de trastornos de personalidad, una característica en común es la egosintonía, por lo cual estos sujetos no son conscientes de su estado ni de su trastorno. En este sentido, al ser trastornos egosintónicos, es decir, que la persona no es consciente de su aflicción, aunque sufre por sus consecuencias, es fundamental el diálogo con el entorno para determinar el grado de dificultad a nivel personal. Por ese motivo, la demanda no surge del paciente, ya que le resulta imposible reconocer su trastorno (Azpiroz y Prieto, 2011).

Gunderson (2002) aporta en este punto, que la rehabilitación psicosocial de estos trastornos es de fundamental importancia, ya que la persona generalmente busca llamar la atención a través de la autodestrucción.

En este sentido, es importante hacer hincapié en los factores de riesgo de los TP. Bulbena-Cabre, Bassir, Perez-Rodriguez (citado en Blanco et al., 2020) plantean la interacción gen-ambiente, afirmando que los factores ambientales son los que causan el trastorno, y que los genes alteran la susceptibilidad a los factores ambientales. Para estos autores las influencias ambientales difieren según las disposiciones genéticas de una persona, y que a su vez las predisposiciones genéticas se expresan de forma diferentes en entornos distintos.

En esta misma línea, Newlin y Weinstein (citado en Blanco, et al., 2020) explican que los factores genéticos influyen en los rasgos de personalidad asociados con el TLP, como son: la inestabilidad afectiva, problemas de identidad, relaciones negativas y autolesiones. Asimismo, plantean que la adversidad infantil es otro factor de riesgo, en particular el abuso o la negligencia en los vínculos de apego primarios durante el periodo de desarrollo.

Trastorno límite de la personalidad

“El estudio psicoanalítico de la locura, sea cual fuere el significado de ésta, se realiza principalmente sobre la base del análisis de los llamados ‘casos fronterizos’...” (Winnicott, 1963)

El Neurólogo Austriaco reconocido como fundador del Psicoanálisis Sigmund Freud, en su sistema diagnóstico formula una distinción entre: neurosis, psicosis y perversión (citado en Bernardi, 2010).

Al respecto, Lerner (2008) afirma:

Desde la época freudiana podemos encontrar algunos de los conceptos que contribuyeron al desarrollo de la teoría psicoanalítica en lo que respecta a la comprensión de la organización fronteriza. Si bien Freud no pensó el concepto de escisión en función de la patología fronteriza, indudablemente podemos usarlo para dar cuenta de muchos mecanismos y síntomas, ya que la escisión es central en estas patologías. Una vez más, comprobamos que las teorías de Freud nos resultan útiles en la actualidad para la comprensión de cuadros clínicos que él no describió. (p.3)

El término borderline fue utilizado por primera vez por V.W. Eisenstein en 1949, aunque no se corresponde con la clasificación freudiana, psicótico-neurótico. Sin embargo, la evidencia de esos cuadros se había puesto de manifiesto mucho antes, por ejemplo, con formas atenuadas de esquizofrenia o con la heboidofrenia de Kahlbaum (1885). Asimismo, otros autores ya habían encontrado algunas patologías que no se correspondían con la díada neurosis-psicosis (Consentino, Arias y Pérez, 2017).

Antecedentes Históricos del TLP:

En relación a los antecedentes históricos del Trastorno Límite, Millon y Davis (1998) en su libro “Trastornos de la Personalidad, más allá del DSM-IV”, hacen un interesante recorrido histórico a partir de diversos autores:

En la antigüedad (a.c), Homero, Hipócrates y Areteo describieron sujetos con síntomas de ira impulsiva, melancolía y/o manía. Asimismo, Bonet (1684), llama maníaco-

melancólico a la presencia de impulsividad y estados de ánimo inestables en un mismo síndrome. En la misma línea, Kraepelin (1921) identificó cuatro variables temperamentales que pueden conducir a la enfermedad maniaco-depresivo. Este autor menciona la irritabilidad como una característica de la 'personalidad excitable'.

Desde otra perspectiva, Schneider (1923) plantea la personalidad lábil, la cual se caracteriza por cambios de estado de ánimo súbitos que producen malestar, inquietud e inconstancia.

Reich (1925), denomina caracteres impulsivos a los que manifiestan agresión infantil, narcisismo primitivo y graves alteraciones del Superyó. Este autor, considera que en estos pacientes existe una intensa ambivalencia y cambio rápido en el estado de ánimo. Por otra parte, Kretschmer (1925), habla de la presencia de un temperamento mixto cicloide-esquizoide en algunos pacientes. Las características propuestas por estos autores se acercan a la conceptualización actual del TLP.

Stern (1938) realiza la primera publicación psicoanalítica en la que emplea el concepto límite. En dicha publicación plantea que las personas límite son pacientes que no se categorizan en neuróticos o psicóticos únicamente. Por ello, los llama 'grupo límite de las neurosis' e identifica diez características clínicas que si bien no aparecían solo en el grupo límite, parecen ser más pronunciadas en estos pacientes que otros neuróticos y eran especialmente resistentes a la terapia psicoanalítica.

En este sentido Stern (citado en Millon y Davis, 1998), menciona estas características debido a que conservan vigencia en la actualidad:

1. 'narcisismo', rasgo del carácter consecuente con un afecto materno deficiente;
2. 'hemorragia psíquica', estado autoprotector de letargia o inmovilidad en respuesta al estrés;
3. 'hipersensibilidad desordenada', precaución exagerada o percepción hipersensible,
4. 'rigidez psíquica', inflexibilidad corporal persistente y protectora reflexiva como anticipación del peligro;
5. 'reacciones terapéuticas negativas', gran facilidad para manifestar la ira, depresión o ansiedad en respuesta a las pruebas interpretativas que implican la autoestima;
6. 'sentimientos de inferioridad', a pesar de la evidencia demostrable de autocompetencia, en que estos pacientes se quejan de inadecuación personal para evitar las responsabilidades adultas;

7. 'masoquismo', autocompasión depresiva y 'autolesiones';
8. 'ansiedad somática' creencia de que se posee una inadecuación constitucional para funcionar sin ayuda externa;
9. 'mecanismos de proyección', tendencia a atribuir las dificultades internas a fuentes externas hostiles y
10. 'dificultad para evaluar la realidad', déficit de juicio y de empatía que no son de naturaleza psicótica. (p.675)

Teniendo en cuenta los aportes de Stern, Wolberg (1952) describe las siguientes características clínicas: ambivalencia, círculos viciosos, sentimientos de ansiedad, depresión, constante necesidad de confirmar el amor, hipersensibilidad al rechazo, al fracaso personal, al vacío, a la soledad junto a proyecciones hostiles con culpa, arrepentimiento y comportamientos autolesivos, a los que se suman muchas veces las adicciones.

Desde la perspectiva de Knight (1953), los estudios se centran en la fragilidad del Yo como elemento principal en la personalidad límite. Esta debilidad se reconoce en la falta de conocimiento de su realidad vital con múltiples síntomas, fracasos, falta de logros, lábil capacidad del Yo para canalizar energías y para planificar su futuro.

Schmideberg (citado en Millon y Davis, 1998) considera que estos pacientes no toleran la rutina, no logran hacer introspección, llevan vidas caóticas y tienen mala empatía. Una de las razones por las que la denominación limítrofe debe considerarse una entidad clínica es que el paciente permanece prácticamente inalterado a lo largo de su vida. Su volatilidad es estable, a pesar de sus fluctuaciones, y su patrón específico tiende a permanecer constante: "Su inestabilidad es estable".

En este mismo sentido, Frosch (1970) lo llama 'trastorno del control de los impulsos', el cual considera un fenómeno caracterológico peculiar y con una forma de adaptación a la realidad muy sintónica con su inestabilidad. Hay propensión a la regresión, a la desintegración del sí mismo, identificándose reacciones psicóticas de fragmentación en especial durante las descompensaciones. Mantiene conservada su capacidad de juicio de la realidad, aunque utilizan técnicas que corresponden a los primeros estadios del Yo. Las relaciones objetales son primitivas y se unen al concepto de hundimiento y vacío del objeto. El Yo se siente así atacado por los impulsos derivados del Ello.

Siguiendo con lo expuesto por los dos autores anteriormente mencionados, Kernberg (1975) postula que los pacientes límites presentan profundas dificultades en sus relaciones interpersonales, en su experiencia con la realidad, así como defensas

contradictorias con respecto a los contenidos del Ello y pseudointrospección del Yo. No presentan conciencia clara de su naturaleza conflictiva, utilizan defensas primitivas de disociación antes que de represión. Tienen un déficit en su capacidad de sublimar y no son tolerantes a la ansiedad que sienten y no pueden controlar.

El trastorno límite de personalidad puede describirse y diagnosticarse al margen de los síndromes neuróticos y psicóticos. Se caracteriza por: intensa afectividad con estados depresivos o de hostilidad, incapacidad para experimentar placer, despersonalización, conductas impulsivas con actos autolesivos, abuso de alcohol, sustancias y promiscuidad.

Tienen episodios psicóticos breves, relaciones interpersonales superficiales, dependencia, manipulación, comportamientos parasuicidas, preocupación por el abandono y la soledad. Generan regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Gunderson y cols., 1979).

Vigo y Sanchez (2018) aportan que existen factores psicosociales y biológicos en el origen del TLP, a partir de una serie de investigaciones. Dentro de los factores biológicos se encuentra, por ejemplo, el temperamento; y en los factores psicosociales, los acontecimientos adversos en la infancia. Asimismo, proponen que el origen de las conductas puede ser explicado por tres teorías. La primera teoría expresa que los pacientes con este trastorno, que crecen y se desarrollan en ambientes tempranos invalidantes, son más vulnerables a las autolesiones para poder lidiar y regular dichos afectos negativos. La segunda teoría plantea que al desarrollarse en estos ambientes los sujetos aprenden a aceptar el castigo y la invalidación. Por último, la tercera teoría explica que por medio de las autolesiones estas personas intentan evitar emociones displacenteras, un recuerdo traumático, o experiencias de despersonalización (p.128).

Prevalencia y Epidemiología:

El término borderline surge en el marco del psicoanálisis, desde cuya perspectiva el TLP se encontraría entre la neurosis y la psicosis, mientras que desde una visión biológica se enmarcaría dentro del espectro de los trastornos afectivos. (García, Perez y Otín, 2010).

Al respecto, estos autores plantean que:

En otras orientaciones el TLP se considera una mezcla grave, pero estable, de diferentes subtipos de personalidad. En la actualidad el concepto de "límite" abarca clínica de casi cualquier patología psiquiátrica incluyendo la esfera psicótica, la esfera afectiva, desorganización grave de la personalidad, la esfera de los trastornos impulsivos y finalmente se ha relacionado con el estrés postraumático. (p. 2)

La prevalencia del TLP en la población general oscila entre el 1% y el 2%, mientras que en pacientes ambulatorios del centro de salud mental y hospitalizados oscila entre el 11%-20% y entre el 18%-32%. Este trastorno es tres veces más común en mujeres, en entornos urbanos y de bajo nivel socioeconómico. La edad a la que se diagnostica oscila entre los 19 a 32 años, y los pacientes mayores son diagnosticados con menos frecuencia, pero en estos casos suele significar una enfermedad más grave. En el contexto comunitario, se asocia a experiencias traumáticas, presencia de abuso físico y/o sexual de niños, así como antecedentes personales y/o familiares de hospitalización psiquiátrica (García, Pérez, Otín, 2010).

La palabra clave en la definición de TLP es 'inestabilidad', lo que a primera vista parece paradójico, ya que una de las principales condiciones para el diagnóstico de TP es el cumplimiento regular de determinados criterios. Esto, que en el caso del TLP podría parecer contradictorio, puede entenderse si asumimos que lo "estable" en el TLP es precisamente esa inestabilidad. (García, Pérez y Otín, 2010, p.4)

En este sentido, los autores plantean que esta inestabilidad se extiende a todos los aspectos de la vida del paciente: emocional (apego intenso, vacío crónico, anhedonia, etc.), interpersonal (superficialidad, adicción, manipulación, etc.) y conductual (impulsividad, con autolesiones, intentos de suicidio, abuso de drogas, sexo promiscuo, etc.).

En cuanto al funcionamiento cognitivo los episodios psicóticos de corta duración son los menos frecuentes. No todos los TLP se presentan con todos los síntomas descritos, pero algunos son dominantes sobre otros, y dependiendo del tiempo de supervivencia cada síntoma puede presentarse en mayor o menor grado.

Otra característica importante del TLP es la frecuente aparición de comorbilidades con otros trastornos. En primer lugar, dentro del eje I la comorbilidad es mayor dentro de la

esfera afectiva, especialmente la depresión mayor, y trastornos de ansiedad, principalmente el Trastorno por Estrés Post-Traumático por sobre los otros (en torno al 90% de ambos). En segundo lugar, se encuentra el trastorno por abuso de sustancias (alcohol en el 50% de los casos). Por último, los trastornos alimentarios (especialmente los trastornos alimentarios no especificados) a tasas de aproximadamente 60% y 50% cada uno. Por otro lado, el TLP puede coexistir con otro trastorno de personalidad. (García, Pérez y Otín, 2010)

Características y criterios diagnósticos del TLP:

En lo que refiere a las características del trastorno 'límite' de personalidad, la denominación límite significa "un nivel habitual de comportamiento, un patrón duradero de funcionamiento alterado que se estabiliza durante un considerable periodo de tiempo". (Millon y Davis, 1998, p. 672)

En el DSM-V (2013), se define el trastorno límite de personalidad como un "patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos". Presenta una marcada inestabilidad afectiva interpersonal y vincular. (p.663)

Los criterios diagnósticos son los siguientes (deben estar presentes cinco o más):

1) Grandes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario, 2) Relaciones interpersonales inestables que van de la devaluación a la idealización, 3) Alteración de la identidad, autoimagen y del sentido del yo, 4) Impulsividad autolesiva basada en sexo, conducción temeraria, abusos de sustancias, gastos y atracones de comida, 5) Actitud de amenazas, comportamientos suicidas y de automutilación, 6) Inestabilidad afectiva con reacciones en el estado anímico, 7) Sentimiento de vacío crónico, 8) Falta de control de su ira que conlleva mal genio y peleas físicas frecuentes, 9) Ideación paranoide relacionadas con el estrés y síntomas disociativos graves.

Zanarini, Williams, Lewis, Reich, Vera, Marino, Yong y Frankeburgo, (1997) postulan que los primeros intentos de explicar el desarrollo del TLP, provinieron de la comunidad psicoanalítica, cuyas formulaciones enfatizaron tres aspectos: 1) La separación-individuación, 2) La insuficiencia de la presencia materna 3) La presencia de abusos en los primeros años de vida del niño.

Estos autores plantean que hay sujetos con marcadores de riesgo o de vulnerabilidad para el desarrollo del trastorno, que se explican a partir de factores etiológicos, sintetizados en seis grupos, tres de los cuales corresponderían a una naturaleza medioambiental y los otros serían de naturaleza constitucional. En los medioambientales incluyen: 1) separaciones en la infancia, 2) compromiso o implicaciones parentales alteradas y 3) experiencias de abuso infantil. En los constitucionales plantean los siguientes: 1) temperamento vulnerable, 2) tendencia familiar a padecer ciertos trastornos psiquiátricos, y 3) formas sutiles de disfunción neurológica y/o bioquímica.

Kernberg (citado en Gabbard, 2006) plantea, respecto a la organización estructural de la personalidad, que puede presentarse como psicótica, límite o neurótica. Estos tipos representan a los distintos grados de organización o cohesión de la personalidad. Así la personalidad límite se sitúa entre la neurosis y la psicosis.

En cuanto a las características estructurales de estos pacientes, se describen una serie de síntomas (Kernberg, 1987, p.8). Los más relevantes son:

- a) Ansiedad: Los pacientes límite presentan ansiedad crónica, difusa y libre y flotante
- b) Neurosis polisintomática: presentan varios síntomas neuróticos:
 - Fobias múltiples
 - Síntomas obsesivo-compulsivos
 - Síntomas múltiples de conversión
 - Reacciones disociativas
 - Hipocondriasis
 - Tendencias paranoides e hipocondriacas
- c) Tendencias sexuales perversas polimorfas
- d) Estructuras de personalidad prepsicótica "clásicas"
- e) Neurosis y adicciones por impulso
- f) Trastornos del carácter de "menor nivel"

En este tipo de organizaciones se observa un predominio de los mecanismos defensivos primitivos que se describen a continuación:

1) Escisión:

La división de los objetos externos en "completamente buenos" y "completamente malos", virajes repentinos y completos de todos los sentimientos y concepciones sobre una persona particular. La oscilación repetitiva extrema entre conceptos contradictorios del sí mismo es otra manifestación del mecanismo de escisión. (p.15)

2) Idealización primitiva: visualizan a los objetos externos como totalmente buenos para asegurarse de no ser abandonados o desprotegidos.

3) Identificación proyectiva: Si bien los límites yoicos están desarrollados y por ende pueden diferenciar entre sí mismos y los objetos, en oportunidades padecen una pérdida pasajera del sentido de realidad, donde los límites de su Yo se debilitan. En ocasiones se produce la pérdida del sentido de realidad. Los sujetos a través de este mecanismo controlan el interior del objeto para dañarlo en el ataque.

4) Negación: El paciente se da cuenta que sus percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí mismo u otras personas, en un momento u otro, son opuestos por completo a los que él había tenido otras veces, pero su memoria no tiene relevancia emocional y no puede influir en la forma que siente ahora. La negación puede manifestarse como una completa falta de interés, con ansiedad o una reacción emocional respecto a una necesidad, conflicto o peligro, inmediato, serio y presionante en la vida del paciente, de modo que éste canalice calmadamente su conciencia cognoscitiva de la situación en tanto niega sus implicaciones emocionales. (p.14)

5) Omnipotencia y desvalorización: Estos mecanismos derivan de la escisión y afectan las representaciones de los objetos y de sí mismo, los estados del Yo reflejan un sí mismo grandioso a diferencia de los otros, a los cuales menosprecia.

Este autor habla de prueba de realidad, mecanismos de defensa primitivos y difusión de identidad como características de esta patología. El paciente tiene una "experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conductas contradictorias que no puede integrar en una forma emocionalmente significativa y percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás" (Kernberg, 1987, p. 9) como características propias de un TLP.

La difusión de la identidad o trastorno de identidad yoico surge ante la ausencia de identidad del Yo, no hay una identidad integrada de sí mismo y de los otros. La identidad integrada está compuesta por la presencia de un concepto de identidad que no se encuentre fragmentado (self). Se expone como un concepto que atraviesa al sujeto a través del tiempo (pasado, presente y futuro) y las diversas situaciones vividas con el entorno.

En referencia al juicio de realidad este autor plantea que es útil para diferenciar las estructuras límites de las psicóticas. En los pacientes con organización límite hay alteraciones transitorias donde el principio de realidad se ve alterado debido a que el sujeto tiene episodios psicóticos. Se define por la capacidad de distinguir el Yo- del no Yo, lo intrapsíquico de lo externo y la capacidad de evaluar los afectos, emociones y conductas en relación a las normas sociales.

Asimismo, Kernberg (1987) propone el análisis estructural, el cual se centra en la presencia o ausencia de elementos básicos:

- 1) Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica: son características de debilidad del yo, incluye la falta de tolerancia a la ansiedad o frustración, ausencia de control de impulsos, baja capacidad en los procesos de sublimación.
- 2) Operaciones defensivas específicas: predomina la escisión como mecanismo defensivo, expuesta anteriormente.
- 3) Desviación hacia el pensamiento primario: frente a la tensión de afectos intensos el sujeto presenta regresiones hacia pensamientos de tipo psicótico.
- 4) Relaciones de objeto patológico internalizadas: las percepciones de los otros oscilan constantemente entre extremos polarizados. Carecen de capacidad para incorporar representaciones positivas y negativas del self.

En la misma línea de Kernberg, Lerner (2008) considera que estos pacientes utilizan el pensamiento en el proceso primario en forma no constante, en general aparece como respuesta a una situación contextual que el Yo lo vive como trauma y no puede tramitar mediante el proceso secundario, por lo que la simbolización está ausente.

En relación a lo anterior, Hornstein (citado en Lerner, 2008) agrega que estos cuadros expresan un narcisismo patológico, donde se pone en manifiesto la perturbación del sentimiento de identidad. En este punto, es importante poder pensar las características de la relación yo-objeto o yo-mundo externo, en lo relativo a los bordes porosos y

permeables que presenta el Yo de estos pacientes. “En una palabra, abordamos el territorio dominado por el narcisismo y sus alteraciones”. (p.9)

Fernández y Rodríguez (2013) coinciden con lo planteado por Hornstein y exponen que es acertado afirmar que las personas con trastorno límite tienen un Yo precario, fragilidad psíquica que se manifiesta en sus trastornos conductuales y emocionales, la división de los objetos como totalmente buenos y totalmente malos, y la presencia de acting-out muy frecuentes en esta patología. Existen rasgos representativos de estos estados como la impulsividad, la auto y heteroagresividad, la inestabilidad emocional, las dificultades interpersonales, las alteraciones de su identidad y la falta de flexibilidad.

Donet y Green (citado en Lanza Castelli, 2018) plantean que: “la clínica psicoanalítica reconoce, hoy en día, un número creciente de casos que los autores denominan “borderline”, estados límite o estados fronterizos (de la psicosis), que son pacientes que presentan un “núcleo psicótico”, casos de psicosis latente, etc.”. (p. 224)

En este sentido, intentan definir la naturaleza y estructura de este núcleo psicótico. Además, exponen que existe una potencialidad psicótica de la enfermedad, la cual es el resultado de la estructura y la historia. El desarrollo de la potencialidad depende de las series complementarias entre dicho potencial y los objetos y eventos que el sujeto encuentra durante su vida. Observan a menudo una descompensación transitoria seguida de curación.

Por otra parte, es importante subrayar que, para estos autores, lo que impresiona al analista es la gran inercia y el anonadamiento del pensamiento del sujeto con TLP. En ese punto nada tiene significado para él paciente, sus pensamientos están desarticulados, no hay conexión entre ellos, y el paciente parece estar absorto en una ensoñación interminable.

En base a lo anterior, Mosquera (2004) sostiene que son pacientes que utilizan categorías excluyentes, todo o nada. El mundo, las opiniones de los demás, incluidas las propias, son negativas o positivas. No se permiten los matices. Pasan de un extremo a otro con gran intensidad de emociones a veces aleatorias y otras irracionales. Sienten que su mundo interior se desborda ante estas características emocionales tan polarizadas.

Por otra parte, Caballo y Camacho (2000) abordan los aspectos más frecuentes de los TLP, desde una perspectiva comportamental y afirman que estos aspectos están compuestos por: emociones fluctuantes y ambivalentes, tanto hacia sí mismo, como

hacia los demás, falta de propósitos para estabilizar sus actitudes o emociones, incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento, lo cual produce una regresión a un pensamiento cuasi psicótico, con ideas paranoides y síntomas disociativos.

Dentro de los aspectos afectivos se observan frecuentes cambios que van desde la normalidad a la depresión o excitación, desde la euforia a la apatía más intensa, porque no logran adaptar su estado de ánimo a la realidad. Predomina la apatía o abatimiento, con pérdida de control que genera muchas veces agitación o excitación física. Esta impulsividad muestra un carácter voluble e irreflexivo con síntomas de labilidad, hiperactividad y distractibilidad.

Comorbilidad del TLP con trastornos del del eje I del DSM-V

González y Robles (2005) plantean que existe una elevada comorbilidad entre el TLP y los trastornos del eje I, especialmente con la inestabilidad afectiva y la falta de control que son características de estos pacientes. Esto genera la aparición de diversos trastornos de este eje, como:

- a) síndromes ansiosos: periodos de gran ansiedad ante situaciones que objetivamente pueden ser triviales pero que son experimentadas por estos pacientes como devastadoras, llegando a producirse en ocasiones auténticas crisis de angustia, donde estas personas pueden perder el control y dejarse llevar por impulsos irracionales y pensamientos extraños, que suelen culminar en comportamientos caóticos, arranques de violencia, alucinaciones terroríficas, comportamientos suicidas
- b) síndromes disociativos: puede ocurrir que las personalidades límite expresen breves pero muy intensos sentimientos de enfado durante estados de fuga psicógena; los sentimientos reprimidos toman esta forma ocasionalmente y se manifiestan de modo abierto cuando la persona se siente atrapada, confundida o traicionada. Durante estas fugas, estas personas pueden ser agresivas consigo mismas y/o con los demás; tras estas descargas violentas, vuelven a su estado anterior
- c) síndromes del estado de ánimo: las expresiones abiertas y directas de hostilidad suelen exhibirse sólo de modo impulsivo, ya que estas personas temen

ser rechazadas; para controlar esta ira introyectan los resentimientos a través de trastornos hipocondríacos y episodios depresivos

d) síndromes relacionados con sustancias: existe una enorme asociación entre personalidad límite y abuso de sustancias, pudiendo estar relacionado con el deseo de los pacientes límite de experimentar emociones intensas y de buscar alguna identidad, así como pudiendo ser la consecuencia conductual del “ansia” de la persona con un TLP de sentirse mejor (automedicación de sus estados disfóricos). (p. 112)

El abuso de sustancias de los pacientes con TLP, suele ser episódico e impulsivo sin tener una sustancia determinada, ya que tienden a consumir la droga que se encuentre a su alcance (politoxicómanos). Sin embargo, al igual que en la población en general la sustancia más común en estos pacientes es el alcohol. El abuso de sustancias comórbido genera un aumento en la posibilidad de cometer suicidio.

Una de las comorbilidades más frecuentes en los sujetos con TLP es el alto riesgo a la depresión por lo que se considera que estos trastornos se encuentran fuertemente relacionados. Westen et al (citado en Gunderson y Phillips, 1991) exponen que estos pacientes de manera recurrente experimentan un sentimiento de vacío crónico, que refleja una falla en el apego temprano o una consecuencia de un sentimiento de rabia no expresada.

Azpiroz y Prieto (2011) consideran que el sentimiento crónico de vacío produce mucho dolor como experiencia subjetiva. El paciente intenta huir de él bajo actitudes desenfundadas o a través del consumo de sustancias psicoactivas. Es una experiencia que pasa por el sujeto más que por su entorno, hay una pérdida del sentir de la realidad que le produce vacío y que tiene que ver con su lugar en el mundo y con su misión. No encuentra gusto por realizar las acciones cotidianas, no encuentra una vocación, siente que no ‘encaja’ en ningún lugar, desconfía de todos, lo que le impide generar vínculos interpersonales fuertes y un buen involucramiento.

Los pacientes deprimidos suelen tener determinadas características que se pueden dividir en dos subtipos: 1) dependiente: el sentimiento de estos pacientes es sentirse rechazados, anhelantes, se sienten solos y autodestructivos; 2) autocríticos: estos sujetos se encuentran retraídos, derrotados y agitados. Los pacientes con TLP pueden padecer el primer tipo de depresión debido a las reacciones que tienden a tener cuando experimentan una pérdida o el rechazo (Gunderson y Phillips, 1991).

Conductas suicidas

*“Sé qué es desear morir.... Lo que duele sonreír.
Cómo intentas encajar, pero no puedes. Cómo
te haces daño en el exterior para matar tu interior.”
Winona Ryder, Film: “Inocencia interrumpida”*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) la conducta suicida se puede expresar como la ideación y tentativas suicidas, que en ocasiones son los pasos previos al suicidio. Existe un proceso que pasa desde el pensamiento hasta la acción del daño intencionado y auto-infligido que pone en riesgo la vida del sujeto.

El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo con una incidencia del 10-20 por 100.000 habitantes anuales. Representa la octava causa de muerte en países desarrollados. Se estima que en adultos el rango varía entre 1.1 y 4.3 por cada 100 habitantes. Se ha observado que estas tasas aumentan en los extremos de la vida, presentándose como la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años, siendo evidente un segundo pico en la incidencia de suicidios en las personas que se encuentran por encima de los 65 años (Sanches, Gomez, Pinzón y Guzmán, 2001).

La conducta suicida es un continuo multidimensional que abarca una amplia gama de comportamientos que la categorizan:

- 1) Ideación de muerte: los sujetos sienten el deseo de morir, pero lo asumen como un acto pasivo. Dicen frases como tales como: ‘Ojalá Dios se acuerde de mí... lo mejor sería que me diera un infarto y que me muriera de una vez...’
- 2) Ideación suicida: el sujeto piensa realmente terminar con su vida y realiza acciones a ese fin. Las ideas no se expresan en forma espontánea, ni durante la entrevista psicológica solo se las descubre bajo una exhaustiva exploración de sus actos e ideas, por ejemplo, ahorrar dinero para comprar un arma para matarse.
- 3) Comunicación suicida: el sujeto expresa espontáneamente su intención de matarse, en general durante una crisis depresiva o episodios de ira o ansiedad. También lo hace con sus familiares o personas cercanas en un escenario distinto al de la consulta.
- 4) Intento de suicidio: aquí la acción concreta se ejecuta. El paciente elabora un plan para consumir su muerte y lo realiza, pero sobrevive al intento de suicidarse. Es muy frecuente verlo en las urgencias de los servicios médicos. Los mecanismos utilizados son muy variados. Se distingue el intento de suicidio del gesto suicida. El gesto es una

conducta autolesiva que no busca terminar con la vida, solo generar cambios en el entorno psicosocial y dar una señal a destinatarios específicos. El intento busca finalizar con su vida.

5) Suicidio consumado. Es cuando estamos frente a un desenlace fatal, la ideación y las conductas lograron su objetivo. Debemos de tener en cuenta que muchas veces hay pacientes que enfrentan el riesgo de muerte con gestos suicidas pero que no había tal intencionalidad (Sánchez et al., 2001).

Autolesiones, conductas suicidas y suicidio consumado en personas con TLP:

Los suicidios consumados de los sujetos con TLP llegan a una cifra de 800.000 muertes por año a nivel mundial, siendo un problema grave para la salud. Es menester tener en cuenta la enorme importancia que esta conducta suicida tiene dentro del trastorno (Vera, Barrigon y Baca-Garcia, 2019).

La falta de control de los estados emocionales en los sujetos diagnosticados con TLP, lleva a que presenten una alta tasa de suicidio consumado alcanzando un 8-10%, lo que representa 400 veces la tasa de suicidio de la población general. (DSM-IV TR., 2002).

Las personas con TLP padecen crisis frecuentes que los conducen a múltiples consultas de urgencias, presentando conductas de riesgo suicida, ideación, autolesiones, planificación e intentos de suicidios. En la atención clínica se intenta disminuir los síntomas y prevenir el suicidio (Vera et al., 2019).

Al respecto, Mansilla (2015) plantea que:

La conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo que ha estado presente en todas las épocas históricas y todas las sociedades, y que se manifiesta por una variedad de comportamientos en un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo. (p.4)

Dentro de los criterios diagnósticos, el DSM-V plantea que estos pacientes presentan un “comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación” mientras que el CIE-10 menciona “reiteradas amenazas o actos de autoagresión” (citados en Vera et al., 2019).

Por otra parte, Forti y Forti (2012) plantean que:

Las conductas autolesivas constituyen un extenso abanico, que puede diferenciarse en al menos 5 tipos: a) Autolesión no autolítica (ALNA) directa (conducta para-suicida): acto deliberado en el que se produce un daño directo al cuerpo, pero sin intencionalidad suicida (por ejemplo, cortes superficiales en antebrazos o piernas), b) ALNA indirecta: conducta que no daña directamente el cuerpo, pero que incluye maltrato a uno mismo (por ejemplo, involucrarse en relaciones abusivas, abuso de sustancias, conductas de riesgo, etc.), c) Intento autolítico frustrado (no letal): intento de suicidio que no alcanza su fin y cuyo método no era letal en sí mismo d) Intento autolítico letal frustrado: intento de suicidio que no alcanza su fin (la muerte) y cuyo método era potencialmente letal.), e) Suicidio consumado: se trata del intento autolítico que acaba con la vida del sujeto. (Forti y Forti, 2012, p.150)

Estos pacientes, presentan elevados niveles de agresión, impulsividad, disociación, emociones negativas, problemas de autoestima, síntomas depresivos y criterios para diagnóstico del TLP. Asimismo, las personas que realizan ALNA indirectas, tienden a tener más autocrítica y riesgo de suicidio letal que aquellos que realizan ALNA directas. Algunas de las características de los pacientes con intentos mortales son: alta búsqueda de novedad, baja evitación del daño y hostilidad e impulsividad.

Walsh (2006) establece un orden en la frecuencia de las conductas autolesivas:

- 1) cortarse, rascarse, tallarse, 2) excoriarse las heridas, 3) auto-golpearse,
- 4) provocarse quemaduras, 5) darse golpes en la cabeza, 6) autoinfligirse tatuajes,
- 7) automedicarse, ingerir objetos, insertarse piercing autoinfligidos, arrancarse el cabello.

Este autor plantea que las autolesiones no siempre buscan la muerte y tienen como finalidad modificar la conciencia, en cambio los intentos de suicidio tienden a un final mortal. Luego del intento de autoeliminación (IAE) los sujetos expresan sentirse peor que antes, mientras que luego de autolesionarse manifiestan sentir reducción del malestar. Predomina el sentimiento de vacío, de muerte y por ello autolesionarse provoca una sensación de alivio, en esta situación de ausencia de emociones.

Winchel y Standley (1991), describen cinco etapas en las conductas autolesivas de los pacientes: 1) el evento que precipita la conducta, 2) escalada de disforia, 3) intentos de

evitar la conducta, 4) automutilación propiamente dicha, 5) consecuencias de la conducta: miedo, peligro por la vida, problemas en las relaciones interpersonales y culpa, enojo, frustración, auto reproches y depresión.

El DSM-V plantea que los comportamientos suicidas más recurrentes son los cortes o quemaduras. Se producen frente a una amenaza de separación o rechazo real o imaginario del paciente. Estas automutilaciones implican un alivio, pero reafirman su sentimiento de culpa, se consideran una mala persona con inestabilidad afectiva. Se producen muertes prematuras por suicidio en personas con comorbilidades depresivas o por consumo de sustancias. El deterioro físico y el riesgo de suicidio son más frecuentes en sujetos jóvenes y disminuyen con la edad. Cuando buscan ayuda terapéutica se produce una mejoría ya en el primer año de atención (DSM-5, 2014).

Según Álvarez (citado en Escribano Nieto, 2006) las personas que presentan TLP demuestran un especial temor al abandono, y una gran necesidad de sentirse vinculados estrechamente a nivel personal, al punto de convertirse en una necesidad vital. Si bien pueden tener relaciones seguras, este temor se les impone distorsionando la realidad. En este sentido, el temor al abandono llega a niveles casi delirantes, como si la propia coherencia o la identidad del paciente, pudiera disolverse si el abandono se consumara. Según el DSM-IV-TR (2002), en base al temor que presentan suelen cometer actos impulsivos, a veces automutilantes o suicidas.

Se presentan conductas autodestructivas con experiencias disociativas y periodos de sentimientos de calma temporal o de euforia, lo que genera malestar y culpabilidad al sujeto. En ocasiones, tienden a elegir lo más cercano en el ambiente para aferrarse a ellos en momentos de necesidad: abuso de sustancias, prácticas sexuales indiscriminadas, atracones de comida o conducción temeraria (Mosquera, 2004).

Fonagy (citado en Aboy, Bado, Cabot, Castro, Cervien, Platero, Presutti y Villalba, 2006) considera que el gran miedo al abandono que sufren estos pacientes se fundamenta en la necesidad de experimentar coherencia en el self. Con el abandono sienten que su autoimagen se vuelve extraña e intolerable y merece ser destruida, por ello se autolesionan. Son autolesiones representativas de la destrucción fantaseada de ese otro extraño que está dentro de sí mismo. Es un modo de equivalencia psíquica.

Este autor, plantea que las autolesiones están orientadas a impedir el abandono y restablecer un vínculo adecuado con su self. El sentimiento de humillación que experimentan tiene el poder de destruir el self a modo de equivalencia psíquica. Luego del acting de la autolesión el sujeto reconoce sentirse mejor y más aliviado porque ha

alcanzado una autoconcordancia y ha podido externalizar su self en esa parte del cuerpo que ha lesionado. Las tentativas de autodaño del sujeto son una forma de realizar un equivalente psíquico entre un cuerpo isomórfico y una parte 'ajeno' de su self. Cuando se ha producido la pérdida de un otro, el paciente siente como esa ausencia es el vehículo propicio para alojar esa parte 'ajeno' de su ser.

Fonagy, (citado en Aboy et al., 2006) utiliza el término 'ajeno' para referirse a experiencias, ideas o sentimientos vivenciados como parte de su self. El sujeto las percibe como externas y que no le pertenecen a sí mismo. Estas vivencias son de un otro que busca 'colonizar' su self. Le generan una ruptura con la coherencia causando una necesidad de proyección que busca restablecer la identidad del Yo. El sujeto por medio de las autolesiones busca destruir ese 'ajeno' pero también desestabiliza su self, colocándolo en situación de riesgo, produciéndose fallas en su mentalización.

Estas fallas en la mentalización se ven asociadas, en muchas oportunidades, a acciones de abuso físico, emocional o maltrato en la infancia por parte de figuras parentales, lo que conlleva dificultades en el apego generado.

Por otra parte, Mosquera (2004) plantea que los sujetos diagnosticados con este trastorno tienen conductas de manipulación, destrucción y desadaptación. Algunos de sus comportamientos autodestructivos más frecuentes son los arañazos, las quemaduras, cortes, pegarse y clavarse objetos punzantes, entre otros. A su vez, esto genera desconcierto en su entorno familiar, porque no logran comprender estas conductas. En este sentido, si lo autodestructivo no les da el resultado esperado, las emociones resultan más intensas buscando muchas veces una 'vía de escape'. El miedo, la ansiedad y la sensación de fracaso que experimentan los expone a un autocastigo mayor, como puede ser la automutilación o el uso de sustancias psicoactivas, como por ejemplo, opiáceos, que les generan un sentimiento de bienestar transitorio al elevar las endorfinas, que a su vez, sirven al organismo para auto tratar el dolor.

Las acciones autolesivas, las realizan con el fin de sentir alivio, como forma de enfrentar las emociones intensas y buscar huir de su cuerpo que los agobia. Estas personas en lugar de hablar de sus sentimientos pasan al acto porque han descubierto que con ello logran una respuesta más rápida de atención y preocupación de los demás, porque cuando verbalizan lo que les pasa generalmente reciben respuestas que sólo le generan rechazo, ira o invalidación de sus actos (Mosquera, 2004).

Autoinfligirse es para el sujeto un daño controlado, mejor que exponerse a la vivencia descontrolada de eventuales recuerdos traumáticos (por ejemplo: abusos sexuales infantiles, maltratos físicos, exposición a eventos traumáticos, entre otros.). Esta mutilación solo calma su ansiedad, su culpa, durante un periodo corto de tiempo y luego su sufrimiento psíquico vuelve a aparecer. El síntoma autoagresivo es una salida de emergencia a su estado displacentero, abrumador, intolerable, y del que trata de escapar rápidamente. Como las emociones se sienten en lo físico, al poner afuera el malestar interno, el dolor físico parece aliviar al emocional (Rodríguez, Gempeler, Pérez, Solano, Meluk, Guerrero, y Liemann, 2007).

Bion y Bowlby (citados en Rodríguez et al., 2007) aportan que estos sujetos tienen inseguridades básicas y ansiedades tempranas no resueltas, con dificultades en la simbolización, por ello lo expresan a través de su cuerpo como autoagresión. El cuerpo en estos pacientes es tomado como un lugar, 'el lugar de los terrores sin nombres' o sea el de las ansiedades primarias insatisfechas e incomprendidas.

Rodríguez et al. (2007) plantean que se produce una alteración en la consciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno que es lo fundamental en estos pacientes. Como el sujeto se siente disociado, separa de su Yo aquellos contenidos que al vivirlos le fueron intolerables o prohibidos. Se disocian sus funciones integrales para que sus contenidos mentales puedan ser más aceptados por sí mismo y por el entorno. Es una respuesta adaptativa que pone al paciente en un lugar distante con respecto a la situación traumática. Mientras ocurre el acto autoagresivo el sujeto busca una evidencia de su existencia, y por ello el dolor físico y la sangre que corre son esa prueba que le genera alivio. Estos sujetos tienen un umbral de dolor muy alto que a su vez está sostenido por los opioides endógenos.

Las personas con TLP utilizan la automutilación para limitar sus pensamientos intrusivos que le traen recuerdos traumáticos. Se genera una falla en la discriminación y generalización, no pueden buscar alternativas más saludables y cualquier estímulo displacentero le lleva a una autoagresión. Para descargar lo reprimido utilizan la compulsión de la repetición. Freud planteaba que este modo de recordar permite a la personalidad cambios transitorios. Cuando se usa la repetición compulsiva, como mecanismo de defensa, se logra por un breve lapso conservar la mentalización a pesar de estar invadido por una tensión de estímulos que le son imposibles de manejar (Rodríguez et al., 2007).

En lo que respecta a la valoración, atención, y seguimiento de estos pacientes Vera et al. (2019) plantean que la conducta suicida en pacientes con TLP puede ser valorada, aunque resulta complejo por sus diversos motivos: 1) el riesgo puede ser agudo y/o crónico, 2) difícil diferenciación entre conducta autolesiva no suicida y conducta suicida, 3) mayor comorbilidad de estos pacientes con el eje I, 4) influencia de la impulsividad. Es necesario tener en cuenta, que no todos los comportamientos impulsivos-agresivos se encuentran vinculados a la conducta suicida y al evaluar a un paciente es importante diferenciar la impulsividad - como un estado que se consideraría al acto -, y como un rasgo que correspondería a una característica del sujeto. 5) la dificultad en el vínculo terapéutico puede limitar la colaboración de la persona en la prevención del suicidio, 6) el tratamiento psicológico no asegura que el paciente no se suicide.

En cuanto a los comportamientos impulsivos- agresivos de las personas con TLP, un factor importante a tener en cuenta son los cambios repentinos en los estados de ánimo, que suelen pasar de depresivos a agitación intensa o un fuerte estado de ira, generado por las evaluaciones extremas que ellos mismos hacen de las situaciones, factor que determina las respuestas emocionales extremas y las consecuentes acciones extremas (González Guerrero y Nobles, 2005).

Estos autores sostienen que los comportamientos impulsivos producen: actos autolesivos, sobredosis de sustancias, promiscuidad y agresividad impulsiva. Frecuentemente estos comportamientos son acompañados de episodios psicóticos breves y de alteraciones en la identidad: prevaleciendo gran temor al abandono y a la soledad, lo que lleva a estos sujetos a tener actitudes exigentes que oscilan entre la dependencia y la manipulación.

Debido a la inestabilidad afectiva que presentan estos sujetos emocionalmente tienden a desbordarse, sus reacciones frente a diversas situaciones que surgen son de, por un lado, ira inapropiada, falta de control de impulsos, sentimientos de abatimiento, culpa, apatía y vergüenza, y por otro, períodos de abatimiento que son interrumpidos por los actos destructivos producto de la irritabilidad y cólera impulsiva. “Debido a esta falta de control y a la intensidad de sus estados emocionales, son vulnerables a impulsos suicidas o automutilaciones recurrentes.” (González Guerrero y Nobles, 2005, p.111)

Políticas Públicas de abordaje y prevención del suicidio en Uruguay

Existen factores que indican el aumento del riesgo suicida, como por ejemplo: el cambio del estado mental, la variación en las formas de autolesiones o el aumento en el

consumo de sustancias. Otras veces se comprueba por el seguimiento psiquiátrico, el no cumplimiento del contrato terapéutico, acercando al paciente a la posibilidad de una hospitalización, lo cual evoca recuerdos displacenteros de ingresos hospitalarios previos. Asimismo, siempre resulta importante saber las razones y la finalidad que las personas persiguen con las conductas autolesivas y las conductas suicidas. (Vera et al, 2019).

En este sentido, resulta imprescindible apuntar a la educación y prevención acerca del suicidio. En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública (MSP) elaboró la “Guía de detección y prevención de factores de riesgo de conductas suicidas” (2007). En el año 2011, la comisión honoraria de prevención del suicidio integrada por el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública y Ministerio del Interior, crea el Plan Nacional de Prevención del Suicidio a través del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), llamado “Un compromiso con la vida” (2011-2015). Este plan tuvo como objetivo principal la disminución de la incidencia de suicidio en Uruguay, considerándolo como un problema mayor para la Salud Pública, y como un acto prevenible. En este sentido, es necesaria la participación de toda la comunidad y todos sus sectores (Plan Nacional de Prevención del Suicidio, 2011).

Asimismo, el Área Programática para la Atención en Salud Mental lanzó en 2016 la elaboración de un protocolo para la atención y el seguimiento de los intentos de autoeliminación (IAE), en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Si bien, esto ya se estableció en el plan de prevención del suicidio, en el apartado de la atención integral en salud mental como una de las estrategias eficaces, se intentó que las prácticas sean estandarizadas, con acciones sistemáticas, y que la puedan realizar todos los prestadores de salud.

En base a esto, resulta imprescindible que los diferentes países a través de sus diversos actores: gobierno, sociedad civil, centros educativos y de salud, desarrollen políticas públicas que apunten a la prevención, al tratamiento y al seguimiento de los sujetos con TLP y el riesgo de conductas suicidas.

Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo monográfico se realizó una articulación entre varios autores que abordan el Trastorno Límite de Personalidad desde diferentes perspectivas. En relación a esto, resulta importante realizar algunas consideraciones finales que aporten a la generación de nuevos trabajos sobre el tema.

En primer lugar, con respecto al concepto de personalidad, se logra visualizar la importancia de la influencia de los factores genéticos y el entorno social en la construcción de la estabilidad de la persona. En este punto, diversos autores plantean que los componentes de la personalidad son variables, generando alteraciones, cuando estas afectan al psiquismo del sujeto, pueden llegar a configurar un trastorno.

A su vez, la posibilidad de cambio del sujeto se encuentra estrechamente vinculada a su capacidad de adaptación. En base a esto, hay autores que plantean que la flexibilidad adaptativa es algo importante a tener en cuenta en lo que respecta a la posibilidad de desarrollar un trastorno. En este sentido, se puede observar que la rigidez de los rasgos y la desadaptación afectan todos los aspectos de la vida de la persona. Estas características conforman un TP.

En segundo lugar, dentro del abanico de los TP, se destaca el TLP debido a que suele ser uno de los desafíos más difíciles y frecuentes, a los que se pueden enfrentar los profesionales en la clínica. Esta patología tiene una gran complejidad y una alta frecuencia en la atención clínica. Este trastorno abarca diferentes áreas funcionales de una persona como por ejemplo, el control de impulsos, la cognición, y la afectividad, generando conductas autolesivas e inestabilidad en relaciones interpersonales, alteración de identidad, entre otras. Asimismo, se caracteriza por tener diferentes matices en cuanto al aspecto clínico y su comportamiento, que varía de persona a persona, y en diferentes momentos evolutivos de un mismo paciente.

En tercer lugar, dentro de las múltiples características del TLP, este trabajo se centró en el estudio de las conductas suicidas, por la alta prevalencia existente en este trastorno. Además, se analizaron los factores de riesgo, y cómo estos llevan al sujeto a cometer intentos de autoeliminación, así como también, se observó que estas conductas se deben a múltiples causas como, por ejemplo: temor al abandono, sentimientos de culpa, desesperanza, frustración, ansiedad, impulsividad, entre otros.

A modo de conclusión, en base a lo que se planteó a lo largo de esta producción, los sujetos que sufren este trastorno padecen de un mundo interno caótico que genera

dificultad a la hora de vincularse con el entorno, la inestabilidad de sus emociones produce que tengan que lidiar con diferentes sensaciones en el mismo día, como por ejemplo: ira, dolor, tristeza, euforia y odio. Estos vaivenes emocionales pueden generar desenlaces fatales como el suicidio consumado, y es por ello que se hace necesario abordar esta patología desde una mirada integradora.

Por otra parte, un gran porcentaje de estos pacientes terminan ingresando a centros psiquiátricos por intentos de suicidio. A tal efecto, resulta imprescindible generar planes psicoeducativos a nivel familiar, social y en los sistemas de salud y educativos, con el objetivo de lograr una prevención y abordaje adecuados para estas personas, disminuyendo los ingresos hospitalarios y desnaturalizar los mitos sociales sobre el suicidio.

En base a esto, en el transcurso de este trabajo, me surgen las siguientes interrogantes: ¿Cómo ve y vivencia el entorno familiar al sujeto con TLP?; ¿cómo pueden hacer para ayudarlo o lograr calmar sus crisis?; ¿qué otras alternativas se pueden encontrar a nivel del sistema de salud mental, que no sea la internación recurrente en estos pacientes?

Asimismo, considero que, las investigaciones posteriores deberían centrarse tanto en el sujeto límite como en su entorno, no solo como un mecanismo preventivo sino también como sujetos que necesitan conocer del trastorno para poder lidiar con los múltiples episodios que presentan.

Por último, la experiencia de haber transitado por esta temática en mi trabajo final de grado, ha sido muy enriquecedora, no sólo por el proceso de aprendizaje, sino por los distintos aportes de cada uno de los autores, que permiten acceder a la presentación de diversas perspectivas planteadas acerca del tema abordado, habilitando así a la generación de nuevas investigaciones y trabajos que amplíen los conocimientos acerca del TLP y la conducta suicida.

Referencias Bibliográficas:

- Arévalo, C., Couso, M., Deberti, C., De los Santos, L., Dibarboure, M., García, R., ... & Rossi, M. (2011). Temas de psicopatología.
- Aboy, P. R. Autolesiones en pacientes border A partir de las ideas de Peter.
- Allport, Gordon W. (1963). La Personalidad: Su Configuración Y Desarrollo. Barcelona
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Artola, C. B., Solórzano, N. G., & Matamoros, D. O. (2020). Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*, 5(4), 5. Recuperado: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/437/792>
- Azpiroz, M., & Prieto, G. (2011). Trastornos de la personalidad. *Montevideo: Psicolibros-Waslala*.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Rev Psiquiatr Urug*, 74(2), 179-205. Recuperado De: http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/10_bernardi.pdf
- Blanco, C., & Moreno, P. Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon (M). 2006; 10 (4). Recuperado: https://psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/revision-del-concepto-de-personalidad-y-del-modelo-de-personalidad-p-de-millon-m/
- Caballo, V. E., & Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, (5), 31-55. Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21300503.pdf>
- Caparrós Sánchez, N. (2007). Perspectiva psicoanalítica del tratamiento de los trastornos de personalidad. *Clínica y salud*, 18(3), 363-380. Recuperado: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300007
- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud*, 18(3), 305-324.
- Castelli, G. L. (2018). Los Pacientes Fronterizos Y La Psicosis Blanca.
- Cervera, G. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Ed. Médica Panamericana.
- Cosentino, S., Arias, E., & Pérez, C. (2017). El trastorno límite de personalidad en psicoanálisis: La evolución teorica de los orígenes a la mentalización. Recuperado de http://www.temasdepsicoanalisis.org/wpcontent/uploads/2017/09/Salvatore-Cosentino.-El-trastorno-libre-depersonalidad-en-psicoanalisis_21.pdf.
- Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, Ch. (1980) Tratado de Psiquiatría. España: Masson.
- Fernández Belinchón, C., & Rodríguez Moya, L. (2013). Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad. *acción psicológica*, 10(1), 57-64. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100006
- Gabbard, G. O., & Horigian, V. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (pp. 222-6). Medica Panamericana.

- García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278. Recuperado de: https://psiquiatria.com/trastorno_de_inestabilidad_de_la_personalidadborderline/tratamiento-integral-del-trastorno-limite-de-personalidad/
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: guía clínica*. Ars Medica. Herder.
- Gunderson, JG y Phillips, KA (1991). Una visión actual de la interfaz entre el trastorno límite de la personalidad y la depresión. *El Diario Americano de Psiquiatría*.
- Izquierdo Martínez, Á. (2005). Personalidad: aproximación teórico-práctica a algunos de sus conceptos y sistemas psicológicos constituyentes. *Revista de psicología y educación*. Recuperado de: <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/12.pdf>
- Jaspers, K. (1950). *Psicopatología general*. Recuperado de: <https://pdfcoffee.com/qdownload/psicopatologia-general-karl-jasperspdf-5-pdf-free.html>
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson
- Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2011). Modelo de la psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de adolescentes. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 52, 7-40. Recuperado de: <https://www.seypna.com/documentos/articulos/modelo-psicoterapia-transferencia-modificacion-adolescentes.pdf>
- Kernberg, O. F., Ramírez, H. J., & Suárez, J. A. (1987). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. El manual moderno.
- Lerner, H., & Sternbach, S. (2008). Organizaciones fronterizas. *Fronteras*. Recuperado de: https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/organizaciones-fronterizas_hugo_lerner_.pdf
- Mansilla, F, (2015) *Suicidio Y Prevencion*. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=suicidio-y-prevencion>
- Maqueira CGC, Brito TE, Recalde AAV, et al. Tendencias y manifestaciones del temperamento. Relación con el desempeño social y físico-deportivo en estudiantes. *Rev Cubana Invest Bioméd*. 2017;36(2):127-137.
- Millon, T. (2006). *Trastorno de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson
- Millon, T., & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Masson.
- Ministerio De Salud Pública Dirección General De La Salud Programa Nacional De Salud Mental. *Guías De Prevención Y Detección De Factores De Riesgo De Conductas Suicidas*
- Mosquera, D. (2004). *Diamantes en bruto: Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad: manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. I*.
- Nieto, T. E. (2006). *Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento*. Copyright© Instituto InNiS, 19. Recuperado de: <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/TLP-estudio-y-tratamiento-por-tania-escribano-nieto.pdf>

- Organizacion Mundial De La Salud Oms (2009). Suicide Prevention. Ginebra: [Http://www.who.int/mental_health/prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/en/)
- Pedraza, R. S., Gómez, D., Pinzón, A., & Guzmán, Y. (2001). Aspectos generales sobre evaluación y manejo del paciente con conducta suicida. *Revista de la Facultad de Medicina*, 49(2), 105-109.
- Polaino-Lorente, A., Cabanyes Truffino, J., & Pozo Armentia, A. D. (2009). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid: Rialp, 2003 Madrid: Rialp, 2003. Recuperado de: <https://repositorioinstitucional.ceu.es/jspui/handle/10637/1787>
- Ramos, P. (2014). Trastornos de la personalidad: Aproximación al enfoque integracionista de Theodore Millon.
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Perez, V., Solano, S., Meluk, A., Guerrero, E., & Liemann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36(2), 237-254. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-74502007000200007
- Sampietro, L. F., & Buratti, M. A. F. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 149-154.
- Schneider, K. (1980). *Las personalidades psicopáticas*. Ediciones Morata. Recuperado de: <https://books.google.com.uy/books?id=s-4p3kpkuwyc&pg=pa31&lpg=pa31&dq=las+personalidades+anormales,+son+variaciones,+desviaciones,+de+un+campo+medio,+imaginado+por+nosotros,+pero+no+exactamente+determinable,+de+las+personalidades>.
- Valdivieso, S. (2005). *Fundamentos de psiquiatría clínica*. Ediciones UC. Recuperado de: [https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=v-ttdwaaqbaj&oi=fnd&pg=pa4&dq=valdivieso,+s.++\(2005\).+fundamentos+de+psiquiatr%3c3%ada+cl%3c3%adnica.&ots=nec9rngjdu&sig=gdelwo5jead-2_y1the-n8pbvj4#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=v-ttdwaaqbaj&oi=fnd&pg=pa4&dq=valdivieso,+s.++(2005).+fundamentos+de+psiquiatr%3c3%ada+cl%3c3%adnica.&ots=nec9rngjdu&sig=gdelwo5jead-2_y1the-n8pbvj4#v=onepage&q&f=false)
- Véjar, R. R., & Schorr, A. O. (2003). *Trastornos de personalidad: Hacia una mirada integral*. Sociedad Chilena de Salud Mental. Recuperado de: <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/trastornos-de-la-personalidad-hacia-una-mirada-integradora-riquelme-y-oksenberg.pdf>
- Vera-Varela, C., Giner, L., Baca-García, E., & Barrigón, M. L. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 1-6. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-trastorno-limite-personalidad-el-reto-s1134593419300065>
- Vigo Novoa, C. K. (2019). Antecedentes de abuso infantil asociado a conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite.
- Walsh, BW (2006). *Treatment of self-harm: a practical guide*. Guilford Press.
- Westen, D., Shedler, J., Y Bradley, R. (2013). Un Enfoque Mediante Prototipos Para El Diagnóstico De Los Trastornos De La Personalidad. En Hales, D., Y Hyman, M. *Focus. Trastornos De La Personalidad (Ii)*. Recuperado De: http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/focus_2013-4-trastornos-de-la-personalidad-ii.pdf#page=10

Winchel, R. M., & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American journal of psychiatry*. Recuperado de: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=168018>

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L. Y Frankenburg, F. R. (1997). Experiencias Infantiles Patológicas Informadas Asociadas Con El Desarrollo Del Trastorno Límite De La Personalidad, 154, 1101-1106.