

Herramientas de evaluación en TLP y
estrategias de intervención

Dolores Mosquera
www.intra-tp.com

Importante: Confidencialidad

- ▶ Los videos y la información de casos clínicos no puede ser grabada, ni en video ni en audio.
- ▶ La información de los pacientes es confidencial, no se puede comentar ni compartir fuera de este curso, ni en ningún otro contexto.
- ▶ Aunque los videos están distorsionados, si el alumno reconoce a algún paciente ha de avisar para poder poner otros videos.



La importancia de la evaluación y la recogida de historia en el TLP

La fase de valoración es fundamental para
entender el problema que presenta el paciente y
para una adecuada planificación terapéutica.



En pacientes con trastornos de personalidad
esta implica una mayor complejidad y algunas
características particulares.



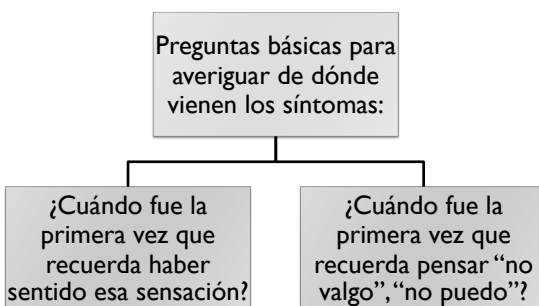
Pasos generales en las primeras
tomas de contacto

- ▶ Recoger historia y establecer una alianza terapéutica
 - ▶ Crear un contexto seguro.
- ▶ Importante explorar habilidades y puntos Fuertes
 - ▶ A nivel individual, familiar y social), no solo explorar eventos traumáticos.
- ▶ Permitir que el paciente cuente su historia
 - ▶ Siempre que pueda tolerarlo y esto le ayude) pero sin entrar en demasiados detalles.

En los Trastornos de la Personalidad,
especialmente en el TLP

- ▶ La recogida de información tiene que tener un equilibrio entre ser suficiente y ser tolerable para el paciente
- ▶ Cuanto mayor es la disociación más cuidado hemos de tener al entrar en aspectos de los que el paciente aún no puede darse cuenta, no puede recordar, o en los que no puede soportar pensar
- ▶ En los casos evidentes de trauma, hemos de tener claro si el paciente está o no en condiciones de aproximarse al trabajo con el trauma pero esto no ha de estar motivado por el temor del terapeuta.

Entender de dónde vienen
los síntomas en el TLP



Entender de dónde vienen
los síntomas en el TLP

En los trastornos de la personalidad,
especialmente en el TLP

Entender de dónde vienen los síntomas actuales, o
con qué están relacionados, se hace más complicado
pues suele haber muchos hechos relevantes

Las historias de los pacientes, suelen estar repletas de
traumas evidentes y traumas más encubiertos
relacionados con el apego y la negligencia

Los función de los síntomas
en la historia temprana del paciente



Por lo general, los síntomas han tenido una función útil y adaptativa en
el pasado; en algunos casos, la siguen teniendo en el presente.



Identificarlo no siempre es posible; en los casos de trauma
complejo es frecuente que no haya recuerdos o que estén muy
fragmentados.



En otros casos existen recuerdos pero los mecanismos de protección
que ha desarrollado el paciente no le permiten abordarlo antes de
realizar un trabajo de preparación, psicoeducación y estabilización

Problemas frecuentes en la recogida de
historia del paciente con TLP

- ▶ Indagar demasiado en la
historia, puede
desestabilizar al paciente.
- ▶ Es importante tener
cuidado y “no abrir de
demasiadas puertas”

Vamos a mirar
en el armario

Problemas frecuentes en la recogida de
historia del paciente con TLP

- ▶ En los casos de trauma complejo, la amnesia es frecuente.
- ▶ Por tanto puede ser difícil realizar una recogida de historia completa.



Problemas frecuentes en la recogida de
historia del paciente con TLP

- ▶ Preguntar acerca del trauma demasiado pronto puede ser abrumador.
- ▶ Cuando el dolor es demasiado intenso, la disociación es un recurso.
 - ▶ *"En ocasiones me gustaría arrancarme el corazón para no sentir tanto"*

Problemas frecuentes en la recogida de
historia del paciente con TLP

- ▶ Caos
- ▶ Alteración de la identidad
 - ▶ ¿Quién soy?
 - ▶ ¿Qué pienso?
 - ▶ ¿Qué me gusta y que no?
 - ▶ ¿Qué necesito?

Herramientas útiles
para la evaluación

Exploración del trauma complejo y el TLP
(ver anexo)

- ▶ Entrevista para valorar la presencia de un TLP
- ▶ EARLY. Escala de experiencias familiares adversas
- ▶ Escala de Autocuidado
- ▶ Escala DERS (regulación emocional)
- ▶ Escala DES (experiencias disociativas)
- ▶ Inventario de razones para vivir.

Exploración del TLP

- ▶ Video entrevista inicial

Escala de Experiencias en la Infancia (EFI)

Anabel Gonzalez & Dolores Mosquera (2009)
Anabel Gonzalez, Dolores Mosquera & Andrew Leeds (2010)

¿Por qué surge esta escala?

El concepto de trauma
sigue siendo interpretado
como todo o nada.

Para muchos profesionales,
pacientes y familiares, la
palabra "trauma" es
equiparable solo a "abuso
sexual" o "maltrato físico"

El concepto del trauma es
mucho más amplio y en
ocasiones mucho más sutil.

Los traumas de omisión
pueden ser incluso más
difíciles de identificar y
por tanto, tratar

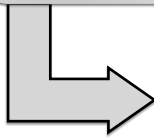
¿Por qué surge esta escala?

Nos permite una exploración más detallada y exhaustiva y
nos hace evidentes aspectos que podrían pasar
desapercibidos incluso en una entrevista larga.

Es necesario desarrollar instrumentos que valoren
aspectos relacionados con la negligencia, falta de cuidados
adecuados y el apego pues en muchos pacientes graves,
esta es la clave para la conceptualización del caso y
desarrollar el plan terapéutico.

Los traumas tempranos “menores” también son relevantes

Durante la niñez, muchas de las amenazas percibidas están relacionadas con la falta de disponibilidad o resonancia emocional del cuidador primario.



Los “traumas ocultos” están relacionados con la incapacidad del cuidador de modular los estados afectivos adaptativos. (Schuder & Lyons-Ruth, 2004).

Escala de Experiencias en la Infancia (EFI)

La escala es un instrumento autoaplicado que consta de 89 ítems.

El paciente ha de poner un círculo alrededor del porcentaje que mejor refleja sus experiencias en la infancia (del 0 a 100%).

Estas preguntas hacen referencia a los cuidadores principales que ha tenido el paciente desde su nacimiento hasta los 15 años.

Instrucciones para el terapeuta

Esta escala contiene ítems que para pacientes con mucha traumatización en la infancia pueden ser duros y difíciles de cubrir. Algunos pacientes sólo podrán cumplimentar esta escala cuando el proceso terapéutico esté iniciado, y su terapeuta valore que es buen momento para profundizar en la historia traumática.

Es tarea del evaluador valorar si el paciente está en condiciones de recoger estos datos.

Cuando no sea así, esto se considerará un indicador de primer nivel de graves experiencias traumáticas en la infancia, y el evaluador recogerá los motivos por los que estos datos no hayan podido ser recogidos:

Instrucciones para el paciente

Estas preguntas se refieren a los cuidadores principales que ha tenido desde su nacimiento hasta los 15 años de edad. Si por los motivos que fuera no fue criado por sus padres, por favor, explique brevemente y apunte qué personas se ocuparon de usted cuando era niño, hasta los 15 años de edad. Luego conteste a las preguntas haciendo referencia a esas personas.

Conteste refiriéndose únicamente a la familia con la que se crio o con la que convivió, no a familiares con los que tenía otro tipo de relación. Si no le cuidaron siempre las mismas personas coméntelo con el terapeuta para decidir cómo cubrir la escala

Para contestar rodee con un círculo el porcentaje aproximado en el que cada frase representa su experiencia (0-100%)

Aspectos que explora la escala

- ▶ Modelado adecuado- Inversión de roles
- ▶ Afecto-carencia de afecto
- ▶ Disponibilidad-Ausencia
- ▶ Predictibilidad-Variabilidad
- ▶ Falta de atención adecuada, negligencia
- ▶ Compartir afecto positivo-Falta de afecto
- ▶ Entornos caóticos-Coherencia
- ▶ Amenaza o percepción de riesgo en el niño-Seguridad
- ▶ Abuso verbal, físico y/o sexual-Refuerzo positivo, cuidados adecuados
- ▶ Perdidas importantes (duelos, cambios..)

Escala de autocuidado revisada (SCPS-R)

Anabel González, Dolores Mosquera,
Andrew M. Leeds & Jim Knipe (2012)

Instrucciones para el paciente

- ▶ Estas preguntas se refieren a cómo cuida de usted mismo.
- ▶ Lea cada una de las preguntas y rodee con un círculo el número que represente mejor hasta que punto esto es cierto para usted, según las siguientes opciones:

▶ -----

Aspectos que explora la escala

1. Cuidado físico
2. Identificar y atender a sus necesidades
3. Tener una visión realista acerca de uno mismo
4. Comportamientos o conductas autodestructivas
5. Ser capaz de tolerar y asimilar el afecto positivo y el reconocimiento
6. Realizar actividades positivas y mantener relaciones positivas para uno mismo
7. Ser capaz de pedir y aceptar ayuda
8. Rol de cuidador hipertrofiado
9. Mantener y fijar límites adecuados

▶ -----

Explorando Patrones
de autocuidado

Elementos de un patrón de autocuidado
sano

- ▶ Mirarse a uno mismo con “los mejores ojos posibles”
- ▶ Mirarse a uno mismo con “ojos realistas”
- ▶ Reconocer y validar las propias necesidades
- ▶ Protegernos de modo adecuado: establecer y entender la necesidad de límites
- ▶ Alcanzar un equilibrio entre nuestras necesidades y las de los demás

La entrevista clínica: aspectos a tener
en cuenta durante las primeras
sesiones

Particularidades en el TLP y trauma complejo

Actitud por parte del terapeuta

- ▶ Cautela y tacto
- ▶ Cercanía pero cuidando la distancia adecuada
- ▶ No hacer de investigador
- ▶ Interés “graduado”.
- ▶ Actuar de “regulador” (ayudar al paciente a seguir/frenar si no sabe)
- ▶ Límites claros y predictibilidad
- ▶ Estructura (no podemos funcionar de manera caótica cuando lo que predomina es el caos)
- ▶ Plan de tratamiento estructurado aunque flexible

Aspectos importantes

Formación	Optimismo (realista)	Paciencia y manejo de la contratransferencia
Estructura clara pero flexible	Coherencia	Modelado

Aspectos que valoran los pacientes y sus familiares

Comprensión	Empatía	Tacto	Calidez
Calma	Seguridad	Confianza	Interés
Disposición	Flexibilidad	Respeto	Coherencia
Claridad	Paciencia	Estabilidad	Constancia

Trastorno Límite de la Personalidad
Profundizando en criterios DSM

Trastorno límite de la personalidad según el DSM

El Trastorno Límite de la Personalidad es definido como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos.



El DSM recoge una lista de
9 criterios diagnósticos.

Los criterios del TLP en la práctica clínica

Fuente: Revista Persona. IAEPD Instituto Argentino para el
Estudio de la Personalidad y sus Desórdenes. Volumen 10,
número 2, junio 2010

¿Criterios independientes?

El DSM recoge estos
criterios de manera
independiente pero en
la práctica esta
"independencia" es
relativa.



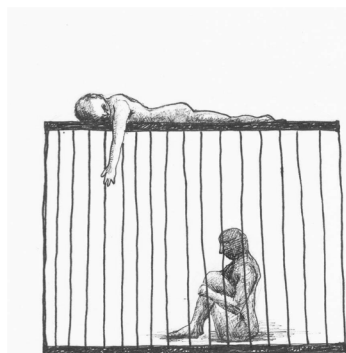
Tratar estos criterios
de manera
independiente, es uno
de los aspectos que
contribuyen a la
confusión y que
dificulta la
comprensión de este
trastorno.



Utilidad de la clasificación del DSM

Las clasificaciones internacionales responden a un intento de encontrar un lenguaje común entre clínicos e investigadores de distintas orientaciones, y pese a todas sus deficiencias, ha contribuido a disminuir, en parte, la enorme torre de babel de la Psicopatología.

Pero, como efecto colateral, el predominio de estas clasificaciones ha retirado el foco de atención del **enfoque individualizado** de los casos, donde tratamos de entender, más allá de cualquier etiqueta, el por qué una determinada persona ha desarrollado el conjunto de problemas que presenta y, sobre todo, de qué modo puede llegar a superarlos.



Criterio I

**Esfuerzos
frenéticos para
evitar un
abandono
real o
imaginario**

Criterio 1. Dificultades con la soledad

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

Criterio 1

- ▶ Sentirse rechazado o ignorado puede desencadenar reacciones emocionales muy intensas en el paciente.
- ▶ Si bien todas las personas se pueden sentir muy mal cuando temen ser abandonadas y pueden reaccionar de maneras diversas ante una pérdida, es poco habitual que estas reacciones lleguen a los extremos a los que llegan las personas con un Trastorno Límite de la Personalidad.

Ejemplo de cómo se interrelacionan y
retroalimentan los “criterios”

- ▶ Una paciente piensa que su pareja la va a dejar.
- ▶ Aunque no tiene la certeza de que esto sea cierto, se llega a convencer de que es así
 - ▶ Interpretando señales neutras (no contesta al teléfono, no está “tan hablador”,...) como “pruebas”.
 - ▶ Reacciona con amenazas, “si me dejas me mato”, con ruegos “por favor no me dejes, seré buena” o con conductas destructivas como autolesiones.
- ▶ En este caso el criterio 1 (miedo al abandono) “activaría” el criterio 5 (comportamientos intensos o amenazas suicidas).

Esta misma paciente puede:

- ▶ Recurrir a conductas compensatorias y/o evasivas como beber, tomar drogas o automedicarse para “dormir y no pensar”
- ▶ Incluso puede acostarse con una o varias personas a las que acaba de conocer para sentirse conectada con alguien
 - ▶ Activándose el criterio 4: impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas para sí mismo.

Criterio 1

- ▶ Algunos autores consideran que los pacientes con trastorno límite necesitan una figura de sostén que les permita contener sus ansiedades y situarse con cierta seguridad en el mundo.
- ▶ Esto explicaría las dificultades que experimentan muchas de las personas con este diagnóstico cuando perciben la amenaza (sea real o imaginada) de perder a una figura importante.
- ▶ Otto Kernberg habla de un miedo al abandono muy intenso que se debe a la incapacidad que tienen las personas con TLP de desarrollar un sentido interno de los demás que sea consistente y permanente.

CRITERIO 2

**Patrón de relaciones
interpersonales
inestables e intensas
caracterizado por la
alternancia entre los
extremos de
idealización y
devaluación**



Criterio 2. La dependencia variable

- ▶ Es frecuente que las personas con este diagnóstico se sientan dependientes y que en ocasiones esta dependencia se manifiesta de manera indirecta
 - ▶ Por ejemplo, con respuestas hostiles hacia los demás.
- ▶ Esto hace que su manera de interactuar cause gran desconcierto en las personas con las que se relacionan y les lleva a mantener relaciones muy variables y habitualmente conflictivas.
- ▶ Es muy difícil entender que un "déjame en paz, no quiero volver a verte" realmente quiera decir "por favor, no me dejes, te necesito".
- ▶ El paciente no siempre es consciente de esta "falta de conexión" entre lo que siente y necesita y lo que hace y/o dice, de ahí lo perplejo que se puede quedar ante las reacciones de los demás y viceversa.

Criterio 2.

La idealización y la devaluación

- ▶ Las personas con TLP pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a alguien a quien acaban de conocer (especialmente cuando perciben una “especial conexión”, se sienten apreciados, escuchados y/o valorados).
- ▶ Pero esto suele cambiar de manera muy rápida y pueden pasar de la idealización a la devaluación, pensando que no se les presta suficiente atención o “que no los quieren y los rechazan”.
- ▶ Cualquier pequeño detalle puede desencadenar una sensación de traición y profundo dolor.

De la idealización a la devaluación



Criterio 2.

La hipersensibilidad al rechazo

- ▶ La hipersensibilidad puede hacer que se muestren atentos a cualquier posible señal de alerta que implique rechazo o la posibilidad de “que se les conozca de verdad” (pues es habitual que sientan que si los demás les llegan a conocer, se alejarán de ellos).
- ▶ Esta alta reactividad puede confundirse con el paranoidismo, siendo muy difusa la diferencia con los síntomas del criterio 9.
- ▶ Una vez más se hace evidente la relación existente con el criterio 1 (esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado).

Criterio 2. La tendencia a personalizar

- ▶ Otro aspecto que complica las relaciones interpersonales, es la **tendencia a personalizar** las reacciones y/o comentarios de los demás y a interpretarlos como algo “en contra de ellos”.
- ▶ Terapeuta cansado: “Estás cansado de mí”.
- ▶ En ocasiones, cuando están muy activados a nivel emocional (criterio 6) se pueden volver muy desconfiados e incluso llegar a pensar (y creer) que los demás quieren hacerles daño, llegando a distorsionar la realidad (criterio 9).

Criterio 2

- ▶ Este criterio está relacionado con la dificultad para aprender de la experiencia (de los fallos, de los aciertos, etc.) la falta de habilidades, la falta de experiencias interpersonales favorables y los entornos invalidantes.
- ▶ También estaría relacionado con los problemas de apego, con la alteración de la identidad, con la tendencia a medir su valía en función de lo que opinan los demás e incluso, en algunos casos, con sintomatología disociativa.



CRITERIO 3

Alteración de la
identidad:

auto-imagen o
sentido de sí
mismo acusada y
persistentemente
inestable

Criterio 3

- ▶ A grandes rasgos, la Identidad, sería el conjunto de características que nos permiten tener un sentido de quiénes somos, qué queremos y hacia dónde vamos.
- ▶ Una identidad sana incluiría la capacidad de elegir un camino apropiado a nivel ocupacional, de alcanzar intimidad con otros y de encontrar un lugar en el seno de la sociedad (Novella & Plumed)

La confusión de identidad

- ▶ A la que Erikson se refirió originalmente como difusión de identidad:
- ▶ Sentimiento subjetivo de incoherencia, dificultad para asumir roles y elecciones ocupacionales o tendencia a confundir en las relaciones íntimas los atributos, emociones y deseos propios con los de la otra persona y temer por tanto una pérdida de identidad personal cuando una relación termina.

La confusión de identidad

- ▶ El término confusión de identidad describe también síntomas disociativos y puede responder a la existencia de partes disociativas con mayor o menor autonomía mental.

Criterio 3. ¿Quién soy?,
¿qué me gusta?

- ▶ Muchas personas con TLP dicen no encontrar una identidad propia y lo suelen expresar en frases como:
 - ▶ “Sé cómo debería de ser, qué tendría que hacer, qué sería normal que sintiera pero soy incapaz, me resulta totalmente imposible”.
- ▶ Esa “conciencia de rareza” y de extrañeza, les lleva a sentir una gran sensación de frustración y culpabilidad.

▶ -----

Criterio 3. Al no tener una identidad definida
suelen “buscar” pistas en los demás

- ▶ La falta de identidad hace que busquen explicaciones diversas a lo que les ocurre.
 - ▶ Se aferran a cualquier cosa que les permita explicar su confusión y su incertidumbre; una explicación que disminuya su culpa y que a la vez, permita que los demás le comprendan.
 - ▶ Es frecuente que durante un ingreso, la persona con una identidad difusa, tome como referencia al grupo de pacientes con los que se encuentre ingresado y empiece a copiar y manifestar la sintomatología de estos, llegando a creerla propia.
- ▶ Esto está relacionado con uno de los aspectos que se observan durante los ingresos: la mimetización.

▶ -----

Criterio 3

- ▶ Muchos refieren dificultades para “encontrar su camino” o “averiguar cómo son” y se sienten abrumados cuando han de responder a preguntas básicas del tipo “¿cómo te describirías?, ¿qué es lo que te gusta hacer?”.

▶ -----

Criterio 3. Tendencia a agradar, a “crear
mascaras de aparente normalidad” -----

- ▶ Muchos pacientes con TLP se sienten como “farsantes” y se esfuerzan para mantener una fachada de aparente normalidad (otro aspecto que desconcierta a los observadores).
- ▶ Cuando existe disociación esto es aún más complejo y desconcertante.
“Me siento como un payaso que siempre actúa de cara a la galería, que tengo que estar bien para no tener problemas con los demás; siento que no puedo expresar la realidad de lo que siento porque no lo entenderían”

▶ -----

Criterio 3. ¿Falta de constancia? -----

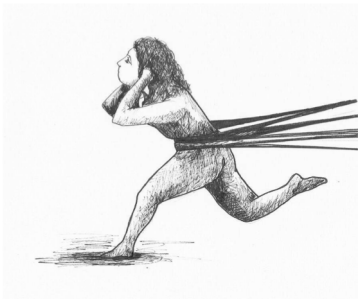
- ▶ Con frecuencia se dice que las personas con TLP son impacientes y que tienen grandes dificultades para ser constantes en aquello que se proponen.
- ▶ Esta “falta de constancia” puede estar relacionada con la alteración de la identidad y con la tendencia a hacer lo que se espera de ellos, en lugar de pensar y reflexionar sobre lo que “ellos querrían hacer”.
- ▶ Es frecuente que muestren confusión y variabilidad en torno a sus valores y que éstos varíen en función de la opinión y/o de las preferencias que tienen las personas con las que se relacionan.

▶ -----

Criterio 3 -----

- ▶ Este criterio puede estar relacionado con los problemas de apego
 - ▶ Con la falta de referentes estables y la tendencia a medir su valía en función de lo que opinan los demás.
- ▶ En muchos casos, la alteración de la identidad está relacionada con síntomas disociativos.
- ▶ Esto último explicaría muchas de las reacciones aparentemente impredecibles y “sin conexión” que se pueden observar en muchas de las personas con TLP.

▶ -----



Criterio 4

Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida..)

Criterio 4

- ▶ Las personas con TLP son conocidas por actuar de manera impulsiva, sin pararse a pensar en las consecuencias de sus acciones.
- ▶ Algunos se mueven por el deseo o la intensidad del momento, por la excitación de la situación o por la posible recompensa inmediata y/o gratificación.
- ▶ En otros casos, la persona se mueve por auténtica desesperación, por angustia y por sentirse incapaz de “frenar” una vez ha pasado “a la acción”.

Criterio 4

- ▶ A veces la persona se da cuenta de lo que está haciendo y esto le frustra mucho más.
- ▶ Ejemplo “sabía que estaba metiendo la pata hasta el fondo, lo vi en sus ojos, sabía que estaba asustado y que no quería volver a verme pero no podía parar; darme cuenta de eso me activaba muchísimo más”.
- ▶ Este ejemplo sería un claro ejemplo de la dificultad para tolerar las emociones y para regularlas de manera efectiva.

Criterio 4. "Soy impulsivo"

- ▶ Las personas con este diagnóstico se suelen percibir y describir como "impulsivas" aunque es poco habitual que piensen sobre los **motivos** por los que se comportan o reaccionan de manera impulsiva.
- ▶ Es frecuente que digan cosas como "soy así, no puedo evitarlo" y que lleguen a creer que no "tienen control sobre su comportamiento".
- ▶ Si bien esto puede ser cierto en momentos puntuales, también es cierto que gran parte de las reacciones impulsivas se pueden sustituir por otras reacciones más adaptativas.

Criterio 4.
¿Se puede frenar la impulsividad?

- ▶ Esto no ocurrirá de manera espontánea y por supuesto, no ocurrirá **sin práctica** pero se puede conseguir con ejercicios de psicoeducación y reflexión que ayuden a la persona a identificar sus tendencias impulsivas y a pensar en alternativas.

Criterio 4. Conductas impulsivas

Los ejemplos de conductas impulsivas más frecuentes son los que menciona el DSM en este criterio:

- ▶ Tendencia a derrochar dinero
 - ▶ Incluso más del que una persona se puede permitir,
- ▶ Abuso de sustancias
 - ▶ Aunque suele ser con el fin de "desconectar", para "no pensar", no simplemente por placer o hábito
- ▶ Conducción temeraria
 - ▶ Habitualmente con el fin de "regular" un estado emocional difícil de tolerar o para "parar algo",
- ▶ Atracones de comida
 - ▶ Por ansiedad, como medida compensatoria, como manera de regular las emociones.

Criterio 4. Conductas impulsivas

- ▶ La diferencia de las conductas impulsivas en personas con TLP y sin TLP está en la **motivación**: lo que lleva a una persona a reaccionar de esa manera.
- ▶ Una persona puede darse un atracón de comida porque le apetece comer y no tiene necesariamente que sentirse mal; esto no sería así en el caso de una persona con TLP, la conducta de "atracción" tendría una **función reguladora**.
- ▶ Una persona puede consumir drogas o beber alcohol porque le gusta, porque le gusta la sensación pero no necesariamente llevado por **un malestar muy intenso que "necesita frenar"** (que sería lo que habitualmente lleva a una persona con este diagnóstico a reaccionar así).

▶

Criterio 4

- ▶ Saphiro ha definido la impulsividad como la tendencia a actuar, tras un estímulo momentáneo, sin una planificación previa o sin un sentido o deseo claro.
- ▶ Esto definiría muy bien lo que sienten y refieren muchos pacientes cuando comentan "no saber por qué han reaccionado así".
- ▶ Si tenemos en cuenta que muchos autores asocian la impulsividad a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados, encontraríamos una interrelación entre los criterios 4 (impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas) y 5 (comportamientos intensos, amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación).

▶

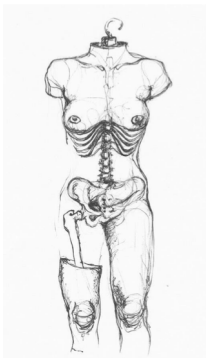
Criterio 4

- ▶ Este es uno de los criterios que puede tener una base biológica importante
- ▶ Pero también está relacionado con la dificultad para aprender de la experiencia, la baja tolerancia a la frustración, la dificultad para reflexionar sobre las posibles consecuencias, la hipersensibilidad y los cambios bruscos de humor.
- ▶ Todo lo anterior se traduciría en una falta de habilidades y carencia de recursos que les hace vulnerables y reactivos (especialmente cuando se trata de una impulsividad "aprendida").

▶

Criterio 4

- ▶ Este criterio, al igual que los dos anteriores, puede, en determinados momentos, ser activado y estar relacionado con **síntomas disociativos**.
- ▶ La persona puede tener “bloqueados” determinados recuerdos que se activan de manera aparentemente inconexa, con una noticia que “accede” a información almacenada en una determinada parte emocional no consciente.



CRITERIO 5

Comportamientos
intensos o
amenazas
suicidas
recurrentes,
comportamiento
de
automutilación

Criterio 5

- ▶ Para algunos autores, el TLP sería el equivalente a la “personalidad suicida”.
- ▶ La mayoría de los estudios fijan la tasa de suicidios consumados, en torno al 10% y la tasa de intentos de suicidio en torno al 70%.

Criterio 5

- ▶ Este criterio abarca muchas de las reacciones por las que los pacientes con TLP acuden a Urgencias o son hospitalizados.

Criterio 5

- ▶ Para entender este criterio y todo lo que conlleva es muy importante entender los “disparadores”
 - ▶ La motivación detrás de la conducta “aparentemente desadaptativa”.
- ▶ Los comportamientos intensos, las amenazas suicidas y los comportamientos autodestructivos como la automutilación suelen ser interpretados como chantajes y manipulaciones cuando en realidad, en la mayor parte de los casos, son una manera **efectiva** que ha encontrado el paciente para hacer frente a emociones difíciles de tolerar y para poder calmarse.

Criterio 5

- ▶ Las personas con este diagnóstico son conocidas por presentar una elevada hipersensibilidad y una dificultad tremenda para tolerar y manejar las emociones negativas.
 - ▶ Cuando la persona no ha adquirido los “recursos esperados” para hacer frente a los imprevistos, para manejar dificultades y para resolver conflictos, es habitual que haya encontrado su propia manera de regularse.
- ▶ Los cortes, las quemaduras, las amenazas suicidas e incluso los intentos de suicidio suelen ser la única manera que ha encontrado el paciente de hacer frente a las dificultades.

Criterio 5

- ▶ Para muchos pacientes, estos comportamientos son **adaptativos y efectivos** y en ocasiones, son lo que les ayuda a **mantenerse con vida**.
- ▶ En la mayor parte de los casos, si profundizamos en los motivos que les han llevado al intento de suicidio, encontramos información que nos indica que la persona quiere **“dejar de sufrir”** y aprender a **vivir de otra manera**.

Criterio 5

- ▶ Este criterio, al igual que en el anterior, está relacionado con la dificultad para aprender de la experiencia y la falta de habilidades.
- ▶ También estaría relacionado con la dificultad para tolerar el malestar, para confortarse a sí mismo, para regular las emociones y la dificultad para ver otras salidas al sufrimiento.
- ▶ En algunos casos también existe relación con los síntomas disociativos.



Criterio 6

Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.

Por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días).

Criterio 6. Inestabilidad afectiva

- ▶ Las personas que cumplen este criterio son especialmente vulnerables a los factores externos.
- ▶ En este sentido es interesante mencionar a Linehan que considera que las personas con este diagnóstico son excesivamente sensibles a los estímulos emocionales y tienen reacciones muy intensas incluso frente a estímulos bajos.
- ▶ Para esta autora este criterio parece representar la “base” del trastorno.

Criterio 6. Inestabilidad afectiva

- ▶ Muchas personas con TLP manifiestan una marcada hipersensibilidad ante desencadenantes ambientales, que pueden tener en parte una base postraumática.
- ▶ Gestos, actitudes, expresiones en el otro que recuerdan al paciente expresiones del cuidador en la infancia, pueden disparar reacciones que en un adulto parecen desproporcionadas y fuera de contexto.

Criterio 6. Inestabilidad afectiva

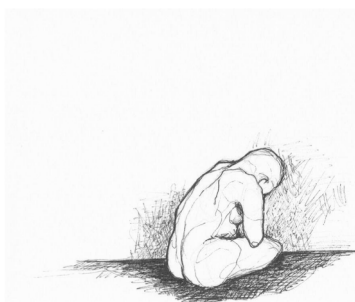
- ▶ Las personas con TLP presentan una inestabilidad emocional que afecta a muchas de las áreas
 - ▶ Se puede manifestar mediante cambios bruscos en el estado de ánimo.
- ▶ El estado de ánimo básico de tipo disfórico, es decir la tendencia a sentirse triste o desmotivado, de las personas con un trastorno límite de la personalidad, suele ser interrumpido por periodos de ira, angustia o desesperación
- ▶ Son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo.

Criterio 6. Variabilidad

- ▶ La percepción de algo amenazante puede hacer que la persona cambie por completo de opinión
- ▶ Puede pasar de pensar que su pareja se porta mal con ella y que no le conviene, a pensar que no podría vivir sin él ante la idea o amenaza de sentirse sola, por ejemplo
- ▶ Y que, afectada por la activación emocional, presente cambios bruscos de humor, de sentimientos y/o de comportamiento.
- ▶ Con estos intensos sentimientos o pensamientos de tipo negro/blanco, la desilusión a menudo se convierte en ira, que puede ser dirigida hacia otros, en forma de ataques verbales o físicos, o dirigida hacia uno mismo en intentos de suicidio o conductas autolesivas.

Criterio 6. Inestabilidad afectiva

- ▶ Este criterio sería uno de los que tiene mayor **peso biológico** y mejor respuesta a los tratamientos farmacológicos pero no se puede obviar que la “**tendencia reactiva**” observada en la mayoría de las personas con este diagnóstico, suele estar relacionada con **factores externos y relacionales**.
- ▶ Es decir, el peso de la **crianza**, del **aprendizaje** y de la **experiencia vital** son aspectos a tener en cuenta.
- ▶ Una vez más, este criterio, al igual que los anteriores puede ser activado por emociones, recuerdos y experiencias **disociadas** que se manifestarán o no de manera extrema en función del “rol” y vivencia, activados en un determinado momento.



CRITERIO 7

Sentimientos
crónicos
de vacío

Criterio 7. Sentimientos de vacío

- ▶ Algunos pacientes dicen que se aburren con facilidad y que siempre están buscando algo que hacer; lo que en ocasiones les lleva a realizar actividades o comportamientos de riesgo, ya que las emociones más intensas pueden hacerles sentir vivos
- ▶ Esa búsqueda, desesperada en muchas ocasiones, es una manera de buscar sentido a su vida y una forma de intentar llenar un vacío que describen como “brutal”, “desolador”, “imposible de llenar”.....

▶ -----

Criterio 7. Sentimientos de vacío

- ▶ Algunos pacientes describen la sensación de vacío como un sentimiento muy intenso que “invade todo su ser”, otros refieren “que no hay nada que les llene ni que les aporte nada”, o hablan de “un dolor que les traspasa y los anula”.
- ▶ Otros la describen como “un pozo sin fondo en el que la angustia lo llena todo”.

▶ -----

Criterio 7. Sentimientos de vacío

- ▶ La mayoría de los pacientes que presentan sentimientos de vacío hablan de la necesidad de atenuarlo y de intentos desesperados de “llenarlo”.
- ▶ Una manera habitual de manejar esta sensación “aplastante” para muchos es recurriendo a conductas dañinas con la intención de desconectar (criterio 4) incluso a autolesiones y en algunos casos, a intentos de suicidio (criterio 5).
- ▶ Por otra parte, la sensación de vacío les lleva a sentirse “incompletos” y afecta a la visión que tienen de ellos mismos y de los demás (es frecuente que idealicen a otros porque consideran que su vida “está más llena y es más merecedora de vivir que la suya”).

▶ -----

Criterio 7. Sentimientos de vacío

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

Sentimientos de vacío

Ejemplo de un caso

- ▶ Cuando preguntamos a una de nuestras pacientes cuándo fue la primera vez que sintió estas sensaciones habla de su infancia, en torno a los 7 años.
- ▶ Su vinculación a su madre es muy extrema, sintiéndose desprotegida e incompleta desde su muerte, 5 años atrás. La describe como una “buena madre”, preocupada por sus hijos y trabajando mucho por ellos.
- ▶ Su padre era un bebedor habitual, que llegaba con frecuencia tarde a casa.
- ▶ Ella se recuerda preocupada en su habitación, pendiente de la hora de regreso de su padre.

Sentimientos de vacío

Ejemplo de un caso

- ▶ No recuerda episodios de agresividad, ni maltrato psicológico o verbal. Tampoco recuerda un abrazo, y la necesidad de ser abrazada es de una intensidad insoportable para ella.
- ▶ Los adultos estaban ahí, pero son muchos los momentos en que describe una absoluta soledad.
- ▶ La vinculación y dependencia de la madre parecen más la expresión de una necesidad de apego no enteramente satisfecha.
- ▶ El sentimiento de vacío está muy conectado con estas experiencias.

Sentimientos de vacío

Ejemplo de un caso

- ▶ En las relaciones de pareja ha buscado “todo lo que nunca tuvo” lo que la llevó a volcarse por completo en su matrimonio, estableciendo una relación dependiente en la que toleró un maltrato continuado durante años.
- ▶ En ocasiones recurrió al alcohol y la cocaína para salir de esta sensación que le resulta intolerable, pero aún ahora que no consume o tiene relaciones problemáticas alrededor, esta sensación de vacío sigue presente de modo intenso en algunos momentos, muy asociada con la soledad.

Criterio 6. Sentimientos de vacío

- ▶ Cuando una persona necesita de los demás para sentirse más “lleno” o “menos vacío”, se sitúa en una postura muy vulnerable pues depende de factores externos para sentirse mejor.



CRITERIO 8

Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira

(por ej.: muestras
frecuentes de mal
genio, enfado
constante, peleas
físicas recurrentes)

Criterio 8

- ▶ Algunas de las personas con este diagnóstico tienen respuestas impredecibles, consistentes en cambios bruscos de humor o repentinas explosiones emocionales.
- ▶ Estas explosiones pueden ser verbales, físicas o combinadas.
- ▶ Hay situaciones en las que la persona puede dar la impresión de que está totalmente fuera de control, “desencajada” actuando por impulsos y sin importarle las consecuencias de su conducta.

▶

Criterio 8

- ▶ Cuando se enfadan con alguien, es como si ese alguien dejase de ser una persona con sentimientos, se convierte en el objeto de su odio y la causa de su malestar; en el enemigo.
- ▶ Están centrados en la defensa contra lo que ellos perciben como una agresión.
- ▶ Muchos pacientes reproducen en estas reacciones modelos de expresión de la rabia disfuncionales con los que crecieron.

▶

Criterio 8

- ▶ Algunos pacientes además de esto presentan amnesia total o parcial de estos episodios.
- ▶ Pero puedan o no recordarlo, el conceptualizarlo como un estado mental disociado de la personalidad aparentemente normal, nos ayuda a entender por qué lo que el paciente puede analizar o entender desde su estado ordinario no se conecta cuando se encuentra en medio de una conducta disruptiva.

▶

Criterio 8

- ▶ Las expresiones de ira suelen ir seguidas de pena, remordimientos y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser “malos”, “descontrolados”, “egoístas” o “bichos raros”.
- ▶ A veces pueden reconocer en sus conductas reacciones similares a las de alguna de sus figuras de apego primarias, que generalmente rechazaron activamente en el otro, y que les horroriza ver en sí mismos.
- ▶ Adquirir perspectiva de la conexión entre estas conductas y la historia del paciente es fundamental.

Criterio 8

- ▶ Este criterio está relacionado con la **falta de habilidades, la falta de experiencias interpersonales favorables**, los estilos de **crianza** y el **aprendizaje** pues es frecuente que las personas con este diagnóstico tengan serias dificultades para regular sus estados emocionales y para confortarse a ellos mismos.
- ▶ Es frecuente que muchas personas con este diagnóstico estén acostumbrados a “defenderse” como estrategia de aguante, incluso, de supervivencia.



CRITERIO 9

**Ideación
paranoide
transitoria
relacionada
con el estrés
o síntomas
disociativos
graves**

Criterio 9

- ▶ Las personas con trastorno límite son conocidas por ser extremadamente vulnerables y sensibles.
- ▶ Esto explicaría la suspicacia que se puede observar en las personas con TLP cuando están activadas a nivel emocional.
- ▶ En los momentos de estrés elevado pueden llegar a pensar que los demás quieren hacerle daño y volverse extremadamente desconfiados.
- ▶ Algunos autores hablan de dificultades para regular los estados emocionales y de una hipersensibilidad a los estímulos en general.

Criterio 9

- ▶ Los síntomas disociativos graves suelen estar relacionados con experiencias tempranas y es frecuente encontrarlos en los pacientes que han sufrido abusos en la infancia.
- ▶ Wilhem Reich describió a personalidades con un pobre control de impulsos que se caracterizaban porque sufrían intensas emociones disociadas entre sí respecto a una misma persona.
- ▶ Estas personalidades reflejarían la compleja interrelación que puede existir entre los criterios 3 (alteración de la identidad), 4 (impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas), 6 (inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo) y 9 (ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves).

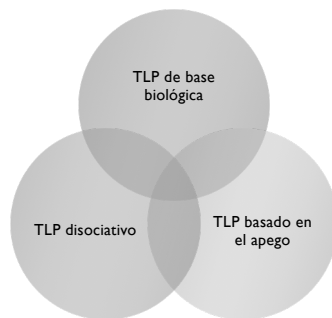
Criterio 9

- ▶ Si entendemos la historia, podremos obtener perspectiva de muchas de las reacciones “aparentemente impredecibles” y “desproporcionadas” de las personas con este diagnóstico
- ▶ Especialmente en los casos en los que la persona ha sufrido abusos o negligencia.
- ▶ Este criterio reflejaría muy bien la expresión de los cambios de estado de conciencia que se pueden observar en algunos pacientes
- ▶ En algunos casos no existe memoria consciente de determinados eventos o vivencias pero sí “memoria emocional”.

Conceptualización
Grupos TLP

Tres grupos de TLP

Mosquera, Gonzalez & Van der hart (2011)



¿Por qué puede ser útil esta representación de
grupos para la conceptualización del caso?

Si tenemos en cuenta las diferentes presentaciones, podemos conceptualizar el caso en función de las necesidades específicas y adaptar mejor las intervenciones.

Es importante tener presente que esta representación de los 3 grupos es orientativa, no pretende hacer nuevas clasificaciones.

De hecho se pueden dar múltiples combinaciones (ver siguiente diapositiva).

