



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

TRANSTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD:
AL BORDE DE LA LÍNEA

TRABAJO TERMINAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ESPINOSA ORTIZ KAREN ITZEL

ASESOR:
TOMAS CORTES SOLIS

CIUDAD DE MÉXICO

NOVIEMBRE 2019

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN
2. JUSTIFICACIÓN
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN
5. HIPOTESIS
6. OBJETIVOS
 - 6.1 Objetivo general
 - 6.2 Objetivo particular
7. MARCO TEÓRICO
 - 7.1 Salud y enfermedad
 - 7.1.1 Lo normal y lo patológico
 - 7.1.2 Psicopatología
 - 7.2 Aparato psíquico
 - 7.2.1 Instancias psíquicas
 - 7.2.1.1 Yo
 - 7.2.1.2 Ello
 - 7.2.1.3 Superyó
 - 7.2.2 Estructuras psíquicas
 - 7.2.2.1 Neurosis
 - 7.2.2.2 Psicosis
 - 7.2.2.3 Perversión
 - 7.3 Institución
 - 7.3.1 La familia, una forma de aprendizaje
 - 7.3.2 Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino
 - 7.3.2.1 Tratamiento en el psiquiátrico Fray Bernardino
 - 7.4 Trastorno mental
 - 7.4.1 Trastorno de la personalidad
 - 7.4.2 Trastorno Límite de la personalidad

- 7.4.3 Ansiedad
- 7.4.4 Depresión
- 7.5 Automedicaciones
 - 7.5.1 TLP y abuso de sustancias
 - 7.5.2 TLP y suicidio
 - 7.5.3 TLP y trastornos afectivos
 - 7.5.4 TLP y trastornos de la conducta alimentaria
 - 7.5.5 TLP y trastornos del control de los impulsos
 - 7.5.6 TLP y psicosis/neurosis
- 7.6 Tratamiento para tratar el Trastorno límite de la personalidad
 - 7.6.1 Electroencefalograma
 - 7.6.1.1 Clasificación de ondas
 - 7.6.1.2 Cerebro
 - 7.6.2 Psicoterapia
 - 7.6.2.1 Psicoterapia individual
 - 7.6.2.2 Psicoterapia de grupo
 - 7.6.2.3 Psicoterapia familia
 - 7.6.2.4 Psicoterapia de pareja
- 8. MARCO METODOLÓGICO
 - 8.1 Metodología cualitativa
 - 8.2 Historia de vida
 - 8.3 Trabajo de campo
- 9. ANÁLISIS DE CASOS
 - 9.1 Caso "Araceli"
 - 9.2 Caso "Stevens"
 - 9.3 Caso "Katu"
- 10. ANÁLISIS FINAL
- 11. REFLECIONES FINALES
- 12. IMPLICACION DEL INVESTIGADOR
- BIBLIOGRAFIA
- ANEXOS

1. INTRODUCCION

En la actualidad se estima que hay un porcentaje de entre el 1.6% y 5.9% de la población mexicana diagnosticada con Trastorno límite de la personalidad (TLP), pero, existen más que aún no han recibido un diagnóstico ni un tratamiento adecuado, debido a que no se tiene mucha información acerca del tema, es por eso que me he dado a la tarea de realizar la presente investigación y compartirla con usted, amigo lector.

En primera instancia se debe definir que el TLP se trata de un trastorno, por lo que no existe un “test” que nos asegure que alguien lo padece, por lo tanto no es fácil diagnosticarlo, se requiere de un análisis muy minucioso, tanto físico como emocional para detectar la sintomatología y no confundirla con otros trastornos o enfermedades, así como tener muy presente la historia de vida del paciente y ubicar etapas o sucesos muy puntuales que pudieron haber causado una ruptura en las instancias psíquicas.

En los últimos años he convivido con personas “Limites”, al estar con ellas he escuchado algunas historias de vida, las cuales me han dado mucho en que pensar, debido a que giran en torno a temas muy delicados, tales como el suicidio y venganzas extremas en las cuales se llega a mencionar el asesinato, es por eso que decidí ahondar más en el tema y ver cuál o cuáles son las razones por las que se detona este trastorno, que lleva a estas personas a tener tales “ideas”.

Esta investigación no es solo para personas diagnosticadas, sino para público de toda índole y como una herramienta de concientización, para darnos cuenta, como influyen ciertos sucesos y acciones, (no solo en nuestras vidas, sino también en las vidas de las personas que nos rodean) para desarrollar ciertos trastornos, aprender a entender y comprender a otros seres humanos, sin juzgar ni criticar, por lo cual redacto tres ejemplos de historias de vida de tres personas con dicho diagnóstico, para conocer un poco de éstas personas y ver que lo que vivieron y lo que viven en la actualidad no es nada sencillo.

2. JUSTIFICACIÓN

Se conocen muchos trastornos en la actualidad pero ¿Por qué hablar del trastorno límite de la personalidad? Primero se estima que entre el 1.6% y 5.9% de la población adulta tiene Trastorno límite de la personalidad, aunque en muchas ocasiones el tema es desconocido, al ser un porcentaje considerable, pienso que es de gran importancia hablar del tema, no solo para las personas con dicho trastorno, sino para los que conviven con ellos, pero ¿para qué? Muchas veces se llega a pensar que estas personas diagnosticadas con TLP, pueden estar haciendo un berrinche o que simplemente están “locas” sin antes detenerse a investigar o a preguntar qué es lo que está sucediendo.

Otro punto importante es que al tener una trastorno mental o cualquier situación que haga visitar a un psiquiatra o a un psicólogo los hace personas raras, pero aquí también se podrá observar que es más normal de lo que uno piensa, pues existen síntomas del trastorno límite de la personalidad que cualquiera lo puede tener, aun estando “sano mentalmente”

Al convivir más de 4 años con personas con TLP, asistir a cursos y sobre todo escuchar las historias de vida de pacientes con dicho trastorno, lo que opinan su familiares o las personas que lo rodean, mi hizo tener un gran interés de dar a conocer el tema más allá de decir “tiene TLP” sin ni siquiera tener información de lo que conlleva.

Durante las sesiones y cursos que asistí me di cuenta de siempre eran mujeres y eso se da a que el 75% de las personas diagnosticadas son mujeres, por consiguiente solo el 25% de la población son hombres, queriendo meter un caso de algún hombre que aceptará abrirse para contarme un poco de su vida, ya que como en México se da el machismo es menos probable que un hombre se exprese ante una situación emocional, como lo es en el caso del TLP.

Se dice que en las mujeres es más común tener problemas emocionales, por los cambios hormonales, pero esto no libra a los hombres de padecer algún trastorno

como el mencionado, pues si los hay y es normal, no tiene nada de malo o no los hace más débiles que otras personas, simplemente son personas que tuvieron un problema, ya sea en su infancia, a lo largo de su vida o una fractura cerebral y solo queda saber manejarlo.

En muchas ocasiones estamos acostumbrados a juzgar a las personas, por ejemplo si vemos a una persona llorando y más aún cuando es hombre decimos que es una persona débil “una niña” o cuando vemos a alguien enojado, se puede pensar que es alguien amargado, pero ¿Qué pasa cuando vemos a una persona que constantemente está cambiando emocionalmente? Se puede pensar que está loco o loca, que quieren llamar la atención pero no nos ponemos a pensar lo que ha pasado para que este así, lo que ha vivido o los problemas que tienen, solo vemos lo que esta exterior y no nos damos tiempo para comprender y entender a los demás.

He escuchado que les llegan a decir, “es que no le quieres echar ganas” estas así porque quieres” “tú no eres así” “solo son berrinches” “lloras de todo” “no te entiendo” e infinidad de frases similares, pero ¿será en verdad no le echen ganas? ¿Les gustara estar así? Claro que no, existen problemas tanto en el organismo humano como en su vida que provocan estar así, vulnerables, enojados, felices, ansiosos y a la vez todo; eso es lo que quise plasmar en este trabajo, no es que estén locos o que no quieran seguir adelante, que si una persona diagnosticada lee este trabajo sepa que él no está mal, que no es su culpa lo que pasa y por el contrario, si es alguien que conocer a alguien con el trastorno se dé cuenta que no es nada fácil sobrellevar el diagnóstico y sobre todo no juzgar cuando ve casos similares.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día existen trastornos de los cuales no sabemos que existen, al cruzarnos con una persona que padece cierto trastorno (en este caso TLP) no sabemos que hacer más que pensar que están mal mentalmente juzgando o criticando, cosa que les afectara a estos pacientes pues son demasiados vulnerables a los comentarios.

En la actualidad al ser entre el 1.6% y 5.9% de personas diagnosticadas y no tener información suficientes sobre este trastorno lo hace más complicado, tanto para los pacientes como para los familiares o personas cercanas a estos, claro que existe información, lamentablemente es información no confiable, pues ahora todo lo manejan a través del internet e inventan muchas cosas.

Entonces, para poder ayudar o apoyar a alguien con este diagnóstico hay que estar informados.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los aspectos principales que afectan la estructura psíquica de una persona diagnosticada con TLP¹ en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino?

5. HIPOTESIS

Las personas diagnosticadas con Trastorno límite de la personalidad desarrollan este trastorno por las alteraciones que vivieron en su infancia, tanto emocionales como algún episodio o episodios que marcaron su vida, un ambiente de desarrollo inestable.

6. OBJETIVOS

- Conocer los principales síntomas que presenta una persona con TLP

Aunque el TLP no sea una “enfermedad” científicamente comprobable, se puede llegar al diagnóstico a través de ciertos síntomas que se presentan, los cuales no debemos confundir con los defectos personales, ya que los síntomas no están “activos” en todo momento, justo esto es lo que le da interés a este trabajo, saber distinguir entre síntoma, pues en ocasiones se “culpabiliza” al trastorno ante cualquier situación.

- Saber cómo se vio afectada su vida cotidiana al recibir su diagnóstico (antes/después)

La vida de una persona al recibir cualquier diagnóstico, ya sea TLP o “X”, inclusive hasta una simple gripe, da un giro inesperado, pues debemos estar en observación, hasta en tratamiento; pero al hablar de una “enfermedad mental” se puede llegar a

¹ Trastorno Límite de la personalidad

sentirse diferentes, sentirse excluidos, pensar que están “locos” y sentirse en la mira de las demás personas.

- Identificar algunos detonantes de dicho trastorno

A diferencia de una gripe, que te da por un virus, éste trastorno no se da por la misma razón pues al tener que ver con la personalidad y las emociones, va más allá; hay que indagar en la vida de la persona, desde su infancia hasta la actualidad y ver si los detonantes son similares en cada caso que se presenta, es por esto que no nos enfocaremos en una sola persona e indagaremos en su historia de vida para lograr este objetivo.

7. MARCO TEÓRICO

7.1 LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO

La cosa más importante en la enfermedad es no perder nunca el corazón.

-Nikolai Lenin

Es de gran importancia saber a qué se le es llamado como “salud” y “enfermedad”, pues estos dos aspectos nos hacen diferenciar algo que, es normal y lo que no lo es en las personas. Así podemos atender “X” que tiene “solución”, ya que en muchas ocasiones afecta al desarrollo y al desenvolvimiento con los demás para tener una vida plena.

He escuchado en muchas ocasiones que las personas por tener problemas respecto a su salud mental son “anormales” o por el simple hecho de no coincidir con opiniones de otras personas están en lo incorrecto o enfermas “locas”. Pero ¿en que se basan para decir algo así? Al final de este capítulo podremos entender un poco más este punto.

7.1.1 LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO

Es importante hablar de la diferencia que existe entre “normal y patológico” pues en el Trastorno límite de la personalidad se encuentran ciertas actitudes que se deben a algo patológico y otras que se crean durante el desarrollo de cada una de las personas, esto se da dependiendo en el ambiente que se desarrollen y los entornos a los que están acostumbrados desde pequeños hasta el momento en el que se encuentran.

Lo normal se define por aquello sano, beneficioso, fuerte, vida, reproducción, y producción social, debido a la generación de juicios de verdad generados por una sociedad buscando una conducta promedio para ser considerado normal.

¿Y qué es una norma? Es un “ordenamiento imperativo de acción que persigue un fin determinado con la característica de ser rígido en su aplicación. Regla, disposición o criterio que establece una autoridad para regular acciones de los distintos agentes económicos, o bien para regular los procedimientos que se deben seguir para la realización de las tareas asignadas. Se traduce en un enunciado técnico que a través de parámetros cuantitativos y/o cualitativos sirve de guía para la acción. Generalmente la norma conlleva una estructura de sanciones para quienes no la observen”.²

Por lo tanto, lo patológico se observa como aquello enfermo, perjudicial, muerte, contagio, y esto debido a la forma y manera en la que los individuos fuera del círculo social normal reflejan un comportamiento aislante o rotundamente extraño.

La “Patología es un término que proviene del griego: estudio (logos) del sufrimiento o daño (pathos). Tiene que ver con la parte de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en su más amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas”,³ que es aquello que nos permite diferenciar lo normal de lo patológico; en los escrito realizados por Freud nos explica sobre la prueba de realidad, este estímulo que proviene de fuera, de aquello que se genera dentro del paciente, afectando la estabilidad afectiva generando emociones turbulentas o inestables llevándolos a tener acciones impulsivas y relaciones caóticas con otras personas; provocando en el propio individuo un sentimiento de alienación e incertidumbre acerca de la propia identidad, afectando intereses y valores, algunos de los puntos observados en estos pacientes son miedo al abandono, soledad, vacío, ira autolesiones e intenciones suicida.

Es verdad que para salir de lo patológico se tiene que entrar a un principio de normalidad, no sin antes descartar que existe la enfermedad mental conocida como “locura”, el estado donde el sujeto no distingue la realidad, juicio que genera un

² Psicopatología Psiquiatría y psicología clínica y jurídica. s.f.
<http://gabinetedepsicologia.com/psicopatologia-que-es-psicologos-madrid-tres-cantos> (último acceso: 1 de marzo de 2018).

³ 4Psicopatología psiquiatría y psicología clínica y jurídica. s.f.
<http://gabinetedepsicologia.com/psicopatologia-que-es-psicologos-madrid-tres-cantos> (último acceso: 1 de marzo de 2018).

pensamiento, sabemos que este tipo de pacientes tienen pensamientos recurrentes sobre cosas que quieren hacer, pero no pueden tener un encuentro consigo mismo aterrizando ideas en distintas etapas.

Lo normal y lo patológico lo dividimos en neurosis y psicosis ¿en dónde se encuentra el trastorno límite de la personalidad?

El TLP es una “Estructura entre psicosis y neurosis para entender esto me aproxime a la patología desde el (CIRRE) que se refiere al cuadro de insuficiente re-significación retórica edípica, es decir que el Edipo no se ha resignificado lo suficiente
“4

Adentrándome más a este trastorno TLP, cuáles son las características de este CIRRE presentando un polimorfismo defensivo que trata de que el paciente con este trastorno se defiende con diferentes estructuras como la represión que sería propia de la neurosis y la renegación que es la defensa propia de la psicosis.

Este tipo de personas se caracterizan por ser personas dependientes a los objetos por idealización y persecución del objeto como también por su peculiar construcción de la realidad y su manera de actuar y relacionarse con el otro.

Pero, entonces como saber qué hacer en dado caso de tener un trastorno mental y como saber la razón de este, aquí existe una psicopatología que nos ayudara a entender más y saber que hacer.

7.1.2 PSICOPATOLOGÍA

En el subtema anterior se habló de que existe una psicopatología, la cual se presenta como el estudio de las enfermedades o trastornos mentales, así como de su naturaleza. Pero si bien sabemos es que la infancia es sumamente impórtate en el desarrollo de éstas, pues de ahí aparecen ciertos traumas o deseos que se quieren superar y/o cumplir.

⁴ Soy psicoanálisis. «Trastorno límite de la personalidad.» TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (BORDERLINE) Y CIRRE. México, 5 de Mayo de 2017. https://www.youtube.com/watch?v=8ID_gtHEmPY

Es por eso que los “Los recuerdos infantiles indiferentes deben su existencia a un proceso de desplazamiento y constituye en la reproducción sustitutiva de otras impresiones verdaderamente importantes”⁵

Las personas que padecen del Trastorno Límite de la Personalidad suelen ser personas que se deprimen fácilmente y cuando entran en estados de crisis llega a ser muy enjuiciado consigo mismo careciendo de afecto y teniendo una identidad incierta.

Aunque este trabajo no se encarga de dar un diagnóstico, si trata de estudiar y analizar las causas del por qué se desarrolló éste, estudiando el caso (historia de vida) de cada sujeto.

Para concluir decimos que “[...] La psicopatología es un diagnóstico asociado a los trastornos mentales se describe en manuales como el DSM (del acrónimo en inglés de manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación de psiquiatría y psicología.”⁶

⁵ Cfr., F-OC, Psicopatología de la vida cotidiana, 1900-1905, T III

⁶ Soy psicoanálisis. «Trastorno límite de la personalidad.» TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (BORDERLINE) Y CIRRE. México, 5 de Mayo de 2017. https://www.youtube.com/watch?v=8ID_gtHEmPY

7.2 APARATO PSIQUICO

*Uno es dueño de lo que calla y esclavo de lo que habla.
S. Freud*

El aparato psíquico es un “modelo teórico con el que S. Freud designa la organización interna de la psique [...] da origen al fenómeno de la conciencia [...]”⁷. Sigmund Freud utilizó el concepto de aparato psíquico para hacer referencia a la mente humana para la transformación de la energía y la existencia de partes o instancias que modulan y controlan los recorridos de dicha energía.

En el aparato psíquico existen tres instancias psíquicas⁸ (yo, ello y superyó) de las cuales se forman tres estructuras psíquicas, neurosis, psicosis y la perversión, con las cuales se obtiene un funcionamiento “normal”, pero para eso, el aparato psíquico debe de trabajar adecuadamente, sin alteraciones y equilibradamente para que así no existan patologías que afecten al desarrollo humano.

Cada persona tiene un aparato psíquico que no es igual al de ninguna persona, pues, este se va desarrollando, formando y transformando a lo largo de la vida; esto gracias a las experiencias vividas y en el ambiente en que se encuentren las personas, pero ¿en que consiste cada estructura y cada instancia psíquica?

7.2.1 INSTANCIA PSIQUICA

El aparato psíquico se divide en 3 instancias (yo, ello y superyó) como se mencionó anteriormente, pues Sigmund Freud define las instancias psíquicas como cada uno de los fragmentos que constituyen la psique y ayudan a regular la conducta de la persona logrando tenerla equilibrada y dentro de la “normalidad”. Estas instancias

⁷ Umberto, Galimerti. Diccionario de psicología (1992), Siglo veintiuno editores, México 2006; pp 96-97

⁸ En esta investigación se tomó la segunda tópica según Sigmund Freud (yo, ello, superyó)

psíquicas de igual manera se van desarrollando y transformando a lo largo de la vida, pues no siempre permanecen de la misma manera.

7.2.1.1 YO

Se comenzó hablando del yo, el cual tendrá la función de mediar la relación entre el ello y el superyó; será el encargado de esa búsqueda por equilibrar ambos polos. También es importante que recalquemos que será de igual manera el intermediario entre el mundo exterior, o realidad, y el ello, éste será de alguna manera un poco impetuoso, pero siempre de manera sana y tendrá un grado considerable de placer que serán reconocidas como fantasías.

A diferencia de las otras instancias psíquicas de las cuales se habló en breve, el yo está basado o estará fundido plenamente por el principio de realidad. El principio de realidad sopesa los costos y beneficios de una acción antes de decidirse a actuar sobre los impulsos o abandonar. En muchos casos, los impulsos del ello pueden ser satisfechos a través de un proceso de retraso de la gratificación.

El “Yo” es de suma importancia, pues es el que ayuda al organismo a estar en equilibrio ya que ayuda a reprimir lo que para él es algo que no es correcto o tiene consecuencias que alertan peligro. Se desarrolla gracias a los que nos enseñan en el ambiente que nos desenvolvemos (lo bueno y lo malo), por lo cual sino tenemos contactos con otras personas y el Otro, no existiría el “Yo” y seríamos unas personas salvajes, luchando por complacer nuestros deseos o necesidades sin importar lo demás.

7.2.1.2 ELLO

Ahora bien, el ello será aquella parte primitiva que se almacenará en esta instancia psíquica, será aquella parte irracional un tanto egoísta y quizá impulsiva que siempre estará o será amante de aquel placer o deseo que quieren satisfacer, además se va a encargar de actuar sin importar las consecuencias que se atraviesen. Éste será el encargado de crear el nexo entre el sistema nervioso como

los músculos y los procesos psíquicos como ceder a la influencia del yo y descargar mediante la realización de aquellos deseos y pulsiones esa energía libidinal

Esta instancia psíquica es quién está más en contacto con el cuerpo mismo como se menciono anteriormente, Freud lo considerará la verdadera realidad psíquica, y si bien si se desea saber más sobre esta instancia la encontraremos dentro de la imaginación, las fantasías y los sueños, como menciona Freud:

“[...] el pensar en imágenes es sólo un muy imperfecto devenir-consiente. Además, de algún modo está más próximo a los procesos inconscientes que el pensar en palabras, y sin duda alguna es más antiguo que este, tanto ontogenética cuanto filogenéticamente.”⁹

Entonces de igual manera entenderemos que el ello estará impulsado por el principio del placer, que se mantendrá en constante esfuerzo por lograr la satisfacción inmediata de todos los deseos y necesidades de los cuales se habló con anterioridad. Si estas necesidades no se satisfacen inmediatamente, el resultado será justamente un estado de ansiedad o tensión.

7.2.1.3 SUPERYÓ

Por último, se tocó el tema de aquella instancia que busca el ideal de la perfección, aquel que siempre estará poniendo juicio nuestros actos y será la crítica constante en esta estructura psíquica. Si bien estamos hablo del superyó; no necesariamente será el reflejo de la misma conducta de los padres, pero aquí es en donde los padres se ven obligados a introducir la moral por imposición de la misma sociedad.

“[...] pues una función importante» atribuida al superyó es actuar como «portador del ideal del yo con el que el yo se mide casi las mismas palabras con que se había introducido el ideal del yo en el artículo sobre el narcisismo.”¹⁰

⁹ Cfr., F-OC, El yo y el Ello, 1923, T XIX. Pp. 23

¹⁰ Ibid. Pp.10

Aunado a lo anteriormente mencionado pude decir que es como aquel que trabaja para suprimir todos los impulsos inaceptables del ello y se esfuerza por hacer que los actos del yo se logren empalmar con o en las normas sociales, más que en principios realistas.

Esta instancia aparece aproximadamente a los 3 años de edad, en la cual tiene que ver mucho la participación de los padres, aunque no totalmente; ésta quiere lograr la perfección y quiere siempre el cumplimiento de las reglas, pasando por encima del “yo”

En el siguiente ejemplo se verá cómo es que funcionan instancias psíquicas:



El ello quiere satisfacer el placer sin importar nada y el yo ve si es bueno o malo, entonces el superyó quiere hacer las cosas de la mejor manera reflexionando.

Entonces, cuando las instancias psíquicas no funcionan con estabilidad ¿Qué es lo que sucede? A continuación se ve lo que sobreviene cuando estas instancias funcionan inadecuadamente, formando así la neurosis, psicosis y la perversión en el sujeto.

7.2.2 ESTRUCTURAS PSÍQUICAS

Cuando se llega a hablar de estructura psíquica en primera instancia se piensan las fragmentaciones en que pueden dividirse, como puede ser hablar de neurosis,

psicosis, o perversión, caracterizadas por ciertos enfoques distintos, pues así como existen organizaciones con ideas obsesivas, compulsiones a realizar actos “no deseados” permanecidas en el inconsciente, se puede hablar también de otras con crisis a nivel emocional (incluso que trasladan su conflicto al cuerpo – a esto lo entenderemos como sintomatizar, pues existe entonces una estasis de la libido a la estructura de la organización) y organizaciones “angustiadas”, con fobias.

Aunque cabe recalcar que no existen estructuras psíquicas puras, pues en algunas ocasiones se ve más marcada una que otra y esto no quiere decir que si una persona llega a tener psicosis, neurosis y/o ser una persona perversa deja de ser funcional, pues todo depende de lo que está ocurriendo y que tan encima esta una instancia de otra.

7.2.2.1 NEUROSIS

Se entiende por neurosis como un conflicto psíquico entre el deseo y la defensa, que tiene su origen en la infancia, los síntomas neuróticos, o sea trastornos del comportamiento, de los sentimientos o de las ideas como defensa contra la angustia.

Sigmund Freud menciona que la etiología de la neurosis es siempre la frustración y/o el incumplimiento de los deseos infantiles, los cuales en la vida adulta quedan marcados, volviendo a una persona neurótica pero sin perder la presencia del “yo” que lo lleva a hacer reflexionar las cosas.

Una persona neurótica se empieza a cuestionar las cosas, entra en duda por lo cual existe un conflicto entre el yo y el ello, esto porque quiere satisfacer sus deseos que no han sido cumplidos y gracias al yo existe una represión de éstos, volviéndolo en ocasiones una obsesión que en ocasiones dejan de serlo, o que a veces lo obtienen y ya no lo quieren.

La neurosis tiene rasgos muy diferentes que permiten distinguir a un neurótico de un psicótico.

7.2.2.2 PSICOSIS

La psicosis es un trastorno caracterizado por ciertos síntomas como son: “delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos”¹¹; no hay una sola causa, sino una multitud de factores o causas que pueden hacer que se desencadene una psicosis, como por desórdenes médicos, por drogas o ingesta de sustancias tóxicas etc.

En la estructura psicótica existe una forclusión¹² y se queda atrapado en ello, pues sabe que existe una castración¹³ pero no la quiere aceptar, la cual le puede causar una frustración que será muy difícil de sublimar. Haciendo, en ocasiones, que tengan alucinaciones tanto auditivas como visuales; teniendo como consecuencia hacerlo una persona no funcional.

Una persona psicótica se crea su propio mundo, ya que no puede distinguir la realidad de “su realidad”, provocando un derrumbe en la instancia psíquica del yo.

7.2.2.3 PERVERSION

La perversión se distingue de otras estructuras clínicas por la renegación. El perverso reniega la castración; percibe que la madre carece de falo, pero se niega a aceptar la realidad de esa percepción traumática, El perverso asume la posición del objeto-instrumento de una voluntad-de-goce que no es suya sino del gran Otro. Encuentra goce precisamente en esta instrumentación, en trabajar para el goce del Otro.

La persona perversa desea satisfacer sus necesidades para obtener placer, pero no siempre hace referencia al coito, sino que, lo puede hacer a través de otros

¹¹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, 2014, p.87.

¹² Hace referencia a que no existe un corte del nombre del padre

¹³ Complejo de castración según Sigmund Freud

objetos, recibiendo el nombre de fetichismo, el cual le sirve para ocultar la falta del falo. Como se mencionó, existe un corte, haciendo referencia a la castración, pero no quiere aceptarla, sintiéndose que el mismo es el falo, sintiéndose superior a los demás.

Un perverso no podría existir si no existieran reglas, pues busca el mal, romper éstas, pues con esto logra traspasar lo establecido logrando la superación y la grandeza; pero solo llega al placer con ciertos aspectos, no cualquier cosa logra hacerlo.

Aunque todos tenemos un poco de perversos, existen niveles, donde inclusive a algunos no le importa la sociedad ni romper las reglas pues con esto reciben placer ya que demuestra que no es una persona castrada, según el complejo de castración, no literalmente; y que tienen el control y poder de todo.

Después de lo mencionado anteriormente entonces podemos entender que la estructura psíquica en donde se posiciona la "normalidad" será la neurosis, es la estructura que a pesar de las características que tiene puede pesarse y concebirse siempre dentro de un mismo círculo que será la realidad, es decir las personas posicionadas en tal estructura podrán dar ciertos saltos del campo imaginario al campo real.

Freud fue uno de los primeros en definir a la "conducta normal", la cual consideraba como individuo neurótico, para él, la salud mental consistía en una participación consciente y activa del individuo en cuanto a que acepta la realidad que lo rodea, sin negarla como en el caso del neurótico además de que el individuo sano mentalmente es capaz de transformar su entorno objetivamente y no en su imaginación; El criterio normativo se refiere a analizar el comportamiento del individuo dentro de un conjunto de normas, llámense estas morales, éticas, religiosas etc.

Como se recordara, una persona que tenga trastorno límite de personalidad estará entre la neurosis y la psicosis por lo cual era importante mencionar para poder

entender después un poco más de qué es lo que sucede en una persona con dicho trastorno.

7.3 INSTITUCION

[...] cada hombre, cada individuo, es casi la sociedad entera, en la medida que refleja todo ese entretejido de significaciones imaginarias (Castoriadis, 1997:79)

Existen miles de instituciones, podría asegurar que son millones de éstas ya que la sociedad no puede existir sin una institución, por eso considero de gran importancia hablar de éstas, pero, cuando hablamos de “*institución*” pueden surgir muchas dudas, preguntas y/o opiniones, primero, ¿Qué es una institución? ¿Dónde podemos encontrar una institución? Cuando se habla de “*institución*” ¿se habla sobre una estructura arquitectónica o va más allá de un edificio? existen dos tipos de instituciones “fundamentales”:

- 1) Institución primera de la sociedad: “[...] es el hecho de que la sociedad se crea así misma como sociedad [...] Esta institución primera se articula y se instrumenta a través de instituciones segundas (lo que no quiere decir, de ninguna manera, secundarias).”¹⁴
- 2) Instituciones segundas: Estas se pueden dividir en dos categorías.
 - a. Transhistoricas: “Son, por ejemplo, el lenguaje –cada lenguaje es diferente, pero no hay sociedad sin lenguaje- o bien el individuo –el tipo de individuo es concretamente diferente en cada sociedad, pero no hay sociedad que no instituya un *tipo* cualquiera de individuo- o bien la familia –la organización y el *contenido* específicos de la

¹⁴ Cornelius, C., 2006. "institución primera e instituciones segundas" en Figuras de lo pensable. México: FCE. Pp, 124

familia son, cada vez, otros, pero no puede haber sociedad que no asegure la reproducción y la socialización de la generación siguiente, y la institución encargada de eso es la familia [...]"¹⁵

- b. Específicas: “[...] de sociedades dadas y que tienen en ellas un rol absolutamente central, en el sentido de que lo que es de vital importancia para la institución de la sociedad considerada, es decir, sus significaciones imaginarias sociales, está esencialmente sostenido por estas instituciones específicas.”¹⁶

Como se pudo observar en lo antes descrito, la Institución familiar es una de las instituciones más importantes en la sociedad y sobre todo en el individuo, por la cual aprendemos y aprehendemos ciertas costumbres y actitudes que se verán reflejadas en nuestra vida adulta, punto significativo para el desarrollo de éste trabajo, el cual debemos describir más a fondo, lo que se verá en el siguiente subtema.

7.3.1 LA FAMILIA, UNA FORMA DE APRENDIZAJE

La institución familia es considerada desde la antigüedad como la génesis de las sociedades humanas (aunque no exista solo un tipo de familia) además de que por medio de ésta institución satisfacemos varias cosas primordiales para nuestra vida desde el nacimiento biológico, alimento, salud, educación un hogar, etc.; una de las finalidades importantes de esta institución es la de la reproducción de la especie, para que la sociedad también siga existiendo. Dentro de cada institución existen identidades y adaptaciones por parte del sujeto, no solo es cuestión de que existan los dos puntos anteriores, sino que dentro de nuestras instituciones existe la

¹⁵ Ibíd. Pp,124

¹⁶ Ibíd. Pp,125

“cultura”, pero, ¿Por qué es importante la cultura dentro de las instituciones, especialmente en la familiar?

Existen tres tipos de culturas:

- 1- Posfigurativa: Es donde las personas, ya sean niños o adultos, aprenden de sus mayores.
- 2- Configurativa: Los individuos imitan los modos de comportamiento de sus pares y recrean los propios
- 3- Prefigurativa: Las nuevas generaciones no aprenden de sus mayores, ya que a los jóvenes no se les presenta el mundo como al de sus predecesores. Los adultos pueden llegar a aprender hasta de lo que un niño les dice.

Entonces, ¿Por qué es importante la cultura dentro de la institución familiar? Tocando un poco lo que dice Sigmund Freud¹⁷, la infancia es una etapa decisiva para el ser humano, ya que en esos primeros años de vida es cuando se forman los cimientos del adulto que se llegará a ser (por eso tomo de soporte las historias de vida de cada sujeto de éste trabajo). Siguiendo, la familia como una de las instituciones más importantes de nuestra vida, es donde el sujeto experimenta sus primeros años de vida, donde va aprendiendo y aprehendiendo lo que se va observando a su alrededor. Un sujeto no nace, sino que se va haciendo. “Nacemos humanos pero eso no basta: tenemos también que llegar a Serlo. [...] <<Llega a ser el que eres>> [...] los humanos nacemos siéndolo ya pero no lo somos del todo hasta *Después* [...] la humanidad plena no es simplemente algo biológico [...] Nuestra humanidad biológica necesita una confirmación posterior, algo así como un segundo nacimiento en el que por medio de nuestro propio esfuerzo y de la relación con otros humanos se confirme definitivamente el primero.”¹⁸ Esto se llega a dar también mediante lo instituido y lo instituyente, que claro está, se da por medio de las instituciones

¹⁷ Sigmund Freud en su texto donde explica las etapas psicosexuales, menciona que cada una de las etapas por las que cruza el ser humano, especialmente la infancia, son de suma importancia para que el sujeto desarrolle una personalidad.

¹⁸ Savater, F., 1997. "El aprendizaje humano" en El valor de educar, Instituto de Estudios Educativos y sindicales de América Latina, México. Pp,11.

Podemos decir que un punto importante aquí es la “experiencia”, “la experiencia, en tanto *saber de lo singular* [...] es constituida en una apropiación del mundo mediante la resignificación del pasado y la anticipación del futuro, construcciones que se dibujan y desdibujan en un dinamismo incesante.”¹⁹ Esto es lo que por lo regular pasa con las significaciones imaginarias sociales, ya que van teniendo un cambio o una resignificación a lo que se dijo en el pasado. Lo que vamos aprendiendo no siempre es de la misma manera, ya que podemos entender de distinta forma los significados; sobre las significaciones imaginarias se hablara un poco más adelante, para que haya un mayor esclarecimiento sobre este concepto.

En cada institución, refiriéndonos a la experiencia, se habla de lo singular y lo colectivo, “lo singular es producto de procesos de subjetivación que van diseñando contornos, ubicaciones, posesiones –lo propio, lo ajeno-, identidades; también capturas diversas [...] lo colectivo, por su parte, es lo que da forma y sentido a la experiencia personal, ya que no hay humanidad fuera de las redes transindividuales que nos hacen sujetos.”²⁰ Es importante tomar en cuenta la singularidad y lo colectivo en cualquier ámbito que se hable, en la familia estamos “atados” a lo que dicen los padres principalmente o a lo que dicen los hermanos, pero con el paso del tiempo también somos capaces de tener un propio criterio de las cosas.

Entonces se dice que “una institución es algo que instituye” aunque suena redundante no lo es del todo y esto es a lo que se quiere llegar, una pregunta que nos puede ayudar a entender un poco más es, ¿Qué es lo que pasa en una institución?

INSTITUIDO ----- INTITUYENTE ----- INSTITUIDO

Donde lo instituido es lo que ya está y lo instituyente es el que cuestiona lo que está, entonces en las instituciones siempre hay un constante cambio donde hay cuestionamientos, esto quiere decir que existe una clausura (está encerrado en sí

¹⁹ Baz, M., 1998. "Tiempo y temporalidades: los confines de la experiencia" en Anuario de investigación 1998, Departamento de Educación y Comunicación, México: UAM-X. pp, 174

²⁰ *Ibíd.* Pp,

mismo) que se va rompiendo y es un ciclo constante, no puede quedarse siempre en una clausura.

Otro punto importante que aparece dentro de las instituciones son las significaciones imaginarias, como por ejemplo dentro de la institución familiar: la privacidad, intimidad, exclusividad, propiedad, orden, educación, amor, etc., y porqué son significaciones imaginarias, esto se da ya que no son reales ni racionales, un mensaje solo toma su significación para el organismo pasando por sus ciertos procesos. Cada sociedad e institución tiene su propio sistema de interpretaciones del mundo (significaciones imaginarias) que cuando pasan más allá de una institución y es producida por más sociedades y/o instituciones pasan a ser “significaciones imaginarias sociales, es por esto que no todos nos desarrollamos de la misma manera.

Dentro de las instituciones estamos obligados a cumplir ciertas tareas o roles que se nos pones, hablando de la familia, los padres están obligados a educar a los hijos, el padre a trabajar para traer comida, la madre a dar amor a los hijos y cuidados, además de tener en orden su hogar, los hijos a estudiar y así se pueden dar ciertos roles y obligaciones dentro de la institución familiar. En el adulto se verá reflejado el cómo se desarrolló cada rol en su infancia, ya que no siempre son los adecuados.

La familia es también donde el individuo aprende a interactuar con las demás personas que pertenecen a la sociedad, no es la primera institución a la que pertenecemos pero si la de mayor importancia dentro de las primeras.

7.3.2 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

Otra institución que se ve marcada en este texto es la hospitalaria, por esto es que plasmo la información del hospital donde son atendidas las personas que se entrevistaron a lo largo del trabajo, pues también depende de cómo es el tratamiento que llevan para ver su mejora de control.

El hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, ubicado en San Buena Aventura 2, Tlalpan, 14000 Tlalpan, CDMX, se inauguró el 9 de mayo de 1967. A inicios de 1965, el presidente constitucional Gustavo Díaz Ordaz, a consecuencia de las malas condiciones del manicomio general “La Castañeda” dio órdenes a Rafael Moreno Valle, secretario de salubridad, para suprimir el manicomio general de manera definitiva por otros hospitales con instalaciones modernas y más funcionales.

El hospital psiquiátrico Fray Bernardino se compone de dos cuerpos, el primero es donde se aloja la consulta externa y que solo consta de un piso y comprende de los siguientes aspectos:

- Sala de espera para 75 personas
- Sanitarios públicos
- Consultorios de psicología
- 4 cubículos de trabajo
- 1 cámara de Gesell
- Archivo clínico
- 2 salones de terapia de grupo
- Sanitarios de personal
- Oficinas de admisión
- 4 oficinas de gobierno

El siguiente cuerpo del hospital se conforma de 10 plantas, se conforma de la siguiente manera:

- Servicios auxiliares y tratamiento
 - Laboratorio clínico
 - Radiodiagnóstico
 - Electroencefalografía
 - Farmacia
 - Quirófano
 - Terapia intensiva
 - 4 cuartos aislados

- Terapia ocupacional
- Terapia recreacional
- Hospitalización
 - 6 niveles con 600 camas
 - Cuarto séptico
 - Cuarto de exploraciones
 - 1 consultorio
 - Cámara de Gesell
- Servicios generales
- Docencia
- Cafetería y tienda

Se decidió tomar las partes con mayor importancia que brinda el hospital, ya que el hospital consta de más. El Hospital brinda aproximadamente 200 consultas diarias, siendo uno de los de mayor apoyo para las personas con TLP.²¹

El HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ atiende exclusivamente urgencias psiquiátricas, es decir, que afecten la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento) y que conlleven riesgos para el mismo y/o para terceras personas.²²

7.3.2.1 TRATAMIENTO EN EL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO

El hospital Psiquiátrico Fray Bernardino brinda distintos tratamientos dependiendo el “trastorno” que sea diagnosticado, cualquier tratamiento que se lleve a cabo va acompañado de lo farmacológico, principalmente al inicio del tratamiento. Se brindan distintas terapias, éstas dependiendo de la gravedad del paciente o la necesidad de éste.

²¹ Es importante mencionar que los puntos que se mencionan fueron tomados por pláticas con algunos del personal de este hospital.

²² Secretaria de salud

Terapia psicoanalítica: Ésta, mencionan los psiquiatras, es donde acuden los pacientes “más graves”, consta de una sesión individual a la semana durante un año. Antes de empezar las terapias se acude a dos o tres sesiones para observar si el paciente es candidato a tomar este tipo de ayuda o remitirlo a otro tratamiento, ya sea que brinde el hospital u otro establecimiento de salud mental.

Terapia de pareja: Como su nombre lo dice, ésta terapia consiste en algunas sesiones en pareja, pues el conflicto se ve reflejado en la relación que tienen ambas personas. En ella se plantea, desde la individualidad y desde la interacción, cómo aparecen los problemas, cómo se mantienen, y cómo es que afecta al paciente. También brinda atención en la modalidad de taller a mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja.

Terapia familiar: este tipo de terapia favorece al paciente a una mejor evolución de los padecimientos psiquiátricos, ya que ayuda a mejorar el clima y la dinámica familiar.

Por ultimo hablamos de una terapia grupal, ésta terapia a veces junto con la terapia individual es el tratamiento que se le brinda a las personas con Trastorno Límite de la Personalidad

Terapia de grupo integradora: Se trabaja con elementos psicodramáticos, psicoeducativos, cognitivo-conductuales, psicodinámicos, interpersonales y de apoyo, que permite al paciente a mejorar el manejo de sus ansiedades y a fortalecer su estructura yoica, logrando que el paciente vaya recuperando sus funcionalidades. Se busca que el paciente desarrolle mejor regulación emocional.

Este último apoyo que brinda el hospital, es el tratamiento que más demandado esta, ya que la segunda causa que el Psiquiátrico Fray Bernardino atiende es la de Trastorno Límite de la Personalidad. Es importante recalcar como antes se mencionó, todo tratamiento va a acompañado de lo farmacológico.

También se brinda la hospitalización para personas “consientes” y personas que no son capaces de decidir sobre ésta. Realizan actividades y están en constante

observación. El hospital trata de tenerlos el menor tiempo posible, siempre y cuando tengan una recuperación visible a lo largo de su estancia.

Ahora sí, es importante hablar de lo que es el trastorno límite de la personalidad, para saber qué es lo que sucede o sucedió en el aparato psíquico, y que tratamiento es el mejor para ayudar a tener una mejoría, por lo cual se fue desglosando punto por punto para un mejor entendimiento.

7.4 TRASTORNO MENTAL

Las emociones no expresadas nunca mueren. Son enterradas vivas y salen más tarde de peores formas.

Sigmund Freud

No puedo comenzar a hablar del “Trastorno límite de la personalidad” sin saber lo que es un trastorno mental, por lo que necesito ir por partes para llegar a definir dicho trastorno, pues se sabe que, “cada uno de los trastornos mentales se conceptualiza como un síndrome o un patrón conductual o psicológico de importancia clínica que se produce en un sujeto y que se acompaña de un síntoma doloroso (tensión) o de alteración de uno o más aspectos importantes de funcionamiento (incapacidad).”²³ Cabe recalcar que al hablar de un síntoma doloroso, no hablo de dolor físico, sino también entra un dolor emocional, que es lo que afecta principalmente; pues hago referencia a lo mental y no totalmente a lo físico.

Cuando hablamos de trastornos mentales hago reseña a los pensamientos, las emociones y sobre todo a la conducta, ya que a través de esta última nos damos cuenta, por ejemplo, cuando una persona está feliz, se muestra demasiado enérgica y, por el contrario, cuando una persona se encuentra triste se nota agotada y/o desanimada ante las cosas. Siguiendo con la conducta de las personas, podemos

²³ Golmand. H., 1989. “psiquiatría general”. Editorial el manual moderno, México, D.F, Pp,253.

decir que es un aprendizaje a la mal adaptación, la cual se va aprendiendo desde la infancia.

Como ya había mencionado anteriormente, los pensamientos se ven afectados a causa de un trastorno mental, dichos trastornos mentales se van desarrollando por conflictos no resueltos, desde su infancia hasta su actualidad, los cuales hacen un nudo de ideas en la mente (pensamientos) que no saben manejar o controlar, por lo cual es necesario una intervención médica, la cual conlleva en muchas ocasiones un tratamiento fármaco.

Otro punto importante a mencionar es que, para llegar al diagnóstico de un trastorno mental se abarcan tres procesos pues, se “empieza por organizar un grupo de signos y síntomas obtenidos a partir de la historia clínica y de las exploraciones física y del estado mental”²⁴ para lograr organizar estos signos y síntomas es importante saber sobre la historia de vida²⁵ de cada individuo entrevistado ya que sin esto no podríamos lograr entender el desarrollo del trastorno en investigación.

Hay que tener cuidado con confundir un trastorno mental con una enfermedad pues “una enfermedad es aún más específica que un trastorno, puesto que implica una causa conocida y una patogenia conocida” por el contrario, un trastorno mental no se sabe a ciencia cierta su desarrollo, por eso indagamos más en los sucesos que ocurrieron a lo largo de su vida para encontrar la causa posible y poder brindar un tratamiento correspondiente, también es causada por alteraciones en el cerebro, alguna caída o falta de algún químico que ayuda al buen funcionamiento de éste.

Para saber si existen alteraciones en el cerebro o descargas anormales se lleva a cabo un electroencefalograma, punto que se verá en capítulos más adelante; pues con este sabremos si existen descargas anormales que estén afectando al sujeto.

Ya que quedo explicado lo que es un trastorno mental, continuemos con lo que es un trastorno de la personalidad, el cual fue necesario para que se pudiera dar el

²⁴ Golmand. H., 1989. “psiquiatría general”. Editorial el manual moderno, México, D.F, Pp,147

²⁵ Herramienta principal para elaborar esta tesis

último paso “trastorno límite de la personalidad” y poder darle continuidad a este trabajo.

7.4.1 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Ahora es momento de hablar del trastorno de la personalidad, el cual se sabe que “[...] es desencadenado por un conflicto interpersonal [...] y que a menudo van a asociadas a las personas con [...] lesión cerebral [...]”²⁶ esto quiere decir que son dos puntos importantes por lo que se desarrollan dichos trastornos, 1) conflictos que existen en su desarrollo 2) accidentes, principalmente golpes en la cabeza. Cabe recalcar que no son los únicos puntos que provocan este tipo de trastornos, pero si los trascendentales.

Pero no fue hasta en 1801 cuando Philip Pinel vio un gran interés en el comportamiento irracional de las demás personas, siendo uno de los primeros en estudiar la personalidad de individuos que al parecer se veían “bien” intelectualmente; reforzando este interés, 36 años después en 1837, Prichard decidió hablar de igual manera sobre la comprensión de la personalidad.

Tomo varios años para llegar a “reconocer” dichos trastornos, pues se hicieron varios estudios y se necesitó analizar a un sin número de personas para llegar a “definir” de cierta manera lo que era un Trastorno de la personalidad, qué era lo que lo ocasionaba y sobre todo cómo afectaba al individuo.

“Las manifestaciones de los trastornos de la personalidad suelen ser reconocibles durante la adolescencia o antes y prosiguen a lo largo de la mayor parte de la vida adulta, aunque con frecuencia son menos manifiestos en la edad madura o la vejez.”²⁷ Suelen ser desarrollados en esta etapa puesto que es donde se va desarrollando la personalidad del individuo, ya que va experimentando varios cambios emocionales y hormonales.

²⁶ *Ibíd.* Pp, 949

²⁷ *Ibíd.* Pp, 949

En la adolescencia se refleja más, pues la persona empieza a sentir la atracción hacia otras personas, la cual le crea un conflicto y empieza a depender, temiéndole al rechazo y a la soledad, provocando un sube y baja de emociones que en su momento no sabrá controlar con facilidad. También es donde su círculo social, intereses y/o influencias van cambiando notablemente, generando círculos viciosos y teniendo confusiones.

Cuando hablamos de emociones hay que tener cuidado con no confundirlas con los sentimientos, ya que los sentimientos son más elaborados y sobre todo no son impulsivos, también se van formando con el tiempo, por el contrario, las emociones son expresiones más cortas e intensas, pueden llegar inesperadamente y cambiar constantemente.

Las personas que padecen de un trastorno de personalidad “[...] manifiestan estrategias inadaptativas recurrentes en sus relaciones interpersonales, deben estar notablemente insatisfechos con el impacto de su conducta sobre los demás y su incapacidad para funcionar de manera eficaz. [...]”²⁸ lo que mencionaba unos párrafos arriba, el individuo tiene dificultades para relacionarse en ciertos círculos sociales, pues su humor cambia constantemente, teniendo gustos diferentes a cada momento.

Pero, ¿es lo mismo un trastorno de la personalidad que cualquier otro trastorno? Por supuesto que no, como su nombre lo dice, este afecta principalmente a la personalidad, aunque existan síntomas similares en cualquier otro trastorno esto no quiere decir sea lo mismo; aquí los síntomas son muy cambiantes y no se mantiene, por ejemplo, un trastorno neurótico se mantiene en la neurosis así como el trastorno psicótico, se mantiene ahí. Sin embargo la personalidad es más amplia, un día pueden estar felices, tristes, enojados, etc.

Existen varias clasificaciones de los Trastornos de la personalidad por ejemplo:

- Trastorno de personalidad paranoide
- Trastorno de personalidad esquizoide

²⁸ *Ibíd.*, pp422

- Trastorno de personalidad esquizotípica
- Trastorno de personalidad histriónica
- Trastorno de personalidad narcisista
- Trastorno de personalidad antisocial
- Trastorno de personalidad evitante
- Trastorno de personalidad dependiente
- Trastorno de personalidad compulsiva
- Trastorno límite de la personalidad
- Entre otros

Como se puede observar son varios trastornos de este tipo, pero no todos afectan de la misma manera y cada uno tiene sus causas por las cuales se desarrollan, donde quizá algunos son más fáciles de controlar o de diagnosticar. Por eso es importante estar atentos de los síntomas y de lo que esta “fallando” para lograr identificarlos.

Pero en este trabajo me enfoqué en el trastorno límite de la personalidad, el cual es importante desarrollar y explicar a continuación.

7.4.2 TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD

Ahora sí, me enfoqué en el Trastorno límite de la personalidad donde, existen ciertos criterios que ayudan a diagnosticar dicho trastorno, los cuales son mencionados en el DSM – IV – TR, para ser breves se trata de un patrón permanente de origen interno ocasionando comportamientos que afectan tanto la vida social, como cognoscitiva y afectiva del sujeto. Para entender un poco más el concepto TLP, comenzaremos con lo que nos dice el DSM – IV – TR: “Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos [...]”²⁹

²⁹ DSM-IV-TR BREVIARIO. Pp. 666

Algunos de los contextos en los que se llega a dar este trastorno de la personalidad, según el DSM – IV – TR³⁰ son los siguientes.

- 1- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. [...]
- 2- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- 3- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- 4- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). [...]
- 5- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
- 6- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
- 7- Sentimientos crónicos de vacío
- 8- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- 9- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

La denominación de límite para este trastorno se debe a que el sujeto se encuentra al borde de las estructuras psicóticas y neuróticas de la personalidad. “[...] podríamos considerar que hay un acuerdo en conceptualizar el TLP como un trastorno de la estructura de la personalidad que se caracteriza por un Yo débil con mecanismos de defensa muy primitivos.”³¹

Al hablar del TLP no se hace referencia a una estructura, sino “[...] engloba diversas categorías caracterízales a medio camino entre la neurosis y la psicosis, pero siendo

³⁰ Ibíd. Pp. 670-671

³¹ G. Cervera Martínez; G. Haro Cortés; J. Martínez-Raga. Trastorno Límite de la Personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. (2005). Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid, 2005. Pp.46

una entidad única.”³², es decir, no hay una estructura, incluso no entra completamente en una estructura como anteriormente se menciona, ya que consta con rasgos tanto de una como de otra constantemente.

Como se mencionó, se puede observar que el TLP afecta a ciertas conductas y emociones del sujeto a consecuencia de una comorbilidad con otros trastornos, por lo que considere importante hablar un poco de cada uno de estos puntos y su relación entre sí.

La comorbilidad no sólo se encuentra presente con el TLP, sino que se suele dar entre los demás trastornos, y recordando que no existe ninguna estructura y ningún padecimiento puro, esto provoca ciertas dificultades al diagnosticar dicho trastorno.

Lo mencionado anteriormente son puntos actualizados, pero para llegar a eso pasaron muchos años y se experimentaron varios puntos de terminología, donde uno de sus primeros términos fue en 1941 por Zilboorg el cual la llamo “esquizofrenia ambulatoria”, pues se consideraba que “[...] el trastorno era una versión leve de la esquizofrenia, con alteraciones características de la comprobación de la realidad, el pensamiento asociativo y afecto superficial.”³³ Posteriormente los psiquiatras Hoch y Polatin le dieron el término de “esquizofrenia pseudoneurotica” esto porque existían ciertos rasgos de esquizofrenia pero no los suficientes para tomarlo como tal.

Años después el psiquiatra Knight empezó a analizar a los pacientes con carácter psicótico, pues en el trastorno límite de la personalidad, los pacientes se encuentran más del lado de la psicosis, le siguieron más psiquiatras como Grinker y cols, Kernberg en 1975 con su termino de “organización límite de la personalidad”, hasta llegar al actual término “Trastorno límite de la personalidad TLP”

Ahora continuemos con lo actual, aunque no podemos decir que este trastorno se hereda o se desarrolla pues, en algunos casos es una u otra e inclusive ambas; a veces la persona es demasiado sensible y temperamental que se considera una

³² Ibíd. Pp. 142

³³ Henri, H., 1996 “tratado de psiquiatría” pp,970

causa heredada, pero cuando hablamos de que existen varias inestabilidades emocionales por problemas familiares, escolares, en pocas palabras sociales, la persona empieza a activar su sensibilidad que provocaran con el paso del tiempo una inestabilidad emocional y poca tolerancia ante cualquier situación que se le presente.

Existe cierta dificultad para demarcar exactamente qué es el trastorno límite de la personalidad, por lo cual frecuentemente se es mal diagnosticado, incluso puede considerarse como “[...] un cajón de sastre en el que etiquetar otros cuadros que no acaban de definirse completamente [...] por la dificultad de organizar todos los síntomas diversos y dispersos que se objetivan en el paciente [...]”³⁴

La presencia de varios síntomas y la dificultad de organizarlos son las razones ante la dificultad de poder dar un diagnóstico claro y preciso, por lo cual podemos considerar que la comorbilidad del TLP con otros trastornos es más complicada de lo que aparenta, ya que en cualquier momento se pueden confundir los diagnósticos.

En muchas ocasiones el ser inestable emocionalmente dificulta las cosas, pues en muchas ocasiones esto provoca dejar el tratamiento tanto fármaco como terapéutico, pues se pueden sentir tan bien que piensan que ya no necesitan ayuda o por el contrario se sienten tan mal que no quieren asistir a sus terapias o tomar su medicamento al pie de la letra; y para ver una mejoría con el trastorno, los pacientes deben ser constantes.

Otro punto que afecta al paciente a dejar su tratamiento es la dificultad de sociabilizar, de un día querer las cosas y al otro no, pues en ocasiones su terapeuta le puede caer bien y al otro no, dejando de asistir a terapias o inclusive sentir que el terapeuta lo entiende perfectamente creyendo una atracción.

Cuando no es una causa heredada es porque este trastorno se desarrolla y esto sucede en muchas ocasiones por un intento de abuso sexual, maltrato físico o

³⁴ Ibid. Pp. 231

simplemente porque no recibían la atención adecuada durante su infancia, siendo así un ambiente inestable en su familia.

Los pacientes con TLP tienen poca paciencia y se llegan a frustrarse fácilmente, esto también tiene que ver con su desarrollo en la infancia, pues es ahí donde nos enseñan a manejar nuestras emociones cuando las cosas no salen como quisieran y de que tan “consentidos” eran, dándoles todo lo que pedían y en el momento que lo querían.

Como se mencionó anteriormente, el TLP es un trastorno que se encuentra entre la neurosis y la psicosis, pueden darse síntomas de psicosis gracias a los cambios emocionales frecuentes, lo cual provoca una alteración en la realidad de la persona, para después actuar como si nada hubiera pasado, por lo cual no le toman importancia a estos sucesos en la mayoría de ocasiones. En el TLP todo es blanco o negro, no existen puntos medios, como ya lo había anotado anteriormente, más cuando existen crisis, la persona puede querer vengarse de las personas, provocar un daño, tanto a él mismo como a los demás, o por el contrario, sentirse culpable o muy triste ante las cosas, va de un extremo a otro.

Por desgracia hay pacientes que se han quitado la vida, esto porque otra de las características que aparecen es el de la impulsividad, tomando esta lamentable decisión sin reflexión alguna, simplemente porque sintieron ganas de llevarlo a cabo por medio de un impulso, recordando que el TLP se acompaña de depresión, factor que no ayuda mucho en esta toma de decisiones.

Los pacientes llegan a ser muy sensibles ante situaciones que, para otras personas pueden ser absurdas e inclusive insignificantes, pero como qué, para explicarlo de una mejor manera plasme un ejemplo de una paciente con Trastorno límite de la personalidad que ayudara a entender este punto:

“una señora de edad adulta comentó en una sesión grupal que quería morirse, por lo cual causo alerta en los demás participantes de la sesión preguntándole que cual era la causa, por lo que ella respondió: ayer llegue a mi casa y mi gatito no me quiso

saludar y me rasguño, si él no me quiere y me rasguña es porque me odia, si nadie me quiere, ni mi gato no encuentro sentido de seguir en esta vida”³⁵

Ahora bien, es ese pequeño ejemplo se observa que la señora se sentía sola, y por supuesto sensible ante cualquier situación, existen muchos factores del porqué el gato la rasguño, pero ella solo se quiso enfocar en que era odio hacia ella, pensando que nadie, ni un animal sentía aprecio o cariño hacia ella, teniendo la sensación de que era mejor quitarse la vida.

Existen infinidad de ejemplos, pero a lo que se quiso llegar es que pueden ser muy sensibles y alterar la realidad de las cosas, viéndolo de la peor manera posible, claro está que esto no es consiente, sino que es su forma de ver las situación es ese preciso momento y, para saber qué es lo que sucedió en realidad se debió indagar mucho sobre lo que fue su vida hasta ese punto.

Entonces cierro este subtema diciendo que el Trastorno límite de la personalidad se encuentra entre una neurosis y psicosis; donde para llegar a saber la razón debemos indagar en la vida del paciente ya que las causas pueden ser hereditarias, desarrolladas o por una alteración cerebral.

7.4.3 ANSIEDAD

Como la mayoría de los casos del TLP van acompañados de ansiedad y depresión, es de suma importancia también hablar de estos dos puntos, pero entonces ¿Qué es la ansiedad? ¿Es una enfermedad? No, la ansiedad no la podemos llamar una enfermedad, puesto que es un mecanismo de defensa natural que las personas utilizamos para ponernos alertas ante cualquier suceso inesperado y/o ante situaciones que representen peligro, aunque a veces es inevitable controlarla provocando miedos excesivos y pensamientos de gran temor, causando un estado vulnerable en la persona, lo cual puede llegar a deteriorar su funcionamiento físico y personal.

³⁵ Este ejemplo se tomó de una sesión grupal, la cual es anónima

La ansiedad es un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar; frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento, este estado emocional puede surgir sin razón alguna (ansiedad espontánea) o también ocurre en situaciones específicas (ansiedad situacional o fóbica), donde en muchas ocasiones podemos llegar a controlarla para que no llegue a ser una ansiedad mayor.

El hecho de que una persona padezca de ansiedad, no la hace una persona disfuncional, pues aparte de que es controlable, en ocasiones con medicamentos, también lo es por cuenta propia, y si la podemos controlar ¿Por qué existen medicamentos para esto? Sí, es controlable en algunas ocasiones, pues como en las enfermedades y/o trastornos existen niveles de ansiedad, donde puede llegar a convertirse en pánico o fobia.

“La ansiedad se puede definir como una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga que suele estar acompañada de inquietud y de clínica autonómica, como cefalea, palpitaciones, sudoración, temblor y disnea.”³⁶ Aunque la ansiedad puede ser de gran ayuda para el sujeto al servir como señal de alerta antes situaciones peligrosas, así como puede alertar ante amenazas internas. “Sólo cuando esta ansiedad se vuelve más intensa de lo esperable ante una determinada situación, o cuando su duración es excesiva o inadecuada al estímulo, [...] cuando se sale de lo esperable por la norma, es cuando hablamos de ansiedad patológica.”³⁷, aquí es donde se encuentra una de las fronteras entre lo normal y lo patológico.

“Por orden de mayor a menor frecuencia, los trastornos de ansiedad que se asociaron al TLP fueron el [trastorno por estrés posttraumático] TEPT, el [trastorno de angustia] TA, la fobia social, la fobia específica, el [trastorno obsesivo-compulsivo] TOC, el [trastorno de ansiedad generalizada] TAG y la agorafobia [...]”³⁸. Se ha encontrado una estrecha relación entre el TEPT y el TLP, una de las

³⁶ Ibid. Pp. 232-233

³⁷ Ibid. Pp. 233

³⁸ Ibid. Pp. 234

razones es que “[...] que ambos trastornos están muy relacionados con el antecedente de traumas en la infancia, especialmente en el caso de abusos sexuales.”³⁹, con ello también se puede desencadenar el abuso de sustancias, por ejemplo, del alcohol.

Los que padecen de ansiedad en muchas ocasiones suelen morderse las uñas, tener palpitaciones aceleradas, dar vueltas sin saber qué hacer, simplemente se encuentran inquietos, pues no saben manejar ciertas situaciones y también con el TLP, suelen tener dermatitis nerviosa, la cual provoca irritación en la piel y/o comezón.

Cuando se habla de una ansiedad que no se puede controlar por sí mismo, se tiene que medicar para tener un control de ésta. Pero ¿Qué fármacos son los adecuados? Existen los ansiolíticos, que son precisamente para la ansiedad, aparte de que ayudaran a conciliar el sueño por alteraciones de ansiedad como lo son:

- Clonazepam (Rivotril)
- Diazepam (Valium)
- Alprazolam (Taffil)
- Lorazepam (Ativan)
- Bromazepam (Lexotan)

Estos medicamentos ayudaran a calmar algunos síntomas que aparecen ante la ansiedad como:

- Opresión en el pecho
- Sensación de ahogo o falta de aire
- Mareos
- Sudoración de más
- Pensamientos de miedo constantes
- Palpitaciones o taquicardia
- Me altero en lugares muy concurridos

³⁹ Ibid. Pp. 245

- Cansancio y falta de concentración

Existen muchos síntomas que aparecen dentro de la ansiedad, esto va a depender de cada persona, pues no todos resentimos de la misma manera.

7.4.4 DEPRESION

Por otro lado cuando hablamos de depresión pensamos que es un sinónimo de tristeza, lo cual es algo erróneo, pues la tristeza puede pasar o “superarse” fácilmente y sobre todo tener alguna razón por la cual la sentimos, en cambio en la depresión podemos alterarnos sin motivo alguno y no puede salirse de ella tan fácil aun queriendo, lo cual lo hace más complicado.

Existen varios niveles de depresión donde va desde un nivel “leve” a uno más “grave” los cuales son los siguientes: Episodio depresivo leve, depresión media, la cual recibe el nombre de distimia y por último la depresión mayor.

EPISODIO DEPRESIVO LEVE: Como su nombre lo dice, es un episodio leve, el cual puede durar de unas horas o 2 semanas aproximadamente, la cual produce un cambio en la conducta de las personas donde las causas son por algún acontecimiento de la vida, por ejemplo el rompimiento con una pareja, la pérdida de un ser querido o al no lograr un proyecto que se tenía planeado, pueden ser causas cotidianas.

DISTIMIA O DEPRESION MEDIA: En este caso se va agudizando la depresión, teniendo una duración de 2 años o inclusive más, esta depresión se va haciendo crónica sin lograr darnos cuenta de esto, teniendo el sentimiento constantemente en nuestra vida cotidiana.

Los síntomas que aparecen logran ser más notorios pues se empieza a tener pérdida de intereses en las actividades diarias, incluso las que se disfrutaban hacer ya aunque también resulta difícil lograr divertirse con actividades ya que se baja la estima en la persona, teniendo de igual manera una disminución en la productividad y la sociabilización con las demás personas.

Como se pudo observar la productividad baja, pero no los vuelve inficcionales, por la cual es posible que puedan seguir con actividades, como estudiar, trabajar en la familia o aun sociabilizar con algunas amistades, esto va a depender de cada persona.

DEPRESION MAYOR: En este episodio de depresión es muy complicado que una persona pueda seguir con sus actividades diarias y no solo eso sino que el aislamiento es muy notable inclusive aparece el sentimiento de querer perder la vida; existe desconcentración, falta de memoria y casi nada produce alegría en las personas en este nivel de depresión.

En algunos casos de depresión mayor se presenta una psicosis.

Una vez desglosados los niveles de estos trastornos que se tomaron del curso Prosalud, impartido en el psiquiátrico Ramón de la Fuente, se podrá notar que muchos síntomas también parecen con personas que presentan Trastorno límite de la personalidad, pues, como se ha mencionado anteriormente el TLP viene acompañado de depresión y ansiedad. Como no existe tratamiento fármaco específico para el TLP, en muchas ocasiones se tiene que combatir la depresión con fármacos (antidepresivos).

Existen tres grupos de medicamentos antidepresivos que podemos encontrar en venta:

TRICICLICLOS⁴⁰: Los cuales son, imipramina, clomipramina, nortriptilina y amitriptilina

MEDICAMENTOS DUALES: Venlafaxina y duloxetina

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA: citalopram, escitalopram, fluoxetina, sertralina, paroxetina y fluvoxamina.

Es importante recalcar que los medicamentos antidepresivos no son adictivos, pero una desventaja que tienen es que tienen efectos secundarios como secar la boca,

⁴⁰ Antidepresivos con una estructura molecular de tres anillos. Estos fármacos bloquean la recaptación de noradrenalina y serotonina

estreñimiento, sudoración, disminución de la libido e inclusive dificultad para llegar a un orgasmo, estos efectos secundarios pueden durar de 3 a 5 días, según el paciente; de igual manera cuando se suspende el medicamento pueden volver a aparecer los efectos secundarios que desaparecen 3 o 4 días después de la suspensión.

Pero, ¿Cómo funcionan los antidepresivos? Los medicamentos elevan la concentración de serotonina⁴¹, la cual ayuda a regular las emociones y se deben de tomar según el tiempo que el medico lo indique, ya que como vimos, existen diferentes niveles de depresión y también tardan como 2 o 3 semanas para que se vean resultados.

Al igual que el TLP, la depresión puede ser provocada por 2 causas:

Depresión endógena: esta se da por un problema interno del organismo, tales pueden ser tanto químicos, hormonales, de la tiroides o post parto

Depresión externa: por el contrario, como su nombre lo dice, esta viene de lo exterior al cuerpo, como son las vivencias de la persona, dificultades que se están viviendo, perdidas de algo o alguien querido, etc.

En conclusión se puede decir que ningún trastorno se da de la nada, siempre existen razones, tanto vivenciales o fallas en el organismo de la persona.

⁴¹ Es un neuromodulador fundamental del sistema nervioso del humano. Los procesos conductuales y neuropsicológicos modulados por la serotonina incluyen: el estado de ánimo, la percepción, la recompensa, la ira, la agresión, el apetito, la memoria, la sexualidad y la atención.

7.5 AUTOMEDICACIONES DE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Soy lo que sobrevive de mí

Erik Erikson

Cuando hablamos de automedicaciones es algo común en la época y lugar en el que vivimos, pues como cuando tenemos gripa, tos, dolor de estómago, etc., recurrimos a remedios caseros hasta fármacos recomendados sin consulta médica; esto para sentirnos mejor. En la mayoría de caso de los diagnosticados con TLP, sino es que en todos, buscan salida para sentirse mejor, esto sin importar causar un daño aun mayor, no solo para ellos mismos sino para los que los rodean.

De esto se trata este capítulo, de salidas “fáciles” que tienen los pacientes y algunas consecuencias de las mismas, que no permiten el mejoramiento y/o control del trastorno.

7.5.1 TLP y el abuso de sustancias

“El consumo de sustancias sería un epifenómeno ligado a la solución rápida y vicariante de la angustia feroz producida por la pérdida de objeto, real o fantaseada”⁴². Algunos de los sujetos diagnosticados con TLP, empiezan a consumir sustancias por impulsividad, ya que es muy común que en ocasiones busquen alguna salida a sus problemas; frecuentemente el abuso de sustancias de forma impulsiva “[...] contribuye a reducir el umbral de otros comportamientos

⁴² Ibid. Pp. 142

autodestructivos como la mutilación corporal, la promiscuidad sexual o los comportamientos provocadores que incitan a la agresión [...]”⁴³

Una hipótesis acerca de la relación de este trastorno y el abuso de sustancias radica en que para el sujeto se trata de una automedicación para sus estados emocionales, es decir que buscan una salida fácil para poder sentirse mejor, pero olvidando la dependencia que genera el consumo de las sustancias y los posibles problemas que se pueden desarrollar en relación con los demás, lo cual puede agravar dicho trastorno, principalmente cuando hay fármacos de por medio ya que no son una buena combinación.

Pero también existe la hipótesis de que el abuso de sustancias sea el responsable de generar el trastorno, dado que la dependencia hacia las sustancias genera afectaciones tanto orgánicas como en las relaciones interpersonales, teniendo conflictos emocionales. Pues recordemos que una causa por la cual se llega a desarrollar el TLP es por alguna fractura o alteración anormal en el cerebro, incluyendo algunas sustancias químicas que no estén o estén de más.

“La presencia de consumo de sustancias tiene importantes implicaciones para el tratamiento, pues los pacientes con trastornos límite de la personalidad que abusan de sustancias suelen tener una peor evolución y un mayor riesgo de suicidio, muerte o lesión por accidente.”⁴⁴ Cuando una persona está bajo el efecto del alcohol no ve las cosas claras, pues ahora se puede decir que una persona con este tipo de trastorno más efectos del alcohol no es una combinación buena, pues de por sí es una persona impulsiva cambiante de emociones que al sumarle alguna sustancia (alcohol y/o droga) se ve más cegado y fuera de la realidad, no solo pudiendo provocarse algún daño a ellos mismos, sino a los que lo rodean.

Como a veces el sociabilizar cuesta un poco de trabajo con algunas personas con el trastorno tratado, para ser aceptado ante algún círculo social, acepta probar dichas sustancias que con el paso del tiempo serán adictivas y las conducirán a

⁴³ Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. (2002). Psiquiatría Editores. Barcelona, España, 2002. Pp. 39

⁴⁴ Op. Cit. G. Cervera Martínez; G. Haro Cortés; J. Martínez-Raga. Pp. 38

hacer cosas que no se imaginaban e inclusive, como se mencionó, alterar aún más el trastorno al punto de estar internado en el hospital antes de cometer otras acciones de las cuales no se podrá salir ni regresar, como lo es, lamentablemente el suicidio.

7.5.2 TLP y suicidio

En el TLP puede ser común el suicidio, puesto que el sujeto se ve vulnerable ante situaciones de miedo a la soledad, posibles alucinaciones, baja autoestima, sentimientos de rechazo, etc., lo cual provoca en el sujeto el inicio de autolesiones, subiendo de grado hasta llegar al intento de suicidio y en ocasiones logrando su objetivo.

“De hecho, se acepta comúnmente que este trastorno de personalidad es el más asociado al suicidio”⁴⁵ Esto se debe a las constantes autolesiones que se producen y a la recurrente ideación suicida, ya que, aunque no se lleve a cabo algún intento de suicidio si existen las ideas relacionadas con éste, que en el mejor de los casos no pasan al acto.

Existen autores que han llevado a cabo estudios al respecto, entre ellos se encuentra Paris el cual es citado en el libro “Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica”, este autor “[...] señala que las amenazas e intentos son máximos al inicio de la enfermedad (década de los 20), y los suicidios consumados se realizan entre los 30 y 35.”⁴⁶

En el caso de los sujetos diagnosticados con TLP existen factores que aumentan el riesgo de intentos de suicidio o suicidio consumado, tales como el abuso de sustancias, depresión, hospitalizaciones previas, sucesos traumáticos en la infancia, etc., y generalmente cuando se presenta la crisis suicida previamente hubo

⁴⁵ Ibid. Pp. 157

⁴⁶ Ibid. Pp. 159

una interrupción del tratamiento; por eso es de suma importancia llevar el tratamiento al pie de la letra.

“Se ha establecido con bastante fiabilidad que la comorbilidad entre el trastorno límite y la depresión mayor se asocia a un mayor riesgo de suicidio”⁴⁷ Esto se debe a que el sujeto con TLP se encuentra vulnerable a sentimientos de soledad y tristeza que lo conllevan a dicha depresión, con deseos de terminar con su vida, pero sin dejar de lado la intervención de su contexto o acontecimientos externos frustrantes, como la pérdida de alguna pareja, amistades, así como la aparición de sentimientos de furia y desesperanza. Es un sube y baja de emociones que luego no las pueden controlar lo cual los lleva a la desesperación actuando de forma impulsiva y en muchas ocasiones llevando a la culpabilización.

Un rasgo que podríamos destacar como central en este trastorno es el de la impulsividad, ya que éste es el encargado de que el sujeto actúe tomando en cuenta principalmente sus emociones y deseos, sin considerar su propio bienestar ni mucho menos el de alguien más.

“Parece que en algunos pacientes sólo el saber que pueden matarse les permite seguir viviendo”⁴⁸ Podría considerarse que las autolesiones son castigos, tratan de sustituir el dolor psicológico por el físico, es decir “[...] las personas con TLP al cortarse sustituyen emociones insoportables por un flujo de sangre que les relaja y que alivia su disforia.”⁴⁹ Entonces podemos entender que las autolesiones o autocastigos son derivados de un conflicto interno, como lo es el sentirse solo o que nadie lo quiere y/o nadie lo comprende, a esto se le puede llamar como trastornos afectivos.

7.5.3 TLP y trastornos afectivos

⁴⁷ Ibid. Pp. 161

⁴⁸ Ibid. Pp. 164

⁴⁹ Ibid. Pp. 164

Existe una asociación entre el TLP y otros trastornos mentales, entre ellos se encuentran los trastornos afectivos, aunque siendo considerados independientes; para el diagnóstico de estos es importante tomar en cuenta las reacciones fisiológicas y psicológicas a factores ambientales y temperamentales. Como se ha mencionado anteriormente, el trastorno afectivo depresivo puede ser de gran peso en el TLP, originando así el abuso de sustancias, intentos de suicidio, promiscuidad sexual, etc., para aliviar dicha depresión.

El trastorno límite de la personalidad puede producir por sí mismo trastornos afectivos, teniendo como “[...] defectos primarios la impulsividad, hipersensibilidad a la separación y la pérdida, intentos de conseguir el control y apoyo, y una tendencia a malinterpretar la realidad al ser sometidos a estrés, pudiendo secundariamente presentar una disforia crónica y otros síntomas depresivos.”⁵⁰ En muchas ocasiones sienten que están en la mira de los demás provocando temor excesivo al sentirse observados o por el contrario sentirse superior a los demás, es normal que ambos existan en una sola persona, pues si bien recordamos, el TLP va de un extremo a otro.

Es importante mencionar que también pueden padecer de los diferentes tipos de temperamento, por ejemplo, depresivo, hipertímico, ciclotímico e irascible. “En concreto, el temperamento irascible sería en realidad un subgrupo de ciclotímicos con marcada irritabilidad, es decir, una ciclotimia irritable [...]”⁵¹

“[...] los trastornos afectivos deberían ser transitorios o de una duración no excesivamente larga, en contraste con el estilo de vida más permanentemente alterado que implica la personalidad límite.”⁵² Cuando una persona no es tratada adecuadamente es más común que las crisis que tienen sean frecuentes, pues no existe un control, provocando emociones cambiantes sin razón alguna, sin saber controlarlas yendo de un extremo a otro y con consecuencias que podrían ser fatales.

⁵⁰ Ibid. Pp. 180

⁵¹ Ibid. Pp. 181

⁵² Ibid. Pp. 191

Por otro lado existen más “automedicaciones” o salidas fáciles a consecuencia de tener trastorno límite de la personalidad como lo es el dejar de comer a esto se le conoce como trastorno de la conducta alimentaria, que también afecta de una manera difícil de controlar.

7.5.4 TLP y trastornos de la conducta alimentaria

El TLP también se da con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), y junto con esto, la correlación con depresión, ansiedad y abuso de sustancias. Y así como se ha mencionado en varias ocasiones, los rasgos de impulsividad mantienen un papel sumamente importante, así como la inestabilidad emocional.

Existe la hipótesis de que los trastornos alimentarios inespecíficos forman la parte de mayor prevalencia en los sujetos con TLP, pero ¿cuáles son estos trastornos? “El trastorno inespecífico se dividió en cuatro subgrupos: restricción alimentaria sin peso bajo [...], atracones sin purgas [...], purgas sin atracones [...] y bajo peso sin pérdida de control del impulso alimentario [...] La conducta de purgas sin atracones se consideró la más estrechamente ligada al trastorno límite [...] En esta conducta existe un componente de autocastigo y de inestabilidad afín a los patrones propios del TLP.”⁵³

El diagnóstico de ambos trastornos, TLP y TCA, suele presentarse más en mujeres, esto se debe a que “[...] las mujeres tenderían a realizar actos dirigidos hacia sí mismas, mientras que los hombres los dirigen hacia los otros.”⁵⁴ Pero esto no significa que sea estrictamente una regla, ya que todos somos vulnerables a cualquier diagnóstico.

Un factor importante, así como se ha mencionado por ejemplo con los intentos de suicidio y abuso de sustancias, son los episodios depresivos los cuales pueden preceder con frecuencia a un trastorno alimentario. Y recordando de igual forma el papel fundamental que ocupa la impulsividad, la cual “[...] se define como una

⁵³ Ibid. Pp. 199

⁵⁴ Ibid. Pp. 199

conducta impremeditada, donde la acción sigue inmediatamente al deseo o al pensamiento en ausencia apenas de reflexión o de consideraciones posteriores.”⁵⁵ En el caso del TLP se ubican muy próximos a éste los “[...] trastornos alimentarios caracterizados por dificultad en la inhibición de la acción, como la bulimia y los trastornos por atracón [...]”⁵⁶. Hablando de la depresión, el paciente puede no querer realizar ninguna actividad, ni siquiera levantarse a comer, lo cual le causa alteraciones en su peso que llegan a ser preocupantes.

Otro factor que puede preceder tanto a los TCA como al TLP es el abuso sexual en la infancia, el cual puede presentarse comúnmente en mujeres. Algunas características del TLP que tienen similitud con los TCA, en relación con lo antes mencionado son: “[...] la presencia de historias de abuso, así como de la exposición a escenas de confrontación parental, con un alto grado de disfunción en las relaciones intrafamiliares, donde se establecen alianzas basadas en necesidades de dependencia, con una dinámica ambivalente entre la sumisión, la rabia y la hostilidad descargada contra sí y los otros.”⁵⁷

Como en la mayoría de casos de TLP viene acompañado con la depresión, como lo he recalcado en varias ocasiones, cuando están en este cuadro depresivo, no tienen ganas de nada, se la pasan durmiendo en muchas o acostados, apenas levantándose para ir al baño.

7.5.5 TLP y trastornos del control de los impulsos

Ya se ha mencionado repetidamente el papel que juega la impulsividad en el trastorno límite de la personalidad, pero ahora se profundizará un poco al respecto. Comenzando con dos definiciones acerca de este concepto: “[...] umbral disminuido para acciones motóricas, particularmente conducta agresiva, en respuesta a estímulos ambientales”⁵⁸, recalcando que en el caso del TLP, dicha conducta

⁵⁵ Ibid. Pp. 204

⁵⁶ Ibid. Pp. 205

⁵⁷ Ibid. Pp. 210

⁵⁸ Ibid. Pp. 218

agresiva se dirige hacia sí mismo, a comparación, por ejemplo, del trastorno antisocial de la personalidad, que en éste se dirige hacia los demás.

La otra definición es: “[...] una predisposición para reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos y externos, sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para el individuo o para los demás [...]”⁵⁹, esta definición es más específica al mencionar el papel de los estímulos tanto internos como externos, ya que en el TLP suele tratarse de conflictos internos, pero sin dejar de lado la función del contexto.

La mayoría de los problemas que se presentan en los sujetos diagnosticados con TLP, tales como autolesiones, conductas impulsivas, etc., tienen que ver con una desregulación emocional, lo cual tiene considerables consecuencias en las relaciones interpersonales, volviéndose inestables e intensas. Generalmente, es muy difícil que tengan control de sus emociones, como se ha mencionado, se caracterizan por actuar impulsivamente, especialmente cuando se enfrentan a situaciones estresantes. “[...] la mayoría de los pacientes con trastorno límite de la personalidad son extremadamente sensibles a los estresantes psicosociales, especialmente a los interpersonales.”⁶⁰

Los trastornos del control de impulsos se definen como “[...] la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás.”⁶¹ El sujeto presenta una sensación elevada de tensión antes de realizar el acto y posteriormente, al concluir experimenta una sensación de placer, aunque posteriormente podría o no presentar sentimientos de culpa y arrepentimiento, lo cual lo hara sentir de una peor manera.

Algunos trastornos del control de los impulsos que tienen relación con el TLP son la cleptomanía, la cual se caracteriza por la compulsión y el placer de realizar actos ilícitos como el robo. La compra compulsiva, relacionada también con trastornos afectivos. La automutilación repetitiva, aunque puede ser independiente al TLP; el

⁵⁹ Ibid. Pp. 218

⁶⁰ Op. Cit. Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Pp. 46

⁶¹ Op. Cit. G. Cervera Martínez; G. Haro Cortés; J. Martínez-Raga. Pp.224

objetivo de este trastorno no es el suicidio, sino la liberación de tensión a través de autolesiones. Juego patológico, el cual representa más un trastorno adictivo, se caracteriza por preocupación excesiva por jugar, pérdida de control en apuestas, problemas económicos, familiares, etc.

“[...] la sintomatología observada en pacientes con TLP y los trastornos comórbidos representan el producto final de la relación entre el temperamento innato, las experiencias vividas durante la infancia y las disfunciones, leves o graves, del funcionamiento de los distintos neurotransmisores cerebrales.”⁶² Causando varios cambios y es cuando se entra a una neurosis y/o psicosis.

7.5.6 TLP y psicosis/neurosis

Los estados de TLP “[...] compartirían características psicóticas, como la presencia de ideas delirantes y fenómenos alucinatorios, o la presentación de una conducta extravagante o desorganizada, pero no llegarían a constituir una psicosis.”⁶³, pero los sujetos con el trastorno presentan esta sintomatología de una forma transitoria, el tiempo puede ser variable, ya que puede durar incluso sólo unas horas o días. La causa de estos estados puede ser por exponerse a situaciones de estrés extremo que no logran soportar.

Una de las características por las cuales se puede identificar que el sujeto con TLP no cae en una psicosis es debido a que “[...] no ha perdido el criterio de la realidad, pudiendo perderlo, no obstante y de forma breve, bajo situaciones intensamente estresantes”⁶⁴, por ello es que se considera a los TLP como sujetos entre la estructura neurótica y la psicótica, dado que “[...] el neurótico nunca perdería totalmente el sentido de la realidad al enfrentarse a situaciones de estrés intenso.”⁶⁵

⁶² Ibid. Pp. 227

⁶³ Ibid. Pp. 257

⁶⁴ Ibid. Pp. 260

⁶⁵ Ibid. Pp. 260

“Para neutralizar su ansiedad, el paciente límite utiliza mecanismos defensivos primitivos como la negación, la omnipotencia, la identificación proyectiva, la escisión, la idealización primitiva, la devaluación, el acting out y la regresión.”⁶⁶

La relación que existe entre la psicosis y el trastorno límite de la personalidad no es precisamente de comorbilidad como dos trastornos independientes, sino que en el TLP se desarrollan fenómenos psicóticos o pseudopsicóticos lo cuales son de dan de una forma temporal, transitoria. Algunos de los síntomas que los pacientes pueden presentar durante periodos estresantes son: “[...] alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de autorreferencia y fenómenos hipnagógicos, llegando a la desorganización conductual y conceptual [...] en los casos más graves”⁶⁷.

Con lo desarrollado anteriormente podemos concluir que el trastorno límite de la personalidad, tiene gran relación con otros trastornos, los cuales dependerán de cada sujeto. Pero es importante recalcar que existen factores generales característicos entre cada uno de ellos, un claro ejemplo es la impulsividad, ya que es la encargada de llevar a cabo los distintos actos dentro de cada uno de los trastornos.

Otro punto importante de mencionar es que la comorbilidad del TLP y otros trastornos no se dan de una forma lineal, es decir, no precisamente debe de aparecer primero el Trastorno límite de la personalidad y a consecuencia de éste el resto de los padecimientos, sino, como se menciona anteriormente, depende de la historia de vida de cada sujeto.

⁶⁶ Ibid. Pp. 260

⁶⁷ Ibid. Pp. 265

7.6 TRATAMIENTO PARA EL TLP

La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.

-Sigmund Freud.

Tratar el TLP no es nada fácil, ya que no existen fármacos específicos para tratar este tipo de diagnósticos como los hay para otro tipo de trastornos, pero esto no quiere decir que no haya un tratamiento, claro que lo hay, con ayuda de terapias puede existir una mejora en la estabilidad del paciente, claro a veces esto va acompañado de fármacos que, como ya se mencionó antes puede ayudar a la depresión y/o ansiedad que vienen acompañadas.

Para saber que se debe de hacer o medicar, la mayoría de veces se hace un electroencefalograma para ver que no existan alguna fractura o algo fuera de lo normal, ya que también existe medicamento para controlar algunas descargas que se dan de manera inesperada y afectan en el comportamiento del paciente; ahora ¿Qué es un electroencefalograma y para qué sirve?

7.6.1 ELECTROENCEFALOGRAMA

Berger descubrió hace años que el cerebro produce campos eléctricos y que es posible registrarlos, pues cada que el cerebro activa una neurona provoca una carga eléctrica en su membrana, entonces, como tenemos miles de neuronas se producen campos eléctricos, lo cual se mide entre dos puntos (y genera una diferencia de potencial), en este caso se mide con dos electrodos situados en la cabeza en puntos diferentes.

El Electroencefalograma (EEG) presenta una serie de oscilaciones que finalmente y dadas ciertas características predefinidas son en conjunto denominadas ritmos. Su generación obedece a una compleja serie de mecanismos celulares y sinápticos. Un registro típico de EEG consta de varios trazos dispuestos en líneas horizontales. Donde se observan los diferentes canales entre los cuales se mide la diferencia de potencial (voltaje), a lo largo del tiempo (un segundo). Dando como resultado una serie de graficas a los distintos ritmos u “ondas cerebrales”. Cada hoja representa una época de aproximadamente 10 segundos

Por convención se utiliza un mismo método para colocar los electrodos de superficie sobre el cráneo. Este sistema se conoce como el sistema internacional 10/20% de colocación de electrodos. Mediante este sistema aseguramos que los electrodos se coloquen sobre las mismas áreas.

Entre los diferentes canales se usa una nomenclatura a base de letras mayúsculas y subíndices numéricos. Los electrodos frontales, centrales, temporales, parietales y occipitales se reconocen con las letras: F, C, T, P y O respectivamente. El subíndice par indica el hemisferio derecho mientras que el impar el hemisferio izquierdo. Así por ejemplo; F3 se refiere al electrodo frontal izquierdo mientras que T4 al temporal derecho. Todo esto genera ondas con las cuales se podrá dar una interpretación, de acuerdo a como se presenten.

7.6.1.1 CLASIFICACIÓN DE ONDAS

Como los campos eléctricos varían entre sí, fue necesario hacer clasificaciones, clásicamente, se describen con letras griegas a “los ritmos cerebrales”: alfa, beta,

theta y delta. Las frecuencias respectivas se expresan en ciclos por segundo o Hertz (Hz). La actividad alfa es de 8-12 Hz, Beta mayor de 12 Hz, Theta de 4-8 Hz y delta de menos de 4 Hz. En la siguiente tabla se muestra como se clasifican las ondas, así como algunas de sus características y las situaciones en que aparecen.⁶⁸

Tipo de onda	Frecuencia (Hz)	Características	Situación en la que aparecen
BETA	Mayor a 12	Son ondas rápidas y de bajo voltaje, aparecen en la región frontal y central del cerebro.	Se dan cuando se tienen los ojos abiertos y se encuentra alerta. Cuando se realiza esfuerzo mental
ALFA	Entre 8 a 12	Son moderadamente rápidas y de voltaje relativamente elevado. Aparecen en las regiones parietal y posterior del lóbulo temporal.	En reposo o despierto con los ojos cerrados.
THETA		Son ondas lentas y de voltaje alto.	En el sueño lento o divagando.

⁶⁸ Kellaway P., 2003. "Enfoque ordenado de los visual. Análisis: elementos del EEG normal y sus características en niños y adultos" pp. 100-159.

	Entre 4 y menor a 7		
DELTA	Menos de 4	Son las ondas de mayor amplitud y menor frecuencia.	En el sueño profundo.

Ondas alfa: En la persona despierta, recostada y con los ojos cerrados la actividad dominante es en la banda alfa de 8-12 Hz. Con una mayor amplitud en la región occipital donde en promedio y de acuerdo a la edad alcanza los 50 hasta 120 microvoltios. Característicamente se atenúa o llega a bloquearse al abrir los ojos o con los estímulos auditivos. En resumen, para identificar esta actividad rítmica se requiere que el sujeto esté en vigilia, tenga los ojos cerrados y que la mayor amplitud sea occipital aunque no es infrecuente observarla en toda la región temporo-parieto-occipital de manera bilateral. De la discusión sobre la actividad alfa se deduce que para identificar correctamente cualquiera de los ritmos cerebrales se deben tener en cuenta varios aspectos. En primer lugar, conocer si el sujeto está alerta o dormido facilita prever cuales ritmos esperamos identificar y en donde se localizan. El ritmo alfa es el hallazgo único más importante para declarar a un sujeto como alerta o despierto.

Ondas beta: Esta actividad es de bajo voltaje, menor de 50 microvoltios. Predomina en las áreas frontales y frontales superiores. Tiene una frecuencia mayor a los 12 Hz. Se opaca frecuentemente por artefacto de origen muscular sobrepuesto en estas mismas áreas. En niños, la transición de vigilia a sueño aumenta la incidencia de actividad beta. A cualquier edad, algunas medicaciones también incrementan significativamente la abundancia y la amplitud de estos ritmos rápidos. Por su frecuente formulación en personas que deben someterse a un estudio de EEG, los barbitúricos y benzodiazepinas son de importante consideración. Hay circunstancias en las que anomalías en la actividad beta indican anomalía subyacente (a los electrodos). La asimetría de ritmos se describe en lesiones que

comprometen la corteza. En el caso de un tumor la ausencia de ritmos rápidos ayuda a delimitar los bordes del mismo.

Ondas theta: Esta actividad es de bajo a moderado voltaje y no supera los 100 microvoltios. Es usual en menores de 15 años y en el adulto somnoliento. Se distribuye en todas las áreas, con mayor amplitud en la región fronto-centro-temporal bilateral.

La transición de vigilia a sueño se caracteriza por disminución de la amplitud de la actividad alfa, en algunas ocasiones incremento de actividad rápida beta y más constantemente aparición de actividad lenta theta en todas las áreas.

En menores de 15 años, es normal que alrededor del 30% de una época sea ocupado por actividad theta.

La morfología de la actividad theta del menor de 15 años es irregular. Sin embargo, a cualquier edad, en la transición vigilia sueño, adopta carácter rítmico y de alto voltaje – más o menos 100 microvoltios. Característicamente tiene una frecuencia de 6 Hz y aparece en brotes generalizados bilateralmente sincrónicos.

Un incremento en la incidencia (focal o generalizada) es quizás la anormalidad más frecuente que se reporta en la encefalopatía de cualquier origen, produce grados variables de identificación generalizada del registro con aumento difuso de actividad theta. También se observa en aquellos pacientes que han recibido de manera crónica medicaciones antiepilépticas.

Brotos intermitentes de actividad theta irregular que se lateraliza a uno u otro hemisferio y que se localiza a uno de sus cuadrantes debe hacer sospechar la posibilidad de una lesión estructural subyacente a los electrodos o canales en donde se registra.

Ondas delta: No se espera registrar, en la persona despierta con ojos cerrados, actividad delta. Como excepción podríamos mencionar la actividad lenta posterior de la juventud que se mezcla con actividad alfa y se desprende de su fase ascendente, alcanza amplitud moderada y tiene una frecuencia alrededor de los 3 Hz. La presencia focal de delta en vigilia es una anormalidad sugestiva de lesión

estructural subyacente. En algunos casos de encefalopatía cuando el paciente todavía logra mantenerse alerta se aprecia en oportunidades incremento de esta actividad mezclada con actividad en la banda theta. Cuando la etiología es de origen tóxico-metabólico esta actividad en ocasiones presentar atenuación con la apertura ocular.

Cuando estamos en reposo sin generar ninguna actividad se producen ondas lentas y similares, en cambio cuando estamos en actividad o pensando, se producen de forma más rápida, los electroencefalogramas en ocasiones se toman cuando la persona está en un sueño profundo, que es cuando estamos en reposo y así se ve con mayor facilidad si existen alteraciones en las señales o descargas que manda el cerebro.

El EEG sirve principalmente para diagnosticar algún tipo de trastorno convulsivo, como las epilepsias, para buscar las causas de las confusiones y ver si hay lesiones cerebrales, tumores infecciones, enfermedades degenerativas y alteraciones metabólicas que afectan al cerebro.

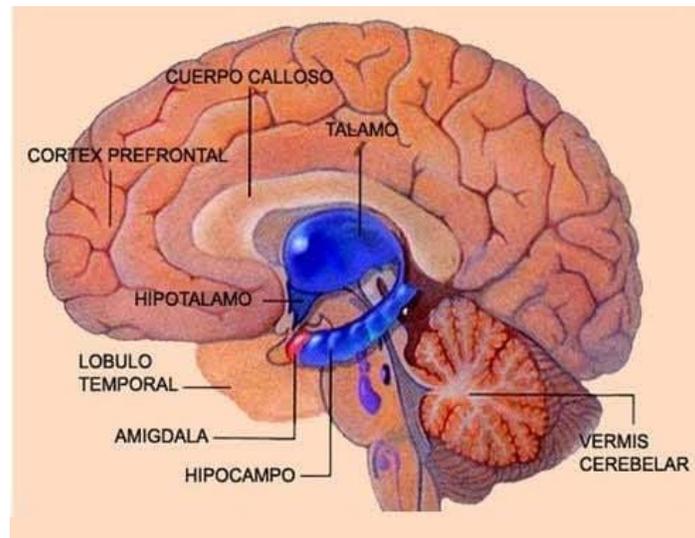
Los pacientes con TLP tienen, en su mayoría de casos, alteraciones del sueño, las cuales se pueden analizar a través de un EEG, saber sus causas y también para investigar periodos de pérdida del conocimiento, ya que también en muchos casos, algunos pacientes con trastorno límite de la personalidad sufren desconectes, donde no recuerdan lo que paso o lo que hicieron, existen lapsus de pérdida de memoria.

Por eso es importante la realización de un EEG, para descartar ciertas causas y obtener el mejor tratamiento posible.

7.6.1.2 CEREBRO

Ahora bien, ya he hablado del EEG, pero para esto es necesario saber un poco de cómo funciona el cerebro y que órganos regulan nuestras emociones, para este subtema seré breve para poder continuar con el tratamiento que se maneja con los

pacientes de TLP. Se mostrara una imagen donde me encargare de describir brevemente para que sirve cada uno de estos.



Principalmente me enfocare en lo que es el TÁLAMO, HIPOTÁLAMO, AMÍGDALA E HIPOCAMPO, que son las que modulan las emociones.

TÁLAMO: por el pasan todas las señales que van desde el cuerpo a el cerebro y las señales que van de regreso de la corteza hacia el cuerpo. El tálamo participa en la toma de decisiones, el juicio, la memoria y sobre todo de las imágenes, sonidos o estímulos que llegan, también es regulador de movimientos motores provenientes de la corteza.

Los pacientes con TLP mencionan tener pérdida de memoria en muchas ocasiones y tomar decisiones impulsivamente, por lo cual es probable que exista alguna falla y/o alteración en este órgano del cerebro, la cual no permite tener un control en los aspectos antes mencionados

HIPOTÁLAMO: Éste está relacionado con el estado de vigilia y sobre todo la sensibilidad emocional. El hipotálamo nos puede provocar un estallido de violencia ante la más mínima causa o provocación.

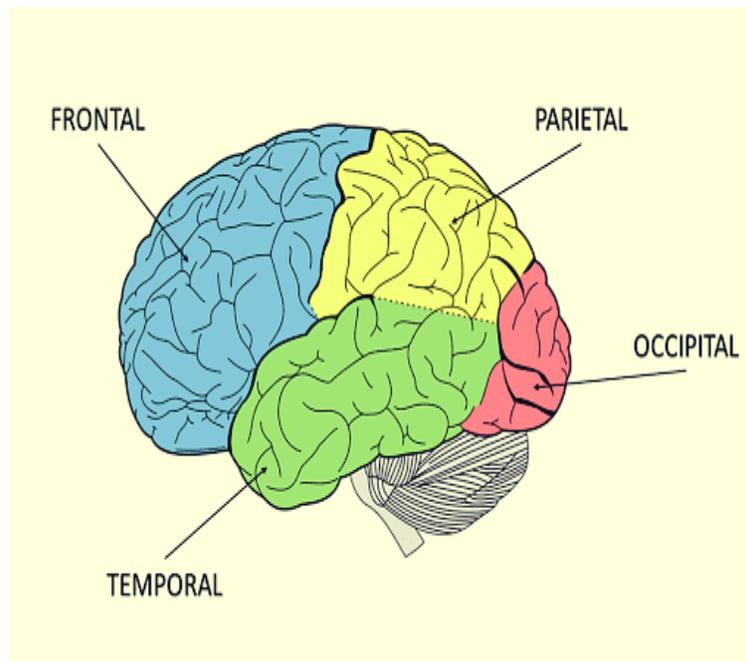
Como he mencionado, los pacientes de TLP tienen episodios de violencia hacia ellos mismo o hacia los demás, sin tener control alguno, este órgano es el

encargado en su mayoría de regular ciertas crisis que se dan, no solo violentas, sino en todo ámbito emocional.

AMÍGDALA: Participa en la producción de reacciones emocionales y también permite la inhibición de conductas.

HIPOCAMPO: Es una estructura básica en el almacenamiento de memoria, parte que falla en los pacientes del TLP, principalmente cuando empiezan a tomar fármacos. Se encarga principalmente de la memoria a corto plazo, por lo cual si tenemos algún daño o mal funcionamiento en esta área del cerebro, tendremos dificultad para recordar información, inclusive algo muy sencillo.

Ahora, el cerebro está conformado también por lóbulos, los cuales son de suma importancia para un buen funcionamiento y salud mental.



LOBULO FRONTAL: Se encuentra en el interior de la frente, como se muestra en la imagen, tiene que ver con la planeación y el control de impulsos, el juicio, lenguaje, el comportamiento sexual y la sociabilización; ayuda al control de nuestra conducta y definir lo que haremos. Si bien hemos llegado hasta este punto, nos daremos cuenta que en el trastorno que hemos estado checando, podremos darnos cuenta de que es parte importante para el TLP, pues controla los impulsos y el

control sexual, donde en la mayoría es un síntoma que se ve reflejado, ya que no tienen una sexualidad desordenada y una dificultad para sociabilizar.

LOBULO PARIETAL: Si miramos la imagen nos daremos cuenta que este lóbulo está ubicado en la parte de arriba de la cabeza, el cual tiene una importante función en la información que envía los sentidos y lo que llega de varias partes del cuerpo, también participa en el manejo de números y la manipulación de objetos.

LOBULO TEMPORAL: Se encuentra situado a los lados junto a las orejas, donde se ubica lo que es parte de la memoria, donde se generan las palabras, nombres y la audición (sonidos).

El lado derecho del cerebro se encarga de la memoria visual, la imaginación y el arte, por lo cual a veces los pacientes imaginan cosas que no, ya que pueden tener una fractura en esta parte del cerebro que le distorsiona lo que hay alrededor complicándole sus emociones e impulsos.

Por el contrario, el lado izquierdo se encarga de lo lógico y lo numérico.

LOBULO OCCIPITAL: Es el más pequeño que se ve en la imagen, ubicado en la nuca, este se encarga de la visión y la capacidad de interpretar lo que vemos; de igual manera, es una parte importante para pacientes con TLP, ya que muchas veces distorsionan lo que ven.

Al saber un poco más de los temas anteriores, ahora si se podrá dar un tratamiento adecuado, donde lo principal es recibir terapias para saber manejar todo lo que está sucediendo.

7.6.2 PSICOTERAPIA

Como ya se mencionó anteriormente no existen fármacos exclusivos para el trastorno límite de la personalidad, por lo cual se trata con antidepresivos y/o ansiolíticos, pues este trastorno va casi siempre de la mano de éstos, pero ¿Qué se hace para tratar el TLP? Aparte de los fármacos es necesario asistir a terapia, ya

que en esta ayudan a tener un mejor control de las emociones y saber qué es lo que está sucediendo.

Los casos que se manejan en este trabajo son tratados en el psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, por lo cual mencionaremos los tipos de terapia que se manejan en dicha institución. En el psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez su tratamiento principal son las terapias que brindan.

La terapia o psicoterapia es un “proceso interpersonal, consiente y planificado, orientado a influir entre los trastornos del comportamiento y las situaciones del sufrimiento con medios puramente psicológicos, por lo general verbales, pero también no verbales, con miras a una finalidad elaborada en común, que puede ser la reducción de los síntomas o la modificación de la estructura de la personalidad, por medio de técnicas que difieren según la orientación teórica a la que se remontan”⁶⁹ las técnicas dependerán de la situación de cada paciente y el medico decidirá que terapia será la adecuada para cada quien.

7.6.2.1 TERAPIA PSICOANALITICA

Esta terapia psicoanalítica se brinda en el psiquiátrico Fray Bernardino y tiene una duración de 1 año, recordemos que es lo que se dijo en el capítulo 3 “Ésta, mencionan los psiquiatras, es donde acuden los pacientes “más graves”, consta de una sesión individual a la semana durante un año. Antes de empezar las terapias se acude a dos o tres sesiones para observar si el paciente es candidato a tomar este tipo de ayuda o remitirlo a otro tipo de tratamiento y/o terapia, ya sea que brinde el hospital u otro establecimiento de salud mental.”

Aunque este tipo de terapias suelen ser prolongados, en el hospital se brinda solo durante 1 año, y dependiendo de cómo va la mejora en el paciente deciden si debe seguir con terapia o no.

⁶⁹ Umberto, Galimerti. Diccionario de psicología (1992), Siglo veintiuno editores, México 2006; pp 926

“Al principio del tratamiento se establece un pacto entre el analista o terapeuta y el analizado o el paciente, para explorar los problemas psicológicos de este último durante todo el tiempo que se requiera con objeto de lograr un resultado aceptable.”⁷⁰ Debe existir un conocimiento del por qué el paciente asiste a las terapias y del cómo se le podrá ayudar, se debe de ver que exista una buena transferencia entre paciente y terapeuta para que las terapias sean más fluidas y con mayor recaudación de información, sin inhibiciones.

La duración de la psicoterapia individual o psicoanalítica, tiene una duración de aproximadamente 50 minutos donde se tratara de abordar la mayor información, si en dado caso de que no se lograra recaudar toda la información necesaria se continuara en la siguientes sesiones hasta lograr obtener lo necesario.

En el psiquiátrico donde se ha estado trabajando, se tratara principalmente de cómo ha habido mejoras en el comportamiento del paciente, claro, sin dejar atrás lo vivido anteriormente, para ver las causantes del porque a veces existen crisis, bajones emocionales, etc., y sobre todo de cómo manejarlas o poder controlarlas e incluso evitarlas.

En este tipo de terapias, solo existe el terapeuta y el paciente, nadie más interviene dentro de ella, por eso se dice que es terapia individual y, el objetivo también es que el paciente hable lo más posible, sin tanta participación por parte del terapeuta, así logrando que el paciente se “desahogue” y pueda expresar sus sentimientos, inclusive cuando el paciente pareciera no tener más que decir, el terapeuta intenta no intervenir para que el paciente siga hablando de lo que se le viene a la mente en esos momentos.

La mayoría de veces, en el psiquiátrico Fray Bernardino, se tiene que asistir a terapias grupales, inclusive cuando se asiste a otras terapias más.

7.6.2.2 TERAPIA GRUPAL

⁷⁰ Golmand. H., 1989. “psiquiatría general”. Editorial el manual moderno, México, D.F, Pp 532

Esta es a la terapia que más le dan importancia en el hospital, pues así conviven con más personas que tienen el mismo diagnóstico para poder identificar algunos síntomas que uno no logra ver a simple vista, recordemos una vez más lo que dice el capítulo 3 “Se trabaja con elementos psicodramáticos, psicoeducativos, cognitivo-conductuales, psicodinámicos, interpersonales y de apoyo, que permite al paciente a mejorar el manejo de sus ansiedades y a fortalecer su estructura yoica, logrando que el paciente vaya recuperando sus funcionalidades. Se busca que el paciente desarrolle mejor regulación emocional.”

Como recordamos, los pacientes con TLP, se vuelven antisociales en algunos momentos, esta terapia les ayudara a tener una mejor paciencia al convivir con más personas, pero personas con su mismo trastorno, donde compartirán experiencias de su vida diaria pues, la “psicoterapia de grupo [...] se producen cambios benéficos en pacientes alterados desde el punto emocional como resultado de sus interacciones con otros pacientes y, por lo menos, un terapeuta profesional capacitado en un ambiente de grupo.”⁷¹, obteniendo como resultado un alivio de síntomas.

El terapeuta trata de no participar para que así los pacientes que asisten a estas terapias se vayan desarrollando, participando y guiando en cada una de las sesiones, ya que estas sesiones se llevan a cabo una vez a la semana y tiene una duración de hora y media aproximadamente. Su duración es más extendida que una terapia individual, pues en estas existen más participantes y el tiempo no es solo para una persona, sino para todas.

7.6.2.3 TERAPIA FAMILIAR

En este tipo de terapias, como su nombre lo dice, participan todos los integrantes de la familia, aunque no precisamente en las mismas sesiones que se imparten pero, el objetivo de estas psicoterapias familiares es “facilitar la buena comunicación, animar la expresión del afecto y desarrollar mayor autopercepción

⁷¹ *Ibíd.* Pp567

en los miembros de la familia.”⁷² Puesto que en el trastorno límite de la personalidad influye mucho las vivencias infantiles, las cuales tienen que ver con el ambiente en el que se desarrollan (familiar), éstas terapias son de mucha ayuda no solo para el paciente, sino los que conviven con ellos a lo largo de su vida, aunque son terapias a las que no asisten mucho, pues en la mayoría de casos las familias no tienen el tiempo o el interés para asistir, cabe recalcar que no generalizamos, pues muchas familias de igual manera apoyan al paciente.

Se sabe que el núcleo familiar es de los núcleos más importantes en el que se desarrollan las relaciones. No solo se trata a la persona que tiene el trastorno, sino a todos los integrantes que asisten, para así lograr una mejor convivencia entre todos y un ambiente familiar “saludable”.

Aunque la infancia influye en la edad adulta, el objetivo de estas terapias no es indagar en ésta pues “[...] los terapeutas familiares no se preocupan mucho por los orígenes de la disfunción, que se consideran aspectos hipotéticos no accesibles al cambio mediante psicoterapia. Más bien se insiste en el concepto de aquí y ahora, y sobre los patrones de interacción familiar que sostienen los problemas existentes.”⁷³ Entonces podemos concluir con que, el objetivo es reorganizar el sistema de las relaciones en las cual participa el paciente y esto será más sencillo si se aplica en miembros de la familia.

7.6.2.4 TERAPIA DE PAREJA

En los casos de relaciones matrimoniales o de noviazgo, también llegan a existir problemáticas que afectan a las personas con trastorno límite de la personalidad y donde las parejas no llegan a comprender que es lo que sucede, por lo cual es bueno que la pareja del paciente entienda y exprese lo que siente durante la relación, lo cual se expresara durante las sesiones.

⁷² *Ibíd.* Pp 576

⁷³ *Ibíd.* pp.577

Pero, hablando de matrimonio ¿no entra en la familiar? “Se puede distinguir a la terapéutica matrimonial de la familia basándose en la unidad de tratamiento: la terapéutica matrimonial se confina a una generación (la diada de los adultos), en tanto que la terapéutica familiar abarca dos generaciones (padres e hijos) y a veces tres (abuelos).”⁷⁴ Se puede decir que la terapia de pareja solo incluye esposo, esposa, sin que nadie más, como los hijos o padres de la pareja, intervengan ante la problemática que se va manejando.

Aunque existen más terapias que se brindan, en el campo de investigación (Hospital psiquiátrico Fray Bernardino) son las terapias que brindan principalmente a los pacientes con algún trastorno como lo es el Trastorno límite de la personalidad, trastorno que se investigó para este trabajo.

8. MARCO METODOLOGICO

El presente trabajo se trata de una investigación cualitativa, la cual se apoya en describir de forma minuciosa, eventos, hechos, personas, situaciones, comportamientos, interacciones que se observan mediante un estudio; y además anexa tales experiencias, pensamientos, actitudes, creencias etc. que los participantes experimentan o manifiestan; por ende, es que se dice que la investigación cualitativa hace referencia a las cualidades y/o situaciones que no son contables. Tomamos en cuenta que el método cualitativo suministra o provee datos descriptivos de aquellos aspectos impalpables del comportamiento del ser humano y de la vida, como las creencias y actitudes; además que este método es sumamente útil para entender e interpretar los problemas sociales, debido a que le permiten a los investigadores estudiar la relación o el vínculo entre las personas, entes sociales y la cultura.

⁷⁴ *Ibíd.* pp 585

Existen diferentes métodos y herramientas que posibilitan la recolección de datos, pero en este trabajo considero pertinente utilizar la historia de vida de cada individuo que se realiza a través de entrevistas, ya que con ella podremos saber a fondo desde su infancia hasta la actualidad y no solo eso, sino que lograremos identificar algunas situaciones por la cual se consideran personas con “Trastorno límite de la personalidad”.

Me reuní con tres personas, dos mujeres y un hombre, que son tratados en el psiquiátrico Fray Bernardino, para realizar historias de vida (entrevista), en las cuales el objetivo fue recolectar información que sea útil para lograr mis objetivos y poder responder mi pregunta de investigación.

Solo se realizaron una entrevista por cada persona⁷⁵ esto con el fin de ser lo más concretos posibles y en poco tiempo recaudar la información con mayor relevancia, las cuales tuvieron un tiempo mayor a los 50 minutos y menor a la hora y media en las cuales se recaudó información de suma importancia.

Como se menciona en la hipótesis, la causante del trastorno tratado son las vivencias infantiles o algún trauma, por lo cual es importante saber lo que vivió la persona hasta la actualidad, por eso es que elegí esta herramienta que es de gran utilidad.

Las entrevistas realizadas fueron cerca del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino, por la cercanía para los entrevistados, ya que como se mencionó, los objetos de investigación son tratados en éste hospital, por el fácil acceso y por ser el hospital que más casos tiene de personas con TLP.

El objetivo de la investigación cualitativa es el de proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven., justo lo que se necesita saber, por eso es de mejor ayuda esta investigación, ya que la investigación cuantitativa

⁷⁵ En la tercera entrevista fue necesario realizar otra entrevista por motivos que impidieron seguir en marcha la primera.

no me ayudaría de mucho, ya que no necesito medir nada para obtener los resultados deseados.

9. ANÁLISIS DE DATOS

La línea entre el bien y el mal es permeable y casi cualquiera puede ser inducido a cruzarla cuando se ve presionado por fuerzas situacionales

Philip Zimbardo

9.1 CASO “ARACELI”

Femenino

Edad: 52 años

Una señora que es tratada en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino; actualmente madre soltera; procedente de dos matrimonios de los cuales del primero nace un varón, y del segundo nace una mujer. Actualmente reside en Ecatepec Estado de México vive en compañía de su hija con la que al parecer y según su propio discurso tiene una buena relación, cumpliendo ésta el papel de apoyo en todo momento; en

el caso de su hijo la relación no es mala, pero es un tanto distante pues él reside en otra parte del Estado de México. Hoy en día labora en un negocio perteneciente a su hermano, en el cual tiene el puesto de mesera, mencionó que es de su agrado y hasta ahora no ha tenido ningún problema pues se considera bastante funcional en el puesto. Su creencia radica en la religión Jesucristo de los Santos de los Últimos Días⁷⁶, que por cierto tiene una gran influencia en su bienestar emocional.

Describió un poco cómo fue su infancia, “en mi infancia existió maltrato infantil incluso abuso sexual a consecuencia de que mi padre fue a prisión”; ella y su familia nuclear tuvieron que compartir vivienda con otros familiares, lugar donde todos buscaban ser el padre, dando órdenes, golpes, etc. A pesar de todo lo que había vivido y el haber compartido su vida con personas adictas, dice “no me considero una persona de ese núcleo”.

Continuando con la conversación, habló de su padre, el cual estuvo aproximadamente 6 años en la cárcel, sin mencionar el motivo de este encierro; lo describió como un marido infiel, ya que veía y sabía de las infidelidades hacia su madre. La señora dijo “odio a mi padre por parecerme tanto a él”, al preguntarle qué es lo que los identifica menciona “él es un mujeriego y yo una hombreriega además de que ambos somos demasiado honestos, no tenemos pelos en la boca al decir las cosas”.

Al hablar acerca de su madre comentó “no puedo perdonar a mi madre por darle tantas oportunidades a mi padre a pesar de tantas infidelidades”, “siento que mi madre es una mujer muy sumisa”. Aunque tengan ese conflicto, reitera que tiene una muy buena relación con su madre lo respalda con que incluso hablan diario por teléfono y cuando no llegan a hablar un día siente angustia.

A los 16 años se unió en matrimonio con un hombre ocho años mayor, relación que considera plena a pesar de que su marido era adicto a la marihuana. A los 20 años enviudó, “me consideraba muy joven para enviudar y teniendo una responsabilidad que era mi hijo”; suceso que consideramos marca su vida.

⁷⁶ Iglesia Mormona.

Seis años después volvió a contraer matrimonio con un hombre alcohólico, según expresa “fue una relación donde sufrí maltrato físico, moral y emocional, además de infidelidades”, por consiguiente, creo que esto le provocó conflictos psicológicos. Soportó esta vida hasta que el señor decide irse con otra mujer; tiempo después regresa a buscarla en varias ocasiones, en la primera reconciliación duran cinco años más en pareja, pasando por los mismos conflictos.

Ella consideró que el detonante de su enfermedad fueron las palabras hirientes, el menosprecio y el maltrato tanto físico como emocional por parte de la pareja antes mencionada. A pesar de todo el daño que le había provocado el señor ella me dijo “volvería con él ya que me gustan las relaciones conflictivas” y tiene una costumbre que le impide alejarse de su exmarido, pues comprende que tiene cierta dependencia.

Después de sus matrimonios anteriores, le secundaron dos más, relaciones de las cuales no comenta mucho. Con su tercera pareja duró seis meses, pero al cabo de este tiempo fallece “los que me salen buenos, se me mueren”, algo que supongo tiene cierta importancia en su vida. Con esta pareja llevaba una relación distinta a las anteriores, vivía con él y su hija, a sus palabras “me daba todo lo que quería y me amaba”; “era una relación sana, al menos la más sana que hasta entonces había tenido”, el señor no tenía vicios y la trataba bien, sin embargo, también recalca la constante inconformidad que le ocasionaba esa relación, pues ese exceso de buen trato era algo que no le gustaba, ella buscaba algo complicado.

Su primera crisis, explicó que se originó a raíz de un sentimiento de rechazo por parte de su hijo, ya que éste le había prometido que la llevaría a comer, pero casi al momento de efectuarse la cita le cancela. Asegurando “sentí que mi hijo no me quería por lo cual intenté ingerir un frasco de pastillas para aliviar el dolor que sentía ante este rechazo”. Es importante mencionar que esta crisis no la llevó a una intervención psiquiátrica.

Después nos saltamos a algunas fechas que le provocan cierta inconformidad o que no le gustan la cual la hace sentirse angustiada e irritable “A mí la verdad se me hace que la época de diciembre es de puros hipócritas”, la comprobación de dicho

argumento se ve cuando platica que en una ocasión planeó envenenar a toda su familia invitándola a una cena de navidad, pero durante una de sus sesiones decidió exteriorizarlo, su psiquiatra le aconseja que lo comente en familia a lo que ella hace caso, la reúne y les explica lo que planeaba hacer; la reacción de los familiares es solo asimilarlo y actuar como si no tuviera importancia, pues es muy normal que tenga este tipo de pensamientos y no responden de manera agresiva, por ende se detiene el acto, pero acepta “si fuera por mí, los hubiera matado”.

Actualmente asiste a terapias grupales para personas con trastorno de la personalidad (Borderline) una vez por semana, de igual manera toma el medicamento Symbyax (olanzapina/fluoxetina), lleva un año con este fármaco, comentó que le ha funcionado y ayudado bastante, pues mencionó que es el único que no le produce alteraciones tan graves, que tranquiliza mucho su estado emocional y sus pensamientos de intranquilidad. Anteriormente había tomado otro tipo de fármacos, como: Quetiapina, Clonazepam Fluoxetina, Sertralina y Rivotril, con los cuales reitera que no sintió ninguna mejora, sino lo contrario, la ingesta de estos le ocasionaba pérdida de peso, falta de sueño, dermatitis nerviosa y su evidente inestabilidad emocional.

Reitera constantemente que ella siente que está a punto de entrar a una crisis, identifica ciertos signos que señalan la proximidad de una recaída “me da ansiedad, apatía, me pongo muy irritable y no me dan ganas de hacer nada, se nota porque no me arreglo a diferencia de cuando estoy bien”, ahora esto le es fácil identificar con la vasta ayuda que ha tenido por parte de la institución a la cual actualmente asiste, por las terapias y de igual manera por el consumo de su medicamento asignado.

Se asume como una persona muy agresiva pues se describe con la siguiente frase: “me gusta que me tengan miedo” dando a entender que siente placer al provocar miedo al otro.

Destacó que en ocasiones le gusta estar internada o que quiere regresar a estarlo, porque la atención es distinta, tiene la mirada de todos y por ende se siente importante; pocos momentos después se contradijo diciendo que no quiere regresar

a un internamiento, puesto que la última vez que tuvo una intervención fue asignada en el piso de personas con padecimientos más graves, “ahí había gente más loca, hablaban puras incoherencias, puras tonterías, no tenían ni siquiera noción del tiempo”

“Le tengo miedo a la soledad, pero esto es un factor característico de los que padecemos de TLP, nosotros tenemos ciertos rasgos, por ejemplo, nos identificamos con las demás personas, nos tomamos las cosas de manera muy personal incluso en ocasiones le tomamos más importancia a los demás o nos preocupamos en exceso por el otro antes que por uno mismo”, teniendo como consecuencia, en ocasiones, una crisis o incluso en un cuadro psicótico. La volubilidad de emociones, ese cambio tan repentino y a la vez tan constante, a veces sin saber la razón. Culparse por los hechos malos que suceden y sentir que todos están al pendiente de lo que hacen, sentir esa mirada que vigila los movimientos y actos.

9.2 CASO “STEVENS”

Masculino

Edad: 20 años

Un joven nacido en Colombia, que actualmente es tratado en el psiquiátrico Fray Bernardino, diagnosticado hace dos años; aunque el menciona tener Trastorno límite de la personalidad desde hace aproximadamente los 13 años de edad “yo ya sabía que tenía TLP, lo sospechaba mucho, por la inestabilidad en todo sentido de la palabra” “cada día sé que esto viene desde hace mucho tiempo”. En su casa siempre le dijeron que solo era una persona impaciente y antisocial, por lo cual no le tomaron importancia a sus cambios emocionales ni a su aislamiento social que se presentaba.

El joven Stevens no recibe apoyo dentro de sus familiares, pues menciona que solo tres personas saben de su diagnóstico, una amiga, la psicóloga y él; no quiere que se enteren en su casa pues dijo que “son tóxicos, no entenderían, son educados con las leyes de antes”. Podemos observar que no tiene buen ambiente familiar, pues de igual manera no se expresa bien de su familia, como se ve más adelante de este texto.

En la actualidad vive con sus abuelos maternos y su tía, que, como ya mencionamos no tienen la misma ideología que al parecer él tiene; “mis abuelos no son personas que entiendan estas cosas, sobre todo mi abuela, que tiene un temperamento fuerte”, “a mi tía no se le puede decir prácticamente nada, es una solterona amargada de treinta y tantos años, mente cerrada, no la culpo todo es por la crianza; a mí también me criaron así, pero bueno, gracias que soy mucho más diferente” pocos segundos después cambia de opinión diciendo “bueno si, si la culpo, si uno quiere cambiar pone de su parte y ella no lo hace”. En tan solo una plática que se tuvo con él, se pudo observar el punto cambiante de las cosas “no la culpo” para después cambien “bueno si, si la culpo”.

De su madre y su padre no le interesa saber nada, pues contó que “mi madre de sangre vive en otro país, igual no la considero nada mío, es una cobarde que nunca fue capaz de hacerse cargo de lo que hizo [...] supuestamente porque conmigo no podía buscar trabajo y, listo, se fue a hacer otro y se fue con el padre de ese niño a otro país, por ahí anda”, su madre le llama para saber cómo está pero él no quiere saber nada de ella ni del niño, no soporta que le mencionen nada sobre ella ni él pues para él, él le quito a su madre, “me da igual si viven o mueren”, se observa que siente un remordimiento por lo abandonarlo y sobre todo al su medio hermano, por quitarle el amor de su madre.

De su padre menciona mucho menos, “se fue cuando se enteró que yo venía al mundo” negándose a seguir hablando sobre él notándose un poco molesto al hablar sobre el tema.

Tampoco logra mantener una amistad o cualquier tipo de relación con ninguna otra persona “exploto por alguna cosa que detona un mal recuerdo en el pasado, y vaya

que tengo de sobra; no he tenido a nadie por fuera de mi familia que me haya tratado con respeto”. Comentó que desde que el entro a la escuela “siempre era al que le hacían bullying” razón por la que dejo de estudiar y prefirió meterse a trabajar. Desde el inicio de infancia y su escolaridad tuvo que aguantar maltratos y burlas por parte de sus compañeros lo cual le hace expresarse de una forma muy vengativa y psicótica, pues él quisiera deshacerse de todo los que le han hecho algún daño, tanto físico como emocional, expresándose de la siguiente manera “Si me dieran la oportunidad de que todos se reunieran en un solo lugar, preferiblemente en la misma escuela y poder bañarlos en gasolina, me sentiría tan bien, plenamente tan bien” antes de mencionarme eso, se estaba poniendo tenso, por hablar sobre su madre y su padre, cosa de la cual se dio cuenta “me estaba poniendo tenso y con solo imaginarme a todos esos ardiendo me siento súper bien”, olvidándose del tema anterior.

Después se cambió de relaciones amistosas a relaciones amorosas, de las cuales menciona solo haber tenido una a lo largo de su vida, en la cual no le fue nada bien contando que... “me dolió aún más que el bullying que me hicieron en seis años”, es interesante como se expresó al hablar de ella, pues comienza diciendo cosas bonitas para terminar con otras “ella logro sacar muchas cualidades que yo no quería ver y que sé que estaban ahí, me dio el cielo a dos manos” cambiando después su tono y sus gestos continuo diciendo “me apuñalo repetitivamente sin piedad o amor alguno”. La relación que tuvo con esa persona fue hace tres años, pero comenta que le sigue doliendo como al principio expresando... “se me quiebra la voz al hablar de ella, que la persona que amas con tu vida, con tu alma te haga algo así” “psicológicamente me dejo hecho mierda, así como me dio el cielo a dos manos me hizo ver el infierno y al día de hoy no olvido eso”. El rompimiento de esa relación lo hizo salir del país, pues no quería estar cerca de ella, recordando lo que había pasado; aún más grave lo hizo intentar suicidarse en tres ocasiones, produciéndole molestia por no haberlo logrado en ninguna “ni para eso sirvo, joder”, él pensaba que nada le salía bien, ni estar en una familia, ni en relaciones tanto amorosas como amistosas, por lo cual pensó que lo mejor era desaparecer de este mundo.

A pesar del dolor y la rabia que el sentía por la tristeza y el enojo, comenta que no podría hacerle daño de ninguna manera “honestamente no podría, fue lo que se describe como una maldita, pero, no podría ni empujarla, ni alzarle la voz, nada. Es vivir con una maldición” “no poder querer vengarte ni publicar todas sus fotos y cosas personales en la universidad, si hubiera querido la hubiera vuelto mierda, como ella lo hizo” “ella era más débil que yo, evite que se dejara de lastimar, como acostumbraba y si le hubiera hecho una parte de lo que ella me hizo se hubiera matado”. Continuaba hablando de la relación que vivió, se le hacían nudos en la garganta, pero hablaba fluidamente cambiando sus gestos y sus palabras, unas de amor, unas de odio “me decía que me amaba, yo tenía planeado un futuro con ella, una familia y, al otro día se acuesta con un desconocido muchas veces y lo sé, lo sé porque ella me lo dijo cínicamente, sin importar lo que me dolía, se burlaba”. Su odio se reflejaba en los movimientos que el hacía al expresarse de la manera que lo hacía “me tiro a la mierda, tiro todo lo que yo quería con ella, yo quería una vida con ella, quería una hija con ella, y dejo todo por una semana con un estúpido” y entre burlas decía “pareciera que entre estúpidos se atraen, por eso estoy solo y mira que ya me acostumbre, ya no me preocupo por nadie mas además de mí mismo”. Eran claros los cambios en sus gestos, sus palabras y sobre todo en sus emociones que iba apareciendo.

Con todo el daño que le hizo esa experiencia, el sigue viendo el futuro de una buena manera, queriéndose superar y lograr cosas que se propone, aunque quiere estar soltero toda la vida, viviendo con un perrito, sin amigos ni nadie que le estorbe “me enfoco en cosas que voy obteniendo” contando un ejemplo, que dice ser simple, él se enfocó en comprar un celular, el que más le gustaba logrando obtenerlo, aparte de un auto que al poco tiempo lo obtuvo, se metió al gimnasio para mejorar su fisco, quiso mejorar su sonrisa y está en tratamiento ortológico “falta la rinoplastia y vivir solo en un apartamento, ¿no es una vida de ensueño?”.

Se pudo observar que siempre intenta en ser mejor y lograr sus metas, pero conforme va platicando emocionado, empieza a desaparecer su emoción diciendo “aunque existe la realidad y aunque me proponga ser mejor en algo, lo dejo tirado,

siempre me ha pasado, dejen tiradas las cosas” expresa que así le pasó con una amistad “deje tirada una amistad que pudo valer más que el último celular del momento” eso sucedió gracias a una crisis que se desarrolló por un recuerdo malo de su ex novia que lo hizo explotar, ni siquiera tenía nada que ver con la relación con su amiga, pero menciona que podía más su orgullo a pedir una disculpa y aceptar que fue un error suyo.

Para calmar sus crisis, que son frecuentes, le gusta poner música de cualquier tipo y ver muchas películas “la música y las películas son arte” “más que todo hip hop, es poesía pura, dicen tantas verdades de este mundo corrompido y envenenado” “también soy cinéfilo” “para mí no es una simple película para pasar el rato en esta vida, para mí es un momento muy valioso, es un complemento del que puedo hablar durante meses” la música y las películas son sus terapias que tiene con el mismo para poder relajarse y olvidarse un momento de lo que le afecta emocionalmente y que no lo deja, en ocasiones, avanzar..

Durante la conversación existieron momentos muy cambiantes en su expresión preguntando ¿Qué obtienes cuando cruzas a un enfermo mental solitario con una sociedad que lo abandona y lo trata como basura?⁷⁷ “en Colombia los asesinos que tienen más de 200 muertos les dan una mensualidad de millones” “hace falta una purga, menos población que sobra de por sí”, lo que él quiere es que exista un mundo donde todos se respeten, pues como se observó, no le ha ido muy bien a lo largo de su vida.

Transcurrido el tiempo, se terminó la sesión para que me contara sobre él, en el que pudimos ver que era muy cambiante en sus estados de ánimo, también observando su lado “malvado” queriéndose deshacer de muchas personas que le caen mal y sobre todo en el que quiso hacerse daño a él mismo, se dio las gracias y cerramos la sesión.

⁷⁷ Esta frase la tomó de la película “el Guasón”, que fue estrenada días antes de la entrevista que se realizó

9.3 CASO “KATU”

Femenino

Edad: 28 años

Una joven nacida en la CDMX, la cual tiene crisis de ansiedad y pánico al estar frente alguien desconocido, fue diagnosticada en el Psiquiátrico Fray Bernardino con TLP, medicada actualmente con venlafaxina, hidroxina y quetiapina, las cuales son las que la mantienen un poco estable, pues dice “creo ya no duran tanto tiempo mis crisis de ira o tristeza, pero, pues siguen”. Anteriormente tomaba lamotrigina, risperidona y sertralina, con las que se sentía dormida todo el tiempo “me dijeron que estaba sobre medicada así que cambiamos”, en vez de ayudarla, le estaba perjudicando, por lo que fue importante asistir a su médico para recetarla nuevamente.

En la actualidad vive con su madre, con la cual menciona se mudó hace apenas un mes contando un poco de cómo es su relación con ella... “con mi mami siempre he sido muy unida a pesar de todo, de que peleamos porque yo soy muy grosera y ella es invasiva y tiene ansiedad más depresión” “siempre he sido muy retadora”, por lo cual dijo que podría ser una causa de tener Trastorno límite de la personalidad, aunque tenga diferencias con su madre ella la apoya con el trastorno que tiene pero, por el contrario comenta no tener ningún contacto con su padre desde los 4 años “con mi papá nunca fui cercana, cuando yo tenía como 4 años, ellos ya estaban separados”.

A demás de sus padres, tiene un hermano y una hermana mayor que ella, donde comenta amar a su hermano y odiar a su hermana “mi hermana no tiene límites, es muy infantil” por el contrario dijo amar a su hermano. Mencionó ser la menor de los tres hermanos, pero dijo que no recordaba exactamente como era cuando vivía con su padre “ya no sé, parece que el la engañaba y que la maltrataba” “el la acusaba de estar loca y la amenazaba con quitarle a sus hijos. La forzaba a tener sexo, dejo de ser cariñoso”. En la vida infantil de la joven vivió maltrato intrafamiliar, su madre entro en depresión y al poco tiempo, su padre decidió marcharse donde, hasta la

fecha no sabe nada de él, ella no le perdonara nunca a su padre lo que sucedió en su momento, por lo cual para ella solo esta su madre.

Antes de regresar a vivir con su madre, vivía con su ahora ex esposo, donde duro 8 años en matrimonio, culpando a su trastorno por el rompimiento de dicha relación “ganó mi trastorno, poco a poco se fue jodiendo todo, hasta terminar de hacernos mucho daño”. Ya no confiaban uno en el otro, se insultaban, se mentían y reclamaban por cualquier cosa. Hasta este punto de la entrevista la joven empezó a sentirse mal por lo cual no pudo seguir hablando, justificando que se sentía triste y le había dado un “bajón”, razón por la cual no se pudo continuar con la conversación.

Dos días después, decidió retomar la entrevista, comentando que había faltado de igual manera al trabajo pues expreso que... “me ganó el sentimiento de añoranza, tristeza y rabia de que todo terminó y de que ya no quiero estar así”. Un punto importante que se nota en esta parte es que menciona “no sé porque todo termino, todo era perfecto”, recordando que dos días antes mencionó que todo estaba mal. Cuando una persona tiene trastorno límite de la personalidad, como se menciona en capítulos anteriores, un día todo es amor y al otro puede ser odio, va de un extremo a otro, como se muestra en este párrafo, pues todo era malo y al otro día todo era perfecto.

Comentó que fue su relación más larga que ha tenido, pues anteriormente tuvo otras en las que se aburría, por lo que eran de corta duración “me aburro de ellos, me da pereza”. No quiso seguir hablando del tema, pues a ella solo le importaba su ex esposo, pero afirmaba que ya no tenía solución su relación “necesito dejarle ir” fue lo que dijo para finalizar el tema pues, no quería continuar con un tema que aún no superaba ni lograba controlar.

Platico que no quería seguir así, sintiéndose mal, teniendo crisis, pues antes le daba de 2 o 3 veces a la semana, como sus crisis le duraban horas o días, prácticamente toda la semana estaba en crisis, mencionó que le dan por cosas que, a veces no tienen sentido pues se enoja por cualquier situación o en ocasiones por cosas a las que se engancha demasiado, como la relación que tuvo con su ex esposo. Le gana

su lado destructivo, donde quiere lastimarse y/o lastimar a otros, pero también por el otro lado le gana el sentimiento de culpa, tristeza, donde se le cierra la garganta y no puede decir lo que siente. En ocasiones hace algo para tranquilizarse platicando que... “intento hacer ejercicios de relajación” pero no siempre le ayudan, pues no sabe aún distinguir cuando viene una crisis porque la agarra desapercibida en cualquier día, momento y situación.

Otro síntoma o algo que se distingue en las personas con TLP, es dejar las cosas incompletas, querer algo y al otro día ya no, pues esto también se ve en esta joven, pues a pesar de estudiar psicología, aún no ha logrado terminar su carrera ya que a veces quiere seguir porque “me gusta enterarme de la vida íntima privada y sexual de los demás” “el humano me parece muy complejo y quise estudiarlo, y la psicología comprende varios aspectos de”, al final menciona, un poco desanimada, que es promotora y que le gustaría aprender repostería, cosa que no tiene relación con psicología ni promotora, es totalmente otra cosa. No pudo ser panadera porque “nadie me quiere enseñar, sí he preguntado en panaderías, pero nadie quiere y así no puedo serlo”, eso la desmotivó para buscar más opciones y por eso terminó estudiando psicología.

Se finalizó la conversación donde se plasmó lo que Katu quiso compartir al tener la plática, le fue un poco complicado hablar, pues como se dijo al inicio, la joven tiene ansiedad y pánico al estar con personas desconocidas, complicando el poder desenvolverse y dar más información.

10. ANÁLISIS FINAL

Con ayuda de la información recaudada de los tres casos investigados y la averiguación teórica se observó que el trastorno límite de la personalidad solo tiene dos extremos (neurótico y psicótico), pero eso no los hace unas personas no funcionales, sino que permanecen dentro de la realidad y pueden realizar diversas actividades, como lo es en el caso “Araceli” que mantiene un trabajo y aparte asiste a un grupo religioso donde convive con más personas, por otro lado el caso “Stevens” de igual manera se desarrolla en un ambiente laboral, sin dejar de lado el caso “Katu” que, aparte de estar en un ambiente laboral, se encuentra en un ambientes escolar.

En los tres casos realizados se prestó atención a que la mayoría de las automedicaciones señaladas en el capítulo 7.5 se ven reflejadas, principalmente los

trastornos afectivos, en el cual se hace complicado mantener una relación duradera y sobre todo existen cambios emocionales muy marcados, de alegría a tristeza, de tristeza a enojo, etc., donde también llegan a mal interpretar la realidad causándoles problemas para distinguir las cosas que los demás piensan, sintiéndose que están a la mira de todos o tomándose las cosas muy personales, como se citó en la caso "Araceli": "nos tomamos las cosas de manera muy personal incluso en ocasiones le tomamos más importancia a los demás o nos preocupamos en exceso por el otro antes que por uno mismo", como se ve, le toman más importancia a lo que dicen las demás personas y se enganchan a las palabras dejando de lado su bienestar, pero nunca saliéndose totalmente de la realidad.

Otro factor es el de la impulsividad acompañado de lo psicótico, pues en el caso "Araceli" y "Stevens" su enojo que sienten los ha llevado a querer hacerles daño a las personas que les han hecho daño, como lo fue el querer envenenar a toda su familia en la cena de navidad y en el caso "Stevens" echarle gasolina a todos para sentirse mejor. El deseo de quererse vengar les causa una satisfacción enorme. Aparte de querer hacer daño a dos demás, ellos mismos se causan un dolor, provocándose lesiones en su cuerpo de distintas formas, las cuales les ayuda a disminuir su ansiedad, pues para ellos es más soportable el dolor de una herida, que el dolor que les han causado a lo largo de su vida.

Lamentablemente se vio marcado el suicidio en las entrevistas, aunque no ha existido un suicidio consumado, se ha visto la intención de llevarlo a cabo, incluso intentarlo sin lograr su objetivo. Pero es un aspecto muy visto en las personas con TLP, tan solo el hecho de pensarlo es muy alarmante, ya que muchas ocasiones con este trastorno lo han logrado.

Se consiguió observar de cómo era todo amor y después odio, como se mencionó, el TLP, va de un extremo a otro, la mayoría de veces sin razón alguna; esto se vio más reflejado en el caso "Stevens" sus cambios repentinos de emociones que se lograron a ver a simple vista, su forma de expresión, son algunos rasgos que aparecen en estos pacientes, pues ahí aparecen aspectos que alteran su aparato psíquico, queriendo cada una de las instancias actuar sobre la otra, produciendo

alteraciones que los puede llevar a una crisis y a un cuadro psicótico, que su vez pueden llegar a llevar a cabo sus deseos homicidas o suicidas.

Se mencionó que el TLP, en su mayoría de veces viene acompañado de depresión y ansiedad, este aspecto es más notable en el caso "Katu" principalmente la ansiedad, pues su ansiedad la lleva al pánico, dificultándole el tener contacto con otras personas y llevándola a crisis cuando está en la calle y ve mucha gente, causando no querer salir en ocasiones y preferir quedarse en casa, esto no deja de lado a los otros dos casos, pues la ansiedad se puede ver reflejada en el deseo de querer vengarse de los demás o en el hablar demasiado, como lo fue en el caso "Stevens". De igual manera, la depresión se vio más reflejada en "Katu" pues inclusive se tuvo que detener la entrevista ya que no se sentía con ganas de seguir con ésta, así mismo los otros dos casos se vieron reflejados de la misma manera que la ansiedad, pues en estos se encontraban mezcladas produciendo una idea de venganza, por la idea de abandono, que aunque no lo demuestren les afecta de una manera sumamente importante, pues siempre se desea el amor de los padres y para ocultarlo lo reflejan de otra manera.

Ahora, el abuso de sustancias no se vio reflejado en ninguno de los tres casos.

Prestando atención, se puede ver que no todos los pacientes diagnosticados con TLP tienen los mismos síntomas, pues en algunos aparecen los intentos de suicidio, en otros solo aparece el deseo homicida etc., todo va a depender de la persona, unos tienen más, unos menos pero, lo que si se logró ver es que, en los tres casos "Araceli" "Stevens" y "Katu" la causante fue el ambiente familiar y/o problemas que tuvieron en su infancia pues, en el caso "Araceli" su padre estuvo en prisión y le era infiel a su madre, donde sufrió maltrato por parte de su familia y menciona que incluso existió abuso sexual, por el otro lado, en el caso "Stevens" sufrió abandono por parte de su madre y su padre y no solo eso, sino que existieron burlas por parte de sus compañeros de escuela desde la infancia hasta su adolescencia, donde en su vida adulta creía haber encontrado a alguien diferente a los demás, quien por desgracia le hizo aún más daño, por último, el caso "Katu" donde su padre los

abandono a temprana edad y el cual también era una persona violenta que de igual manera le fue infiel a su madre y donde había abuso sexual.

11. REFLEXIONES FINALES

Los tres casos investigados logran ser unas personas funcionales, con altas y bajas que llegan a afectar al desenvolvimiento que llevan en su vida cotidiana, sin embargo, a pesar de todos los problemas que han cruzado siguen queriendo salir adelante.

Existen momentos donde en ellos prima el ello, donde se descarga su energía libidinal en forma de agresividad, principalmente el caso "Araceli" y "Stevens" en los cuales su agresividad se ve más marcada, la cual la quieren dirigir, especialmente a personas que los han dañado (familiares y compañeros).

Cuando se encuentran estables lo que prima en ellos es su yo, los cuales les permite desenvolverse de una mejor manera en su vida cotidiana, en el caso de "Stevens" se refleja su superyó, por lograr querer ser una persona perfecta, tanto intelectualmente como físicamente para demostrarles a los demás que es mejor y que él puede salir adelante solo.

Efectivamente, el TLP se desarrolla por acontecimientos que se cruzaron en la infancia, al hablar de éstos hago referencia a vivencias fuertes, las cuales les dejan un trauma que no les permiten tener un equilibrio en su aparato psíquico, donde le es difícil controlar sus emociones y sobre todo sus instancias psíquicas.

Aunque no es la única causa que existe por la cual se llega a tener TLP, si es la principal, siguiendo con alguna fractura cerebral o por herencia, esta última no es muy "comprobable" pues entra en el ámbito del desarrollo familiar, si una persona tiene TLP y tiene hijos el presenciara cada acto, sobre todo si llega una crisis y ve los cambios emocionales frecuentes, entonces será una conducta aprendida más que heredada.

La estructura psíquica se ve afectada, por cambios fuertes y bruscos que se presentan a lo largo de la vida, lo cual hace que exista un conflicto que no se sabe manejar y esto produce alteraciones que se verán reflejadas en la conducta de la persona, no solo es consecuencia de un factor sino que existen muchos factores más, como ya se mencionó, las vivencias de cada persona influyen de manera importante.

Existen varios síntomas que se presentan en el TLP, pero no es necesario tener todos para ser diagnosticado con este trastorno, pues nos guiamos más por la historia de vida más que en síntomas, para ser diagnosticado no nos enfocamos en un cuestionario de síntomas, si los tengo o no, pues aun siendo una persona "sana" pueden aparecer algunos y esto no será motivo de ser diagnosticado con trastorno límite de la personalidad.

Como se recordara, el 75% de los pacientes con TLP, son mujeres por lo cual me fue difícil contactar hombres con este trastorno, ya que en el hospital no se ve mucho el sexo masculino.

12. IMPLICACION DEL INVESTIGADOR

Al realizar esta tesis me cruce con muchos casos que me impresionaron, aunque a lo largo de más de 4 años he escuchado varios casos, desde “leves” hasta más “graves” que me hacen reflexionar sobre cada uno de los casos.

Unos años atrás realice un trabajo de investigación con similitudes a este, el cual me fue un poco complicado realizar, pues no sabía si era buena idea realizar un trabajo que hablara sobre algo que fue diagnosticado en mí, con el paso del tiempo

supe que era la mejor decisión pero que le faltaba mucha información al trabajo anterior, por lo cual decidí realizar mi tesis sobre el tema.

Mi objetivo personal es dar a conocer el tema para que más personas conozcan sobre el tema y no etiqueten a los demás y sobre todo saber que el tener un trastorno mental, independientemente que sea el trastorno límite de la personalidad no nos hace diferentes y mucho menos no funcionales, pues a veces si se ve complicado el camino, pero ahora estoy a unos pasos de terminar una carrera, todo con ayuda de mis seres queridos pero, sobre todo porque así lo desee yo.

En el desarrollo de esta tesis escuche tantas cosas tan similares a las que he pasado, pero entiendo que esas vivencias no me hacen menos y me hace esperar en que con este texto pueda ayudar a más personas no solo a ver que se puede, sino a que hay cosas que no se deben de juzgar y que las personas que te apoyan son las que valen la pena.

Anterior a empezar mi tesis tuve problemas que me hacían pensar que no podría, pero me ayudaron a ver que realmente si se quiere se puede y que hay personas que no valen la pena y sobre todo que hay personas que te apoyaran en las buenas y en las malas.

Al verme tan identificada con las personas entrevistadas sentía que no podría y que me vería estancada y recordaría cosas que no me dejarían continuar, pero me hice a la idea de que esto era para ayudar a más personas de las cuales yo estaba como ellas y ahora desearía que ellas estuvieran como yo, logrando sus metas y sobre todo estable emocionalmente y físicamente el mayor tiempo posible.

Fue duro terminar después de tantas cosas que ocurrieron a lo largo de, pero se siente una satisfacción que no se puede explicar, pues yo pude salir de tantas cosas similares a la que viven los demás que sé que los demás también podrán salir de sus crisis y malos momentos.

Con el apoyo constante de mis padres, mis hermanos y mi hermana querida, incluyendo a mi compañero de vida y a todos los que estuvieron y creyeron en mí, logre terminar de la mejor manera, y doy gracias a todos, inclusive a los que no

estuvieron o dudaron de lo que podía lograr, pues ahora verán que estuvieron en lo incorrecto.

Fue un trabajo que me agrado hacer y sobre todo que disfrute, sobre todo las entrevistas realizadas, conocer a personas que van logrando salir adelante.

13.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ✓ _ Baz, M., 1998. "Tiempo y temporalidades: los confines de la experiencia" en *Anuario de investigación 1998*, Departamento de Educación y Comunicación, México: UAM-X.
- ✓ _ Cornelius, C., 2006. "institución primera e instituciones segundas" en *Figuras de lo pensable*. México: FCE.

- ✓ _ DSM-IV-TR BREVIARIO.
- ✓ _ Freud, Sigmund. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires, 1996. 24 T.
- ✓ _ Psicopatología de la vida cotidiana, (1900-1905), Tomo III
- ✓ _ El yo y el ello, (1923), Tomo XIX
- ✓ _ La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis, (1924), Tomo XIX
- ✓ _ Golmand. H., 1989. "psiquiatría general". Editorial el manual moderno, México, D.F
- ✓ _ Henri, H., 1996 "tratado de psiquiatría"
- ✓ _ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, 2014
- ✓ _ Savater, F., 1997. "El aprendizaje humano" en El valor de educar, Instituto de Estudios Educativos y sindicales de América Latina, México.
- ✓ _ Secretaria de Salud
- ✓ _ Soy psicoanálisis. «Trastorno límite de la personalidad.» TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (BORDERLINE) Y CIRRE. México, 5 de mayo de 2017. https://www.youtube.com/watch?v=8ID_gtHEmPY
- ✓ Umberto, Galimerti. Diccionario de psicología (1992), Siglo veintiuno editores, México 2006.