

Procesos emocionales en el trastorno límite de la personalidad: una actualización para la práctica clínica

^aKatherine L. Dixon-Gordon, ^bJessica R. Peters, ^cEric A. Fertuck and ^dShirley Yen

^aUniversity of Massachusetts Amherst

^{b, d}Alpert Brown Medical School

^cThe City University of New York and Columbia University Medical Center

Resumen

A pesar de los supuestos previos sobre su mal pronóstico, el aumento de la investigación sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en las últimas décadas muestra que es tratable y puede tener un buen pronóstico. Las teorías prominentes del TLP destacan la importancia de la disfunción emocional como el núcleo de este trastorno. Sin embargo, la investigación empírica reciente ha sugerido una visión más matizada de la disfunción emocional en el TLP. En el presente artículo se revisa esta investigación con vistas a conocer cómo estos hallazgos de laboratorio pueden influir en el trabajo clínico con personas que padecen TLP.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una afección grave de salud mental caracterizada por inestabilidad emocional, comportamientos impulsivos y autolesivos y relaciones interpersonales tormentosas (*American Psychiatric Association, 2013*). Este trastorno grava fuertemente el sistema de atención de salud mental (*Bagge, Stepp y Trull, 2005; Comtois et al., 2003*) y genera altos costos personales, económicos y sociales (*van Asselt, Dirksen, Arntz y Severens, 2007*).

A pesar de la apremiante necesidad de proporcionar tratamiento a las personas con TLP, los médicos pueden dudar en hacerlo debido a la incomodidad de trabajar con conductas de alto riesgo y la intensa desregulación interpersonal y emocional típica de las personas con el trastorno. Por lo tanto, una mejor comprensión de los procesos emocionales involucrados en el TLP puede ayudar a aumentar la disposición de los médicos para tratar a esta población y ayudar a facilitar mejores resultados para el paciente.

Tratamientos para el TLP

Aunque el TLP ha sido visto históricamente como una condición crónica con un pronóstico desfavorable (*James y Cowman, 2007; Lewis y Appleby, 1988*), la investigación acumulada en las últimas décadas ha dibujado una imagen más esperanzadora. De hecho, varios tratamientos psicológicos, incluida la Terapia Dialéctico Conductual (TDC; *Linehan, 1993*), el Tratamiento Basado en la Mentalización (TBM; *Bateman y Fonagy, 1999*), la Psicoterapia Centrada en la Transferencia (PCT; *Doering et al., 2010*), la Terapia Centrada en Es-

Palabras clave

**Trastorno límite de la personalidad,
Desregulación emocional,
Regulación emocional,
Terapia dialéctico conductual**

quemados (*Giesen-Bloo et al., 2006*) y el tratamiento psiquiátrico general (*McMain et al., 2009*), han obtenido apoyo empírico para el tratamiento del TLP.

Cada uno de estos tratamientos se basa en diferentes marcos teóricos del desarrollo y mantenimiento del TLP y, por lo tanto, tiene un enfoque diferente con respecto a los supuestos mecanismos subyacentes al TLP y a su tratamiento. Hasta la fecha, hay poca orientación empírica para sugerir si se debe elegir y cuando una de estas intervenciones en detrimento de las otras. Además, aunque la proliferación de tratamientos basados en la evidencia para el TLP es alentadora ya que proporciona más opciones de tratamiento para quienes padecen este trastorno, puede ser desalentador para los médicos aprender varios tratamientos y determinar cuál podría funcionar mejor en cada paciente. La identificación de los factores traslacionales (y, potencialmente, teóricos) subyacentes al TLP y su tratamiento podría ser útil para ayudar a guiar a los médicos y a sus pacientes en qué aspectos de la terapia enfocarse. Este proceso se ha descrito como similar a un chef que conoce los principios clave de la cocina sin tener que memorizar mil recetas específicas. Un proceso a considerar por tener relevancia traslacional en el TLP y en otros trastornos es el funcionamiento emocional.

Investigación sobre Disfunción Emocional en TLP

Aunque la teoría y la investigación han señalado constantemente a la disfunción emocional como una alteración central en el TLP (*Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004; Trull, Tomko, Brown y Scheiderer, 2010*), la naturaleza precisa de este trastorno sigue sin estar clara. Un modelo prominente de TLP, la teoría biosocial (*Linehan, 1993*), postula que el TLP surge como resultado de la compleja interacción de la vulnerabilidad emocional de base biológica del niño y las respuestas ambientales que se ven como invalidantes, minimizadoras o triviales del afecto negativo del niño. Como resultado, las personas con TLP desarrollan una desregulación emocional generalizada. Desde este punto de vista, muchos de los

problemas asociados con el TLP, como la impulsividad y el mal funcionamiento social, se consideran una consecuencia directa de la intensa reactividad emocional o el resultado de los esfuerzos para evitar o escapar de la angustia. La teoría biosocial condujo a algunas generalizaciones amplias sobre la naturaleza de la respuesta emocional en el TLP; a saber: que las personas con TLP demuestran (a) sensibilidad emocional, de modo que hay un umbral más bajo para reconocer o reaccionar a señales emocionalmente relevantes; (b) reactividad emocional, como se ve en las reacciones emocionales más intensas a los estímulos emocionales; y (c) un lento retorno a la calma emocional de modo que las respuestas emocionales de estos individuos tardan más en pasar, lo que implica que tienen acceso a pocas estrategias efectivas para regular sus emociones (*Linehan, 1993*). Mientras que la investigación de la emoción se ha centrado en los roles de los procesos emocionales “de abajo hacia arriba” y de “arriba hacia abajo” (*Ochsner y Gross, 2005; Ochsner et al., 2004*), el modelo de Linehan enfatiza la disfunción en términos de procesos ascendentes, como la reactividad emocional automática. Por el contrario, los procesos reguladores de las emociones de arriba hacia abajo pueden modular esta reactividad emocional, por ejemplo a través de estrategias de distracción, reevaluación o distanciamiento. Sin embargo, los estudios de investigación que evalúan la respuesta emocional en el TLP han arrojado resultados mixtos y han sugerido una perspectiva más matizada del funcionamiento emocional en el TLP (por ejemplo, *Rosenthal et al., 2008*).

La disfunción cognitiva y conductual en el TLP es emoción-dependiente

Desde la perspectiva de la teoría biosocial, muchos de los problemas de comportamiento asociados con el TLP se han achacado a la vulnerabilidad emocional y a la desregulación. La literatura empírica ha apoyado esta noción. Por ejemplo, aunque la impulsividad se ha visto comúnmente como una característica del TLP, las débiles e inconsistentes asociaciones entre el TLP y la impulsividad en las tareas de laboratorio han llevado a los investigadores a sugerir que la impulsividad observada en el TLP puede ser la consecuencia de la desregulación

de la emoción (*Sebastian, Jacob, Lieb y Tüscher, 2013*). De hecho, en un estudio de autoinforme, las características del TLP se asociaron más fuertemente con el comportamiento impulsivo relacionado con la emoción (*Peters, Upton y Baer, 2013*) y los participantes con síntomas intensos de TLP mostraron una mayor impulsividad en una tarea conductual que los participantes con bajo TLP solo después de una inducción de emoción negativa (*Chapman, Dixon-Gordon, Layden y Walters, 2010*). De manera similar, los participantes con síntomas intensos de TLP han evidenciado deficiencias en la resolución de problemas sociales en comparación con sus contrapartes saludables solo después de una inducción de emoción negativa (*Dixon-Gordon, Chapman, Lovasz y Walters, 2011*).

Estas reacciones a las emociones evidentes en el TLP pueden interactuar con déficits cognitivos a mayor escala (*Fertuck, Lenzenweger, Clarkin, Hoermann y Stanley, 2006; Lenzenweger, Clarkin, Fertuck y Kernberg, 2004*). Mientras que las funciones ejecutivas tradicionalmente vistas como no relacionadas con el funcionamiento emocional (como la inhibición motora o la memoria de trabajo) parecen estar intactas en el TLP (*LeGris, Toplak y Links, 2014; van Reekum, Links y Fedorov, 1994*), aquellos con TLP parecen luchar en particular con la toma de decisiones afectivas. Por ejemplo, en relación con los controles sanos, aquellos con TLP tomaron decisiones significativamente más desventajosas sobre las tareas de descuento por demora, mostrando preferencia por la recompensa inmediata sobre la ganancia a largo plazo (*LeGris et al., 2014; van Reekum et al., 1994*) y descartando recompensas que eran menos seguras (*van Reekum et al., 1994*). Del mismo modo, las personas con TLP, en relación con sus contrapartes sanas, han mostrado una toma de decisiones más arriesgada cuando los problemas se enmarcan en términos de pérdidas potenciales, pero no cuando se enmarcan en términos de ganancias potenciales (*Sánchez-Navarro, Weller, López-Navarro, Martínez-Selva y Bechara, 2014*).

De acuerdo con la noción en TDC de *competencia aparente*, estos hallazgos sugieren que los pacientes con TLP pueden ser capaces de actuar a veces con bastante habilidad y que solo bajo condiciones de emo-

ción intensa actúan impulsivamente o tienen dificultades para resolver dificultades interpersonales. Por lo tanto, es importante que los médicos entiendan que sus pacientes con TLP (a) generalmente no carecen de competencias, (b) no tienen acceso a las mismas habilidades en todos los contextos emocionales y (c) requieren ayuda para acceder e implementar sus fortalezas y habilidades en condiciones de estrés emocional. Además, estos hallazgos sugieren que para mejorar el funcionamiento en una variedad de dominios en TLP, una estrategia puede ser enfocarse en la disfunción emocional subyacente.

La vulnerabilidad emocional en TLP puede ser específica del contexto

En general, las personas que padecen síntomas de TLP reportan una mayor reactividad emocional en los cuestionarios (*Cheavens et al., 2005; Henry et al., 2001; Tragesser & Robinson, 2009*). En comparación con los participantes sanos, los participantes con TLP en estudios de evaluación ecológica momentánea (véase *Santangelo, Bohus y Ebner-Priemer, 2014*) reportan respuestas emocionales negativas más frecuentes, intensas, inestables y persistentes (*Ebner-Priemer y Sawitzki, 2007; Ebner-Priemer et al., 2007; Reisch, Ebner-Priemer, Tschacher, Bohus y Linehan, 2008; Stiglmayr et al., 2005; Trull et al., 2008*) y una mayor reactividad emocional a las interacciones negativas (*Sadikaj, Russell, Moskowitz y Paris, 2010; Stepp, Hallquist, Morse y Pilkonis, 2011*).

Los estudios que utilizan paradigmas de laboratorio para examinar cómo responden las personas con TLP a las señales emocionales en tiempo real, han arrojado resultados mixtos. Algunos estudios han revelado evidencia de mayor auto-reporte (*Dixon-Gordon et al., 2011*), de reactividad neural (*Donegan et al., 2003*) y fisiológica (*Ebner-Priemer et al., 2005; Weinberg, Klonsky y Hajcak, 2009*) a estímulos emocionales entre aquellos con TLP o síntomas intensos de TLP en comparación con los controles. Sin embargo, otros estudios han sugerido que aquellos con TLP son menos reactivos emocionalmente en términos de medidas psicofisiológicas (*Herpertz, Kunert, Schwenger y Sass, 1999*). Aún

otros estudios han encontrado que aquellos con TLP reportaron emociones negativas más altas al inicio del estudio (*Jacob et al., 2009; Kuo & Linehan, 2009; Reitz et al., 2012*) pero la reactividad no fue diferente de la de los controles. Además, mientras que algunas investigaciones han revelado que, en comparación con los participantes sanos, aquellos con TLP tardaron más en recuperarse emocionalmente (*Reitz et al., 2012*) o evidenciaron experiencias más prolongadas de emociones específicas, como la vergüenza (*Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez y Gunderson, 2010*), otro estudio no reveló tales diferencias (*Fitzpatrick y Kuo, 2015*). Tales hallazgos no concluyentes plantean la cuestión de en qué condiciones uno puede esperar ver una vulnerabilidad emocional elevada en el TLP.

Una posibilidad es que la reactividad emocional puede ser particularmente pronunciada entre las personas con TLP en respuesta a estresores sociales y a emociones interpersonales y autoconscientes (por ejemplo, ira, vergüenza). Los estudios que se basan en estímulos emocionales interpersonales han demostrado de manera más consistente una reactividad emocional elevada en los participantes con TLP o síntomas de TLP, que los controles (*Dixon-Gordon et al., 2011; Hazlett et al., 2007; Limberg, Barnow, Freyberger, & Hamm, 2011; Sauer, Arens, Stopsack, Spitzer y Barnow, 2014*). Un estudio encontró una mayor reactividad emocional negativa en respuesta a estresores sociales, en comparación con los no sociales, en individuos con síntomas intensos de TP (*Chapman, Walters y Dixon-Gordon, 2014*).

La vulnerabilidad emocional en TLP también puede variar según emociones específicas (*Scheel et al., 2013*). En particular, la inestabilidad emocional en la vida diaria se ha visto en el marco del TLP en términos de tristeza, hostilidad y miedo (*Trull et al., 2008*). Los estudios de laboratorio han encontrado evidencia de una mayor reactividad subjetiva en términos de vergüenza (*Gratz et al., 2010*), ira (*Kuo, Neacsiu, Fitzpatrick y MacDonald, 2014*) y miedo o ansiedad (*Dixon-Gordon et al., 2015*) y una mayor reactividad de la amígdala en términos de miedo (*Minzenberg, Fan, New, Tang y Siever, 2007*) entre los participantes con TLP en comparación con los controles sanos.

Las interrelaciones de los procesos interpersonales y las emociones en el TLP

Como se ha señalado anteriormente, las personas con TLP pueden ser particularmente reactivas a los estresores sociales. En particular, de acuerdo con la teoría biosocial, ha habido evidencia de que las evaluaciones negativas percibidas o las críticas de otros pueden exacerbar realmente la reactividad emocional de abajo hacia arriba en el TLP (*Shenk y Fruzzetti, 2011, 2014*). Además, las personas con síntomas de TLP pueden ser más propensas a evaluar las señales sociales bajo una luz negativa, percibiendo críticas y rechazos donde otros no lo harían. Las características de TLP y el TLP propiamente están vinculadas a una mayor sensibilidad de rechazo autoinformada (*Gardner, Qualter y Tremblay, 2010; Staebler, Helbing, Rosenbach y Renneberg, 2011*), así como a una mayor reactividad al rechazo en el laboratorio. En un juego de ordenador simulado, los participantes con TLP no solo reportaron mayores experiencias de rechazo cuando fueron “rechazados” (recibieron interacción limitada de otros jugadores) sino que también reportaron mayores sentimientos de rechazo cuando recibieron la misma interacción que otros jugadores (*Domsalla et al., 2014*). Los participantes con TLP también han demostrado una mayor activación del cíngulo anterior dorsal (asociado con dolor social) y de la corteza prefrontal medial (asociada con esfuerzos de autorregulación) en tales situaciones (*Domsalla et al., 2014*). Además, mientras que tanto el TLP como las personas sanas tienen mayores potenciales cerebrales asociados con la evaluación del estímulo en respuesta a la exclusión en esta actividad, solo los participantes con TLP han mostrado esta respuesta a la condición de inclusión (*Gutz, Renneberg, Robert y Niedeggen, 2015*).

La rumiación en respuesta al rechazo puede desempeñar un papel clave en el manejo de las características del TLP (*Peters, Smart y Baer, 2015; Selby, Anestis, Bender y Joiner, 2009*). La rumiación definida como pensamiento repetitivo e improductivo contribuye a las *cascadas emocionales* en TLP (*Selby et al., 2009*), donde la rumiación amplifica la angustia, lo que provoca intentos impulsivos de escapar de las emociones, lo que resulta en más problemas y angustia. En particular, la rumia-

ción sobre las experiencias de rechazo y la vergüenza correspondiente pueden contribuir a una ira intensa en el TLP. Las personas con TLP han mostrado un mayor vínculo entre el rechazo y la ira posterior que los controles (*Berenson, Downey, Rafaeli, Coifman y Paquin, 2011*). Del mismo modo, la rumiación ha explicado la asociación entre la vergüenza y los síntomas intensos de TLP (*Peters, Geiger, Smart y Baer, 2014*). Esta tendencia a la rumiación en el TLP se ha relacionado con niveles más bajos de la tendencia general a participar en la conciencia centrada en el presente, un elemento importante de la atención plena (*mindfulness*) (*Selby, Fehling, Panza y Kranzler, 2016*), lo que sugiere la utilidad potencial de intervenciones basadas en *mindfulness* en TLP.

Además de percibir el rechazo social con mayor facilidad y reaccionar al rechazo social de manera más intensa, las personas con TLP pueden participar involuntariamente en comportamientos que podrían dañar las relaciones sociales. Por ejemplo, las personas con TLP han exhibido menos señales no verbales que invitan a la interacción social, como asentir o sonreír en respuesta a un entrevistador, en comparación con los controles (*Brüne, Kolb, Ebert, Roser y Edel, 2015*). En una tarea de laboratorio, los participantes con TLP evitaron las caras felices más que los controles sanos (*Kobeleva et al., 2014*). Este hallazgo se repite en otros estudios sobre el procesamiento de las emociones faciales en TLP (*Mitchell, Dickens y Picchioni, 2014*), que generalmente sugieren que el TLP se asocia con un sesgo de respuesta negativa a estímulos neutros o ambiguos (ver *Baer, Peters, Eisenlohr-Moul, Geiger y Sauer, 2012*). Además, las personas con TLP tenían menos probabilidades de evaluar las caras como dignas de confianza en comparación con los participantes sanos (*Fertuck, Grinband y Stanley, 2013; Miano, Fertuck, Arntz y Stanley, 2013*). Del mismo modo, los altos niveles de características de TLP se asociaron con una menor cooperación en un escenario hipotético interpersonal (*Thielmann, Hilbig y Niedtfeld, 2014*), y las personas con TLP mostraron mayores dificultades que los individuos sanos para restaurar la cooperación después de una ruptura en una tarea conductual (*King-Casas et al., 2008*). Las relaciones sociales también están plagadas de más consecuencias potenciales en TLP en comparación con otros grupos.

Por ejemplo, mientras que la proximidad social se asoció con resultados predominantemente positivos y negativos despreciables para los controles sanos, aquellos con TLP reportaron beneficios (por ejemplo, aumento del afecto positivo), así como más costos, como un aumento de la ira y la vergüenza (*Gadassi, Snir, Berenson, Downey y Rafaeli, 2014*). Quizás como resultado, las características de TLP se han asociado con menos apoyos sociales y menos satisfacción con estos apoyos sociales (*Zielinski y Veilleux, 2014*).

En general, las personas con TLP parecen ser más sensibles a los estresores sociales, percibiendo incluso situaciones benignas como negativas. Es más probable que respondan con intensas respuestas emocionales a estos estresores percibidos. A su vez, como también se ve en las relaciones románticas cuando las parejas se excitan emocionalmente (ya sea que las parejas tengan síntomas de TLP o no), esta intensa excitación emocional puede conducir a mayores dificultades sociales (*Gottman, 1993*). Como resultado, las personas con TLP tienden a tener apoyos sociales menos satisfactorios. Los investigadores han propuesto que estas redes sociales debilitadas brindan menos apoyo social para ayudar a estas personas a sobrellevar la angustia, perjudicando aún más sus capacidades de regulación de las emociones (*Hughes, Crowell, Uyeji y Coan, 2012*). En consecuencia, los tratamientos para TLP pueden beneficiarse al incorporar estrategias para reducir esta tendencia a atribuir situaciones negativas a situaciones benignas o ambiguas. Además, los terapeutas pueden beneficiarse al consultar con sus pacientes sobre las interpretaciones negativas que los pacientes puedan tener en el momento sobre el comportamiento del terapeuta. De hecho, los tratamientos existentes para TLP (por ejemplo, PCT y TDC) utilizan estrategias para abordar los procesos sociocognitivos subyacentes a esta sensibilidad al rechazo. Por ejemplo, los terapeutas de TDC podrían usar explícitamente la auto-divulgación genuina para reducir la probabilidad de tales interpretaciones negativas y proporcionar retroalimentación a los pacientes con respecto a las respuestas típicas. De manera similar, la PCT utiliza la terapia como un contexto en el cual el paciente y el terapeuta pueden explorar activamente y cuestionar los temores del paciente que el terapeuta rechaza o in-

fravalora. Este enfoque de “aquí y ahora” en la relación terapéutica está destinado a fomentar la capacidad de regular a la baja y reflexionar sobre estados intensos de miedo y enojo e invitar a múltiples perspectivas sobre la relación terapéutica que el paciente puede extender a otras relaciones.

Desregulación de la emoción en TLP: más regulación puede no ser mejor

La investigación de autoinforme existente ha revelado una asociación consistentemente fuerte entre el TLP y una amplia gama de dimensiones de la desregulación de las emociones, incluida la baja conciencia emocional, la claridad, la aceptación, el acceso limitado a estrategias efectivas de regulación descendente y la dificultad de controlar comportamientos en el contexto de afecto negativo (*Beblo et al., 2013; Bornovalova et al., 2008; Gratz, Tull y Gunderson, 2008; Gratz, Tull, Matusiewicz, Breetz y Lejuez, 2013; Kuo y Linehan, 2009; Leible y Snell, 2004; Yen, Zlotnick y Costello, 2002*). Las medidas basadas en el laboratorio también han demostrado una desregulación de las emociones entre las personas con TLP, incluida una menor conciencia emocional y claridad (*Levine, Marziali y Hood, 1997*) y una mayor falta de voluntad para experimentar angustia a fin de perseguir un comportamiento dirigido a objetivos (*Bornovalova et al., 2008; Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez y Gunderson, 2006*).

Hay relativamente menos investigación sobre estrategias específicas de regulación de la emoción de arriba hacia abajo en el TLP. En términos de estrategias específicas, los participantes con TLP han reportado un mayor uso de estrategias de regulación evasivas en las medidas de rasgos (*Beblo et al., 2013*). Las características del TLP también se han asociado con la autocrítica, la supresión del pensamiento, la evitación y el consumo de alcohol como estrategias para regular las emociones (*Aldao y Dixon-Gordon, 2014*). Contrariamente a la expectativa de que los participantes con TLP pueden tener acceso a menos estrategias de regulación de emociones, los participantes con altas características de TLP reportaron haber usado más estrategias en una situación de laboratorio que aquellos con características bajas de

TLP, con la excepción de menor uso de la aceptación emocional (*Chapman, Dixon-Gordon y Walters, 2013*). Hay algunas pruebas de que las estrategias supuestamente adaptativas para regular las emociones, como la reevaluación, en realidad pueden funcionar menos bien para los pacientes con TLP. En un estudio en el que a los participantes con y sin TLP se les ordenó que regularan negativamente sus reacciones emocionales ante amenazas y sufrimientos imaginados mediante reevaluación (es decir, se les entrenó para imaginar que la situación no era real o que eran observadores independientes), los participantes con TLP mostraron menos activación en las regiones cerebrales asociadas con la regulación (la corteza orbitofrontal izquierda) en comparación con los controles (*Schulze et al., 2011*). Además, otra supuesta estrategia adaptativa, la aceptación emocional, en realidad puede conducir a una mayor angustia a corto plazo en el TLP. En la vida diaria, los participantes con síntomas intensos de TLP reportaron mayores emociones negativas y más deseos de conductas desadaptativas en los días en que se les indicó que observaran sus emociones negativas que en los días en que se les indicó que suprimieran sus emociones (*Chapman, Rosenthal, Y Leung, 2009*). Sin embargo, un problema con la investigación de laboratorio sobre la regulación de las emociones es la presunción de que las personas con TLP son capaces de implementar estas estrategias según las indicaciones. Por ejemplo, mientras que uno puede instruir a las personas para que observen atentamente sus emociones, en realidad pueden estar notando y juzgando estas experiencias. De hecho, las personas con TLP han demostrado niveles muy altos de actitudes críticas hacia sus experiencias internas (*Wupperman, Neumann y Axelbar, 2008*), y probablemente se requiera práctica más allá del alcance de la mayoría de los experimentos para cambiar esta tendencia. El uso de estrategias que inciten a la observación o la conciencia puede ser útil en el contexto de TLP solo cuando se practica juntamente con una calidad sin prejuicios e incluso puede ser perjudicial en el contexto de altos niveles de juicio (*Peters, Eisenlohr-Moul, Upton y Baer, 2013*).

Tomados en conjunto, estos hallazgos subrayan la dificultad de enseñar a los participantes con TLP formas más adaptativas de regular sus emociones. Es

posible que las personas con TLP ya estén usando muchas estrategias, pero esas estrategias supuestamente adaptativas pueden ser más difíciles de implementar en la vida real y en realidad pueden conducir a una mayor conciencia de la angustia, al menos inicialmente. Por ejemplo, los ejercicios basados en la atención plena y la aceptación son actividades de esfuerzo que, hasta que se practiquen bien, pueden reducir la tolerancia a la angustia debido a la fatiga y a los déficits de autorregulación (Evans, Eisenlohr-Moul, Button, Baer y Segerstrom, 2014). Este efecto existe para todos los individuos, pero puede ser particularmente pronunciado en aquellos con TLP, quienes presumiblemente están aún menos familiarizados con estas habilidades. Además, cuántas estrategias usa una persona puede ser un proxy imperfecto para la regulación de las emociones. Más bien, la incapacidad de tolerar las emociones puede dar lugar a una desesperación o búsqueda frenética de cualquier estrategia para aliviar la angustia. Esta postura de no aceptación de las emociones puede provocar la participación en estrategias supuestamente desadaptativas. Por otro lado, las presuntas estrategias de mala adaptación, como la evitación, la supresión y el consumo de drogas, pueden funcionar muy bien inicialmente. Sin embargo, a medio y largo plazo, la evitación interfiere con un afrontamiento efectivo y se ha asociado con una mayor psicopatología en general (Aldao, Nolen-Hoek-sema y Schweizer, 2010).

Disfunción emocional como mecanismo de cambio en tratamientos para TLP

Aunque el funcionamiento emocional se ha identificado como un mecanismo clave de cambio en los tratamientos del TLP (Fonagy y Bateman, 2006; Levy, Clarkin, et al., 2006; Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan, 2006), ha habido una escasez relativa de investigación en esta área. Además, las perspectivas han divergido en términos de por qué y cómo el funcionamiento emocional es importante en estos tratamientos. Por ejemplo, desde una perspectiva de PCT y TBM, las mejoras en el funcionamiento emocional, especialmente dentro de las relaciones de apego, conducen a mejores síntomas de TLP al aumentar la estabilidad y la consistencia de las opiniones de los pacientes sobre sí

mismos y sobre los demás (Fonagy y Bateman, 2006; Levy, Meehan, et al., 2006). Los resultados han sugerido que la TDC da como resultado una disminución de la reactividad emocional y una mejor regulación de las emociones (Goodman et al., 2014) y que las mejoras en aspectos de la regulación de las emociones (como la conciencia emocional y la claridad) están asociadas con mayores mejoras en los síntomas, angustia y funcionamiento interpersonal entre pacientes con TLP (McMain et al., 2013). De acuerdo con el enfoque de la TDC en el entrenamiento de habilidades, el uso de habilidades de la TDC ha explicado las mejoras en los intentos de suicidio, los síntomas depresivos y el control de la ira con el tiempo en la TDC (Neacsiu, Rizvi y Linehan, 2010). En una breve terapia grupal complementaria de regulación de la emoción para mujeres con síntomas de TLP y autolesión, las mejoras en la desregulación de la emoción explicaron la reducción de los síntomas cognitivos y afectivos del TLP (Gratz, Bardeen, Levy, Dixon-Gordon y Tull, 2015). Estos datos, aunque preliminares, sugieren que el camino hacia las ganancias del tratamiento en TLP está basado en una mejor regulación de las emociones.

Implicaciones clínicas de la investigación sobre la emoción existente en el TLP: un ejemplo de caso

Aunque gran parte de la investigación revisada se refiere a cómo el TLP afecta a las personas en promedio, estos principios son quizás más evidentes cuando se aplican a un caso clínico particular. El siguiente es un escenario hipotético y ficticio basado en una amalgama de nuestras experiencias clínicas.

Resumen del caso

Jill, una mujer blanca de 41 años con baja por discapacidad de su función administrativa en un hospital, fue derivada para recibir tratamiento por parte de su proveedor de atención primaria. Ella describió tener dificultades con la inestabilidad emocional, los comportamientos impulsivos, las relaciones tormentosas, la ideación paranoide relacionada con el estrés y las dificultades para controlar la ira desde una edad temprana. Jill informó haber tenido, más allá de la depresión recu-

rente y los ataques de pánico, un patrón de uso problemático de consumo de alcohol y drogas desde la adolescencia. Aunque señaló que había alcanzado la sobriedad en sus 30 años después de recibir terapia psicológica, el empeoramiento del dolor crónico de Jill le llevó a un mayor consumo de opiáceos para el tratamiento del dolor. Jill declaró que “[el uso de opiáceos] todavía no es un problema, pero sé que lo será si no obtengo más ayuda”. Además de los recientes brotes relacionados con su dolor crónico, informó que su relación romántica más reciente se había vuelto muy tormentosa. Informó que buscaba ayuda en este momento para “definitivamente descubrir cómo manejar mis emociones y relaciones”.

Jill describió que, de niña, era “siempre sensible”, tanto emocional como físicamente. Después de sufrir dolores de cabeza y varias enfermedades desde una edad temprana, Jill notó que sus padres “siempre estaban frustrados, perdidos y no sabían qué hacer con ella”. Ella recordó que sus padres tenían una relación difícil. Según los informes, trabajaban en múltiples ocupaciones, tratando de llegar a fin de mes, y “siempre estaban cansadas y demasiado ocupados para mí”. Como una niña sensible, Jill con frecuencia se tomaba muy en serio el trabajo de sus padres y se sentía avergonzada y enojada consigo misma por requerir su atención y cuidado. Cuando realmente necesitaba algo, Jill tenía que “hacer una escena” para llamar su atención, alzando la voz y quejándose de un intenso dolor físico. Reforzando ocasionalmente esos arrebatos, sus padres a menudo se disculpaban y trataban de calmarla.

Aunque informó que le fue bien hasta la escuela secundaria, Jill relató que luego se topó con una “multitud mala” y a partir de entonces comenzó a consumir sustancias ilícitas. Ella también reportó que tenía una cadena de “malas relaciones”, caracterizadas por celos, disputas frecuentes y consumo de drogas. A pesar de estas dificultades, se graduó de la escuela secundaria y posteriormente completó un título universitario de 2 años.

Aunque su vida personal a menudo era turbulenta, Jill informó que en el trabajo encontró consuelo y la sensación de ser válida. Informó que trabajaba para su

empleador actual durante casi siete años y había sido promocionada varias veces. Funciona bastante bien en el trabajo, aunque Jill señaló que cuando está estresada, se enoja, pensando que sus colegas están tratando de minarla. Finalmente, con el empeoramiento del dolor crónico, Jill se despidió del trabajo.

Actualmente, Jill mantiene una relación que, según ella, es su “primera buena relación en mucho tiempo”, pero señaló que el empeoramiento de su inestabilidad emocional y el uso de analgésicos habían tensado la relación. Jill reconoció sentirse avergonzada por no ser capaz de trabajar y experimentó una irritabilidad creciente desde que dejó el trabajo. Ella dijo que “sé que sigo teniendo estos altibajos, pero si no me bajo de esta montaña rusa, me preocupa que se vaya a cansar de eso y me deje”.

Implicaciones del tratamiento

Aunque el TLP es un trastorno heterogéneo, el caso de Jill ilustra una vía que conduce al desarrollo de la disregulación de las emociones. Ella exhibió una mayor vulnerabilidad emocional a una edad temprana, particularmente en términos de vergüenza y enojo, de acuerdo con la investigación básica. Sus intensas expresiones de emociones producirían, ocasionalmente, apoyo interpersonal y relajante. Además, sin darse cuenta, llegó a creer que sus emociones eran erróneas o inaceptables y tropezó con una estrategia para aliviar la angustia a corto plazo mediante el consumo de drogas. Cabe destacar que Jill encontró dificultades particulares en contextos interpersonales, especialmente románticos. Se debe tener en cuenta que Jill exhibió fortalezas en el lugar de trabajo, resaltando que las personas con TLP pueden funcionar a menudo a un alto nivel en ciertos entornos. Sin embargo, este nivel de funcionamiento puede depender del contexto, porque, en el ámbito de las relaciones, Jill tuvo problemas para comprender sus emociones y expectativas en la relación.

Desde la perspectiva del tratamiento, una estrategia podría ser aumentar la tolerancia y la aceptación de las emociones negativas como la vergüenza y la ira. Una estrategia de la TDC para aumentar la aceptación emo-

cional sería a través de la enseñanza de habilidades de atención plena (*mindfulness*), como adoptar una postura sin prejuicios y observar las emociones propias. Otra táctica de la TDC podría ser la exposición emocional informal, como alentar a Jill a describir sus experiencias emocionales negativas y mantenerse con esta experiencia sin involucrarse en conductas de evitación. Además, un terapeuta de TDC puede emplear exposiciones más formales, como generar una jerarquía de situaciones en las que Jill experimente vergüenza, pero tal vergüenza no encaja o no está en proporción con los hechos observables de la situación actual. Luego, el terapeuta podría guiar a Jill en la exposición imaginaria y / o real a estas señales o situaciones sin involucrarse en conductas de evitación, con el objetivo de extinguir su respuesta de vergüenza (*Rizvi y Linehan, 2005*). Otro enfoque sería formular la experiencia vergonzosa de Jill como una actitud crítica y dura que tiene hacia sí misma y que podría tener un significado y un contexto particular que podría comprender aún más. En PCT, se asume que las experiencias emocionales intensas organizan actitudes positivas y negativas polarizadas de uno mismo y de los demás. Un terapeuta de PCT podría ayudar a Jill a tolerar y comprender su vergüenza enraizada en el supuesto de que ella es “mala” y todos los otros son “buenos”. Con el tiempo, el terapeuta ayudaría a Jill a obtener una visión más equilibrada de sí mismo y de los demás, que atenúe estas experiencias polarizadas.

Al enseñar estrategias para reducir o tolerar las emociones negativas en el momento, es posible que uno deba tener especial cuidado para aclarar las razones para reducir las emociones negativas. Aunque las estrategias de tolerancia a la angustia de la TDC, como la respiración profunda, pueden ser muy atractivas para Jill en términos de reducción de la angustia aguda y los comportamientos asociados a las emociones (por ejemplo, la agresión), es posible que se necesite atención para garantizar que estas estrategias no sean utilizadas en exceso. Por ejemplo, es posible que deba alentarse a que regrese al suceso motivador y a que se dedique a resolver el problema que desencadenó su ira.

Debido a que las situaciones interpersonales a menudo provocan reactividad emocional y funcionamiento

interpersonal problemático, es particularmente importante enseñar habilidades interpersonales en contextos emocionales. Por ejemplo, podría ser importante enseñarle a Jill estrategias para reducir su angustia (como escuchar música o caminar) antes de intentar resolver un conflicto interpersonal. Alternativamente, cuando esté angustiada, podría ensayar habilidades interpersonales, como hacer peticiones o decir no hábilmente. Desde la perspectiva de la PCT, el terapeuta podría ayudar a Jill a explorar sus expectativas en las relaciones románticas, con la posibilidad de que esté poniendo expectativas poco realistas e idealistas en la relación que conduzcan a decepciones y enfados monumentales. Esto llevaría a una comprensión y anticipación más realistas del comportamiento de su pareja romántica y una sensación menos intensa de frustración y enfado.

Además, sería importante reconocer que las habilidades de funcionamiento ejecutivo pueden no ser siempre accesibles. Mientras que Jill demostró un alto nivel de funcionamiento ejecutivo en el trabajo o la escuela, sería útil para sus terapeutas reconocer que pueden tener dificultades en otros dominios, especialmente para inhibir los comportamientos impulsivos dependientes de la emoción. Para Jill, usar estrategias de control ambiental, como limitar el acceso a las sustancias que podría usar al asegurarse de que el alcohol y las drogas no estén en su casa, puede ser más efectivo que confiar en su capacidad de autorregularse e inhibir comportamientos cuando está molesta.

Sugerencias para futuras investigaciones y prácticas

Aunque la base de la literatura existente proporciona más conocimiento sobre la naturaleza matizada de la disfunción emocional en el TLP, todavía queda mucho por recorrer. En particular, la incorporación de evaluaciones de laboratorio en la investigación del tratamiento es prometedora para identificar mecanismos específicos de cambio y, por lo tanto, objetivos de intervención. Esta línea de investigación tiene el potencial de racionalizar los paquetes de tratamiento existentes para que sean más ágiles y eficientes. Además, comprender cómo estos aspectos de la disfunción emocional pueden inte-

ractuar con otros procesos importantes asociados con el TLP, como la mentalización (es decir, la capacidad de dar sentido a los estados internos propios y ajenos), requiere mayor atención.

Clínicamente, es crucial considerar cómo pueden afectar a los pacientes las dificultades en la regulación de las emociones y su capacidad para participar en el tratamiento. Las personas con TLP pueden variar considerablemente en su presentación, cogniciones y comportamiento según su estado emocional. Es probable que los factores interpersonales sean un potente disparador de emociones y la desregulación resultante.

Dada la naturaleza emocional e interpersonal del proceso terapéutico, estos factores afectan no solo la vida de las personas con TLP en general, sino también a la propia terapia. Proporcionar un equilibrio de desafío y apoyo, en un entorno de validación, y reconocer la poderosa influencia de las emociones en el funcionamiento es probablemente un punto de partida importante para el tratamiento, independientemente de la modalidad.

La Bibliografía y las tablas las pueden pedir a: javellaneda@cat-barcelona.com.