

Looking for signs of borderline disorder: tracking attachment in people with borderline personality

Inés Prades Causera¹, María Romero Peris²

¹Psicóloga clínica en Unidad de Conductas Adictivas de Guillén de Castro

²Psicóloga y máster en Terapia Familiar por la Universidad Autónoma de Barcelona

Historia editorial

Recibido: 10-03-2015

Primera revisión: 17-03-2015

Aceptado: 22-04-2015

Palabras clave

trastorno límite de personalidad, apego ambivalente, apego desorganizado, resiliencia, perspectiva sistémica.

Resumen

En este artículo hemos pretendido hacer un acercamiento al trastorno límite de personalidad (TLP) desde una perspectiva relacional. Entendiendo el apego como “bisagra entre el pensamiento individual y relacional”, exploramos las relaciones del apego ambivalente y desorganizado con el TLP. A partir de la hipótesis de que los estilos de apego desorganizados implicarían patrones más desajustados que los ambivalentes, realizamos análisis cuantitativos para su prueba. Las narrativas en referencia a los vínculos y experiencias de infancia por medio de la entrevista de apego para adultos en personas con TLP han sido analizadas en términos cualitativos. Los resultados llevan a concluir que proveer una base segura es algo que puede contribuir a que un TLP funcione a un nivel más integrado. Valoramos aspectos de resiliencia en la comprensión e intervención del funcionamiento *borderline*.

Abstract

In this article, we have tried to get an insight into borderline personality disorder (BPD) from a relational perspective. Understanding attachment “as the hinge between individual and relational thinking”, we have explored the relationship of ambivalent and disorganized attachment with BPD. Assuming that styles of disorganized attachment involve more poorly adjusted patterns than ambivalent ones, we have carried out quantitative analysis to put it to the test. On the other hand, we have carried out closeness to the narrative with reference to bonds and childhood experiences through AA1 with people with BPD. Narratives, which have been analyzed at a qualitative level. From the results, it has been concluded that providing a secure base is something that can help BPD to function at a more integrated level. We value taking into account aspects of resilience in understanding and intervention of borderline functioning.

Keywords

borderline personality disorder, ambivalent attachment, disorganized attachment, resilience, systemic perspective.

Mucho se ha investigado en los últimos tiempos sobre el trastorno límite de personalidad (TLP); sin embargo sigue siendo un océano en el que quedan rutas inexploradas y por navegar. Este trastorno está presente en dos por ciento de la población en general, predominantemente en mujeres, con una estimación por sexos de 3:1 (APA, 2002a, p. 58), y es frecuente su comorbilidad con otros trastornos del eje I y II.

De acuerdo con Maturana (1991), el niño en su desarrollo requiere como elemento esencial la permanencia y continuidad de la relación amorosa entre él, su madre y demás miembros de la familia. Eso es esencial para el desarrollo fisiológico del niño, de su cuerpo, sus capacidades sensoriales, y su conciencia individual y social. Los vínculos afectivos en la infancia constituyen una de las fuentes principales de la que parte la nutrición emocional y, con base en ellos, se crean diferentes estilos de apego que influyen en el individuo en desarrollo y en su estilo relacional en el futuro. Una persona con TLP ha tenido su propio ambiente de crianza y ha conformado sus estilos de apego. Desde este apego, con la base segura o insegura que aporta, se pueden entender algunas de las características funcionales y relacionales de las personas con un TLP, de ahí que lo situemos como foco de nuestra atención.

La teoría del apego tiene su origen en Bowlby (1993), quien señala que, en el curso de desarrollo sano, la conducta de apego conduce al establecimiento de vínculos afectivos, o apegos, entre el niño y el progenitor primero, y luego entre adultos. A su criterio, las perturbaciones severas en los vínculos madre-bebé son precursores de la presencia de psicopatologías importantes en los años posteriores del desarrollo.

Ainsworth (1978, 1991) determinó tres patrones conductuales representativos de los distintos tipos de apego establecidos: seguro, inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente. Posteriormente, Main y Solomon (1986) propusieron un cuarto tipo denominado inseguro desorganizado.

Las personas con apego seguro tienen mayor capacidad de respuesta ante imprevistos y habilidad para manejar estresores eficazmente. Suelen ser personas amistosas, que comparten y expresan de manera abierta sus sentimientos (Main, Kaplan y Cassidy, 1985, citados en Gómez, 2012, p. 43). Los padres de los adultos con apego seguro son descritos como más cálidos y responsivos (Malatesta *et al.*, 1989 y Tronick, 1989, citados en Mosquera y González, 2013, p. 4).

Las personas con apego ambivalente manifiestan una necesidad de cercanía, temor a ser abandonados, inseguridad y escasa autonomía. Sus recuerdos del pasado incluyen rechazos o interferencias de sus padres y reflejan resentimiento ante experiencias pasadas de apego (Benony, Peny, Gianoli, Hernández y Larome, 2001, citados en Gómez, 2012, p. 43). La disponibilidad paterna es endeble y desarrollan ansiedad e incertidumbre acerca de cuándo pueden o no depender de sus padres, porque no están seguros de lo que pueden esperar.

Las personas con apego desorganizado muestran ser incapaces de mantener una estrategia de apego coherente. Tienden a ser conflictivas, inciertas, complicadas, impulsivas y con dificultades para afrontar los problemas de manera efectiva. Suelen ser víctimas de *bullying* y maltrato (Benony, Peny, Gianoli, Hernández y Larome, 2001, citados en Gómez, 2012, p. 43). La actuación parental es estresante e incoherente, con situaciones de maltrato, negligencia, abuso, etcétera, que propician la generación de modelos mentales en conflicto, puesto que la figura de apego es, a la vez, fuente de protección y amenaza.

Algunos datos ponen de relieve la transmisión intergeneracional del tipo de apego entre padres e hijos. Aunque los modelos representacionales del tipo de apego parecen mostrar bastante estabilidad, ciertos acontecimientos pueden provocar su cambio (Egeland, Jacobvitz y Sroufe, 1988, citados en Oliva, 2004, p. 70).

Al abordar la historia del TLP, Stern, en 1938, utilizó el término *borderline* para diferenciar a estos pacientes. En los años cincuenta, esta patología fue estudiada desde la perspectiva psicodinámica y se le consideró una entidad psicopatológica autónoma. Kernberg, en 1975, asoció el término

borderline al concepto de “organización de la personalidad” (Campo y D’Ascenzo, 2010, p. 24-25). Mahler (citado en Fossa, 2010, pp. 43-44) sitúa la etiopatogenia de la organización limítrofe de personalidad en una fijación durante la fase de separación-individuación (subfase reaceramiento), que se caracteriza por el seguimiento de la madre y la huida de ella.

Desde el modelo sistémico, Linares (1996) postula que las personas límite se construyen con base en identidades macizas y narrativas rígidas. Según el autor, las disfunciones relacionales en el TLP se codifican como triangulación y deprivación. Respecto a la primera, la triangulación equívoca, es una situación relacional en que los padres, separados entre sí, descuidan la crianza del hijo en la interesada creencia de que es el otro quien se encarga de ella. En la deprivación, los padres, bien avenidos entre ellos, se muestran incapaces de atender las necesidades nutricias del hijo, al que perciben como molesto y con defectos.

Cancrini (2007) formula la personalidad en términos de “funcionamiento”, en la cual existe un umbral de funcionamiento patológico que se activa de modo diferente en las personas, incluso en la misma persona, según determinadas circunstancias (dependencia, abusos, maltrato, etapas del ciclo vital). Sitúa el origen del TLP entre los quince y dieciocho meses cuando se da la crisis de reaceramiento (descrita por Mahler, 1975). La tarea evolutiva que el niño encuentra en esta fase está ligada a la integración de las representaciones buenas y malas sobre el sí mismo y el objeto. La aparición de los comportamientos sintomáticos que señalan una dificultad en algunos niños no significa que éstos no puedan ser reabsorbidos posteriormente, pero es en esta etapa cuando el niño aprende a funcionar a un nivel borderline.

Para el desarrollo de un funcionamiento de personalidad patológico, es necesario que se dé la condición de “infancia infeliz”. Las experiencias traumáticas importantes vividas en la infancia o la adolescencia marcan la configuración psíquica del menor, que retrocede, reaccionando o adaptándose a ella, a niveles de funcionamiento mental borderline.

Cancrini y La Rosa (1991) incluyen a las personas con TLP en un tipo de desvinculación de la personalidad denominado de “compromiso”, que se forja a través de las características inconscientes de un proyecto arraigado en el inconsciente de uno de los padres, en el cual el hijo se mueve por la vida como un delegado de los padres.

Para Selvini (2010), el trastorno border se encuentra dentro de un apego desorganizado-ambivalente, y provendría de un niño que ha sido espantado y excitado, tratado para ser a la vez culpable y víctima, y en la imposibilidad de integrar coherentemente las diversas identidades o vivencias. Las relaciones fundamentales han sido paritarias e inestables y la estructura familiar cambiante e inconsistente; así, pueden darse experiencias traumáticas y fenómenos disociativos.

Diversas investigaciones destacan la aparición de traumas, abusos u otros factores estresantes durante la infancia de estas personas. Se han identificado experiencias de separación, pérdida y muerte con alta frecuencia en las historias de individuos con TLP. Walsh (1977) concluye que 57% de los casos con TLP creían que estaban demasiado involucrados con uno de sus padres; Johnson y cols. (2002) mostraron que la baja implicación emocional de los padres hacia los niños iba en detrimento de su capacidad para socializar con eficacia; y Zanarini y sus colaboradores descubrieron que 91% de las personas con TLP señalaron algún tipo de abuso sexual (autores citados en Bateman y Fonagy, 2005, p. 51).

Battle y cols. (2004), en una investigación sobre abuso y TLP en la infancia, concluyeron que el TLP fue el diagnóstico más asociado con una infancia de malos tratos, aunque menos de 10% de los niños con abuso sexual en la infancia serán diagnosticados con TLP de adultos. Esto apuntaría a pensar que el abuso sexual y físico *per se* no parecen ser factores que determinen las consecuencias negativas de tales eventos; más bien, son las respuestas de los padres y cuidadores a la divulgación del abuso las que mediatizan los efectos de éste (Horwits, Widom, McLaughlin y White, 2001, citados en Campo y D’Ascenzo, 2010, p. 26).

Sobre apego y TLP, Fonagy y sus colaboradores (1996) encontraron que 92% de los pacientes con TLP presentaban apego inseguro (valorado con la entrevista de apego para adultos), del tipo am-

bivalente y desorganizado. Diferentes autores han relacionado el apego desorganizado con el TLP, y explican cómo se relaciona con la falta de esquemas integrados del Yo (Barone, 2003; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick et al, 2005; Liotti, 2004; Blizard, 2003; Fonagy, Gegerly, & Jurist, 2002; Schore, 2001).

Otras investigaciones refieren una alta frecuencia de disociación entre pacientes con TLP (Galletly, 1997; Paris y Zweig-Frank, 1997; Chu y Dill, 1990). Los trastornos disociativos se han relacionado con numerosos estudios al apego desorganizado (Liotti, 2009, citado en Mosquera y González, 2013, p. 11).

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

Nuestro objetivo es conocer mejor algunas características de las relaciones tempranas significativas que están a la base de un determinado estilo de apego, y cómo éste se enlaza al funcionamiento de personas borderline y el posterior desarrollo de vínculos afectivos a lo largo de su vida. En este sentido, pretendimos explorar los tipos de apego en adultos con diagnóstico de TLP, en especial los estilos ambivalentes y desorganizados, y como éstos tienen que ver con ciertas características sintomáticas. El apego desorganizado y el trauma en la infancia se han ligado a los trastornos disociativos, y tratamos de rastrear esta relación. Por último, analizamos las historias de infancia relatadas por personas con TLP para extraer particularidades relevantes en el ámbito personal, familiar y relacional.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra del estudio estuvo formada por 31 personas (9 varones y 22 mujeres), de edades entre veinte y sesenta años y con diagnóstico clínico de TLP (DSM-IV TR). Los criterios de exclusión fueron: personas con deterioro cognitivo o daño cerebral orgánico, retraso mental, y comorbilidad con otros trastornos de personalidad y psicosis. Los participantes eran pacientes de distintas USM, UCA y otros dispositivos relacionados con la patología referida en la comunidad valenciana.

La hipótesis inicial fue que las personas con TLP y un apego ambivalente o desorganizado manifestarían mayor gravedad sintomática. Asimismo, consideramos que los apegos desorganizados comportarían mayor desajuste y gravedad; por ello, formulamos la hipótesis de que las personas que presentasen un apego desorganizado tendrían mayores puntuaciones en gravedad sintomática que los ambivalentes. Otra hipótesis fue que los apegos desorganizados tendrían más presencia de experiencias disociativas.

Los instrumentos utilizados fueron:

- Versión reducida del cuestionario CAMIR para la evaluación del apego, CAMIR-R (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011). Es un instrumento de evaluación de apego. Contiene 32 ítems con una escala Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). Las dimensiones referidas a las representaciones de apego incluyen los cuatro prototipos de apego: seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado.
- Inventario breve de síntomas, BSI (Derogatis y Melisaratos, 1983). Es una medida de autoinforme de 53 ítems para evaluar el estado psicopatológico. En este estudio utilizamos una versión adaptada de escala Likert con 4 puntos (0 = ningún malestar y 3 = malestar extremo) y la medida del índice global de gravedad (Global Severity Index, GSI).
- Escala de experiencias disociativas, DES II (Carlson y Putnam, 1993). Es un cuestionario para valorar sintomatología disociativa y su frecuencia. Consta de 28 ítems con formato de 11 puntos que representan decenas en porcentajes (0% = nunca y 100% = siempre).

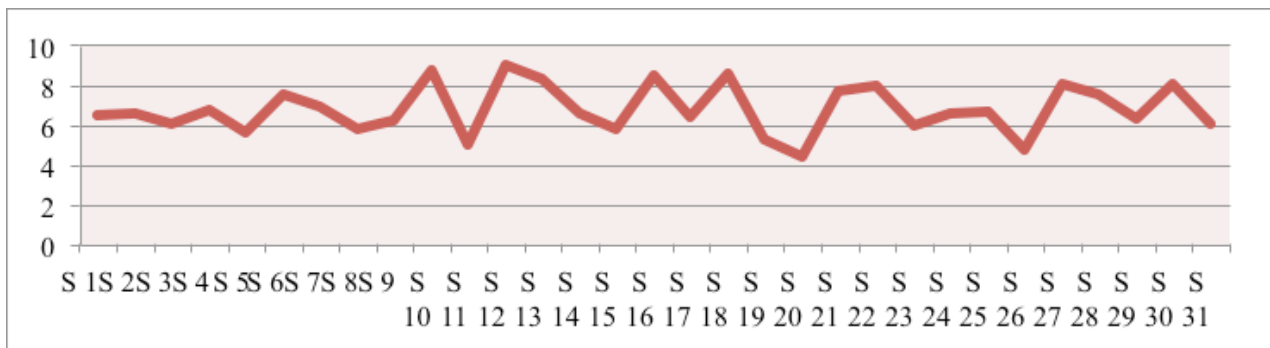
En este caso, aplicamos la puntuación global y el factor 1 (que recoge las experiencias de contenido más patológico).

- Entrevista de apego para adultos, AAI (George, Kaplan y Main, 1996). Es una entrevista semiestructurada con 18 preguntas. Valora la manera en que una persona organiza su coherencia narrativa como indicador de la seguridad-inseguridad de sus relaciones de apego. Permite extraer las categorías de apego: seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado.

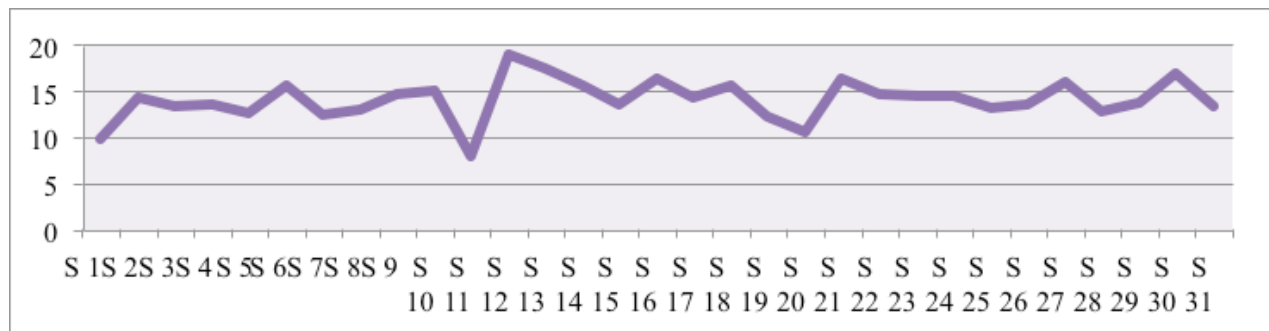
4. RESULTADOS

ANÁLISIS CUANTITATIVO CON EL CAMIR-R, EL BSI Y EL DES II

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS 15.0. Los resultados en el CAMIR-R concluyen que la mayoría de participantes obtuvieron bajas puntuaciones en el factor 1 (seguridad), indicativas de una base no segura de apego. Las puntuaciones de las personas en los tipos de apego ambivalente y desorganizado fueron considerablemente elevadas y, en su mayoría, por encima de la media, como muestran las gráficas 1 y 2.



Gráfica 1. Media apego ambivalente



Gráfica 2. Media apego desorganizado

Además, encontramos altas puntuaciones en el factor 7 (traumatismo infantil), lo que indica que eventos de violencia, amenazas de separación y ruptura de lazos familiares, entre otros, estuvieron presentes en la infancia.

Para la comprobación de hipótesis, llevamos a cabo análisis correlacionales. Realizamos una correlación de Pearson entre el apego ambivalente (CAMIR-R) y el BSI (GSI) para determinar si a mayor puntuación en apego ambivalente se daba mayor puntuación en gravedad sintomática en las personas con TLP. La correlación aportó un valor de $r = 0,088$ ($N = 31$), que aunque va en la línea de lo planteado, no resultó estadísticamente significativo. Hallamos una correlación entre el apego desorganizado (CAMIR-R) y el BSI (GSI). El valor de la correlación fue $r = 0,392$, que resultó en una relación positiva y estadísticamente significativa ($*0,05$); es decir, a mayor apego desorganizado, mayor gravedad sintomática.

Otra correlación fue entre el factor 7 del CAMIR-R y el BSI para comprobar si a mayor nivel de trauma infantil se daban mayores puntuaciones en gravedad sintomáticas; obtuvimos un $r = 0,482$, con una relación positiva y estadísticamente significativa ($*0,01$). Para valorar la relación entre apego desorganizado y experiencias disociativas, analizamos correlaciones entre apego desorganizado y el DES II, y tuvimos una relación no estadísticamente significativa con la puntuación total del DES ($r = 0,323$), pero sí con el factor 1 del DES ($r = 0,439$) a un nivel de significación de $*0,05$. Este factor está considerado el de mayor contenido patológico.

Efectuamos análisis de comparación de medias para las hipótesis que postulamos por medio de pruebas T Student, y comparamos: el grupo de apego desorganizado y el ambivalente en el cuestionario del BSI; el grupo de apego desorganizado y el ambivalente en la escala DES II; y ambos grupos en el factor 7 del CAMIR-R (trauma infantil), y ninguno aportó comparaciones significativas.

Respecto a los análisis estadísticos extraídos, nos encontramos con limitaciones metodológicas en la comparativa de muestras. El tamaño de la muestra era pequeño, las muestras no estaban equiparadas y se dio una alta variabilidad intragrupo. Estos aspectos limitaron los resultados de las pruebas T y su representatividad.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS AAI

Categorización de los tipos de apego

Obtuvimos 22 personas con estilo de apego ambivalente y seis con desorganizado.

Análisis de adjetivos descritos para la relación con los padres en la infancia

Encontramos relatos con visiones de los padres polarizadas. Lo observamos en algunas historias de maltrato en las cuales la visión polarizada de las figuras era congruente con lo vivido, pero también lo identificamos en una historia de abuso sexual, en la que el abusador era el idealizado frente a la madre demonizada, y en historias de fusión con alguno de los progenitores.

Otros relatos describían una visión idealizada de los vínculos en la infancia que contrastaba con las descripciones de la historia real. Una visión idealizada coincidía con personas que disociaban el afecto negativo.

Algunas descripciones estaban cargadas de connotaciones negativas para ambos padres. Este tipo de narrativas se repetían en historias en las que aparecían padres con problemas de alcohol y madres impulsivas, castigadoras. Otras se daban en mujeres que habían sido abusadas sexualmente por el padre y culpabilizadas por la madre.

Historias carenciales

Nos narraron historias carenciales como abandonos, progenitores con enfermedad mental, en los cuales predominaban los problemas de adicciones, abuso sexual, rechazo por parte de ambos o de alguno de los progenitores, infraimplicación emocional y negligencia. En contraste con algunos estudios que destacan la aparición de pérdidas no resueltas de los progenitores en las personas con TLP, observamos únicamente un caso de pérdida en la infancia. En la gran mayoría de las historias había una invalidación de los progenitores por descalificación o falta de reconocimiento y valoración.

Redundancias a nivel emocional, cognitivo y pragmático

Muchas de las personas tenían dificultades para tolerar las emociones desagradables; algunas se blindaban a la emoción por no soportar el malestar asociado a maltrato o abandonos y negaban dicho malestar; a otras les costaba contener la emoción y lo expresaban de forma desbordada.

Resultó una constante en las entrevistas el sentimiento de falta de comprensión por parte de los padres en la infancia. Nos contaron historias en las que los patients identificados narraron la incertidumbre de no ser hijos de sus padres, el sentimiento de inadecuación de haber sido engendrados o el deseo de no serlo, o la aspiración temprana de formar una familia e irse de casa.

Desvinculación

En la mayoría de las personas observamos un grado de autonomía muy bajo. Muchas hacen retornos al hogar de la familia de origen (“desvinculación aparente” descrita por Cancrini); otras eligen hogares próximos a los de la familia de origen; y algunas siguen viviendo con los padres.

Experiencias de estancamiento

Una mayoría de estas personas dijeron haberse quedado “estancadas” en experiencias vividas en la infancia. También, en algunas familias se vivía manteniendo una imagen de “puertas para fuera” y una aparente normalidad, pero en realidad no permitían la expresión de las vivencias de los miembros de la familia.

Otras situaciones revelan la falta de reconocimiento e invalidación junto con un alto nivel de exigencia y dureza de los castigos, lo que ha contribuido al estancamiento en el desarrollo de estas personas.

En los casos de abuso sexual (aspecto de vulnerabilidad a una detección del desarrollo), advertimos, por parte de la familia, un ocultamiento del hecho y, en algunos casos, una culpabilización sobre la víctima.

Repetición de patrones y transmisión intergeneracional del trauma y apego

Encontramos historias de maltrato recibido u observado por el progenitor de manera repetida, bien porque se convertían en objeto de maltrato en nuevas relaciones o porque maltrataban ellos, así como historias de acoso escolar y laboral y elección de parejas maltratadoras.

En cuanto a la idea de la transmisión del trauma, muchas de las personas volcaban las necesidades y carencias afectivas en las relaciones con sus hijos o con sus parejas, y muchas de las que eran madres tuvieron o tenían problemas en el vínculo con los hijos.

Dinámicas relacionales: nutrición relacional, conyugalidad, parentalidad y rol asignado al Paciente identificado (PI)

Algunas narraciones refieren falta de protección y seguridad. En oposición, otras hablan de exceso de protección. En algunos casos, la sobreprotección estaba acompañada de un exceso de celo, un alto criticismo e intrusismo por parte de los padres. Muchos de ellos mantenían un vínculo fusionado con un progenitor. En cuanto a la normativa y límites, había familias con límites inconsistentes y en otras éstos eran excesivamente rígidos.

Al analizar la conyugalidad y la parentalidad, localizamos algunas triangulaciones denominadas por Linares (2007), como “equivocas” y privaciones afectivas, unidas a una conyugalidad aparentemente conservada en la que los hijos se rebelaban contra la falta de afecto o rechazo.

Entre los principales roles que jugaban en sus familias de origen, destacan los de víctimas, enfermos, ovejas negra, rebeldes, salvadores, cuidadores y algún superviviente. Las personas con roles fortalecedores tenían mejor evolución que los victimizantes. Los roles desempeñados eran variados en la misma persona y, en muchos casos, el rol internalizado fluctuaba entre dos polos opuestos y de modo no integrado, lo que mostró una ambivalencia antagónica (víctima/agresor).

Resiliencia

Aparecieron figuras protectoras en la infancia y la adultez. Surgieron casos con un cambio de postura de los padres hacia el hijo, influyendo sobre éste de forma circular, y en otros con cambios en el rol desempeñado por la persona; narrativas que resaltaban los apoyos de la fratría; relatos en los que afloraba el sentido del humor al describir algunos recuerdos dolorosos, así como la capacidad personal de expresar emociones negativas junto con la revisión de los acontecimientos vividos como aspecto que ayuda a elaborar e integrar la experiencia.

Cancrini subraya: “Detrás de cada trastorno de personalidad hay un niño infeliz [...] éstos van a ser realmente infelices sólo si viven situaciones violentas y crueles sintiéndose indefensos y solos” (2007, p72). En las historias narradas hemos recogido esta desprotección y soledad. Según este autor, éstas serían las historias que llevan a que germine y pueda cristalizar un trastorno de personalidad.

Nuestro trabajo es concluyente en el sentido de que encontramos una falta de base segura de apego, tanto catalogada por la AAI como por las puntuaciones del factor 1 del CAMIR-R. Consideramos que esta base insegura tiene su cuna en las experiencias traumatizantes y carenciales vividas en la infancia, ya que las figuras paternas son decisivas en la construcción de las experiencias relacionales de “amor” en los niños; de ahí la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo del apego y las relaciones.

Dentro de la base insegura, nuestro estudio se ha centrado en el estilo de apego ambivalente y desorganizado. Localizamos autores que relacionan ambos con el TLP, y el desorganizado es el que parece tener mayor capacidad de predecir un trastorno posterior. Selvini (2010) destaca desde el modelo sistémico que lo esperable en el TLP sería encontrar un apego ambivalente/desorganizado y postula los rasgos desorganizados como característicos del funcionamiento del borderline. Con la AAI, catalogamos a 22 personas con apego ambivalente y seis, con desorganizado; con el CAMIR-R, obtuvimos puntuaciones elevadas para ambos apegos, lo que confirma lo descrito.

Entre nuestras hipótesis, esperábamos mayor desajuste y gravedad sintomática en los apegos desorganizados frente a los ambivalentes. Los resultados no son concluyentes en cuanto a sostener mayor desajuste del grupo desorganizado, aunque el resultado correlacional es sugerente. Quizá superar las limitaciones metodológicas en la comparación de muestras podría arrojar nuevos resultados.

Además de la correlación significativa entre apego desorganizado y gravedad sintomática, hallamos una correlación positiva y significativa entre el trauma y la gravedad sintomática. Nuevamente, nos resulta un dato a considerar. Aunque no podemos extraer conclusiones de predictibilidad, sí se estima una asociación. Este resultado puede entenderse con base en lo explicado por Main y Hesse (1992): “En tanto el niño ha vivido experiencias más traumáticas el progenitor es fuente de alarma y confusión para el niño, colocándole en una paradoja” (p. 102). El sistema biológico de apego del niño está programado para buscar proximidad y recurrir al progenitor en momentos de malestar para ser protegido, pero el niño queda atrapado en una paradoja, porque escapar de lo que nos genera miedo también es un mecanismo biológico. El niño no puede escapar de esta situación, queda apresado por un “miedo irresoluble”. El sistema de apego se vuelve desorganizado, ya que ésta es la única adaptación posible.

Diferentes investigaciones revelan una alta frecuencia de disociación entre los pacientes con TLP. Algunas concluyen que el abuso sexual, el trauma en la infancia y la automutilación se relacionan con las experiencias disociativas. Según Liotti, muchos estudios de trastornos disociativos tienen que ver con el apego desorganizado, y los traumas subsecuentes muestran con este patrón de apego un efecto acumulativo que implica mayores tasas de disociación. En nuestro estudio concluimos una relación positiva y significativa entre el apego desorganizado y la presencia de experiencias disociativas medidas con el factor 1 (DES II), que satura en los ítems de patología más grave.

Entre las conclusiones de las entrevistas, un aspecto redundante es que varias de las personas tienen dificultades para adentrarse en partes de sus historias, que algunos normalizan y otros niegan o idealizan. Entendemos que estos mecanismos para tolerar el malestar asociado les pueden haber ayudado a sobrellevar y soportar momentos de sus vidas e historias. Muchas reacciones desadaptadas que asumen estas partes disociadas deberían ser vistas como intentos de manejar experiencias intolerables, como recuerdos traumáticos de la infancia.

Hubo narraciones con una elevada cantidad de experiencias traumatizantes de sus infancias

(abusos sexuales y físicos, abandonos paternos, padres con enfermedades mentales, principalmente alcoholismo, maltrato, etcétera), que sientan las bases para el posible desarrollo en la adultez de un trastorno de personalidad. Según Cancrini (2007), todos podemos funcionar a nivel borderline, pero la duración e intensidad de experiencias que impiden al niño establecer una relación segura con el objeto amado hacen que éste actúe de forma crítica en un nivel borderline.

También encontramos historias que no refieren estas experiencias traumáticas, aunque un factor que aparece en ellas es el entorno invalidante, como Linehan (1993), describe: “Las características de este entorno consisten en que niega o responde de modo no adecuado a las experiencias privadas de los sujetos”. Todas las personas señalaron haberse sentido no comprendidas por los padres en la infancia en mayor o menor medida. En unos casos, la invalidación y descalificación era alarmante y continuada, y se sumaba a otras carencias; en otros, la falta de valoración era más sutil e iba unida a una sobreprotección.

Otras redundancias fueron las narrativas de estancamiento, las dificultades para la desvinculación y las limitaciones en autonomía y autogestión. La falta de autonomía puede entenderse como una forma para mantener cerca la figura de apego. Al igual que la inmadurez del niño aumenta la conducta de cuidados de la madre, la incompetencia de la madre acrecienta la atención del niño a la madre; en una reversibilidad de roles, el niño puede adoptar una estrategia para conseguir su atención: exhibir dependencia. Esta táctica, que puede resultar adaptativa en la infancia para conseguir proximidad con la figura de apego, podría impedir al niño desarrollar sus tareas evolutivas.

Descubrimos patrones de maltrato relacional en la familia de origen que se repiten en otras relaciones, así como la transmisión entre generaciones de dichas pautas. Como indica Bowlby (1988), los modelos de trabajo interno del propio yo y otros modelos proporcionan prototipos para las relaciones posteriores. Estos modelos serían relativamente estables a lo largo del ciclo vital. Si una persona tuvo experiencias negativas con sus figuras de apego, tenderá a no esperar nada positivo ni estable de las relaciones que establezca de adulta, y esperará rechazos o falta de empatía.

Finalmente, hablaremos de los aspectos protectores. Observamos en las historias aspectos resilientes que contribuyen a un mejor ajuste y desarrollo. Para Cancrini:

La imposibilidad de tender un puente entre su experiencia y la de otra persona es el secreto de las infancias infelices destinadas a dejar una marca en la configuración de la personalidad. Pero, afortunadamente pueden intervenir factores de resiliencia en la vida de una persona que cambian el curso de un destino dramático, activan conductas, recursos personales y ecosistémicos inesperados (1997).

Aunque los modelos representacionales del tipo de apego parecen mostrar estabilidad, descubrimos entre las narrativas que ciertos acontecimientos provocan cambios.

Por muy duras que sean las historias vividas y muchas de las narradas lo son, hay aspectos que consiguen restaurar y proteger de los daños sufridos y ayudan al mejor funcionamiento de las personas. Proveer una base segura es algo que se puede aportar tanto en la infancia (cuando sería deseable) como restaurar en la adultez. Tener vínculos afectivos disponibles, protectores y contenedores puede ayudar al niño a superar historias de trauma y otras adversidades sufridas, pues previene de llegar a cristalizar un funcionamiento borderline. De igual modo, en personas con diagnóstico de TLP hay aspectos que pueden contribuir a reducir su nivel de funcionamiento borderline y ayudarles a funcionar en un nivel más integrado; entre los delimitados en el trabajo están: disponer de figuras resilientes; restablecer un rol más funcional en el sistema familiar; revisar y elaborar desde la comprensión las historias vividas; utilizar el humor, entre otros. Es importante tenerlos en cuenta en la intervención tanto durante la infancia en diversos contextos (familiar, educativo, servicios sociales) como en la adultez en el tratamiento de personas con TLP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D. S. (1978). Toward a general theory of infantile attachment. A comparative review of aspects of the social bond. *Behavioral and brain sciences*, 1, 436-438.
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). New York: Routledge
- American Psychiatric Association (APA) (2002b). *Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de personalidad*. Barcelona: Ars Médica.
- American Psychiatric Association (APA) (2002a). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CAMIR (CAMIR-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attach Hum Dev*, 5(1), 64- 77.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad. Un tratamiento basado en la mentalización*. Guadalajara: Universidad (Asociación Psicoanalítica Mejicana).
- Battle, C.L.; Shea, M.T.; Johnson, D.M.; Yen, S.; Zlotnick, C.; Zanarini, M.C.; Sanislow, C.A.; Skodol, A.E.; Gunderson, J.G.; Grilo, C.M.; McGlashan, T.H. & Morey, L.C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*. 18, 193-211.
- Blizard, R. A. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self-states and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(3), 27- 50.
- Bowlby, J (1988). *Una Base Segura: Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. Barcelona: Paidós Ediciones.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, L. (1993). *La pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Campo, C. y D'Ascenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista Redes*, 2(24), 23-53.
- Cancrini, L. (2007). *Océano borderline, viajes por una patología inexplorada*. Barcelona: Paidós.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de pandora. Manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona: Paidós.
- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16-27.
- Chu, .A., & Dill, D.L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 149,887-893.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory. An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 596-605.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31.
- Fonagy, P.; Gergely, G. & Jurist E. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fossa, P. (2010). Organización limítrofe de personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (1), 32-52.
- Galletly, C. (1997). Borderline-dissociation comorbidity. *Am J Psychiatry*, 15, 1629.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview*. Berkeley: University of California.
- Gómez, E. (2012). Evaluación del apego en estudiantes universitarios. *Revista Horizonte Médico*,

- 12 (3), 42-46.
- Linares, J. (1996). Identidad y narrativa. *La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18 (3), 381-399.
- Linares, J.L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18 (3), 381-399.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar.
- Main M, & Hesse E. (1992). Frightening, frightened, dissociated, or disorganized behavior on the part of the parent: A coding system for parent–infant interactions. Berkeley: University of California.
- Main, M. & Solomon, J. (1986) Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds), *Affective development in infancy*, (pp. 95-124). Norwood, New Jersey: Ablex.
- Maturana, H. (1991). *El sentido de lo humano*. Chile: Dolmen.
- Mosquera, D. y González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3 (3), 1-33.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 65-81.
- Paris, J., & H. Zweig-Frank (1997). Dissociation in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154, 137-8.
- Selvini, M. (2010). Once tipos de personalidad. Integración de la personalidad en el pensamiento sistémico complejo. *Revista Redes*, 2 (24), 53-78.

