

# “La Sexualidad en el Trastorno Límite de Personalidad”

Lic. Carolina Gurovich  
Postgrado en Sexología Clínica  
Universidad de Favaloro.

2012

## **Índice**

Introducción.....	Pág. 3.
Características generales de los TLP .....	Pág. 4.
Criterios diagnósticos según el DSM IV .....	Pág. 4.
Desmenuzando la historia .....	Pág. 5.
TLP y Pareja .....	Pág. 5.
TLP y Promiscuidad .....	Pág. 6.
Tratamiento .....	Pág. 7.
Conclusiones .....	Pág. 8.
Bibliografía .....	Pág. 10.

## **Introducción**

En este trabajo intento abordar las dificultades vinculares de los pacientes con Trastorno Limite de Personalidad (TLP), también llamados borderline, que pueden generar conflictos en el ámbito sexual.

Si bien esta patología es propia del ámbito psicológico y/o psiquiátrico, la intención de este trabajo es brindar información útil para aquellos profesionales que trabajan en el ámbito de la sexología que pudieran recibir pacientes con Trastorno Limite de Personalidad para reconocerla, derivar, trabajar inter-disciplinariamente con el profesional idóneo y reconocer sus limitaciones y debilidades que pudieran interferir en el tema a tratar.

## **Características generales del TLP**

*La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos (DSM IV).*

En estos pacientes advertimos un casi permanente estado de confusión que se refleja en su comportamiento, como si tuvieran una **estructura de identidad algo insuficiente** e inmadura generando una cierta disconformidad y sentimiento de vacío, inadecuación o desconcierto con el medio que los rodea.

La angustia que les genera este **sentimiento de vacío**, intentan combatirla involucrándose con cualquier persona, grupo, sectas y también con la droga, el sexo, el juego, etc., y siempre de una forma compulsiva.

Esto se relaciona con las grandes **dificultades que presentan para reconocer y regular sus necesidades** por lo cual se encuentran a merced de sus propios impulsos, a los que no saben poner límites.

Son extremadamente **sensibles y lábiles**, por lo que sus relaciones interpersonales y sus afectos pueden variar de un extremo al otro, incluso varias veces al día, con la consiguiente sensación de inestabilidad y confusión que produce en ellos mismos y en los que le rodean.

Viven constantemente en los **extremos**, en un todo o nada, pasando de la euforia a la depresión, de la credulidad a la desconfianza, del amor al odio, esto porque su estructura mental no les permite integrar los matices, las ambivalencias propias de la vida.

## **Criterios diagnósticos según el DSM-IV:**

Según este manual, la presencia de cinco o más de los nueve criterios presentados a continuación podrán hacer el diagnóstico de la patología, los clasificaremos a su vez en cuatro grupos:

### **Síntomas interpersonales**

- 1.- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- 2.- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo persistentemente inestable. Esto puede reflejarse en cambios repentinos de opinión, de su identificación de identidad sexual, en sus planes respecto al futuro, su escala de valores, etc.

### **Síntomas afectivos**

- 3.- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad al estrés interpersonal (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- 4.- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- 5.- Sentimientos crónicos de vacío o inutilidad.

### **Síntomas impulsivos**

- 6.- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
- 7.- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por extremos de idealización y devaluación
- 8.- Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, abuso de sustancias, conducción arriesgada, atracones de comida, involucrarse en conductas sexuales no seguras, etc).

### **Síntomas cognitivos**

- 9.- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

## **Desmenuzando la historia.**

Si indagamos el pasado de estos pacientes, muchas veces podemos encontrarnos con situaciones conflictivas a nivel familiar, desde padres altamente conflictivos que no pudieron empatizar con las emociones de su hijo hasta situaciones de abuso físico y/o sexual.

Numerosos autores han planteado la hipótesis de que la co-morbilidad entre trastorno por estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad es frecuente en adolescentes que han sufrido abusos sexuales. Entre el 60 y el 80 % de las mujeres diagnosticadas de TLP refiere una historia de abuso sexual infantil (Herman, y Van del Kolk, 1987)

Entonces, parece evidente que el abuso sexual infantil es un factor importante en el desarrollo del TLP. No esta claro si el abuso facilita el desarrollo del trastorno, o si el abuso sexual y el desarrollo del trastorno son ambos producto de la disfunción familiar. De todas formas, *la alta incidencia de abuso sexual en individuos con TLP apunta a la posibilidad de que sea un precursor distintivo del trastorno* (Linehan, 1993).

## **TLP y Pareja**

Los vínculos que establecen los pacientes que padecen este trastorno, por las características enunciadas, suelen ser complejos y conflictivos.

La principal dificultad que presentan es la desregulación de sus emociones, *esta desregulación, es la combinación de un sistema de respuesta emocional hipersensitivo, demasiado reactivo, con una incapacidad para modular las fuertes emociones resultantes y las acciones asociadas a ellas* (Linehan. 1993).

Diferentes autores señalan que ejerce importante influencia en esta patología la presencia de un ambiente no suficientemente adecuado durante el desarrollo del sujeto, que en combinación con cierta disposición biológica, da como resultado esta desregulación a nivel emocional.

Este ambiente, que Linehan llama “invalidante”, se caracteriza por ser un contexto en el cual se presenta cierto fracaso en enseñar al individuo a tolerar el malestar, a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones adecuadas a los sucesos.

Esta característica que destacamos, repercute notablemente en los vínculos de pareja de estos pacientes, ya que muchas veces se requiere de la tolerancia de algunos estímulos emocionalmente dolorosos.

Cuando se conectan al modo estable de su personalidad, suelen ser sujetos muy atractivos, se muestran audaces, energéticos, despliegan su inteligencia y buen humor pudiendo esto resultar muy encantador; sin embargo esta estabilidad puede resultar muy fugaz y su necesidad de continua demostración de reconocimiento y temor al abandono, sumado a las demás características, puede generar en la pareja una turbulencia emocional.

Frecuentemente, se desencadena ira cuando consideran que su pareja ha sido un amante negligente, represor despreocupado o que le abandona. Y esta dificultad en la expresión de su ira, sumada a la continua necesidad de reconocimiento y afirmación por parte del otro, impide el mantenimiento de relaciones estables.

Suelen ser imprevisibles, este es un punto que puede resultar atractivo y en cierto sentido seductor. Este podría ser un punto favorable ya que conocer totalmente a la persona que uno ama podría resultar aburrido, pero *una relación saludable necesita de un mínimo de estabilidad que permita anticipar el comportamiento del otro, comprender sus señales, leer sus necesidades, saber con quién estamos* (W. Riso 2008). Y esta estabilidad resulta muy difícil de alcanzar en pacientes con esta patología.

También a partir de estas características mencionadas, se advierte que *estas personalidades tienen una pobre habilidad para negociar controversias, para controlar y disfrutar de la excitación sexual y para retener en los estados de tensión un sentido cohesivo del Self* (Grotstein et, al. 1992).

## **TLP y Promiscuidad**

*Una persona con estas características será impulsiva, emocionalmente inestable, paradójica, caprichosa, insegura, autodestructiva y con tendencia a crear adicciones, entre otras conductas disfuncionales* (W. Riso, 2008).

Entre las tendencias adictivas que pueden tener estos sujetos, nos vamos a abocar a las implicadas al ámbito sexual. Como podemos deducir, muchas de las características de este trastorno tendrían repercusiones en el comportamiento sexual y su funcionamiento, entre ellas, *la constelación formada por el aislamiento afectivo, el vacío existencial y la necesidad de experimentar diferentes emociones, vuelven a estos sujetos más propicios para el enganche a la adicción sexual* (F. Alonso Fernández. 2003).

Como mencionamos anteriormente, estos pacientes tienen una capacidad inconciente de seducción y encanto que resulta sumamente atractiva para ciertas personas, este síntoma explicaría la conducta de promiscuidad sexual cuando se une a la falta de control de impulsos y el sentimiento de vacío, que muchos autores destacan.

Otro punto que tiene implicancia en esto es el temor al compromiso, son pacientes que les aburre lo cotidiano, lo usual, la rutina, y las relaciones ocasionales suelen ser en muchos de estos pacientes el punto donde inconcientemente pueden satisfacer sus impulsos y experimentar el sentirse queridos sin el agobio que les genera “poseer” un objeto/sujeto ya que eso les advertiría que lo pueden perder.

## **Tratamiento:**

Esta patología es considerada una de las patologías actuales y la forma en que debe ser abordada ha tenido diferentes opiniones.

Lo que mas se recomienda es un tratamiento interdisciplinario, en donde intervengan psiquiatra, psicólogo, y todo profesional que se encuentre involucrado con la patología.

Estos pacientes, al no haber desarrollado los suficientes recursos propios para hacer frente a nuevas dificultades y situaciones y en muchas ocasiones no ser conscientes de ello, necesitan toda la ayuda que se les pueda dar. Como profesionales, cualquiera fuese nuestra especialidad, necesitamos tener presente que debemos ayudarlo pero tratando de no alimentar su extrema dependencia e intentando que aprendan a hacer las cosas por sí mismos, que logre autonomía y confianza en sí mismo, fortaleciendo su integridad.

Si bien se ha establecido la gran efectividad de la farmacoterapia en situaciones de gran ansiedad, impulsividad, agresividad, intentos de suicidio, o síntomas psicóticos, resulta sumamente necesaria también alguna forma psicoterapia.

La terapia cognitiva es sumamente valiosa ya que apunta a fomentar una relación de confianza con el paciente; a reducir el pensamiento "en blanco y negro" o dicotómico; a fomentar un control emocional; a mejorar el control de la impulsividad y a aumentar el sentido de Identidad

Un tipo de terapia que surgió a principio de los noventa es *La Terapia Dialéctica Conductual (TDC)* que *es un tratamiento cognitivo conductual desarrollado específicamente para el trastorno límite de personalidad* (Linehan 1993). Esta modalidad apunta a la formación de habilidades sociales entre las que se destacan: enseñar habilidades de regulación de las emociones, enseñar habilidades interpersonales efectivas, enseñar habilidades de tolerancia al malestar y enseñar un conjunto de habilidades de conciencia haciendo hincapié en habilidades relacionadas con la capacidad para experimentar y observarse concientemente a uno mismo y al entorno.

Con una terapia apropiada, seguramente mermen las explosiones emocionales de estos pacientes, pero *aunque la ayuda psicológica o psiquiátrica permita reacomodar en parte la mente de la personalidad límite, en las relaciones afectivas es donde menos se verá el impacto, porque este es su talón de Aquiles* (Riso 2008).

En general, el tratamiento apunta a definir un “yo” suficientemente sólido que le posibilite empatizar, negociar, aprender a regular sus emociones y resolver el conflicto frente al desamor, el temor a al abandono. Resulta trascendental, sea cual fuere el tipo de terapia, que se establezcan objetivos cortos en el tratamiento, ya que estos pacientes por su baja tolerancia a la frustración y su falta de confianza, los objetivos a largo plazo les resultarán agobiantes, inalcanzables y llevaran a un abandono del tratamiento que es lo que debemos evitar.

En cuanto a los pacientes borderline sexualmente adictos/impulsivos se recomienda (Richards et, al. 1999):

- evitar conductas de escisión y trabajar con un equipo terapéutico que minimice la triangulación y se asegure de que todos apunten al mismo marco de límites saludables para el paciente.
- Evitar posibles transferencias erotizadas, por lo que si es posible se recomienda igual género del paciente y del terapeuta, importante tenerlo en cuenta en una derivación.
- Buscar consulta o supervisión si surge una transferencia erótica.
- Ser inflexible en el encuadre si el paciente solicita encontrarse fuera del marco del tratamiento.
- Mantener al mínimo la información personal del terapeuta hacia el paciente.

## **Conclusiones**

La forma en que cada persona considere la sexualidad va a estar bañada de lo que ha aprendido en sus relaciones con los demás a lo largo de su vida. De esta forma, en la sexualidad se van a dejar traslucir sus defensas, sus actitudes en relación al amor y al odio, su estilo de comunicación, su grado de confianza hacia el otro, su capacidad de empatizar, controlar, negociar, compartir.



Ya que, como advertimos, el trastorno límite de personalidad tiene su principal dificultad en su estilo para establecer y mantener vínculos, y en su manera de reconocer, expresar y regular sus emociones, es sumamente útil que tengamos conocimiento de esta patología para poder proceder.

Nuestro objetivo dentro de una terapia sexual es poder reconocer las características que indicarían que un paciente pudieran pertenecer a este tipo de trastorno, y así poder trabajar interdisciplinariamente con un profesional especializado y estar preparados para los obstáculos y desafíos con que nos podemos encontrar.

Sea cual fuere la dificultad que puede plantear la pareja que acude a una terapia sexual, si advertimos que uno de los integrantes pudiera padecer de un TLP, nuestro tratamiento tiene que ir acompañado de gran capacidad empática, capacidad para tolerar su fluctuante desconfianza y admiración, y apuntar al fortalecimiento de su yo para que pueda conectar sus emociones, regularlas y poder expresarlas correctamente con su cuerpo y con sus vínculos de una manera saludable.

## **Bibliografía:**

- Alonso Fernández, Francisco (2003). *Las nuevas adicciones*. Ed Tea. Madrid.
- DSM-IV TR (2002) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona.
- Grotstein, Solomon, Lang y colaboradores (1992). *El paciente borderline, conceptos emergentes en diagnosis, psicodinámica y tratamiento*. Ed. Catari, Bs. As, Argentina.
- Herman JL, Van der Kolk BA. (1987). *Traumatic antecedents of borderline personality disorder* In: Van der Kolk BA ed. *Psychological Trauma*. Washington, DC, American Psychiatric.
- Linehan, Marsha M, (1993). *Manual de Tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Ed Paidos, Argentina.
- Richards, S & Laaser, M (1999) *Sexual Actino-Out in Borderline Women: impulsive self- destructiveness or Sexual Addiction/compulsivity?. Sexual Addiction & Compulsivity*, Vol. 6 (1), 31-45.
- Riso, Walter. (2008). *Amores altamente peligrosos*. Ed Norma. Bogotá, Colombia.
- Rubio Larrosa, Vicente. (2006). *Los síntomas ocultos en el TLP*. Psiquiatría.com.