

# Índice

Agradecimientos .....	11
Prefacio .....	13
Nota a los lectores y lectoras .....	15
<b>1.</b> El mundo del trastorno límite de la personalidad .....	17
<b>2.</b> Caos y vacío .....	43
<b>3.</b> Las raíces del trastorno <i>borderline</i> .....	83
<b>4.</b> La sociedad <i>borderline</i> .....	107
<b>5.</b> El sistema de comunicación SET-UP .....	151
<b>6.</b> La familia y los amigos: cómo convivir con el TLP .....	189
<b>7.</b> Buscar, encontrar y comenzar la terapia .....	227
<b>8.</b> Métodos psicoterapéuticos.....	267
<b>9.</b> Medicamentos: la ciencia y la promesa.....	289
<b>10.</b> Comprensión y curación .....	305
Apéndice A. Modelos alternativos para diagnosticar el TLP.....	327
Apéndice B. Evolución del trastorno <i>borderline</i> .....	335
Recursos.....	347
Notas.....	351
Índice temático.....	373
Sobre los autores.....	381

## Capítulo uno

---

# El mundo del trastorno límite de la personalidad

Todo parecía irreal. Nada era como es. Eso es lo que yo quería..., encontrarme solo conmigo mismo en otro mundo donde la verdad es incierta y la vida retrocede ante sí.

—De *Largo viaje hacia la noche*, de Eugene O'Neill\*

El doctor White pensó que sería un asunto relativamente sencillo. En los cinco años que Jennifer había sido paciente suya, apenas había tenido problemas médicos. Aquellas molestias estomacales, pensó, se deberían probablemente a una gastritis, así que le recetó antiácidos. Pero cuando los dolores de estómago se agudizaron, a pesar del tratamiento y de que las pruebas rutinarias no indicaran nada fuera de lo normal, el doctor White la ingresó en el hospital.

Tras un reconocimiento médico exhaustivo, el doctor le preguntó si había algo que pudiera estar causándole una particular tensión, en casa o en el trabajo. Jennifer respondió al instante que ser gerente de personal de una gran empresa suponía una fuerte presión, pero, añadió, «una presión como la que tanta gente vive en su trabajo». Dijo también que en casa últimamente había habido más ajeteo del

---

\* N. de la T.: Madrid: Editorial Cátedra, 2005. 5.<sup>a</sup> edición. Edición y traducción de Ana Antón Pacheco [Título original: *Long Day's Journey into the Night*. New Haven: Gladstone, 1956].

habitual. Su marido era abogado y, como no daba abasto en el bufete, Jennifer había intentado echarle una mano a la vez que atendía a sus responsabilidades de madre. Pero dudaba mucho que nada de aquello tuviera relación con los dolores de estómago.

Cuando el doctor White indicó la conveniencia de que la viera un psiquiatra, ella al principio se resistió. Solo una vez que las molestias se convirtieron en punzadas agudas aceptó a regañadientes hablar con el doctor Gray.

Tuvieron su primer encuentro en el hospital unos días después. Cuando el doctor llegó a la habitación, Jennifer estaba en la cama, con más aspecto de niña que de mujer de veintiocho años, y la habitación no era un cubículo anónimo sino una especie de guarida personalizada. Había un animal de peluche en la cama a su lado, y otro en la mesilla de noche junto a varias fotos de su marido y su hijo. Las tarjetas de aquellos que le deseaban una pronta recuperación estaban meticulosamente dispuestas en fila sobre el alféizar de la ventana, con un adorno floral a cada lado.

Al principio Jennifer se mostró muy formal, y fue respondiendo con gran seriedad a todas las preguntas que le hacía el doctor Gray. Luego hizo alguna broma sobre que su trabajo la hubiera hecho «acabar en el psiquiatra». Cuanto más hablaba, más triste se la veía. Su voz iba siendo cada vez menos dominante y más infantil.

Contó que acababan de ascenderla en la empresa y que el nuevo puesto le exigía más; tenía nuevas responsabilidades que le creaban inseguridad. Su hijo, de cinco años, había empezado el colegio, y estar separados les estaba costando mucho a los dos. Con Allan, su marido, desde hacía un tiempo las discusiones eran constantes. Dijo que a veces se veía cambiar súbitamente de humor y que tenía problemas para dormir. Que había ido perdiendo poco a poco el apetito y estaba adelgazando. Que cada día tenía menos capacidad de concentración, menos energía y deseo sexual.

El doctor Gray le recomendó probar un tratamiento con antidepresivos, que efectivamente mejoraron los síntomas gástricos y

parecieron normalizar los patrones de sueño. En unos días, Jennifer estaba lista para que le dieran el alta, y aceptó continuar la terapia en régimen ambulatorio.

En las siguientes visitas, habló más sobre su infancia. Había crecido en una ciudad pequeña, era hija de un prestigioso empresario y una mujer de la alta sociedad. Su padre, presbítero de la iglesia local, esperaba que Jennifer y sus dos hermanos mayores fueran perfectos en todo, ya que, como les recordaba continuamente, la comunidad examinaba con lupa todo lo que hacían. Pero ni el comportamiento de Jennifer ni sus notas ni lo que pensaba estaban nunca a la altura. Temía a su padre, y a la vez buscaba continuamente —en vano— su aprobación. Su madre tenía una actitud pasiva y distante, pero los dos juntos pasaban revista a las amigas y amigos de Jennifer y a menudo los consideraban inaceptables; como consecuencia, tenía pocas amigas y menos citas con chicos aún.

Le habló al doctor Gray de sus emociones cambiantes y de cómo la montaña rusa emocional se hizo aún más extrema al entrar en la universidad. Hasta entonces no había probado el alcohol, y empezó a beber, a veces en exceso. Sin previo aviso, se sentía en un momento sola y deprimida y un instante después exultante de felicidad y amor. En ocasiones tenía explosiones de rabia contra sus amigos, arrebatos de ira que de niña y de adolescente había logrado reprimir.

Fue más o menos por aquella época cuando empezó a deleitarse con la atención que le prestaban los chicos, algo que antes había evitado de plano. Pero aunque le gustaba que la desearan, siempre sentía que los estaba engañando, que no era de verdad quienes ellos creían. Así que poco después de empezar a salir con un chico, saboteara la relación convirtiendo cualquier incidente en motivo de discordia.

Allan estaba a punto de terminar la carrera de Derecho cuando lo conoció y, desde el principio, demostró su firme deseo de estar con ella; se negaba a desistir cada vez que Jennifer intentaba retirarse. A Allan le gustaba elegirle la ropa y aconsejarla sobre cómo caminar, cómo hablar y cómo alimentarse. Insistió en que empezara

a acompañarlo al gimnasio al que iba con regularidad, a hacer ejercicio con él.

«Allan me dio una identidad», explicó Jennifer. Le había explicado cómo relacionarse con los socios del despacho de abogados y con los clientes, cuándo ser agresiva y cuándo recatada. Y ella fue creándose una «compañía de actrices», personajes a los que podía llamar a escena según lo requiriera la ocasión.

Se casaron, por insistencia de Allan, antes de que Jennifer terminara su primer año de carrera. Dejó los estudios y empezó a trabajar como recepcionista, pero su jefe, al darse cuenta de que era una chica inteligente, la fue ascendiendo a puestos de más responsabilidad.

En casa, sin embargo, el ambiente se empezó a enrarecer. A Allan, el trabajo y la pasión por el culturismo le hacían pasar buena parte del día fuera de casa, y para Jennifer era insoportable. A veces iniciaba una discusión por cualquier motivo solo para retenerlo en casa un rato más. Con frecuencia lo provocaba para que le pegara, y después lo invitaba a que le hiciera el amor.

Jennifer apenas tenía amigos. Despreciaba un poco a las mujeres, que le parecían todas chismosas y anodinas. Confiaba en que el nacimiento de su hijo, Scott, al cabo de dos años de matrimonio le proporcionaría la compañía que le faltaba. Se decía que su hijo siempre la querría y que siempre podría contar con él. Pero atender a todas las necesidades de un recién nacido en la práctica la superó, y pronto decidió reincorporarse al trabajo.

A pesar de los ascensos y de los frecuentes elogios que recibía en la oficina, seguía sintiéndose insegura, sentía que era «una impostora». Tuvo una aventura con un compañero de trabajo casi cuarenta años mayor que ella.

«Normalmente soy una mujer cabal —le dijo al doctor Gray—. Pero hay otro lado de mí que a veces toma las riendas y me controla. Soy una buena madre, pero ese otro lado me convierte en una puta, me obliga a hacer locuras!».

Jennifer seguía ridiculizándose a sí misma sin piedad, sobre todo cuando estaba sola; en los momentos de soledad, se sentía abandonada y se decía que no podía ser de otra manera, puesto que era un ser despreciable. La ansiedad amenazaba entonces con apoderarse de ella si no encontraba algún escape. A veces se daba entonces un atracón de comida; un día se comió el bol entero de masa que había preparado para hacer galletas. Se pasaba horas mirando fotos de su hijo y de su marido, intentando «mantenerlos vivos en el cerebro».

El aspecto físico de Jennifer cambiaba radicalmente de una sesión de terapia a otra. Si llegaba directamente del trabajo, iba vestida con un traje de ejecutiva que le daba un aire de madurez y sofisticación. Pero en sus días libres, se presentaba en pantalones cortos y calcetines hasta debajo de las rodillas, con el pelo recogido en dos trenzas; en estas citas se comportaba como una niña pequeña, hablaba con voz aguda y utilizaba un vocabulario más reducido.

A veces se transformaba delante mismo del doctor Gray. Un instante se mostraba perspicaz e inteligente y trataba seriamente de comprenderse mejor a sí misma, y de repente se convertía en una niña coqueta y seductora que se declaraba incapaz de funcionar en el mundo de los adultos. Podía ser encantadora y obsequiosa, o manipuladora y hostil. Podía levantarse y salir furiosa de una sesión jurando no volver jamás, y en la siguiente sesión encogerse, con miedo a que el doctor Gray se negara a volver a recibirla.

Jennifer se sentía realmente como una niña vestida con armadura de adulta. Que los adultos la trataran con respeto la dejaba perpleja; estaba convencida de que en cualquier momento verían lo que se escondía debajo del disfraz, se revelaría su realidad de reina desnuda. Necesitaba a alguien que la quisiera y la protegiera del mundo. Buscaba desesperadamente la comunicación íntima, pero en cuanto alguien se acercaba demasiado, huía.

Jennifer sufre de trastorno límite de la personalidad (TLP). No es la única. Los estudios estiman que al menos diecinueve millones de estadounidenses (entre el tres y el seis por ciento de la población)

presentan síntomas fundamentales del TLP, y muchos estudios hacen pensar que esta cifra se queda muy corta.<sup>1,2</sup> Aproximadamente el diez por ciento de los pacientes que acuden a las consultas externas de psiquiatría y el veinte por ciento de los pacientes ingresados (y entre el quince y el veinticinco por ciento del total de pacientes que reciben algún tipo de atención psiquiátrica) tienen un diagnóstico de TLP. Es uno de los trastornos de la personalidad más comunes.<sup>3,4</sup>

Sin embargo, a pesar de su prevalencia, el TLP sigue siendo relativamente desconocido para el público en general. Si preguntamos a cualquiera por la calle qué sabe sobre la ansiedad, la depresión o el alcoholismo, probablemente sea capaz de hacer una descripción esquemática, si no técnicamente precisa, de esas afecciones. Si le pedimos que defina lo que es el trastorno límite de la personalidad, posiblemente no sepa ni de qué le estamos hablando. La respuesta, en cambio, será muy distinta si le preguntamos por este trastorno a cualquier especialista en salud mental con un poco de experiencia. Primero lo oiremos suspirar profundamente, luego exclamará que, de todos sus pacientes psiquiátricos, aquellos con trastorno límite de la personalidad son los más difíciles, a los que más teme, a los que más conviene evitar; más que a los que sufren de esquizofrenia, alcoholismo o dependencia de sustancias; más que a cualquier otro paciente. Durante décadas, el TLP ha sido como una sombra acechante, el «tercer mundo», por así decirlo, de los trastornos mentales: impreciso, muy extendido y vagamente amenazante.

Que el público mayoritario tenga tan poco conocimiento sobre el TLP se debe en parte a que su diagnóstico es todavía relativamente nuevo. Durante años, la expresión *trastorno límite* se utilizó como categoría general en la que encuadrar a aquellos pacientes que no se ajustaban a los diagnósticos definidos para otras afecciones mentales. Las personas a las que se consideraba «límite» (*borderline*) estaban aparentemente más enfermas que los pacientes neuróticos (que experimentan una ansiedad aguda derivada de un conflicto emocional), pero menos que los pacientes psicóticos (a los que, debido

a su distanciamiento de la realidad, les es imposible funcionar con normalidad).

El TLP coexiste y limita a veces con otras afecciones mentales como depresión, ansiedad, esquizofrenia, alcoholismo, dependencia de sustancias psicoactivas (incluida la nicotina), trastornos bipolar (maníaco-depresivo), de somatización (hipocondría), de identidad disociativo (personalidad múltiple), por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), por estrés postraumático (TEPT), de la conducta alimentaria, obsesivo-compulsivo, fobias, histeria, sociopatía y otros trastornos de la personalidad.

Aunque el término *borderline* se acuñó en la década de 1930, el trastorno en sí no se definió con claridad hasta los años setenta del pasado siglo. Durante todo ese tiempo, los psiquiatras no conseguían ponerse de acuerdo en si el TLP era un trastorno en sí mismo, independiente, y mucho menos en los síntomas concretos que debían manifestarse para poder diagnosticarlo.

Pero a medida que fueron siendo cada vez más las personas que acudían a un terapeuta a causa de un mismo conjunto de problemas, los parámetros de este trastorno empezaron a tomar forma y estructura precisas. En 1980, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría definió por primera vez el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)*, la «biblia» diagnóstica de la profesión psiquiátrica. Desde entonces, se han hecho dos revisiones más de este manual; la más reciente, el *DSM-5*, se publicó en 2013 (en 2014 la versión en castellano). Aunque varias escuelas de psiquiatría siguen debatiendo las causas y la naturaleza exactas del TLP y cómo tratarlo, el trastorno se ha reconocido oficialmente como un importante problema de salud mental en Estados Unidos. De hecho, los pacientes con TLP hacen uso de los servicios de salud mental en un porcentaje mayor que aquellos a los que se les ha diagnosticado cualquier otro trastorno, prácticamente.<sup>5,6</sup> Además, los estudios han constatado que alrededor del noventa por ciento de los pacientes a los que se les ha



diagnosticado TLP comparten al menos otro diagnóstico psiquiátrico de importancia.<sup>7,8</sup> Por otra parte, el TLP suele estar conectado con afecciones médicas notables, especialmente en las mujeres, como dolores de cabeza y otro tipo de dolencias de carácter crónico, artritis y enfermedades de los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, urinario, pulmonar, hepático, inmunitario y oncológico.<sup>9,10,11,12,13,14,15</sup> En 2008, la Cámara de Representantes de Estados Unidos designó el mes de mayo como el Mes de la Concienciación sobre el Trastorno Límite de la Personalidad. Sin embargo, lamentablemente, la actual investigación del TLP patrocinada por el Gobierno es mínima en comparación con la de otras afecciones mentales menos comunes, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

En muchos sentidos, el trastorno límite de la personalidad ha sido para la psiquiatría lo que un virus para la medicina general: una denominación imprecisa para una enfermedad vaga pero perniciosa, frustrante de tratar, difícil de definir e imposible de explicar adecuadamente al paciente.

## **Fronteras demográficas**

De las personas con las que nos relacionamos a diario, ¿quiénes sufren TLP?

Se llama Carlotta, tu amiga desde los tiempos del colegio. Un día, por un pequeño desaire, te acusa de haberla traicionado y te dice que en realidad nunca has sido su amiga. Semanas o meses más tarde, te vuelve a llamar, simpática y habladora, como si no hubiera pasado nada.

Se llama Bob, uno de tus jefes. Un día, Bob te colma de elogios por tu eficiencia en una tarea de lo más común; otro, te reprende por un error sin importancia. Unas veces es reservado y distante; otras, se convierte inesperada y alborotadamente en «un colega más».

Se llama Arlene, la novia de tu hijo. Una semana es la viva imagen de la elegancia y la sofisticación; la siguiente es una punk de la cabeza a los pies. Una noche rompe con tu hijo, y unas horas más tarde vuelve, prometiéndole devoción eterna.

Se llama Brett, tu vecino de al lado. Incapaz de enfrentarse al desmoronamiento de su matrimonio, en un momento niega la infidelidad de su esposa, más que obvia, y en el siguiente asume toda la culpa. Se aferra desesperadamente a su familia, y pasa continuamente de la culpa y el autodesprecio a los ataques furibundos contra su mujer y sus hijos, que tan «injustamente» lo han acusado.

Si las personas que hay detrás de estos breves perfiles parecen incoherentes, no deberíamos sorprendernos, ya que la incoherencia es el rasgo distintivo del TLP. Incapaces de tolerar la paradoja, quienes sufren de trastorno límite de la personalidad son paradojas andantes, pura contradicción. Su inconstancia es justamente una de las principales razones por las que a los profesionales de la salud mental les ha resultado tan difícil definir un conjunto invariable de criterios para diagnosticar este trastorno.

Y si este perfil te resulta más que conocido, tampoco deberías sorprenderte. Hay muchas probabilidades de que tengas un cónyuge, pariente, amigo cercano o compañero de trabajo que sufra de TLP. Quizá no te resulte del todo desconocido este trastorno o quizá reconozcas en ti algunas de sus características.

Pese a lo difícil que es precisar las cifras, los profesionales de la salud mental coinciden generalmente en que el número de individuos afectados por el trastorno límite de la personalidad está creciendo, y a ritmo rápido; aunque también hay quien afirma que es el conocimiento que tienen los terapeutas de su existencia lo que va en aumento, y no el número de pacientes.

¿Es realmente una «plaga» moderna el TLP, o solo es nueva su denominación diagnóstica? Lo cierto, en cualquiera de los casos, es que este trastorno nos ha permitido comprender más a fondo las bases psicológicas de diversas afecciones relacionadas con él. Numerosos estudios han asociado el TLP con la anorexia, la bulimia, la drogodependencia, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el suicidio entre los adolescentes, que han aumentado todos ellos de manera alarmante en la última década. Algunos

estudios han encontrado la sintomatología completa del TLP en casi el cincuenta por ciento de los pacientes ingresados por trastornos de la conducta alimentaria en un determinado centro.<sup>16</sup> Otros estudios han descubierto que más del cincuenta por ciento de quienes tienen una dependencia de sustancias psicoactivas muestran asimismo los síntomas propios de este trastorno.

Las tendencias autodestructivas o suicidas son muy comunes entre quienes sufren de TLP; de hecho, son uno de los criterios definitorios del trastorno. Hasta un setenta por ciento de estos pacientes intentan suicidarse, y la incidencia de suicidios consumados es de entre el ocho y el diez por ciento, e incluso más alta en el caso de los adolescentes. Un historial de tentativas de suicidio previas, una vida familiar caótica y la falta de sistemas de apoyo aumentan las probabilidades de que se consume. Y el riesgo se multiplica aún más entre quienes padecen, además de TLP, trastornos depresivos o maníaco-depresivos (bipolares), alcoholismo o drogodependencia.<sup>17, 18</sup>

## **Cómo diagnostican los psiquiatras los trastornos mentales**

Antes de 1980, el DSM-I y el DSM-II hacían una descripción muy general de las «enfermedades psiquiátricas». Sin embargo, a partir del DSM-III los trastornos psiquiátricos se han definido basándose en paradigmas estructurados y categóricos; es decir, se indican diversos síntomas que apuntan a un diagnóstico en particular, y, cuando los síntomas de un individuo se corresponden con cierto número de criterios, se considera que cumple los requisitos categóricos para dicho diagnóstico. Curiosamente, en las cuatro revisiones del DSM realizadas desde 1980, los ajustes que se han hecho a los criterios que definen el TLP han sido mínimos. Como pronto veremos, son nueve los criterios asociados con el TLP, y se considera que el diagnóstico es el acertado si los síntomas de un individuo se corresponden con cinco o más de los nueve.

El paradigma categórico de este trastorno ha suscitado controversia entre los psiquiatras, especialmente en lo que respecta al

diagnóstico de los trastornos de la personalidad. A diferencia de la mayoría de las afecciones psiquiátricas, este paradigma sostiene que los trastornos de la personalidad se desarrollan en la juventud y son de larga duración; sus rasgos tienden a persistir y, si cambian, es solo al cabo del tiempo, muy poco a poco. En contraposición con esto, atendiendo al mismo sistema categórico de definiciones, el diagnóstico puede cambiar abrupta y engañosamente en cualquier momento: en el caso del TLP, si un paciente que cumplía cinco criterios característicos del trastorno deja de mostrar uno solo de ellos, en teoría se considera que está curado. Y una «curación» así de precipitada es a todas luces incoherente con el concepto de personalidad.

Por esta y otras razones, algunos investigadores y profesionales clínicos han planteado la necesidad de ajustar el DSM a un enfoque *dimensional* del diagnóstico. El nuevo modelo trataría de determinar lo que podrían llamarse «grados de TLP», ya que es evidente que algunos individuos afectados por este trastorno tienen un funcionamiento personal y social de más alto nivel que otros. Los autores de este libro sugerimos que, en lugar de concluir que alguien tiene o no tiene TLP, debería reconocerse el trastorno en sí a lo largo de un espectro. Este enfoque concedería un grado de importancia diferente a los criterios que lo definen, dependiendo de cuáles sean los que las investigaciones demuestren que son más decisivos y duraderos. Con este tipo de método se podría desarrollar un prototipo representativo «puro» del trastorno límite de la personalidad que permitiría evaluar al paciente en función de su grado de coincidencia con la descripción. Se podría utilizar un enfoque dimensional para medir las limitaciones funcionales, y determinar de este modo si un paciente con TLP tiene mayor o menor capacidad de funcionamiento observando su habilidad para realizar tareas cotidianas. Además, se emplearían otros métodos para medir rasgos particulares como la impulsividad, la necesidad de novedades, la dependencia de una recompensa, la evitación de lo doloroso o la neurosis (que comprende características como vulnerabilidad al estrés, escaso control de los impulsos, ansiedad, variabilidad

del estado de ánimo, etc.) que se han asociado con el TLP.<sup>19, 20, 21</sup> Con adaptaciones como estas, tal vez sería posible medir con mayor precisión los cambios y los grados de mejoría, en lugar de simplemente determinar la presencia o ausencia del trastorno en un individuo.

Para entender la diferencia entre estos dos enfoques definitorios, piensa en la forma en que percibimos el «género». La determinación de si una persona es hombre o mujer es una definición *categorica*, basada en factores físicos, genéticos y hormonales objetivos. Las designaciones de masculinidad o feminidad, sin embargo, son conceptos *dimensionales*, en los que influyen criterios personales, culturales y de otra índole menos objetivos en conjunto. En el apéndice A se describen los modelos tridimensionales que ya se han propuesto y que en estos momentos se están perfeccionando: el Modelo Alternativo de Diagnóstico de Trastornos de la Personalidad que propone en el DSM-5 la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (AMPD, por sus siglas en inglés), la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud y los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Es probable que las futuras ediciones del DSM incorporen indicaciones dimensionales para el diagnóstico.

## El diagnóstico de TLP

El DSM-5 establece categóricamente nueve criterios propios del TLP, cinco de los cuales deben estar presentes para poder diagnosticarlo.<sup>22</sup> Salvo por alguna pequeña modificación, las características formales que definen el TLP se han mantenido inamovibles durante más de cuarenta años. A primera vista, es posible que los criterios parezcan inconexos o relacionados entre sí solo a nivel periférico. Cuando se examinan con detalle, sin embargo, se ve que los nueve están intrínsecamente conectados e interactúan uno con otro, de tal modo que un criterio provoca la activación de otro como los pistones de un motor de combustión.

Estos nueve criterios pueden sintetizarse como sigue (todos ellos se explican con detalle en el capítulo dos):

1. Esfuerzos desesperados por impedir el abandono, real o imaginario.
2. Relaciones interpersonales inestables e intensas.
3. Falta de un sentido de identidad claro.
4. Impulsividad en conductas potencialmente autolesivas, como abuso de sustancias psicoactivas, conducta sexual compulsiva, robo en establecimientos, conducción temeraria o ingesta descontrolada de alimentos.
5. Autolesiones, amenazas o tentativas de suicidio recurrentes.
6. Cambios drásticos de humor y reactividad extrema al estrés provocado por ciertas situaciones.
7. Sentimiento constante de vacío.
8. Manifestaciones frecuentes e injustificadas de ira.
9. Paranoia o sensaciones de irrealidad transitorias derivadas del estrés.

Los nueve criterios de esta constelación pueden agruparse en cuatro áreas principales a las que suele ir dirigido el tratamiento:

1. Inestabilidad emocional (criterios 1, 6, 7 y 8).
2. Impulsividad y comportamiento incontrolado peligroso (criterios 4 y 5).
3. Psicopatología interpersonal (criterios 2 y 3).
4. Distorsiones del pensamiento y la percepción (criterio 9).

## Hemofilia emocional

Bajo la nomenclatura clínica, yace la angustia que experimentan los individuos *borderline* y sus seres queridos. Para la persona con TLP, gran parte de la vida es una incesante montaña rusa emocional; para

quienes viven con ella, la quieren o la tratan, el viaje puede ser igualmente extremo, desesperado y frustrante.

Jennifer y millones de personas más que sufren de TLP sienten la provocación incontrolable de descargar su ira contra aquellos a quienes más quieren. Se sienten impotentes y vacías, con una identidad escindida por tajantes contradicciones emocionales.

Los cambios de humor se producen de forma súbita y explosiva, y lanzan a la persona desde la cima de la alegría hasta las profundidades de la depresión. En un momento está furiosa, en el siguiente en calma, sin tener normalmente demasiada idea de qué fue lo que la hizo explotar así. Y esa incapacidad para comprender los orígenes del episodio le provoca entonces más odio hacia sí misma y la sume en la depresión.

El individuo con TLP sufre una especie de «hemofilia emocional»: carece del mecanismo de coagulación necesario para moderar sus rachas de sentimiento. Si se «pincha» una pasión, si se «corta» un sentimiento en la delicada «piel» de una personalidad límite, se desangrará emocionalmente sin remedio. La persona con TLP no sabe lo que es un estado duradero de satisfacción. El vacío constante la consume hasta que la desesperación la obliga a hacer cualquier cosa para escapar. Cuando los momentos bajos se apoderan de ella, es propensa a cometer impulsivamente los más diversos actos autodestructivos: abuso de drogas y alcohol, ingesta incontrolada de comida, ayunos anoréxicos, purgas bulímicas, incursiones en el juego, compras compulsivas, promiscuidad sexual y autolesiones. Puede intentar suicidarse, a menudo no con la intención de morir sino de sentir *algo*, de confirmar que está viva.

«Odio cómo me siento —confiesa un paciente de TLP—. Cuando pienso en el suicidio, me resulta muy tentador, muy atractivo. A veces es lo único con lo que me identifico. Es difícil no querer hacerme daño. Es como si pensara que, autolesionándome, el miedo y el dolor desaparecerán».

Un aspecto clave de este trastorno es la falta de un sentido central de identidad. Cuando las personas con TLP se describen a sí

mismas, lo habitual es que el autorretrato que pinten sea confuso o contradictorio, a diferencia de quienes sufren otros trastornos mentales, que generalmente tienen un sentido mucho más definido de quiénes son. Y para superar esa imagen borrosa y principalmente negativa que tienen de sí mismos, los individuos con TLP, como si fueran actores y actrices, buscan constantemente «buenos papeles», «personajes» completos que habitar para llenar su vacío de identidad. De modo que suelen adaptarse como camaleones al entorno, a la situación o a los compañeros de cada momento, igual que el protagonista de la película *Zelig*, de Woody Allen, que literalmente adopta la personalidad, la identidad y el aspecto de aquellos con quienes está.

Para quien sufre TLP, el atractivo que tienen las experiencias extáticas, ya sea a través del sexo, las drogas u otros medios, es a veces irresistible. En estado de éxtasis, puede retornar a un mundo primigenio donde el yo y el mundo exterior se funden, una especie de segunda infancia. Así, en los períodos de intensa soledad y vacío, recurrirá a las drogas, el alcohol o prácticas sexuales poco convencionales (con una o varias parejas) y se sumirá en ellos a veces durante días. Es como si, cuando la angustia por no encontrar una identidad definida se vuelve intolerable, hubiera dos posibles soluciones: o perder la identidad por completo o conseguir algo semejante a una identidad a través del dolor o el embotamiento.

La historia familiar del individuo con TLP suele estar marcada por el alcoholismo, la depresión y los trastornos emocionales. Con frecuencia, su infancia fue un desolado campo de batalla, y hoy lleva las cicatrices que dejaron en él la indiferencia o el rechazo por parte de sus padres, o su ausencia tal vez, las privaciones emocionales o el continuo maltrato. La mayoría de los estudios han descubierto un pasado de graves maltratos psicológicos o físicos, o abusos sexuales en muchos de estos individuos. De hecho, es el haber presenciado escenas de violencia doméstica y tener una historia de malos tratos, abandono o humillaciones por parte de los padres o tutores lo que diferencia a los pacientes con trastorno límite de la personalidad de



otros pacientes psiquiátricos.<sup>23,24</sup> Los pacientes con TLP son más vulnerables a desarrollar además enfermedades fisiológicas y a manifestar alteraciones de los procesos hormonales, inflamatorios, genéticos y otros procesos neurobiológicos.<sup>25</sup> Un estudio de mujeres embarazadas que habían sufrido serias adversidades durante la infancia examinó los patrones cromosómicos de sus descendientes. Había una correlación directa entre la gravedad de los malos tratos sufridos por la madre en su infancia y el grado de acortamiento de los telómeros del bebé (los telómeros son los capuchones protectores de los extremos de los cromosomas), que se asoció también con un aumento de los problemas de comportamiento a los dieciocho meses de vida.<sup>26</sup>

La naturaleza inestable de las relaciones de infancia se extiende luego a la adolescencia y a la edad adulta, y hace que las relaciones románticas tengan de fondo una intensa carga y duren generalmente poco. El individuo con TLP puede obsesionarse un día con cierta persona hasta conseguir su atención, y mandarla a paseo al siguiente. Y las relaciones sentimentales más largas —que suelen medirse en semanas o meses, en lugar de años— están normalmente llenas de turbulencia e ira, asombro y emoción. Todo ello puede tener que ver con la hipersensibilidad al contacto físico y la preferencia por guardar las distancias interpersonales que los estudios han descubierto en aquellos individuos que tienen una historia infantil de malos tratos.<sup>27</sup>

### **Escisión: el mundo en blanco y negro del individuo con TLP**

El mundo del adulto *borderline*, igual que el mundo de nuestra infancia, está dividido en héroes y villanos. Como la niña o el niño que emocionalmente es, el individuo no puede tolerar las incongruencias y ambigüedades humanas; no es capaz de conciliar las buenas y malas cualidades de alguien y de tener una comprensión constante y coherente de esa persona. Según el momento, esa persona es «buena» o «mala»; no hay término medio, no hay zona gris. Al individuo con TLP le resulta muy difícil, si no imposible, captar los matices y las

tonalidades. A amantes y compañeros, la madre y el padre, los hermanos, los amigos y el psicoterapeuta, un día los idolatra y al día siguiente los rechaza porque no son quienes él creía.

Cuando aquel a quien ha idealizado finalmente lo decepciona (como inevitablemente ha de ocurrir, más tarde o más temprano), el individuo con TLP se ve obligado a reestructurar drásticamente su meticulosa e inflexible conceptualización. Entonces, o el ídolo es desterrado a las mazmorras o es el propio individuo el que se destierra para preservar intacta la imagen «absolutamente buena» de aquel a quien idealizó.

Este tipo de comportamiento, denominado «escisión» (*splitting*), es el principal mecanismo de defensa empleado en el TLP. Definida técnicamente, la escisión es la separación rigurosa entre los pensamientos y sentimientos positivos y los negativos sobre uno mismo y los demás, es decir, la incapacidad para aglutinar unos y otros. La mayoría somos capaces de experimentar ambivalencia, de albergar conscientemente dos sentimientos contradictorios a la vez; quienes sufren de TLP se caracterizan por pasar de un sentimiento al otro intermitentemente y perder por completo la noción del estado emocional contrario mientras están inmersos en uno o en otro.

La escisión crea una escotilla por la que escapar de la ansiedad: habitualmente, quien sufre de TLP percibe a su pareja o a un amigo íntimo (llamémoslo «Joe») como si se tratara de dos personas distintas en unos y otros momentos. Un día admira sin reservas a «Joe el intachable», pues solo percibe su absoluta bondad; Joe no tiene ningún defecto: aparece a sus ojos purgado de imperfecciones, que han ido a parar todas a «Joe el malo». Al día siguiente, se siente en su derecho de despreciar sin miramientos a «Joe el malo» y a lanzarle su ira, puesto que ahora sus buenas cualidades no existen; lo único que ahora merece Joe son sus gritos iracundos.

Aunque la persona con TLP utiliza inconscientemente este mecanismo de escisión como escudo, para proteger su experiencia de un aluvión de sentimientos e imágenes contradictorios —y protegerse de

la ansiedad que le provocaría intentar conciliarlos—, paradójicamente suele conseguir con él exactamente lo contrario: que las grietas en el tejido de su personalidad se conviertan en profundos desgarrones, y que el sentido de su propia identidad y de la identidad de los demás cambie aún más drásticamente y con más frecuencia.

## Relaciones tormentosas

Pese a sentirse continuamente víctima de los demás, el individuo con TLP busca desesperadamente nuevas relaciones, ya que la soledad, incluso aunque solo sea temporal, le resulta más intolerable que el maltrato. Para escapar de ella, se lanzará a los bares de solteros, a los sitios web de citas, a los brazos de la persona a la que acaba de conocer, al lugar —sea cual sea— donde pueda encontrar a alguien que lo salve del tormento de sus propios pensamientos. Vive constantemente a la caza de Mr. Goodbar\* o la chica buena de Tinder.

En su incesante búsqueda de un papel estructurado en la vida, esta persona suele sentirse atraída —y atrae hacia ella— a individuos con rasgos de personalidad complementarios a los suyos. Al marido de Jennifer, por ejemplo, de personalidad dominante y narcisista, le costó poco asignarle un papel de mujer bien definido. Fue capaz de darle una identidad, aunque esa identidad llevara implícita la sumisión y el maltrato.

De todos modos, las relaciones de la persona que sufre de TLP suelen desintegrarse rápidamente. Para mantener una relación íntima o cercana con ella, es necesario comprender el trastorno y estar dispuesto a andar por una larga y peligrosa cuerda floja: la proximidad excesiva la asfixia; guardar cierta distancia o dejarla sola, aunque

---

\* N. de la T.: Los autores hacen referencia a *Buscando a Mr. Goodbar*, una película estadounidense de 1977, escrita y dirigida por Richard Brooks y basada en una novela de Judith Rossner. Su protagonista, Theresa, decide independizarse de su ultratradicional y asfixiante familia. Comienza entonces una doble vida: compasiva profesora de niños sordos durante el día y mujer que busca toda clase de placeres nocturnos por los tugurios de la ciudad, en busca de su hombre ideal, al que ha puesto incluso un nombre, Mr. Goodbar (haciendo un juego con good, 'bueno', y bar)..

sea por muy poco tiempo, le recuerda la sensación de abandono que vivió en la niñez. Lo mismo en un caso que en el otro, su reacción será desmedida.

El individuo con TLP es una especie de explorador, un explorador emocional que solo dispone de un mapa muy esquemático de las relaciones humanas; le resulta extremadamente difícil calcular la distancia mental y emocional óptima que debe mantener con los demás, en especial con aquellos con quienes establece una relación íntima. Y para compensar su desconocimiento, va continuamente de un extremo al otro, de la dependencia feroz a la manipulación indignada, de la gratitud torrencial a los ataques de ira completamente infundados. Teme que lo abandonen, y se aferra con fiereza; teme que lo absorban y anulen, y se aleja, haciendo uso de la fuerza si es necesario. Tiene un intenso anhelo de intimidad y al mismo tiempo la intimidad le aterra. Y así, acaba repeliendo a aquellos con los que más quiere conectar.

## **Los problemas en el trabajo**

Aunque las personas con TLP puedan tener serias dificultades para desenvolverse en su vida personal, muchas son capaces de funcionar espléndidamente en el trabajo, sobre todo si es un trabajo con una estructura clara, definido con precisión y que les sirve de apoyo. Algunas trabajan con gran eficacia durante un largo período de tiempo pero luego, de repente, por una modificación en la estructura del trabajo o un cambio drástico en su vida personal, o simplemente por aburrimiento y ganas de cambio, abandonan el puesto bruscamente, o lo sabotean, y pasan a la siguiente oportunidad laboral. Muchas se quejan con frecuencia de uno u otro achaque, o de dolencias de poca importancia que acaban haciéndose crónicas, lo que las hace tener que ir continuamente al médico y estar de baja largas temporadas.<sup>28</sup>

El mundo laboral puede ser para ellas un santuario frente a la anarquía de sus relaciones sociales, y por eso suelen funcionar mejor en entornos laborales muy estructurados. También las profesiones de asistencia a los demás —la medicina, la enfermería, el clero, el

asesoramiento— les resultan atractivas a muchos individuos con TLP, que se esforzarán por ejercer en ellas el poder o el control que no son capaces de tener en las relaciones sociales. Y lo que es aún más importante, tal vez desempeñando esas funciones puedan proporcionar a los demás —y recibir su reconocimiento por ello— la atención y los cuidados que anhelan en su vida. Por otra parte, las personas *borderline* son a menudo muy inteligentes y tienen asombrosas aptitudes artísticas. Gracias a su facilidad para acceder a las emociones intensas, pueden ser muy creativas y triunfar en su profesión.

En cambio, un trabajo poco estructurado o muy competitivo, o tener un supervisor demasiado crítico, puede activar en estas personas la hipersensibilidad al rechazo, al que son tan susceptibles, y desatar su ira descontrolada. Entonces puede ser tan letal el efecto de sus intempestivos arrebatos de furia que destruya literalmente su carrera profesional.

### **¿Un «trastorno de las mujeres»?**

Hasta hace poco, los estudios parecían indicar que el número de mujeres con TLP era hasta tres o cuatro veces mayor que el de hombres. Sin embargo, varios estudios epidemiológicos recientes confirman que la prevalencia es similar en ambos sexos, aunque las mujeres sean las que con más frecuencia se ponen en tratamiento, y también que la gravedad de los síntomas y la discapacidad son mayores en ellas. Estos factores podrían explicar por qué las mujeres han tenido una representación más alta que los hombres en los ensayos clínicos. Pero tal vez haya otros factores que contribuyen a dar la impresión de que el TLP es un «trastorno de las mujeres».

Algunos críticos piensan que existe cierta tendenciosidad clínica a la hora de diagnosticar el trastorno límite de la personalidad. Primero, es posible que los psicoterapeutas consideren de entrada que los problemas de identidad e impulsividad son más «normales» en los hombres, y, como consecuencia, tiendan a no contemplar siquiera el diagnóstico de TLP en muchos de los casos. Segundo, si un

comportamiento destructivo por parte de la mujer posiblemente se achaque a una disfunción emocional, un comportamiento similar por parte del hombre posiblemente se perciba como una reacción antisocial. Si en esa situación podría recomendarse tratamiento psicológico o psiquiátrico para la mujer, la decisión sobre el comportamiento destructivo del hombre tal vez recaería en el sistema de justicia penal, que quizá no emitiría el diagnóstico acertado.

## **El TLP en los diferentes grupos de edad**

Muchos de los síntomas característicos del TLP –impulsividad, relaciones tumultuosas, sentido confuso de la identidad, inestabilidad emocional– son importantes obstáculos en el desarrollo de cualquier adolescente. De hecho, establecer una identidad definida es lo que principalmente buscan tanto el adolescente como el adulto afectado por el TLP. No es de extrañar, por tanto, que sea entre la adolescencia y el comienzo de la edad adulta cuando con más frecuencia se diagnostica este trastorno.<sup>29</sup>

Es raro que este trastorno se manifieste en las personas mayores. Varios estudios recientes muestran que el mayor descenso en el diagnóstico se produce a partir de la mitad de la cuarentena. A la vista de estos datos, la explicación que dan algunos investigadores es que muchos adultos afectados por el TLP simplemente «maduran», y con el tiempo son capaces de conseguir cierta estabilidad. Ahora bien, a medida que envejecan, deberán hacer frente a un progresivo deterioro físico y mental, que puede suponer para algunos de ellos un peligroso proceso de adaptación. Para un individuo de identidad tan frágil, tener que redefinir su imagen de sí misma y determinar lo que *ahora* se espera de él puede exacerbar los síntomas del trastorno. Es posible que, en algunas ocasiones, la persona mayor con una psicopatología persistente se niegue a admitir su deterioro funcional, proyecte la culpa por sus deficiencias en los demás y se vuelva cada vez más paranoica; y en otras, puede que exagere sus impedimentos y se haga más y más dependiente.

## Factores socioeconómicos

En Estados Unidos, se ha identificado el trastorno límite de la personalidad en todas las culturas y clases económicas. Se ha visto, sin embargo, que las tasas de TLP son significativamente más altas entre las personas separadas, divorciadas, viudas o que viven solas, y entre quienes tienen un nivel de ingresos y de educación más bajo. Las condiciones en que viven muchos niños y niñas a consecuencia de la pobreza desde que nacen —el alto nivel de estrés, las pocas facilidades para recibir una educación o la falta de los cuidados debidos, de atención psiquiátrica y de atención a la madre durante el embarazo (lo cual puede provocar en el feto lesiones cerebrales o desnutrición)— podrían traducirse en una mayor incidencia del TLP entre las clases sociales más desfavorecidas.

Los costes del TLP para la sociedad son considerables. Y no hablamos solo de los costes por atención psiquiátrica o médica a causa del trastorno y de las dolencias físicas relacionadas con él, sino también de los elevados costes derivados de una productividad laboral condicionada y mermada a causa de esas enfermedades. Un extensivo estudio danés llevado a cabo durante quince años, en el que participaron miles de pacientes, comparaba los costes sanitarios de los que sufrían de TLP con los del resto de la población. Los datos confirmaron que los costes que ocasionaban los pacientes con TLP superaban la media incluso cinco años antes de que les fuera diagnosticado el trastorno. Y los cónyuges de estos pacientes suponen también unos elevados costes, tanto sanitarios como por una reducida productividad.<sup>30</sup>

## Fronteras geográficas

Aunque la mayoría de las formulaciones teóricas y estudios empíricos del TLP se han realizado en Estados Unidos, otros países —Canadá, México, Alemania, Israel, Suecia, Dinamarca y otras naciones de Europa occidental, así como Rusia, China, Corea, Japón y otros países orientales— han reconocido esta afección en sus poblaciones.

Los estudios comparativos son escasos y contradictorios a este respecto. Por ejemplo, algunos indican tasas más altas de TLP entre la población hispana, mientras que otros no confirman estos datos y otros han encontrado altas tasas entre los hombres nativos norteamericanos. Son escasos los estudios generacionales de este trastorno, pero podrían ser de gran ayuda para comprender cuáles son los hilos familiares, culturales y sociales que componen su tejido causal.

### **Comportamiento *borderline* en celebridades y personajes de ficción**

Si el trastorno límite de la personalidad es un fenómeno nuevo o simplemente una nueva denominación para un conjunto interrelacionado de sentimientos internos y comportamientos externos existente desde hace mucho tiempo es un asunto de cierto interés para los profesionales de la salud mental. La mayoría de los psiquiatras creen que el trastorno existe desde hace bastante tiempo, y que su creciente prominencia no se debe tanto a que sea mayor su propagación (como ocurre con una enfermedad infecciosa o una afección debilitadora crónica) en las mentes de los pacientes, sino a que los profesionales tienen más conciencia de él. De hecho, muchos psiquiatras creen que algunos de los casos más interesantes de «neurosis» tratados por Sigmund Freud a principios del siglo xx se diagnosticarían hoy claramente como casos de trastorno límite de la personalidad.<sup>31</sup>

Visto así, el TLP nos ofrece una nueva e interesante perspectiva desde la que entender a algunas de las personalidades más complejas que conocemos, tanto del pasado como del presente, tanto reales como ficticias. Y a la inversa, hay figuras y personajes conocidos de todos que pueden ilustrar diferentes aspectos del trastorno. En esta misma línea, los biógrafos, entre otros, han especulado que el término *borderline* podría aplicarse a figuras tan diversas como la princesa Diana de Gales, Marilyn Monroe, Zelda Fitzgerald, Thomas Wolfe, T. E. Lawrence, Adolf Hitler y Muamar el Gadafi. Los críticos culturales, por su parte, han observado rasgos del TLP en personajes de



ficción como Blanche DuBois de *Un tranvía llamado deseo*, Martha de *¿Quién teme a Virginia Woolf?*, Sally Bowles de *Cabaret*, Travis Bickle de *Taxi Driver*, Howard Beale de *Network*, Rebecca Bunch de la serie de televisión *Crazy Ex-Girlfriend* y Carmen de la ópera de Bizet. Ahora bien, el que puedan detectarse síntomas o comportamientos característicos del TLP en estos personajes no significa que este trastorno sea necesariamente la causa o el motor de las radicales acciones o destinos que hemos visto en estas personas reales, o en los personajes de ficción o las obras en que aparecen. En el caso de Hitler, por ejemplo, las disfunciones mentales y fuerzas sociales que lo llevaron a actuar como lo hizo influyeron en su psique de un modo mucho más decisivo que el TLP; las verdaderas causas del (supuesto) suicidio de Marilyn Monroe eran probablemente complejas, y sería una simpleza decir que el causante fue el TLP. Nada confirma que los productores de *Taxi Driver* o *Network* intentaran conscientemente crear un protagonista con trastorno límite de la personalidad. Lo que sí aporta el TLP es otra perspectiva desde la que interpretar y analizar estas fascinantes personalidades.

A lo largo de la última década, han circulado rumores de que muchas celebridades, entre ellas actores y músicos muy conocidos, manifiestan síntomas de TLP, aunque muchos no lo hayan comentado públicamente. Otros, como Pete Davidson, miembro del elenco de *Saturday Night Live*, y el exjugador de fútbol americano Brandon Marshall, han hablado abiertamente sobre su diagnóstico de TLP, el dolor que acompaña a este trastorno y el estigma de la enfermedad mental. La doctora Marsha Linehan, conocida investigadora y fundadora de la terapia dialéctica conductual (TDC), que como veremos es uno de los principales métodos para el tratamiento del TLP, ha revelado que ella también ha sufrido este trastorno y que durante la adolescencia pasó mucho tiempo hospitalizada por autolesiones y otros síntomas.

## **Avances en la investigación y el tratamiento del TLP**

Desde que se publicó la primera edición de este libro, se han hecho importantes avances en la investigación de las causas fundamentales

del TLP y su tratamiento. Los conocimientos sobre las causas biológicas, fisiológicas y genéticas de los trastornos psiquiátricos siguen creciendo exponencialmente. Se están descubriendo las interacciones que hay entre las distintas partes del cerebro, así como las intersecciones entre la emoción y el razonamiento ejecutivo. Cada día se comprenden mejor las funciones de los neurotransmisores, las hormonas, el sistema inmunitario y las reacciones químicas cerebrales. Se está estudiando la vulnerabilidad genética, la activación y desactivación de los genes y la colisión con los acontecimientos de nuestra vida para determinar el funcionamiento de la personalidad. Se han desarrollado nuevas técnicas psicoterapéuticas.

Los estudios de larga duración confirman que muchos pacientes se recuperan del TLP con el paso del tiempo y que muchos más mejoran de forma significativa. Tras dieciséis años de seguimiento, se vio que el noventa y nueve por ciento de los pacientes con TLP habían logrado al menos dos años de remisión y el setenta y ocho por ciento experimentaron una remisión de ocho años (definida como la desaparición de cinco de los nueve criterios característicos del trastorno). Sin embargo, pese a la disminución de algunos de los criterios definitorios más agudos, como la impulsividad destructiva, la autolesión, los intentos de suicidio y el pensamiento cuasipsicótico, muchos de estos pacientes siguen teniendo dificultades en el entorno social, laboral o escolar. Aunque las tasas de recurrencia son hasta del treinta y cuatro por ciento, al cabo de diez años el cincuenta por ciento de los pacientes se recupera por completo y muestra un buen funcionamiento social y profesional.<sup>32, 33, 34, 35</sup> Muchos de los pacientes con TLP mejoran sin tratamiento constante, pero la terapia continuada acelera la mejoría.<sup>36</sup>

## **La cuestión de la «patología» límite de la personalidad**

En una u otra medida, todos nos enfrentamos a los mismos problemas que el paciente *borderline*: la amenaza de que nuestra relación de pareja fracase, el miedo al rechazo, la confusión sobre nuestra identidad,

los sentimientos de vacío y aburrimiento... ¿Quién no ha tenido una o varias relaciones inestables y de gran intensidad emocional? ¿O no ha montado en cólera en algún momento? ¿Quién no ha sentido la poderosa atracción de los estados de éxtasis, o miedo a quedarse solo, o no se ha visto cambiar súbitamente de humor sin saber por qué o comportarse de una manera autodestructiva en algún sentido?

Aunque solo sea por eso, el TLP sirve para recordarnos que la línea que separa lo «normal» de lo «patológico» es a veces muy fina. Muchas de las descripciones que se hacen en este libro ilustran los extremos de este trastorno. ¿Es posible que todos mostremos, en uno u otro grado, algunos síntomas del trastorno límite de la personalidad? La respuesta es que probablemente sí. Hasta el punto de que muchos de los que estáis leyendo este primer capítulo tal vez os hayáis visto reflejados en lo que dice o hayáis visto reflejado a alguien que conocéis. El factor que establece la diferencia, sin embargo, es que no todos estamos controlados por el trastorno hasta el punto de que perturbe —o gobierne— nuestra vida. Con sus extremos de emoción, pensamiento y comportamiento, el TLP representa lo mejor y lo peor del carácter humano —y de nuestra sociedad— de los primeros veinte años del siglo XXI. Explorar sus profundidades y límites quizá nos haga mirar de frente nuestros instintos más ruines y nuestro más maravilloso potencial, así como el arduo camino que tendremos que recorrer para llegar de lo uno a lo otro.