

El rasgo de ira en el Trastorno Límite de la Personalidad. El abordaje desde la terapia dialéctica conductual y sus posibles bases neurobiológicas.

Taboada, Emma y Lago, Adriana.

Cita:

Taboada, Emma y Lago, Adriana (2009). *El rasgo de ira en el Trastorno Límite de la Personalidad. El abordaje desde la terapia dialéctica conductual y sus posibles bases neurobiológicas. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/193>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/geQ>

EL RASGO DE IRA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. EL ABORDAJE DESDE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL Y SUS POSIBLES BASES NEUROBIOLÓGICAS

Taboada, Emma; Lago, Adriana
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

En el presente artículo de revisión se expone el trastorno límite de la personalidad desde la perspectiva de la terapia cognitiva y especialmente la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) de M. Linehan. Se hace un correlato con las posibles bases neurobiológicas del trastorno en cuestión sosteniendo una perspectiva multi causal. Nos centramos específicamente en el síntoma de la ira y la dificultad en el control de los impulsos de estos pacientes, haciendo referencia a distintas explicaciones del fenómeno. Se exponen brevemente las posibles alteraciones funcionales presentes en la desregulación emocional y en la respuesta desadaptativa. METODOLOGÍA. Revisión bibliográfica. Análisis conceptual. OBJETIVOS. Se espera a través de esta presentación transmitir la relevancia que tiene el diagnóstico y tratamiento de este trastorno, poniendo especial atención en las estrategias que permitan el reconocimiento y aceptación de las emociones negativas y el aprendizaje de nuevas formas de afrontamiento que permitan también el cambio cognitivo.

Palabras clave

Trastorno Límite Correlato Neurobiológico

ABSTRACT

THE ANGER TRAIT ON BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, ITS VIEW FROM DIALECTICAL BEHAVIOUR THERAPY AND ITS POSSIBLE NEUROBIOLOGICAL BASES
In this review article describes the borderline personality disorder from the perspective of cognitive therapy and especially Dialectic Behavioral Therapy M. Linehan. There is a correlation with the possible neurobiological bases of the disorder in question holding a multi-causal. We focus specifically on the symptom of anger and difficulty controlling impulses of these patients, referring to different explanations of the phenomenon. Outlines the possible functional changes in the deregulation and the emotional response maladjusted. METHODOLOGY. Literature review. Conceptual analysis. OBJECTIVES. It is expected to pass through this presentation that the relevance of the diagnosis and treatment of this disorder with particular attention to strategies for the recognition and acceptance of negative emotions and learning more adaptive coping strategies.

Key words

Borderline Personality Disorder Neurobiological

1 INTRODUCCIÓN

La presentación habitual, del trastorno límite de la personalidad es de una inestabilidad emocional crónica al inicio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo. (1)
Se incluye en los criterios diagnósticos de la Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM IV-TR, las relaciones interpersonales inestables con esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, la alteración de la

identidad o el sentido de sí mismo, así como las conductas impulsivas potencialmente dañinas (2), nos vamos a detener en un aspecto particular del diagnóstico, que es la expresión inapropiada de la ira que frecuentemente va acompañada de sentimientos de culpa y una autoimagen marcadamente negativa.

M. Linehan, en su libro "Tratamiento cognitivo para los trastornos de personalidad límite, destaca en este sentido la llamativa vulnerabilidad emocional que suelen experimentar estos pacientes, con una activación exagerada, acompañada de gran sensibilidad a los estímulos negativos y un mayor tiempo para bajar al nivel de activación de base, y la consiguiente dificultad para controlar la impulsividad.

La autora destaca una tendencia de los individuos a invalidar sus propias emociones, pensamientos, creencias y conductas; estableciendo a veces expectativas demasiado elevadas y poco realistas para consigo mismos. Esto puede dar lugar a un intenso sentimiento de vergüenza, odio y la tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas, especialmente aquellas asociadas con el dolor y las pérdidas, incluyendo tristeza, ira, culpabilidad, vergüenza, ansiedad. (3) A principios de los años 90' la autora desarrolló la llamada Terapia Dialéctica Conductual, basada en el principio de que un trastorno límite de la personalidad es esencialmente el resultado de una vulnerabilidad emocional con una posible base biológica en interacción con las deficiencias de un medio ambiente invalidante, que dan lugar a la escasez de habilidades interpersonales, la falta de autocontrol y el deterioro de la identidad (4). Linehan postula que estas habilidades podrían ser re aprendidas en una psicoterapia y propone un modelo de tratamiento que incluya la enseñanza de habilidades psicosociales, en el marco de una relación terapéutica caracterizada por la comprensión, la validación de las emociones, las conductas y las cogniciones del paciente.

2- LA RESPUESTA DE IRA

Tanto los modelos de la psicología social (Anderson y Bushman, 2002; Berkowitz, 1990 citados en Wilkowski, 2008) como los de psicología del desarrollo (Crick & Dodge, 1994 citado en Wilkowski, 2008) trataron de comprender y explicar la ira y la agresión (5). Estos modelos comparten como premisa central que la forma en que la persona procesa el input situacional hostil, sería la determinante de la respuesta agresiva a cada situación. Esta forma de procesar dependerá de la accesibilidad de la memoria, el sustrato de procesamiento y la interpretación, características que podrían explicar las diferencias individuales en la ira reactiva y que surgirían a partir de las distintas experiencias propias de cada persona. La ira, estado de sentimiento interno asociado con una motivación incrementada por herir a otros; el estado de ira se corresponde a un estado emocional marcado por sentimientos subjetivos que varían en intensidad de rabia o irritación a furia intensa; el rasgo de ira (Deffenbacher, 1992; Spielberger, 1988, citado en Wilkowski, 2008) involucra diferencias individuales en la frecuencia, duración e intensidad del estado de ira y la Agresión pertenece al acto actual de herir a otros. (6)

3- EXPOSICIÓN A ESTRÉS CRÓNICO Y DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Una de las características de los pacientes con trastorno límite es que, la capacidad de regular las emociones se ve alterada (7), este déficit en la capacidad de modulación de respuestas al estrés estaría asociado a deterioro del control ejecutivo, relacionado a su vez a altos niveles de emocionalidad negativa. Esta desregulación emocional estaría dada por una predisposición biológica; la interacción con el contexto ambiental invalidante (10) y la activación de esquemas disfuncionales, y estaría relacionado con el aumento de las tendencias agresivas.

La modulación de la emoción es una habilidad que implica: entre otras la de inhibir las conductas inapropiadas relacionadas con emociones negativas, como es el caso de la expresión de ira.

La posibilidad de mantener un estado de bienestar, regulando los distintos estresores que provocan alteraciones de los estados de humor, depende de: la capacidad de valorar un evento como positivo o negativo; de la racionalización del evento y del control de impulsos (lo cual es realizado en forma consciente).

Para responder a situaciones amenazantes, las emociones consi-

deradas más básicas proveerían respuestas adaptativas rápidas. Sobre estas emociones básicas, se conformarían emociones derivadas (o secundarias) que representan patrones complejos o pautas de respuesta automatizadas, producto de interacciones tempranas y aprendizaje mediado por la cultura. (11)

Hay estímulos cuyos rasgos superficiales son procesados en forma automática sin que medie la conciencia-al estilo del aprendizaje del miedo condicionado; probablemente ésta sería la forma en que se activan estrategias simples de rápido acceso, en los pacientes con trastorno límite, que permitiría explicar la baja modulación de la respuesta al estrés. En los trastornos de personalidad, los esquemas intervienen en el procesamiento de la información y cuando son hipervalentes se tornan predominantes (umbral de activación muy bajo)

Las más recientes investigaciones indican que hasta el 76% de las mujeres que cumplen los criterios de TLP fueron realmente víctimas de abuso sexual durante su niñez. Y también hay evidencia que estos individuos han sufrido abuso físico y trato negligente durante su infancia (10). Así la exposición a estrés crónico resultaría en una desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, relacionado a los desordenes del humor.

En el circuito de regulación: el hipotálamo, libera Adenocorticotrofina (ACTH) que actúa sobre las glándulas suprarrenales liberando hormonas esteroides, en particular la corticotrofina, la cual actúa sobre a) la amígdala, la que ejerce regulación positiva sobre el hipotálamo (manteniendo la liberación de ACTH, en consecuencia mayor concentración de hormonas esteroides); b) sobre el hipocampo el cual es responsable del feedback negativo al hipotálamo, que cerraría el circuito (esto permitiría mantener un nivel adecuado -llamémosle basal- de hormonas esteroides).

En situación de estrés esto no ocurre así, el hipocampo se ve afectado parcial o totalmente, ya que la producción de hormonas esteroides supera el nivel basal y no puede darse el circuito regulatorio; en consecuencia, la amígdala comanda las acciones, la valoración de un evento (positivo o negativo) activará en forma inconsciente esta memoria semántica. Esta ausencia de regulación por parte del hipocampo permitiría explicar: la amnesia de recuerdos emocionales explícitos en la niñez, según Jacobs y Nadel (12) porque el hipocampo es una formación de desarrollo más lento y el aprendizaje y la memoria dependiente del núcleo amigdalino, y la distorsión de recuerdos acorde con Ledoux (13).

4- CONCLUSIONES

Sabemos que el rasgo agresivo y los niveles de ira, son íconos importantes del tratamiento cognitivo con estos pacientes, por lo tanto comprender que la conducta impulsiva y la inestabilidad afectiva pueden relacionarse también con cambios neurobiológicos, permitirá comprender globalmente el problema.

Las dificultades de los pacientes límite en la regulación de sus emociones y de sus tendencias agresivas, podría estar sustentada en los circuitos anteriormente descriptos. La DBT, ayudaría a estos pacientes a aprender no sólo habilidades de autogestión, sino también a capacitarse para influir en su ambiente ya que este ambiente está en permanente transacción con él.

La dialéctica constituye la base del tratamiento, el pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas del Trastorno límite, son vistas como fracasos dialécticos. El individuo está atrapado en polaridades, incapaz de conseguir la síntesis, entre la necesidad de cambio y la de aceptarse, la de obtener ayuda y dejarla de lado cuando es más competente y mantener su integridad personal a pesar del cambio (9).

La terapia no busca mantener un ambiente estable, más bien quiere ayudar al paciente a sentirse mejor con el cambio.

De acuerdo a Howard (citado en Watzlawick, 1988) *"aquel que cobra conciencia de una teoría relativa a su conducta ya no está más sometido a ella, sino que tiene la libertad de pasar por encima de ella"* (14).

REFERENCIAS

- (1) LINEHAN, M. (1993) "Cognitive- Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder". The Guilford Publications, Inc.
- (2) LINEHAN, M. (1993) "Cognitive- Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder". The Guilford Publications, Inc.
- (3) LINEHAN, M. (2003) "Manual de tratamiento de los trastornos de Personalidad límite" Ed. Paidós. Ibérica. S. A.
- (4) KEEGAN, E. (2004), "Abordaje cognitivo del trastorno límite de la Personalidad" Vertex Rev. Arg. De Psiquiatría
- (5) WILKOWSKI, B.M.; ROBINSON, M.D. (2008). The Cognitive Basis of Trait Anger and Reactive Aggression: An Integrative Analysis. Pers Soc Psychol Rev; 12; 3
- (6) WILKOWSKI, B.M.; ROBINSON, M.D. (2008). The Cognitive Basis of Trait Anger and Reactive Aggression: An Integrative Analysis. Pers Soc Psychol Rev; 12; 3
- (7) LAPORTE, L.; GUTTMAN, H. (1996). Traumatic childhood experiences as factors for borderline and other personality disorders. Journal of personality disorders. Vvol. 10, no3, pp. 247-259
- (8) LINEHAN, M. (1993) "Cognitive- Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder". The Guilford Publications, Inc.
- (9) KEEGAN, E. (2004), "Abordaje cognitivo del trastorno límite de la Personalidad" Vertex Rev. Arg. De Psiquiatría.
- (10) LINEHAN, M. (2003) "Manual de tratamiento de los trastornos de Personalidad límite" Ed. Paidós. Ibérica. S. A
- (11) OATLEY, K. (1993). "Social Construction in Emotion". En M. Lewis, Michael and J. Haviland (Ed). Handbook of Emotions (pp. 341-352) NY: The Guilford Press.
- (12) JACOBS, W.J.; NADEL, L. (1985) "Stress-Induced Recovery of Fears and Phobias". Psychological Review. Vol. 9;. No. 4. 512-531
- (13) LEDOUX, J. (1999). El cerebro Emocional. Capítulos 2, 3, 5, 6 y 7.
- (14) WATZLAWICK, P. (1988). "Profecías que se autocumplen". La realidad inventada. Bs. As. Gedisa.