

HIPÓTESIS SOBRE ALGUNOS MECANISMOS COMUNES ENTRE PERSONALIDAD LÍMITE Y PSICOSOMÁTICA

SOME HYPOTHESIS ABOUT COMMON MECHANISMS IN *BORDERLINE* AND PSYCHOSOMATIC PERSONALITY

M^a José Fernández Guerrero

Dra. Psicología

Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca

Especialista en Psicología Clínica y de la Salud por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y
Psicoterapia

Resumen: En este artículo intentamos poner en conexión dos cuadros aparentemente alejados entre sí: el trastorno límite de la personalidad (TLP) y los trastornos somatomorfos y psicosomáticos. Planteamos hipótesis que establezcan la relación entre ambos, proponiendo que la inestabilidad afectiva y emocional, la impulsividad, el terror a la soledad y al abandono y la incapacidad para estar solos pueden tener claros correlatos somáticos, somatomorfos o psicosomáticos. Así tras realizar una diferenciación entre lo psicosomático y lo somatomorfo, formulamos aspectos que pueden poner en relación el TLP y las alteraciones somáticas con raíces psíquicas, como la poca resistencia al estrés propia de los pacientes límites, las consecuencias de su estilo de vida impulsivo, como reacción ante una amenaza de abandono y como parte de la presentación polisintomática del trastorno, mostrando la existencia de un correlato dinámico entre ambas estructuras de personalidad y de mecanismos equivalentes de pensamiento. Respecto a este último punto tratamos de asociar la alexitimia y el TLP para sugerir la hipótesis de que existen nexos de unión entre ambos tipos de procesamiento.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad. Trastornos somatomorfos. Trastornos psicosomáticos. Alexitimia.

Abstract: In this paper we attempt to connect two apparently unrelated disorders: *borderline* personality disorder (BPD) and somatoform-psychosomatic disorders. We propose some hypothesis which can relate both of them, suggesting some symptoms with somatic, somatoform and psychosomatic correlates: affective and emotional instability, impulsivity, fear to loneliness and abandonment and inability to be alone. After differentiating between somatoform disorders and psychosomatic disorders, we propose some aspects which can relate BPD and psychological based somatic upsets as low stress resistance typical of patients with BPD, the consequences of impulsive way of life, their kind of reaction to abandonment threat and as a part of the polysymptomatic presentation of the disorder, showing the existence of a dynamic correlate and equivalent thinking

processes between both personality structures. With regard to this latest question, we try to associate alexithymia and BPD for suggest the hypothesis that there are ties between both thinking processes.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Somatoform Disorders, Psychosomatic Disorders, Alexithymia.

INTRODUCCIÓN

En este artículo pretendemos unir dos tópicos de la salud mental que se han convertido en uno de los ejes de nuestra actividad investigadora: por un lado el trastorno límite de la personalidad (TLP), objeto de nuestra atención desde los tiempos de nuestra tesis doctoral; por otro los trastornos psicósomáticos, terreno en el que nos introdujimos de la mano del Dr. José Luis Marín hace ya bastantes años. Así, queremos continuar el trabajo de profundización iniciado en un artículo presentado al XV Congreso Virtual de Psiquiatría- Interpsiquis (Fdez. Guerrero, 2014).

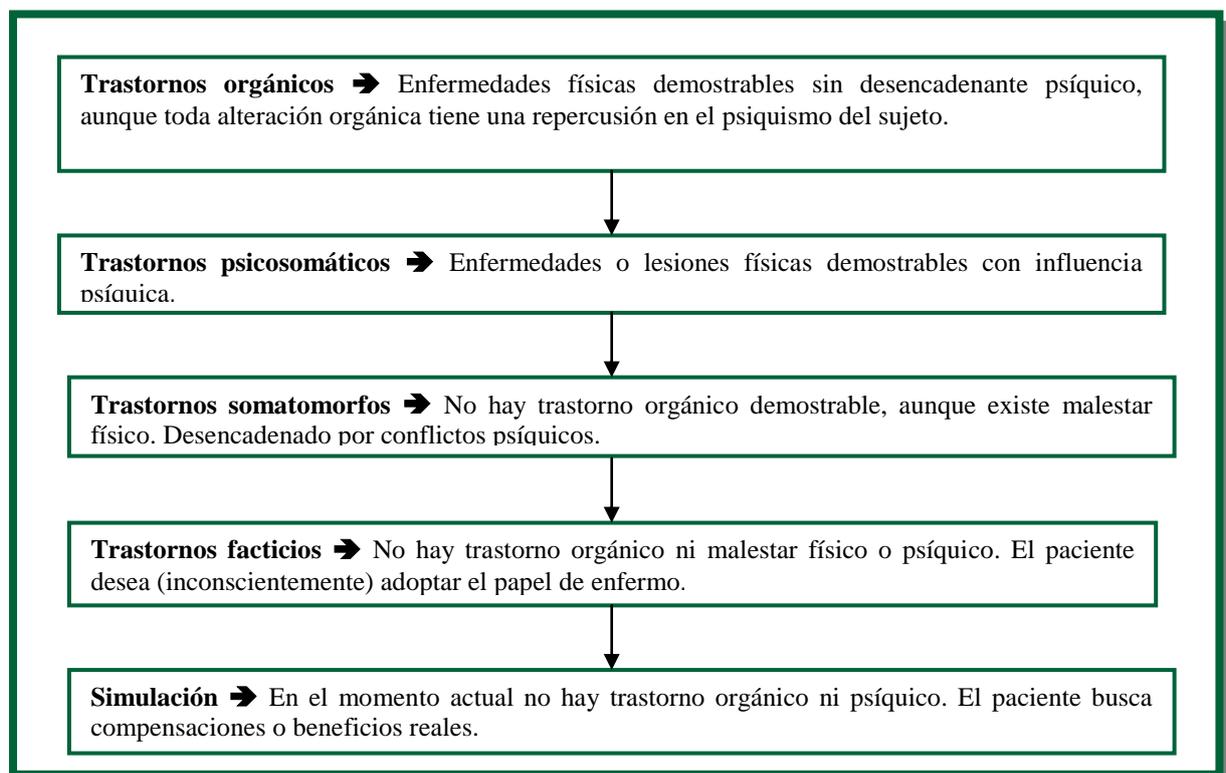
Aunque nos hallamos ante dos entidades diagnósticas sin relación aparente, es frecuente la co-ocurrencia del trastorno *borderline* con diversos tipos de alteraciones en el ámbito orgánico. Intentaremos abordar en este trabajo el análisis de los puntos comunes que pueden existir entre los trastornos psicósomáticos o por somatización y el trastorno límite de la personalidad, "*paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*" como lo definen Cervera, Haro & Martínez Raga (2005). Sabida es la presentación polisintomática de estos pacientes que envuelven al clínico en una maraña de diagnósticos probables que pueden dar como resultado un tratamiento errático. Teniendo en cuenta que, en un sentido general, toda alteración es psico-somática (es decir, cualquier dolencia en un área afectará, indiscutiblemente, a la otra), la presencia de trastornos de la personalidad, como el límite, puede influir en una alteración somática de diferentes formas: agravando o provocando una enfermedad física, interfiriendo en la curación del cuadro psico-orgánico o predisponiendo a determinadas enfermedades médicas (Fdez. Guerrero, 2007). También podemos asistir a la existencia de comorbilidad, bien por compartir núcleos comunes de personalidad, bien de forma independiente una de otra (comorbilidad primaria). Desde este planteamiento nos situamos en el ámbito de la investigación psicósomática, esto es, el intento de establecer los mecanismos fisiológicos (o psicológicos) a través de los cuales variables del funcionamiento mental o del entorno pueden influir en la patogénesis de entidades médicas (Marín, 2006). En este sentido, y desde una perspectiva más energética del fenómeno psíquico, entendemos que lo que desaparece del mundo psicológico aparece de alguna forma en el mundo corporal, convirtiéndose el cuerpo, así, en una forma de lenguaje que expresa lo inexpresable en términos psicológicos. "*Cuando el psiquismo, que suele jugar un papel fundamental en el manejo de las excitaciones, fracasa, es el cuerpo el que asume esa tarea*" (Stora, 2007, p. 8. La traducción es nuestra).

Este cambio de mecanismo de expresión puede observarse, por ejemplo, en situaciones traumáticas donde las emociones no han podido traducirse en palabras pero, sin embargo, han sido registradas somáticamente y encontrado expresión en el cuerpo. Como señala B. Aznárez (2013), que creamos no recordar no significa que no recordemos; que no podamos acceder conscientemente a la información almacenada no implica que no exista, sino que lo que se está activando es la memoria implícita, la memoria que hace que recordemos con el cuerpo ya que es en él donde se almacenan las experiencias más primitivas. El cuerpo nunca olvida aunque nosotros, conscientemente, no recordemos, aunque no podamos poner palabras a esos recuerdos. Joyce McDougall (1994), desde una perspectiva psicoanalítica, apunta en esta misma dirección al afirmar que "*todos tenemos tendencia a somatizar cuando ciertas circunstancias internas o externas a nosotros sobrepasan nuestros modos psicológicos habituales de resistencia*" (p. 13).

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS VS. SOMATOMORFOS

Antes de introducirnos de lleno en el tema central haremos un breve apunte diferencial entre las alteraciones que, en ciertos momentos, vamos a utilizar como términos equivalentes: trastorno orgánico, psicossomático, somatomorfo, facticio y simulación. La razón de esta equivalencia estriba en que todos estos cuadros tienen en común la sintomatología física y el malestar orgánico. De hecho, en un sentido amplio, el campo de la patología psicossomática abarca los trastornos psicossomáticos propiamente dichos, el trastorno de conversión, de somatización, facticio y la simulación, además de entidades como los equivalentes depresivos y patologías médicas funcionales (Marín, 2006).

En sentido estricto, entre estas entidades hay matices diferenciales que resumimos en la Figura 1.



Trastornos orgánicos propiamente dichos: Son enfermedades físicas demostrables mediante pruebas y técnicas de laboratorio y que carecen de desencadenante psíquico, si bien toda alteración orgánica tiene una repercusión en el psiquismo del sujeto.

Trastornos psicósomáticos: Se produce en el paciente una alteración estructural o funcional o lesión orgánica claramente demostrable; en la etiología de tal transformación morfológica o enfermedad orgánica se puede encontrar una vivencia conflictiva, un estilo de personalidad, un estilo de afrontamiento o una vulnerabilidad concreta. Esos trastornos ya no se reducen a los siete formulados inicialmente por Alexander y la escuela de Chicago (asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoide y úlcera duodenal), sino que en la actualidad se consideran alteraciones multicausales donde el fracaso de los mecanismos de adaptación y defensa juegan un papel predominante, pudiendo afectar a cualquier sistema. La equivalencia aproximada en el DSM-5 (APA, 2013) son los denominados "factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas".

Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (antes somatomorfos): El síntoma común de los trastornos pertenecientes a este grupo son las quejas somáticas, aunque tras las exploraciones pertinentes no hay hallazgos que justifiquen esos síntomas o, si los hay, son incongruentes con lo descrito por el sujeto. Los síntomas que presenta el paciente sugieren la existencia de una entidad nosológica orgánica aunque esta no se corrobora por los métodos de exploración utilizados. Uno de los subtipos de este grupo corresponde a los trastornos de conversión, donde los síntomas físicos se expresan a través de la motricidad voluntaria y órganos sensoriales, es decir, sistemas que comunican con el exterior. De esta forma el padecimiento del sujeto sugiere la presencia de una alteración neurológica, expresada mediante parestesias, anestias, parálisis, ceguera, problemas en la deglución, etc. En el DSM-5 se sugiere denominar a este cuadro como: "trastorno de síntomas neurológicos funcionales".

En otro trastorno de este grupo, el de somatización (o trastorno de síntomas somáticos), puede presentarse un cuadro de molestias cambiantes y difusas en distintos órganos o sensaciones dolorosas variadas e inconexas aunque, a diferencia de la conversión, no existe valor simbólico en el órgano afectado. Una persona con trastorno de somatización suele frecuentar las consultas de atención primaria con quejas diferentes cada vez o, incluso, si se le hace una anamnesis adecuada, puede descubrirse que tiene molestias en varios sistemas. Se sigue así la *Ley de Jores* que apunta a que cuantos más signos y síntomas desconectados presente el paciente, más probabilidades hay de que el trastorno sea psicógeno (Marín, 1992).

Trastornos facticios: Supone el intento, mediante engaño, de fingir enfermedad o lesión física o psíquica con el fin de asumir el papel de enfermo, sin que aparentemente existan incentivos externos para dicha conducta. El propósito es adoptar este papel hasta el punto de que la enfermedad llega a convertirse en un medio de vida. Esta entidad ha sido denominada de muchas formas a lo largo de la historia: pacientes afectos de un problema de peregrinación; vagabundos de hospital; *kopenickiades* (fraudes); síndrome del judío errante; síndrome de adicción hospitalaria y adicción multiquirúrgica. Como señalan Enoch y Ball (2007), "*la multiplicidad de los sinónimos refleja la variedad de patologías y la complejidad diagnóstica*" (p. 142). La producción intencionada de los síntomas les distingue de los trastornos somatomorfos. En otro apartado de este trabajo abordaremos de nuevo esta problemática, poniéndola en relación con el trastorno límite de la personalidad.

Simulación: No hay (en el momento del diagnóstico) trastorno orgánico ni psíquico pero el paciente busca compensaciones o beneficios reales. En la simulación (o neurosis de renta) puede encontrarse un motivo real (económico, legal...) que justifique el hacerse pasar por enfermo ya que la enfermedad le ocasiona evidentes beneficios de los que no está dispuesto a desprenderse. Es más un problema judicial que psiquiátrico.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y ALTERACIONES SOMÁTICAS

El trastorno límite de la personalidad (a partir de ahora TLP) es un "*patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos*" (APA, 2013, p. 663). Estas características son lo bastante graves y persistentes como para provocar un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, ocupacional y de otras áreas. Dejando aparte el resto de la definición DSM, los aspectos descriptivos presentes en el cuadro incluyen algunos de los siguientes indicadores:

- Relaciones interpersonales intensas e inestables.
- Impulsividad.
- Inestabilidad afectiva.
- Ira.
- Conductas suicidas y/o autolesivas.
- Alteración de la identidad.
- Sentimientos de vacío.
- Miedo al abandono.
- Pérdida del juicio de realidad. Episodios micropsicóticos.
- Presentación polisintomática.

Conociendo la enorme complejidad del cuadro que nos ocupa y las páginas y páginas que llenan los estudios sobre esta alteración y su comorbilidad, llama la atención la escasez de documentación sobre la interrelación entre los trastornos somatomorfos/psicosomáticos y el TLP, de ahí que parte de este trabajo sea, hasta cierto punto, especulativo con el objetivo de plantear algunas líneas de investigación. Para Caballo et al. (2004) los problemas fisiológicos y médicos del TLP estarían representados por los siguientes aspectos:

- Discapacidades físicas por autolesiones e intentos de suicidio fallidos
- Inestabilidad en los patrones de vigilia-sueño
- Reacciones fisiológicas reactivas al estado de ánimo
- Problemas psicosomáticos en situaciones de estrés
- A veces historia de trastornos neurológicos

Aparte de la posible coexistencia de ambos trastornos en forma de comorbilidad primaria, en nuestra opinión los problemas físico/orgánicos en los pacientes TLP pueden provenir de varias fuentes:

- De su menor resistencia al estrés e hipersensibilidad a los estímulos ambientales aversivos y, unido a ello, de su mayor tendencia a interpretar estos estímulos como peligrosos o persecutorios.
- Como consecuencia de su estilo de vida impulsivo.
- Como reacción ante el abandono o la amenaza de abandono de la persona significativa; en este sentido los síntomas constituirían una llamada de atención o una forma de encadenar a la otra persona a su lado.
- Como correlato dinámico de su estructura de personalidad (para lo cual habría que posicionarse por un momento en la teoría psicosomática de la especificidad y la creación de "perfiles psicosomáticos" propuestos por Dunbar).
- Como parte de la presentación polisintomática propia del cuadro.
- Como mecanismos equivalentes de pensamiento: vamos a proponer la hipótesis de la existencia de una cierta relación entre la alexitimia y la estructura de pensamiento de los sujetos TLP.

Menor resistencia al estrés

Aunque este supuesto no es exclusivo del TLP, los sujetos pertenecientes a este grupo diagnóstico escrutan el ambiente en busca de estímulos aversivos: cualquier palabra o gesto de la persona significativa es interpretado como señal de que va a ser abandonado por ella. No es una hipersensibilidad o una hiperalerta de tipo paranoide, ya que lo persecutorio para los pacientes límites

no es el otro sino la ausencia del otro, el vacío, el abandono y la pérdida, puesto que ellos se sienten alguien en función de la otra persona al más puro estilo de la frase "sin ti no soy nada". Es esa pérdida de identidad y de alguien de quien depender lo que intentan impedir a toda costa, por lo que ante cualquier riesgo, peligro o sospecha de un alejamiento todos los mecanismos del estrés se ponen en funcionamiento, siendo, por tanto, más propensos a sus consecuencias nocivas. Ante cualquier señal en este sentido, ante cualquier retraso o palabra airada por parte del otro, se dispara la reacción de alarma con todo su cortejo simpático-suprarrenal: activación simpática, hiperactividad suprarrenal, aumento de la velocidad cardiorrespiratoria, ralentización de la digestión... De hecho se ha hallado en pacientes TLP una excesiva producción de cortisol e hiperactividad hipotálamo-pituitario-adrenocortical, signos correspondientes a la respuesta orgánica al estrés. Se trata de una situación autodefensiva ante la agresión de un agente percibido como amenazante.

Debido a la facilidad que los TLP tienen para percibir el daño, se ven envueltos una y otra vez en la situación estresante y sus correlatos orgánicos, viven inmersos en una condición prolongada de estrés y alarma que da como resultado un deterioro somático por agotamiento y menor resistencia a la enfermedad. En este momento el sujeto puede empezar a sufrir alguna alteración de corte psicosomático por fracaso de la resistencia al estrés crónico, propio de la fase de agotamiento propugnada por Selye en su síndrome general de adaptación. Esta vivencia continuada de situaciones potencialmente provocadoras de tensión nos recuerda al concepto de trauma acumulativo (Khan, 1960) o al TEPT complejo delineado por Herman en 1992: en ambos supuestos asistimos a experiencias repetidas de sufrimiento psíquico no siempre evidentes para el observador externo (Fdez. Guerrero, 2007; Marín, 2014).

Consecuencia del estilo de vida impulsivo

Los TLP suelen mostrar comportamientos impulsivos en una o varias áreas peligrosas para ellos mismos, lo que constituye uno de los criterios diagnósticos más relevantes (criterio 4 del DSM-5). Las conductas impulsivas que pueden traer consecuencias graves a nivel orgánico y, también, más frecuentes dentro de este grupo de pacientes son el consumo abusivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el mal cumplimiento de las pautas medicamentosas, las prácticas sexuales no seguras y las conductas autolesivas.

El consumo de alcohol y otras drogas puede derivar en cuadros de intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia, cuyos síntomas variarán según el tóxico objeto de abuso. Las sustancias favoritas de los sujetos límite son el alcohol y el cannabis, aunque es muy frecuente la politoxicomanía, con las complicaciones que se pueden derivar de la interacción entre los distintos elementos psicoactivos.

Cuando se instaura un tratamiento medicamentoso para abordar los síntomas diana del TLP (inestabilidad afectiva, impulsividad y distorsiones cognitivas), el paciente puede utilizar los fármacos como herramientas con las que dar rienda suelta a sus pasos al acto. Como forma de autoagresión, manipulación o acto en cortocircuito puede dejar de tomar la medicación, ingerir más dosis de las recomendadas o desarrollar pautas erráticas de administración, conductas que pueden acarrear importantes efectos adversos. Por ello uno de los principales problemas que conlleva el tratamiento psicofarmacológico de los TLPs es el de la adherencia al tratamiento y el exacto cumplimiento de las pautas recomendadas.

Tanto por su impulsividad como por su necesidad imperiosa de afecto, la conducta sexual del TLP puede ir asociada a relaciones sexuales sin protección y a múltiples parejas, suponiendo un incremento del riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual o del VIH. De hecho, los estudios de Perkins et al., en 1993, y de Jacobsberg et al. en 1995 apuntan hacia una mayor prevalencia de trastornos de personalidad en sujetos VIH positivos, siendo el trastorno límite el diagnóstico principal (Millon & Davis, 2006). En este sentido también se ha estudiado el impacto del TLP en la adherencia al tratamiento antirretroviral, observándose mayor tendencia a un patrón errático y de falta de cumplimiento exacto del procedimiento terapéutico, derivándose en una mayor resistencia del virus (Nel & Smith, 2006).

Las consecuencias más dramáticas son las derivadas de las *conductas autolesivas, autoagresivas y los intentos autolíticos*. Las conductas autolesivas son típicas de los pacientes límite, sirviendo a muchos profesionales como elemento distintivo del cuadro y llevándoles a afirmar que "*siempre que un paciente se presenta con conducta automutiladora debe ser diagnosticado (por lo menos presumiblemente) de trastorno de personalidad borderline*" (Singer, 1995, p. 166). Las conductas autolíticas más frecuentes son cortarse, golpearse, quemarse, morderse e involucrarse en comportamientos de riesgo, todas ellas descritas como intentos de reducción del estrés por parte de las personas que las realizan y no como tentativas deliberadas de suicidio. Para Gunderson (2002) los objetivos de estas acciones son: superar el dolor psíquico, castigarse "por ser malo", controlar las emociones, ejercer control sobre los demás, expresar la ira y la rabia y superar el aturdimiento a través del dolor físico.

Reacción ante la amenaza de abandono

Es característico de los pacientes *borderline* el comportamiento desadaptativo como reacción ante la separación de personas significativas para ellos. Son muy sensibles a la sensación de abandono, por muy anecdótica que sea esta separación: un viaje de fin de semana, un retraso de diez minutos o la necesidad de acudir a otra cita por parte de la otra persona pueden hacer que el sujeto límite reaccione

con ira inapropiada, acusaciones injustas, automutilaciones o intentos y equivalentes suicidas que en un primer momento inundan de sentimientos de culpa y deseos de protección a la pareja, amigos o figura de referencia a la que se ha adherido el sujeto TLP.

Los pacientes *borderline* son buscadores de cuidados, expertos en intentar conseguir la atención y dedicación de las personas significativas de su entorno inmediato. Uno de los procedimientos para conseguir estas atenciones puede ser la utilización del cuerpo y los síntomas corporales como reclamo, ya que una buena manera de que el otro no se aleje es mediante la enfermedad física: de forma voluntaria (a modo de trastorno facticio) o involuntaria (mediante síntomas somatomorfos, conversivos o alteraciones de corte psicosomático) el sujeto puede padecer determinadas alteraciones somáticas o exacerbaciones de alteraciones preexistentes que "obliguen" al otro a quedarse a su lado para cuidarle.

Hay ocasiones en las que las molestias físicas que sufren estos pacientes colaboran a la mejoría de los síntomas propios de la patología *borderline*: la enfermedad en cuestión controla su impulsividad, les sirve de justificación para explicar su inestabilidad y llena el vacío mediante la preocupación por la dolencia (Rubio Larrosa, 2001). O puede mirarse de otra forma: el paciente límite se ha salido con la suya, ha atado al otro a su lado, el cuerpo ha ganado la batalla al abandono.

Correlato dinámico de su estructura de personalidad

Como comentamos en la presentación de estas hipótesis, el hecho de suponer que hay un patrón de personalidad tras determinadas alteraciones psicosomáticas nos sitúa por un momento en las clásicas teorías de la especificidad o de los "perfiles psicosomáticos", bien en la línea de la especificidad de la personalidad, representada por Dunbar, o del conflicto, representada por Alexander.

Sansone y Sansone (2003) repasaron varias investigaciones que mostraban el vínculo del trastorno límite con determinados diagnósticos médicos. Así, encontraron alta prevalencia de trastornos *borderline* en pacientes con artritis reumatoide, dolor crónico, dolor lumbar, complicaciones en el tratamiento del asma e infección por VIH (a la que ya aludimos anteriormente). En esta misma línea, El-Gabalawy et al. (2010) apuntaron la relación significativa entre la presencia de TLP y trastornos orgánicos como arteriosclerosis, hipertensión, enfermedades hepáticas, cardiovasculares y gastrointestinales, así como artritis y enfermedades de transmisión sexual. En el citado estudio la diabetes, los infartos de miocardio y la obesidad no aparecen asociados al trastorno límite. También Kahl et al. (2013) hallaron una elevada proporción de TLP en pacientes con síndrome metabólico (compuesto por la tríada hiperglucemia, hipercolesterolemia y obesidad abdominal).

Quizá (y no como regla fija) podemos establecer un paralelismo entre un estilo límite de personalidad y rasgos subyacentes a determinadas alteraciones psicosomáticas. Así, por ejemplo, observamos aspectos comunes (y por tanto un mayor riesgo de que una alteración precipite la otra si hay elementos de vulnerabilidad) entre características *borderline* y rasgos de personalidad de pacientes con úlcera gastroduodenal, artritis reumatoide, dermatosis autoinducidas y asma bronquial. Pasemos a analizar brevemente cada una de estas asociaciones.

Como expone Marín (2006), en 1975 Overbeck y Biebl señalaron la existencia de varios tipos de enfermos de úlcera gastroduodenal:

- Enfermo de úlcera sano psíquicamente
- Enfermo de úlcera de carácter neurótico
- Enfermo de úlcera sociopático
- Enfermo con úlcera psicosomático
- Enfermo de úlcera normopático

De esta tipología nos vamos a detener en el enfermo sociopático y en el psicosomático, puesto que, como veremos, acercan posiciones a lo que describimos como típicamente *borderline*. Respecto al enfermo de úlcera sociopático, su personalidad de base refleja un Yo débil, una dependencia pasiva y una necesidad extrema de los demás, tendiendo a las manifestaciones de sus impulsos o a comportamientos paranoide-agresivos, enfermado tras mínimos fracasos relacionados con el amor y el cariño. El enfermo de úlcera psicosomático es aquel que transmite una sensación de vacío en sus relaciones, solo se ve a sí mismo cuando está con otras personas (a modo de falso *self*) y reacciona de forma psicosomática ante las pérdidas. Si observamos con detenimiento las características que hemos expuesto obtenemos los rasgos esenciales de la personalidad *borderline*: debilidad del Yo, dependencia y necesidad de los demás, comportamientos impulsivos, sensaciones de vacío y confirmación de la propia identidad en función de otro significativo.

En el mismo orden de cosas, Freyberger en 1977 distingue dos tipos de enfermo ulceroso a raíz de su comportamiento manifiesto: el pasivo y el hiperactivo. Mientras que este último se caracteriza por luchar y rebelarse contra sus deseos de dependencia mediante conductas agresivas y la autodemostración de su fuerza, en el pasivo el miedo inconsciente a ser abandonado ocupa el primer plano y produce una tensión constante. Este sujeto busca apoyarse en personas que no le "puedan" abandonar, siendo considerado una persona manifiestamente dependiente. Los brotes de úlcera se producen cuando los deseos de dependencia inconscientes o conscientes no se ven satisfechos. Es este último tipo, el pasivo, el que nos hace pensar en un fondo de personalidad básicamente *borderline* que utiliza los brotes como herramienta para "sujetar" a la otra persona.

Si nos adherimos a la teoría de la especificidad, parece que el conflicto básico del ulceroso tiene que ver con la dependencia, por lo que, al margen de tipologías, la úlcera puede ser un tipo de somatización típicamente *borderline*.

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune, inflamatoria crónica de las articulaciones que origina dolor, rigidez, hinchazón y pérdida de la movilidad del cuerpo, acompañándose a veces de otros problemas en diferentes órganos. Se ha apuntado la posibilidad de que, contribuyendo a la aparición de la enfermedad, exista una personalidad con gran sensibilidad a la separación real o su amenaza, y, en definitiva, a la pérdida de afecto. Al igual que sucedía con los enfermos de úlcera antes descritos, las crisis de empeoramiento de la artritis coinciden con circunstancias de pérdida de afecto o sostén afectivo.

En la misma línea podríamos considerar a los pacientes con dermatosis autoinducidas. En ellos las lesiones dermatológicas pueden derivarse del estilo de vida impulsivo de los pacientes TLP (como comentamos con anterioridad), de los sentimientos de rabia producidos por heridas narcisistas y, obviamente, por intentos autolesivos ante la amenaza de abandono del otro significativo, sin olvidar el importante valor simbólico que la piel (límite de lo corporal) tiene en estos pacientes. En diversas investigaciones se ha comprobado la existencia de trastornos *borderline* en pacientes con excoriaciones psicógenas y otras dermatosis crónicas, sobre todo las autoinducidas (por ejemplo el estudio de Arnold, Auchenbach & McElroy (2001) o el realizado en población turca por Coşkun, Atmaca, Saral & Coşkun (2005)). Asimismo Sansone & Wiederman (2009), en un trabajo realizado en consultas de Atención Primaria, medicina interna y cirugía bariátrica, observaron la existencia de una relación significativa entre pacientes que impedían intencionalmente que sus heridas sanaran (rascándose las, frotándose las o infectándose las) y el diagnóstico de TLP, esto es, entre los trastornos *borderline* y facticios.

Hernández Rodríguez (1985) observa un paralelismo entre la estructura límite y la psicossomática del paciente asmático. Señala que el miedo a la separación es algo que suele estar presente en los asmáticos, así como la sensación de no estar nunca satisfechos y de no tener nunca bastante, buscando continuamente un objeto de apoyo (anaclítico) con el que fundirse, al que intenta incorporar por vía simbólica mediante la respiración entrecortada y a bocanadas; por otro lado se encuentra presente el temor a ser invadido por el objeto y el consiguiente aniquilamiento del *self*, con el contradeso e intento de separación expresado simbólicamente mediante la falta de aire, la disnea y el ahogo. Podríamos decir que, etiológicamente hablando, se manifiesta el conflicto que se generó en la necesidad de aferrarse a la madre y, al mismo tiempo, de ser independiente, dilema omnipresente en el paciente TLP y que responde a su dilema claustro-agorafóbico (Rey, 1979; Fdez. Guerrero, 2007).

Presentación polisintomática propia del cuadro

En esta hipótesis nos acercamos al concepto de comorbilidad o co-ocurrencia, para indicar la existencia simultánea de dos trastornos (en nuestro caso el TLP y la alteración (psico)somática) en una misma persona. En este sentido, las posibilidades de coincidencia son innumerables puesto que entra en juego la vulnerabilidad orgánica de la persona en cuestión y no sólo el trastorno de personalidad y sus relaciones etiológicas y etiopatogénicas.

Evidentemente, el TLP (como cualquier otro trastorno) colorea de una forma especial el desarrollo de la enfermedad orgánica concreta, la conducta de enfermedad y la relación médico-enfermo, ya que, por las propias características del cuadro clínico, el paciente afecto es considerado "paciente difícil": demandante, dependiente, con tendencia a poner a prueba los límites o a no respetarlos. En una investigación realizada por Rothrock et al. (2007) se mostró que los pacientes límite con migraña eran clínicamente diferentes de aquellos sujetos migrañosos sin TLP. En concreto, los primeros se sentían más afectados por su dolencia, "les dolía más" que a los demás, les interfería en mayor grado en su vida cotidiana y, al mismo tiempo, eran más refractarios al tratamiento. En otra investigación realizada años antes por Hay & Passik (2000) con enfermos de cáncer con trastorno *borderline*, los autores mostraron las dificultades que el tipo de personalidad añadía a la ansiedad y el estrés propios de la enfermedad, al tratamiento y a la relación con el personal médico, tiñéndose esta última de demandas excesivas de atención o, por el contrario, de agresividad auto y heterodirigida.

Un tema íntimamente relacionado es la demostrada comorbilidad entre el TLP y los trastornos facticios o síndrome de Münchhausen (por ejemplo Pifarré & Sanz, 1997; Valdés Miyar, 2004). Como se señaló en un apartado anterior, los trastornos facticios suponen la búsqueda deliberada de atención sanitaria. Los sujetos presentan historiales médicos aparatosos y síntomas de larga evolución, peregrinan de un hospital a otro para ser explorados, ingresados e intervenidos quirúrgicamente, y describen su enfermedad de manera exagerada, recurriendo a mentiras ostensibles y versiones contradictorias e inverosímiles de su historial médico y biográfico. Los síntomas pueden ser de muchas clases (fiebre, hiperglucemia, hematurias, metrorragias, erupciones cutáneas, alteraciones de la coagulación, infecciones, abscesos, etc.) y tras cada uno de ellos existe una conducta provocadora que, en ocasiones, puede ser grotesca e inicialmente inimaginable (calentar el termómetro, inyectar saliva en la piel, sondarse traumáticamente, autoinyectarse sangre en la vejiga, ingerir tóxicos domésticos, inocularse bacterias y virus o usar fármacos capaces de provocar alteraciones sistémicas), utilizando la información que han ido acumulando en los sucesivos contactos con la red sanitaria.

Estas lesiones autoprovocadas corresponderían a lo que Sansone y Sansone (2003) han denominado *conducta autolesiva medicalizada*. En el repaso que estos autores hicieron a la

bibliografía sobre el tema, encontraron referencias a náuseas y vómitos, excoriaciones cutáneas autoinfligidas, contusiones recurrentes, evitar la cicatrización de las heridas (Sansone & Wiederman, 2009), empeorar a propósito situaciones somáticas y abusar de medicaciones prescritas, además de algunos casos de síndrome de Münchhausen por poderes (provocación de síntomas físicos en alguien que está bajo el cuidado del paciente, normalmente una madre que simula e induce síntomas físicos en su hijo).

En base a estas investigaciones, Sansone y Sansone proponen la existencia de dos subgrupos de pacientes con trastorno *borderline* y facticio comórbido: aquellos con síntomas somáticos y conducta autolesiva medicalizada y los que padecen síntomas psíquicos predominantes, lo cual hará que los pacientes de cada grupo se dirijan, preferentemente, a dispositivos médicos en el primer caso, o a dispositivos psiquiátricos, en el segundo. No obstante, en ambos marcos los pacientes tienden a consumir el tiempo del profesional, reclaman su atención continuamente mediante llamadas telefónicas, piden citas repetidamente, alargan el tiempo de la consulta, establecen intensas relaciones con sus clínicos, se muestran excesivamente familiares con la plantilla, presentan numerosos diagnósticos en su historial (múltiples diagnósticos médicos vs. múltiples diagnósticos psicopatológicos), hay escasa resolución de sus síntomas y complicaciones en el tratamiento. Con todo ello, y contando con las limitaciones de los estudios empíricos reseñados, los autores afirman que "*la posible relación entre el trastorno borderline y los síntomas somáticos o las conductas autolesivas medicalizadas aparece en cierto número de individuos y debería estudiarse en futuras investigaciones*" (2003, p. 244).

Mecanismos equivalentes de pensamiento

Mayer (2000) se refiere a los trastornos fronterizos como patologías del actuar o patologías del acto para señalar el mecanismo por el cual los sujetos límite exteriorizan y ponen en acto lo que no son capaces de experimentar a nivel psíquico. Estas exteriorizaciones pueden realizarse mediante descargas en el cuerpo (somatizaciones o enfermedades psicosomáticas) o por el cuerpo (alteraciones conductuales o adicciones). Es en este sentido en el que vamos a poner en relación los esquemas cognitivo/afectivos de los sujetos alexitímicos, con su dificultad para experimentar e identificar sentimientos, con el proceso mental de los pacientes TLP.

Si unimos los conceptos de alexitimia (Sifneos & Nemiah), pensamiento operatorio (Marty & de M'Uzan) y depresión esencial (Marty), podemos considerar una serie de características que se sitúan en un espacio común entre las personalidades llamadas psicosomáticas y las fronterizas (Fdez. Guerrero, 2007):

- La externalización de conflictos. Se produce una evacuación de sentimientos y/o pensamientos, originándose un cortocircuito a través de dolencias o preocupaciones

relativas al cuerpo y al funcionamiento de este como forma de protegerse del impacto que les produce toda frustración (Hdez. Rodríguez, 1985). Existe, por tanto, un modelo atribucional externo por el que la causa de las conductas son depositadas en sucesos o personas externas: "tú tienes la culpa de que yo me comporte así".

- La presencia de depresión sin culpa ni autorreproches (depresión esencial de Marty).
- La predominancia de los sentimientos de vacío.
- La tendencia a la comunicación de los afectos mediante la acción. En los estados *borderline* las palabras son sustituidas por las acciones, en las personalidades psicossomáticas la verbalización se sustituye por la actuación mediante el cuerpo, por una corporalización de las emociones. De hecho, la alexitimia es un rasgo propio de personalidades con tendencia a la actuación.
- La ausencia de un mundo interno, la dificultad de pensar en sí mismo en términos psíquicos, dando como resultado la patología de la interiorización a la que aludíamos anteriormente. Los sujetos *borderline* tienen dificultad para procesar datos de información emocional, lo que, en opinión de Grotstein (1993), hace que sean alexitímicos de una forma especial.

En cierto sentido, este último punto nos hace pensar en la teoría de la mentalización propugnada por Fonagy y colaboradores. Estos autores denominan la capacidad para concebir los estados mentales conscientes e inconscientes en uno mismo y en los demás como capacidad para mentalizar, mentalización o función refleja. Proponen que un sujeto constitucionalmente vulnerable que experimenta algún tipo de trauma en un contexto vincular, se hace psicológicamente vulnerable en contextos vinculares posteriores como resultado de la inestabilidad del *self*. En un intento para afrontarlo, el sujeto separa su mente de la de los demás, refugiándose en mecanismos primitivos para organizar la experiencia (Fonagy & Bateman, 2006). Uno de esos recursos primitivos puede ser la depositación o utilización del cuerpo como vehículo de expresión. De hecho, en un estado en el que la mente no es capaz de representar ideas, el cuerpo es utilizado como vehículo para tratar con pensamientos y sentimientos.

Esta idea nos pone en conexión los dos conceptos que pretendemos relacionar: la alexitimia como rasgo de personalidad psicossomático (aunque no toda persona con rasgos alexitímicos presenta alteraciones psicossomáticas) y el pensamiento propio de los sujetos fronterizos, en parte debido a que el desarrollo de la capacidad para la representación mental del mundo psíquico de los demás está íntimamente relacionado con la regulación y el control del afecto. Por ello, la falta de capacidad para representar mentalmente este afecto se ha apuntado como un rasgo crucial en las personalidades

alexitímicas y, por ende, en la aparición de trastornos psicosomáticos. Dicho de otro modo: puede apuntarse que la alexitimia consistiría, en parte, en un fallo en la mentalización del afecto.

Si tenemos en cuenta que la dificultad para mentalizar conlleva la imposibilidad de "ser consciente" de ideas, deseos o sentimientos en sí mismo o en los demás, podemos pensar que una personalidad con rasgos alexitímicos, con su dificultad para experimentar y verbalizar afectos, adolece de un déficit de mentalización o función refleja para los afectos y emociones propios y ajenos. Con su pensamiento racional, puede imaginar **qué piensa** el otro, pero **no qué siente o cómo se siente**, ya que los sentimientos no serán reconocidos. Para Wastel & Taylor (2002) los sujetos alexitímicos pueden predecir creencias y acciones a un nivel social macroscópico, pero tienen dificultades en los ámbitos individuales e íntimos. En su opinión, estos sujetos no son incompetentes socialmente, pueden seguir las reglas de cortesía, aunque los problemas surgen cuando se enfrentan a situaciones donde se requiere intimidad e individualidad. En estos momentos es cuando los alexitímicos tienen problemas a la hora de entender a los demás, ya que en lo que muestran dificultad es en articular, leer o adjudicar una valencia afectiva a las creencias y pensamientos ajenos. El problema no parece estar en el nivel de pensamiento o cognitivo, sino en el emocional o afectivo.

Un vínculo inestable y desorganizado puede dar lugar a un sentido de sí mismo desorganizado, a un *self* inestable, a una ausencia de representaciones estables de uno mismo y sus estados internos. La persona puede dudar de sí misma, no sabe lo que quiere ni lo que busca, cambia de opiniones según quien sea la persona significativa que esté a su lado, oscila entre considerarse maravillosa u horrible... Surge la impulsividad por no saber reconocer sus estados emocionales: es mejor actuar que pensar o sentir, la forma más eficaz de influir en el otro es mediante la acción física o los síntomas corporales. De esta forma, si uno no es capaz de identificar adecuadamente los afectos se verá obligado a actuar impulsivamente por la dificultad para tolerar las emociones negativas: esta tolerancia sería mayor si las comprendiera, pero no es el caso. Por tanto, las dificultades para identificar sentimientos pueden estar debajo de la poca tolerancia al estrés, desinhibición e impulsividad propias de la personalidad *borderline* (Gaher et al., 2013). Se entrelazan así la dificultad mentalizadora, los rasgos alexitímicos y los procesos de pensamiento del TLP.

Hallamos esta línea de unión entre los rasgos alexitímicos y el estilo límite en varias investigaciones que proponen la alexitimia como un mecanismo que acompaña a la inestabilidad conductual y emocional del TLP, utilizando como eje argumental el constructo de **disregulación emocional** descrito por M. Linehan (2003). De hecho, desde que esta autora señaló este elemento como clave para explicar la patología límite, distintos autores han considerado el TLP como una patología típica de la regulación emocional (Lecours & Bouchard, 2011). Por ejemplo, Zlotnik et al.

(2001) apuntan a la etiología de la disregulación afectiva señalando que el abandono (o no prestar la suficiente atención) infantil está relacionado con los niveles de alexitimia, proponiendo que la falta de respuesta emocional y la insensibilidad de la persona cuidadora hacia las necesidades del niño contribuyen a la disregulación afectiva, ya que el niño no puede aprender cómo denominar con palabras los sentimientos, a discriminar sus propias emociones ni las de los demás, ni a confiar en que sus propias respuestas afectivas sean interpretaciones válidas de los acontecimientos, en sintonía con el concepto de Linehan de ambiente invalidante.

Van Dijke et al. (2010) proponen que esta disregulación oscilaría entre dos polos extremos: baja regulación (o regulación a la baja), representada por sujetos con limitada contención emocional, como los TLP; y la super-regulación (o regulación al alza), representada por la supresión o represión de la expresión o consciencia de los contenidos afectivos, manifestándose con claridad en los sujetos alexitímicos. Así, para estos investigadores la alexitimia y el patrón TLP son dos polos del mismo continuo, el primero por exceso y el segundo por defecto (Fig. 2)

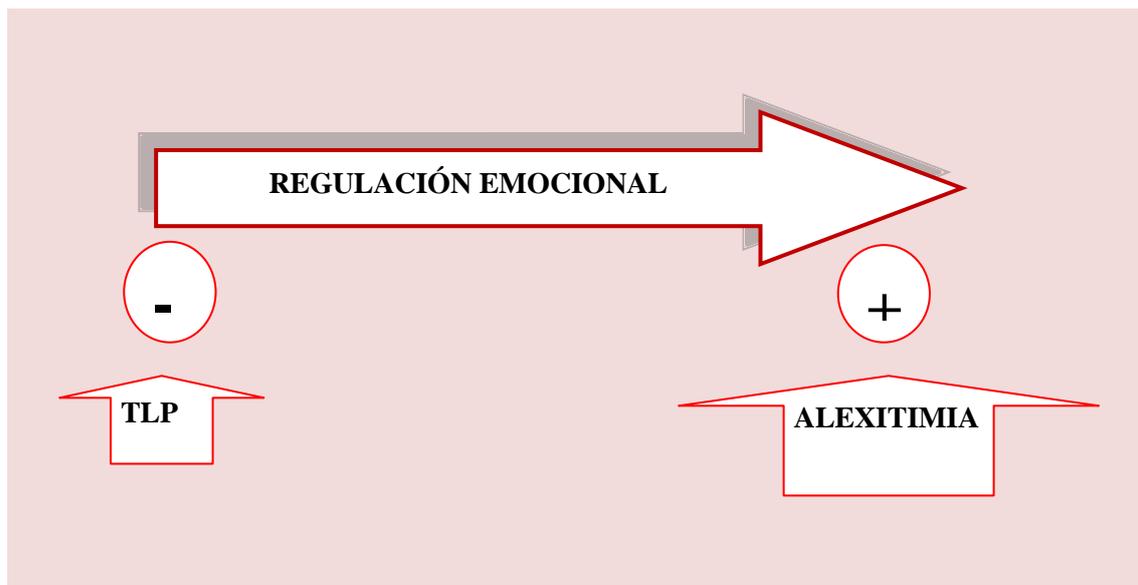


Fig. 2: Modelo de disregulación emocional (Van Dijke et al., 2010)

Otras investigaciones han intentado establecer la relación entre problemas vinculares en la temprana infancia y el padecimiento de TLP en la vida adulta, considerando que la alexitimia constituye un factor de riesgo para el desarrollo del TLP. De esta forma Deborde et al. (2012) determinan la influencia del ambiente invalidante a la hora de producir en el sujeto incapacidad para identificar emociones como rabia, miedo o vergüenza, lo cual entra de lleno en el concepto alexitimia. Así, ambientes invalidantes donde no se tolera la expresión de sentimientos impiden que se aprenda a entenderlos y darles nombre, por lo que es necesario darles salida mediante pasos al acto o somatizaciones, rasgos típicos del TLP. Así, el aprendizaje de un patrón alexitímico de procesamiento

emocional supondría un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de un TLP al final de la etapa adolescente. Estas conclusiones apoyan investigaciones previas que intentan establecer la unión entre la alexitimia y la forma en la que los sujetos *borderline* procesan las emociones aunque, en la mayoría de los estudios, las características de la muestra empleada o la dificultad de extrapolar conclusiones hagan difícil la generalización de resultados (Lemche et al., 2004; Modestin et al. 2004).

En 2011, Lang et al. plantean la posibilidad de que los déficits de inhibición cortical hallados en los sujetos TLP dependan de los niveles de alexitimia como rasgo de personalidad. En este estudio no pudo comprobarse significativamente tal hipótesis, ya que sólo se pudo observar la influencia ejercida en ambas alteraciones del sistema gabaérgico y las dificultades de comunicación interhemisférica por alteraciones del cuerpo caloso. Así, las dificultades de comunicación entre los hemisferios derecho e izquierdo, las disfunciones en la conexión fronto-límbica (sobre todo respecto al área frontal ventromedial derecha y sus conexiones con la amígdala) y las alteraciones en el cuerpo caloso se apuntan como aspectos neurobiológicos comunes entre los pacientes alexitímicos y TLPs. Como hemos podido observar, los intentos de poner en relación el constructo alexitimia y los estilos de procesamiento emocional de los pacientes límite (o con estilo límite) no consiguen llegar a un acuerdo, planteándose tres posibilidades:

- 1º. El TLP contribuye al aumento de los rasgos alexitímicos (Lang et al., 2011).
- 2º. La alexitimia es un factor de riesgo para el desarrollo de un TLP en la adolescencia (Deborde et al., 2012)
- 3º. La alexitimia y el TLP constituyen dos polos del mismo continuo (Van Dijke et al., 2010).

Lo que parece claro es que la relación existente entre estos dos supuestos no está claro y requiere profundizar en su investigación.

CONCLUSIONES

A lo largo de estas páginas hemos intentado exponer las posibles vías de relación entre los trastornos somatomorfos/psicosomáticos y las alteraciones de personalidad *borderline*, planteando seis posibilidades conexión:

- 1) la menor resistencia al estrés de los sujetos TLPs,
- 2) alteraciones somáticas como consecuencia de su estilo de vida impulsivo,
- 3) la reacción ante la amenaza de abandono,
- 4) como correlato de su estructura de personalidad,
- 5) como parte de la presentación polisintomática (con la posibilidad de una más que probable comorbilidad), y
- 6) como la consecuencia (en algunos casos) de mecanismos equivalentes de pensamiento.

Proponemos la hipótesis de que aquellas alteraciones físicas que nos hablen de un miedo al abandono y de la necesidad de mantener al lado al otro significativo nos están dirigiendo hacia un fondo limítrofe de personalidad. En esta misma línea, se ha ido planteando la utilización que los pacientes TLP pueden hacer del cuerpo y sus síntomas para mantener atadas a sus figuras vinculares, para paliar las emociones negativas y para conseguir cuidados, con un claro beneficio primario (no consciente) y/o secundario (consciente).

También hemos intentado poner en relación dos conceptos que apenas han obtenido atención conjunta: la alexitimia y el modo de pensar y sentir de los sujetos límites (o con un estilo límite de personalidad). En algunos pacientes, a través de esta unión pueden justificarse síntomas como la inestabilidad del *self* y la autoimagen, la inestabilidad afectiva y la dificultad de pensar en los demás como seres independientes. Etiológicamente hablando se observan elementos comunes en el origen de los dos factores: presencia de una situación traumática precoz, la alteración de las relaciones vinculares con un posible trauma de apego, y la presencia de un ambiente invalidante que impide al sujeto en desarrollo reconocer las emociones propias y ajenas (alexitimia), creando la vulnerabilidad para el desarrollo de un TLP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5*. Madrid. Médica Panamericana.

- Arnold, L.M.; Auchenbach, M.B.; McElroy, S.L. (2001). Psychogenic Excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs*, 15(5): 351-359.
- Aznárez Urbieto, B. (2013). "No me acuerdo" o la narrativa de una adopción. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* [Internet] 3(1). Disponible en www.psicociencias.com/revista
- Caballo, V.E. (coord.) (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J. (Dirs.) (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Coşkun, B.K.; Atmaca, M.; Saral, Y.; Coşkun, N. (2005). Prevalence of psychological factors in chronic dermatoses. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 9(1): 52-54.
- Deborde, A-S.; Miljkovitch, R.; Roy, C.; Dugré-Le Bigre, C.; Pham-Scottez, A.; Speranza, M.; Corcos, M. (2012). Alexithymia as a mediator between attachment and the development of *borderline* personality disorder in adolescence. *J Pers Disord*, 26(5): 676-688.
- El-Gabalawy, R.; Katz, L.Y.; Sareen, J. (2010). Comorbidity and associated severity of *borderline* personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosomatic Med.*; 72(7): 641-647.
- Enoch, D.; Ball, H. (2007). *Síndromes raros en psicopatología*. Madrid: Triacastela.
- Fernández Guerrero, M.J. (2007). *Trastorno límite de la personalidad. Estudio de un concepto controvertido*. Salamanca: Amarú, 2007.
- Fernández. Guerrero, M.J. (2014). Lo *borderline* y lo (psico)somático: hipótesis sobre su relación. XV Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis 2014. Disponible en [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- Fonagy, P.; Bateman, A. W. (2006) Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol*, 62(4): 411-430.
- Gaher, R.M.; Hofman, N.L.; Simons, J.S.; Hunsaker, R. (2013). Emotion regulation deficits as mediators between trauma exposure and *borderline* symptoms. *Cogn. Ther. Res.* 37: 466-475.
- Grotstein, J. S. (1993). Boundary difficulties in *borderline* patients. En: L. Bryce Boyer; P. Giovacchini: *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient* (II). New Jersey: Jason Aronson Inc., p. 107-141.
- Gunderson, J. G. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Hay, J.L. & Passik, S.D. (2000). The cancer patient with *borderline* personality disorder: suggestions for symptom-focused management in the medical setting. *Psycho-Oncology* 9(2): 91-100.
- Hernández Rodríguez, J. (1985). Vértices organizativos correspondientes a la estructura *borderline* de personalidad. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 11: 21-56.

- Kahl, K.; Greggersen, W.; Schweiger, U.; Cordes, J.; Correll, C.; Frieling, H. et al. (2013). Prevalence of the metabolic syndrome in patients with *borderline* personality disorder: results from a cross-sectional study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 263(3): 205-213.
- Khan, M.M.R. (1960). Clinical Aspects of the Schizoid Personality: Affects and Technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 41: 430-437.
- Lang, S.; Stopsack, M.; Kotchoubey, B.; Frick, C.; Grabe, H.J.; Spitzer, C. (2011). Cortical inhibition in alexithymic patients with *borderline* personality disorder. *Biol. Psychol.* [internet]. Disponible en <http://www.elsevier.com/locate/biopsycho>
- Lecours, S.; Bouchard, M.A. (2011). Verbal elaboration of distinct affects categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84: 26-41.
- Lemche, E.; Klann-Delius, G.; Koch, R. & Joraschky, P. (2004). Mentalizing Language development in a Longitudinal Attachment Sample: Implications for Alexithymia. *Psychother Psychosom*, 73: 366-374.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós,
- Marín, J.L. (1992). *Curso de Medicina Psicosomática y Psicología Médica*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica.
- Marín, J.L. (2006). *Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Marín, J.L. (2014). *Trauma y trastornos psicosomáticos*. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.
- Mayer, H. (2000). Acting out y pasaje al acto en patologías actuales. *Revista de Psicoanálisis*, 57(2): 267-283.
- McDougall, J. (1994). *Teatros de la mente: Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid: Julián Yébenes.
- Millon, T.; Davis, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Elsevier-Masson,.
- Modestin, J.; Furrer, R. & Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult non-patients. *J Psychosom Res*, 56(6): 707-709.
- Nel, J.; Smith, M.R. (2006). Exploring the interaction between comorbid psychiatric and medical diagnoses: the potential impact of *borderline* personality disorder on adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART). *S Afr J Psy*. 36(4): 683-698.
- Pifarré Paredero, J.; Sanz Menárguez, J.A. (1997). Simulación y trastornos facticios y somatoformes. En: J.E. Rojo Rodes; E. Cirera Costa (dirs.). *Interconsulta psiquiátrica*. Barcelona: Masson; p. 489-500.
- Rey, H. (1979). Schizoid phenomena in the *borderline*. En J. Le Boit & A. Capponi. *Advances in the Psychotherapy of the Borderline Patient* (pp. 449-484). New York. Aronson.

- Rothrock, J.; López, I.; Zweilfer, R.; Andress-Rothrock, D.; Drinkard, R.; Walters, N. (2007). *Borderline Personality Disorder and Migraine. Headache*, 47(1): 22-26.
- Rubio Larrosa, V. (2001). Personalidad y trastornos somatomorfos. En J. García-Campayo, R. Salvanés Pérez, C. Álamo González (eds.). *Actualización en trastornos somatomorfos*. Madrid: Médica Panamericana; p. 119-124.
- Sansone, R.A., Sansone, L.A. (2003). Personalidad *borderline*: ¿diferentes síntomas en diferentes marcos de tratamiento? *Int J Psychiatry Clin Pract (Ed. Esp.)*, 2(5): 241-244.
- Sansone, R.; Wiederman, M. (2009). Interference with Wound Healing: *Borderline* Patients in Psychiatric versus Medical Settings. *J Clin Psychiatry*, 11(5): 271-272.
- Singer, M. (1995). The Self-Destructive Patient. En H. J. Schwartz (Ed.): *Psychodynamic Concepts in General Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.
- Stora, J.B. (2007). *When the Body Displaces the Mind. Stress, Trauma and Somatic Disease*. London: Karnac Books.
- Valdés Miyar, M. (2004). Los trastornos de la personalidad en las enfermedades médico-quirúrgicas. En M. Roca Benassar (coord.). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars Médica, p. 313-327.
- van Dijke, A.; Ford, J.D.; van der Hart, O.; van Son, M.; van der Heijden, P.; Bühring, M. (2010). Affect dysregulation in *borderline* personality disorder and somatoform disorder: differentiating under- and over-regulation. *J Pers Disord*, 24(3): 296-311.
- Wastel, C.A. & Taylor, A.J. (2002). Alexithymic mentalising: theory of mind and social adaptation. *Soc Behav Personal*, 30(2): 141-148.
- Zlotnick, C.; Mattia, J.I. & Zimmerman, M. The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *J Trauma Stress*, 2001; 14(1): 177-188.