



Facultat de Psicologia, Ciències  
de l'Educació i de l'Esport **Blanquerna**

**Universitat Ramon Lull**

## **Trabajo Final de Máster**

**Máster Universitario de Psicología General Sanitaria**

**Año académico: 2016 – 2018**

**La búsqueda de placer a través del dolor:  
Revisión acerca de la relación entre TLP y BDSM**

---

Realizado por Meritxell Puértolas Argüelles

Tutorizado por Meritxell Pacheco Pérez

15 de enero de 2018

## **Agradecimientos**

Agradecer al Dr. Álvaro Frías, la paciencia y la orientación constante durante estos meses, por transmitir motivación y entusiasmo por esta temática tan afín a su trabajo y por ayudarme a salir de los embrollos en los momentos difíciles de este proyecto.

También quisiera agradecer al Centro de Salud Mental de Mataró, donde he tenido la oportunidad de formarme así como a los grupos terapéuticos y pacientes de trastorno límite de personalidad que he podido seguir junto al Dr. Álvaro Frías.

Por último, gracias a la Dra. Meritxell Pacheco, mi tutora, por ayudarme a dar forma a este trabajo y a mi familia y amigos por la contención y los ánimos que me han brindado a lo largo de estos meses.

## **Resumen**

En este trabajo, hablamos de la incidencia de la actividad sexual sadomasoquista en las pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Hipotetizamos que esta preferencia tendrá una funcionalidad semejante al síntoma frecuentemente asociado a este trastorno, la autolesión no-suicida. Para ello procuramos comprender la búsqueda de placer a través del dolor y qué motiva a estos perfiles a llevar a cabo estas prácticas. De esta forma, pondremos en tela de juicio la consideración del sadomasoquismo como trastorno psicológico y valoraremos si esta práctica sexual supone un problema o un factor de riesgo añadido para los perfiles TLP. El objetivo que se persigue en este estudio por lo tanto es ampliar la mirada en dos temas que han supuesto un gran *tabú* en la práctica clínica, como son: el sadomasoquismo y las autolesiones; que han sido llevadas incluso en silencio por muchos pacientes por miedo a la estigmatización. En segundo lugar, pretendemos remarcar la importancia de la investigación, debido a que son temáticas que han sido poco tratadas por la comunidad científica y que necesitan serlo, para proporcionar conocimiento y soporte a los profesionales que tratan con este tipo de pacientes, así como para poder ofrecer un tratamiento bien enfocado.

**Palabras Clave:** Trastorno de la personalidad límite (TLP), sadomasoquismo, masoquismo, BDSM, comportamiento sexual, dolor, autolesión, placer

## **Abstract**

In this study, we talk about the incidence of sadomasochistic sexual activity in patients with borderline personality disorder (TLP). Hypothesize that this practice will have functionality similar to the symptom frequently associated with this disorder, the non-suicidal self-injure (NSSI). To do this we try to understand the search of pleasure through pain and what motivates these profiles to carry out these practices. This way, we

will question the consideration of sadomasochism as a psychological disorder and assess if this sexual practice supposes a problem or one more risk factor for TLP profiles. The objective pursued in this investigation therefore is, to extend the look in two topics that have been a great *taboo* in the clinical practice since are: sadomasochism and the auto-injuries, which enclosed have been concealed by many patients for avoiding the stigmatization. Secondly, we intend to emphasize the importance of research, because they are subjects that have been little treated by the scientific community and need to be analyzed, to provide knowledge and support to professionals dealing with this type of patients and that they can be offered a well-focused treatment.

**Keywords:** Borderline personality disorder (BPD), sadomasochism, masochism, BDSM, sexual behavior, pain, self-injury, pleasure

## Índice

	<b>Pág.</b>
1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	6
3. Método.....	7
4. Resultados.....	9
4.1 La fenomenología del dolor y del placer.....	9
4.1.2 Cuando el dolor y el placer van al unísono.....	10
4.2 El dolor en el trastorno límite de la personalidad.....	12
4.3 Sadomasoquismo y la práctica BDSM.....	13
4.3.1 Características.....	13
4.3.2 El dolor como herramienta sadomasoquista.....	14
4.3.3 Debate: Patología vs. Preferencia sexual .....	17
4.3.4 ¿Debemos considerar el sadomasoquismo como un factor de riesgo añadido para las mujeres con TLP?.....	19
4.4 Las autolesiones no suicidas en el trastorno límite de la personalidad .....	23
5. Discusión.....	25
6. Conclusiones.....	32
7. Referencias bibliográficas.....	34
<b>Anexos.....</b>	<b>47</b>
I. La sexualidad en TLP.....	I
II. Los fundamentos biológicos básicos del dolor y del placer.....	III
III. Tipos de autolesiones y razones para participar en prácticas autolesivas no suicidas.....	V

## 1. Introducción

En este trabajo profundizaremos en la práctica sadomasoquista en TLP, comparándolo con la práctica autolesiva no suicida (muy recurrente en este trastorno psicológico) de forma teórica, con tal de acercarnos y profundizar en estos temas silenciados en muchas ocasiones por los pacientes.

El trastorno límite de la personalidad (TLP), es un trastorno psicológico definido por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen, de los afectos y de impulsividad intensa. Comienza en las primeras etapas de la edad adulta distorsionando los diferentes contextos de la vida de la persona (DSM-5, 2014).

Debido a la problemática y la prevalencia de este trastorno, el TLP supone un problema y una preocupación de salud pública (Jackson, Spinnel, Mota, Whalen & Schmacher, 2015). Se presenta en un 1-2% de los sujetos en muestras de población general (DSM-5, 2014). Su prevalencia en muestras psiquiátricas es aún mayor, siendo diagnosticado en un 10% de los pacientes psiquiátricos en régimen ambulatorio y un 15-20% de los pacientes procedentes de muestras psiquiátricas hospitalizadas (Cervera, Haro y Martínez, 2005; Iglesias y Hernández, 2000) .Parece ser particularmente incapacitante para las mujeres, que se estima tienen tres veces más probabilidades de recibir un diagnóstico borderline que los hombres (Skodol, Gunderson, McGlashan, Dyck, Stout, Bender, Grillo, Shea & Zanarini, 2002).

Se ha llegado al consenso, de que el TLP surge a través de complejas transacciones entre factores biológicos y factores socioambientales (Kalpakci, Venta & Sharp, 2014). Respecto a estos últimos, remarcar la importancia de la influencia de las vivencias y el estilo de apego temprano en relación a sus progenitores. Es más, se han hecho diversos

estudios empíricos que identificaban altas tasas de adversidad familiar, incluyendo la presencia de un abuso sexual y/o físico en la infancia (Zanarini, Williams, Lewis, Reich, Vera, Marino, Levin, Yong & Frankenburg, 1997; Zanarini, Yong, Frankenburg, Hennen, Reich, Marino & Vujanovic, 2002; Pereda, Gallardo-Pujol y Martínez, 2011; Mosquera y González, 2013).

Para entender mejor este trastorno, daremos algunos apuntes sobre algunos de los rasgos básicos que lo conforman. Los investigadores de esta patología, se han centrado principalmente en dos rasgos básicos como explicación de los síntomas asociados: la inestabilidad emocional/afectiva y la impulsividad (Fenske, Lis, Liebke, Niedtfel & Mier, 2015). También son significativos en este grupo la reactividad a factores externos, una sensación de vulnerabilidad casi permanente y una gran dificultad para funcionar de manera adaptada por largos períodos de tiempo (Mosquera 2010); hipersensibilidad, perturbación de la confianza, miedo al rechazo o abandono social (Schmahl, Herpert, Bertsch, Ende, Flo, Kirshk, Lis, Meyer-Lindenberg, Rietsche & Schneider, 2014); dificultades de cooperación, comportamiento hostil, mayor tensión, más volatilidad del estado de ánimo (Fonagy & Bateman, 2008; Skodol et al. 2002); atribución negativa de las expresiones faciales neutrales (Schoenleber, Kim, Gratz, Massman-More & DiLidillo, 2014), hipermentalización (Sharp, 2016), entre otros.

Esto nos ayudaría a entender las dificultades con las que se encuentran para responder adaptativamente a las emociones y la complejidad de formar vínculos íntimos sanos (Benjamín, 1994; Zweig-Frank & Paris, 2002). De la misma forma, esta inestabilidad emocional resulta una alarma, o dicho de otra manera, un buen predictor de comportamientos impulsivos como pueden ser conductas autolesivas (Tragesser, Solhan, Schwartz-Mette, & Trull, 2007), temor a la soledad, alteraciones de identidad y sensación crónica de vacío. Factores que están interrelacionados y que se retroalimentan entre sí

(Mosquera, 2010), provocando mayor inestabilidad y menor satisfacción (Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista, 2004).

Esto les lleva a ser buscadores de emociones, con el propósito de ocupar el vacío existencial que les persigue. De la misma forma que en las relaciones necesitan estar vinculados sentimentalmente a alguien de forma intensa, sus relaciones se rigen por la pasión, lo entregan todo de forma activa y necesitan sentirse correspondidos, cargan con el concepto de diversión sin límites y suelen acompañarles la curiosidad y la inquietud por lo desconocido (Fruyt, Van de Wiele & Heeringern, 2002; Caballo et al.2004).

Esto, nos lleva a introducir el tema vertebrador de este trabajo: la sexualidad en el trastorno límite de la personalidad. El trastorno límite de la personalidad (TLP) se estudió por primera vez en relación con la sexualidad humana en la década de 1970 (p.e., Gunderson & Kolb, 1978). Sin embargo, la investigación sobre esta temática es escasa, aunque supone un tema recurrentemente en la práctica clínica con estos pacientes. Las características de personalidad comunes en las personas con TLP, como el estilo de apego inseguro y la agresión o violencia impulsiva, se han relacionado con comportamientos y creencias sexuales inadaptados (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004; Sansone & Sansone, 2012.).Además, como ya hemos mencionado, en este grupo de pacientes, la sexualidad se usa a menudo para evitar los sentimientos crónicos de vacío o para calmar la ansiedad de abandono, por lo tanto, esto les lleva en numerosas ocasiones a síntomas sexuales y a conductas, que podríamos considerar como patológicas en este terreno.

Lo que se ha observado es totalmente heterogéneo, va desde la hipersexualidad a lo que llamaríamos en términos patológicos “parafilias”, hasta la aversión sexual (Bouchard, Godbout & Sabourin, 2009); pasando por problemas tales como la disfunción orgásmica, el aburrimiento sexual, la erotofilia, problemas de identidad y de orientación

sexual (Hurlbe, Apt & White, 1992; Neeleman, 2007; Bouchard et al. 2009). Como hemos visto, esta variedad dentro de la sexualidad consta con polos muy opuestos: hipersexualidad/ erotofilia - Aversión sexual. El primer polo, nos explicaría los rasgos relacionados con la curiosidad y la apertura a mundos más “fuera de la norma” sexualmente hablando y el segundo, los problemas de intimidad, de relaciones sexuales e incluso de contacto en estas personas.

En este trabajo, nos centraremos en el perfil de mujer con TLP, no solo porque como hemos dicho antes hay más incidencia en este género sino porque se ha demostrado que las mujeres con TLP tienen más probabilidades de desarrollar actitudes disfuncionales hacia la sexualidad por muchas razones (Bouchard et al. 2009; Northey, Dunkley, Klonsky & Gorzalka, 2016); anotar, que en el Anexo I proporcionamos más datos sobre esta temática.

Pasaremos a tratar de un tema, que no ha sido abordado como central por muchos investigadores, pero sí que se ha presentado como significativo por diversos profesionales de la práctica clínica: la prevalencia de masoquismo sexual en mujeres TLP. El trastorno del masoquismo sexual se considera la parafilia más prevalente entre las mujeres y, una práctica recurrente en mujeres con TLP, pero sólo ha habido un estudio piloto que intente cifrar esta relación. Los resultados fueron que el trastorno del masoquismo sexual fue 10 veces mayor en las mujeres con TLP que en las mujeres con otros trastornos de la personalidad (10% frente a 0%) (Frías, Farriols, Palma y González ,2015). Además, se ha podido valorar que las pacientes iniciaban este interés en muchos casos de forma individual con prácticas como la masturbación con asfixia, sintiéndose culpables y autocastigándose por la perversión que connota. Así como en algunos casos, buscar posteriormente parejas que se adecuaran a sus fantasías o incluso, exigir a sus parejas que se posicionaran en un rol dominante.

Para empezar, definiremos el término usado anteriormente para situarnos, entendemos el concepto masoquista como el pasivo, o como introdujo Krafft-Ebing "el deseo de sufrir dolor y ser sometido a la fuerza" (citado en Williams, 2016). Estos términos relacionados con intereses sexuales, se engloban a día de hoy en el acrónimo BDSM, que significa: Las personas con intereses sexuales en la esclavitud (bondage) y disciplina (B & D), "sadismo" sexual y / o "Masoquismo" (S & M o SM), o dominio y sumisión (D / S) (Richters, 2008).

Como nos muestra Conolly (2006), el BDSM es una práctica sexual caracterizada por supresión, restricción física, prácticas de juegos de rol, intercambio de poder y, a veces incluso la administración de dolor. Alison, Santtila, Sandnabba y Nordling (2001), han categorizado las actividades de BDSM en: restricción física (esclavitud, esposas, cadenas); administración de dolor (nalgadas, azotes, poner pinzas para la ropa en la piel); humillación (burlas, humillación verbal); y una categoría relacionado con el comportamiento sexual.

La secuencia de placer y dolor es algo que no nos viene de nuevo, pero podemos contrastar además, que esta secuencia es relevante en este trastorno. De hecho, se ha investigado que la percepción y el funcionamiento del dolor en estos pacientes es anormal (Kluetsch, Schmahl, Niedtfeld, Densmore, Calhoun & Daniels, 2012; Schmal & Baumgärtner, 2015), como ampliaremos más adelante.

Otra muestra del vínculo que tienen con la secuencia placer-dolor, hemos querido considerar que serían las autolesiones. No queremos no obstante, generalizar en todo tipo de autolesiones, sino en las autolesiones que se realizan en momentos de alta intensidad emocional como autorregulación disfuncional, sin intención autolítica ni con el propósito central de movilizar al entorno. Y esta asociación de placer-dolor reflejado en la práctica sexual y en las autolesiones es a la que daremos respuesta en el cuerpo de este estudio.

## 2. Objetivos

El interés principal de esta revisión teórica es ofrecer un análisis sistemático sobre las líneas de investigación existentes alrededor de la práctica sadomasoquista en mujeres con trastorno límite de la personalidad, así como de la funcionalidad del dolor en esta práctica; con el objetivo de concretar nuevas líneas de investigación que permitan ayudar a comprender las personas con estas tendencias así como ampliar el conocimiento y los factores a tener en cuenta en la intervención clínica y/o terapéutica.

La temática de este trabajo surgió a partir de reflexionar acerca del juego psicológico que implica el masoquismo: el requerimiento de una posición inferior, depositar la voluntad a otro ser y como no, la inclusión de dolor físico al terreno sexual... Dolor y placer aparentemente son contradictorios, aunque a nivel de procesamiento cognitivo no se encuentran tan alejados, y como veremos más adelante, podemos encontrar incluso connotaciones positivas. Esto nos lleva a la reflexión, de que ya de base las personas con TLP muestran una relación paradójica con el dolor, una muestra evidente sería la recurrencia a autolesiones sin intención autolítica, lo que se ha estudiado como una forma disfuncional de liberación psicológica. A partir de ahí nos preguntamos: ¿Podrían los perfiles TLP practicantes de BDSM estar usando el dolor físico y / o emocional como una forma de equilibrar estados de ánimo negativos u otros estados psicológicos adversos?, o dicho de otra manera ¿Puede ser que la práctica BDSM tenga una funcionalidad parecida a las autolesiones? Y si esto fuera así, ¿Supone esta práctica un riesgo para estos perfiles?

Por lo tanto, los objetivos específicos de estudio que nos planteamos son:

A) Buscar sentido a la relación de TLP y BDSM (explorar sobre la concurrencia de la comorbilidad de estos trastornos así como buscar una explicación al por qué),

- B) Analizar la relación entre los fenómenos fisiológicos de dolor y placer,
- C) Hipotetizar sobre la relación entre autolesión no suicida y BDSM,
- D) Hacer un balance de las consecuencias que puede suponer la práctica BDSM en mujeres diagnosticadas con esta patología y
- E) Comparar perfiles y factores de unión entre practicantes BDSM y practicantes de autolesión no suicida.

Con estas cuestiones a tratar pretendemos que se abran frentes a la investigación, en primer lugar, por ir desenterrando temas que se han mantenido en la penumbra hasta hace relativamente poco como es el de la sexualidad. Para que el *tabú* no impida explorar ni obtener respuestas, ni que el paciente encapsule temas por pudor y miedo a la respuesta del terapeuta. Pero sobre todo, para señalar la necesidad de los profesionales de explorar en estas temáticas que pueden resultar en muchos casos dilemas éticos o morales, con tal de conocer y abordar a la persona en su totalidad.

### **3. Método:**

#### **Estrategia de búsqueda**

La obtención de documentos se ha realizado a través de *Discovery*, *Psycnet* y *Web of Science*, limitando la fecha entre 2000 y 2017. Los descriptores que han sido utilizados para la búsqueda fueron: “*borderline personality disorder*”, “*BPD*”, “*sadomasochism*”, “*masochism*”, “*BDSM*”, “*sexual behavior*”, “*pleasure*”, “*pain*”, “*self-injury*”, “*non suicidal self-injury*”, “*NSSI*” y “*emotional instability*”. Como conectores, se usó: “AND” y “OR”.

### **Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión iniciales tuvieron que verse adecuados a las limitaciones teóricas que supone esta temática. Debido a que: 1) La sexualidad en TLP es un ámbito poco estudiado y ese vacío teórico se agrava al delimitarnos en BDSM; 2) Temas como el BDSM han sido profundamente estudiados por el psicoanálisis, pero la investigación empírica justo empieza a emerger y 3) Hay estudios que analizan el procesamiento y funcionalidad del dolor relacionándolo con satisfacción pero no hay estudios que relacionen autolesiones y sexualidad. Aspectos que serán tratados de forma más extensa en el apartado de consideraciones y limitaciones.

Por lo tanto, los criterios de inclusión se centraron en la exploración de las temáticas vertebradoras de este núcleo de investigación; que comprenderían investigaciones acerca de: A) Relación entre masoquismo sexual y trastorno límite de la personalidad, así como delimitación del perfil practicante, B) Análisis de la relación entre dolor y placer (incidiendo tanto en las personas con TLP como en los practicantes de BDSM), C) Análisis del fenómeno de las autolesiones y D) Situación actual ante el debate de BDSM: Patología vs. Práctica sexual.

### **Selección de estudios**

En el *screening* inicial se escogieron aproximadamente 70 artículos, después de la revisión 40 artículos en inglés fueron escogidos basándonos en los criterios de inclusión. De los que, 9 fueron especialmente escogidos. Véase de forma esquemática en la Figura 1.

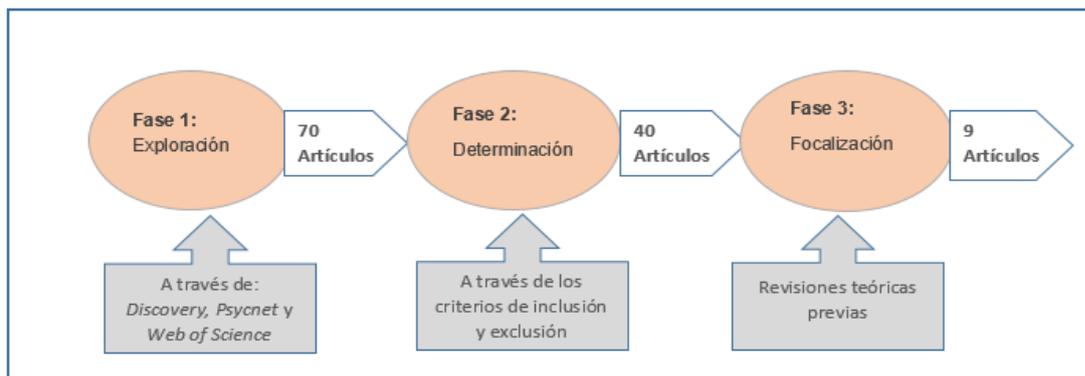
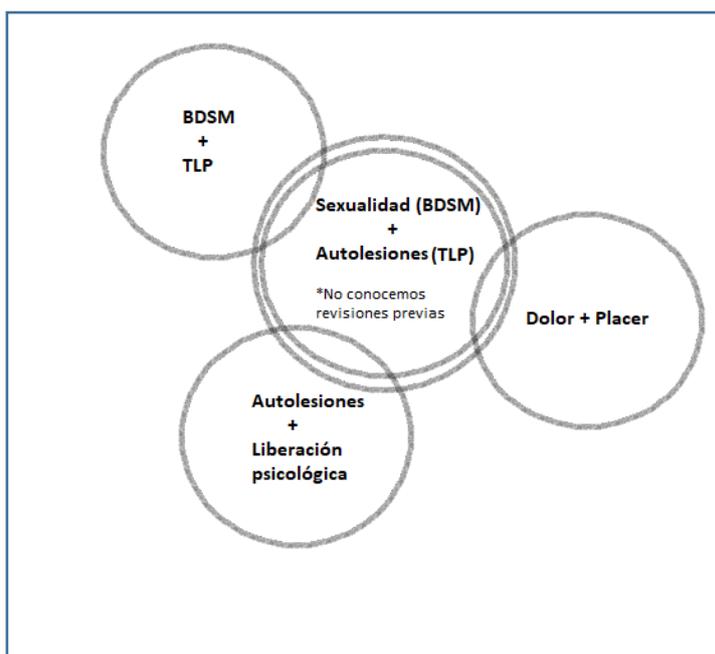


Figura 1: Esquema de selección de estudios

## Extracción de datos

Los resultados fueron agrupados en diferentes temas: 1) Prevalencia de BDSM en mujeres TLP, así como de rasgos TLP que podrían llevar a esta práctica, 2) Relación entre



placer y dolor, así como de la comprensión de la práctica en BDSM, y por último, 3) Funcionalidad y consecuencias de las autolesiones no suicidas junto al análisis de dolor en TLP (véase esquema en la figura 2).

Figura 2: Esquema de agrupación de temas

## 4. Resultados

### 4.1 La fenomenología del dolor y del placer

En el Anexo II, daremos una visión de los fundamentos básicos de estos procesos tan fundamentales para la supervivencia, en este punto en cambio, pretendemos

contemplar los aspectos por los cuales el dolor podría contemplarse como placentero a nivel de procesamiento.

El sistema nociceptivo se encarga del procesamiento del dolor, y del placer se encarga el sistema de recompensa del cerebro. Estos dos procesos se interconectan y tienen en común determinados tipos de neurotransmisores, como las endorfinas, factores que les hace ir muy unidos (Pedrajas y Molino, 2008 ; Leknes & Tracey, 2008). La inhibición o facilitación de las sensaciones de dolor / placer es principalmente un proceso inconsciente y automático, que puede ser activado por el estrés, las emociones o el contexto del estímulo, es decir, que la contribución individual es significativa (Klossika, Kamping, Bleichhard & Tratmann, 2006). Las interacciones hormonales y la activación de neurotransmisores (por dolor o placer) también pueden mejorar el placer y / o reducir el dolor. Todo lo que nos da placer, en el fondo, deriva de sistemas de control del dolor (Leknes & Tracey, 2008). En los trastornos psiquiátricos, se ha demostrado que puede haber alteraciones en estos procesos (Klossika, Kamping, Bleichhard & Tratmann, 2006), en TLP, sin ir más lejos, como pasaremos a tratar más adelante.

Vemos pues, que placer y dolor no son en realidad antónimos, vemos también que se modulan entre sí y que tienen mucho que ver con la interpretación subjetiva (Schmahl & Baumgärtner, 2015).

#### **4.1.2 Cuando el placer y el dolor van al unísono**

De muchos argumentos filosóficos para el dolor, el dimensionalismo describe la fenomenología del dolor y el placer sin que los dos sean mutuamente excluyentes. Propone que, el dolor y el placer son cualidades que pueden asociarse con la mayoría de las experiencias, tanto físicas como psicológicas. Además, lo opuesto al placer no es

necesariamente dolor, sino más bien "no placer", mientras que el dolor puede ocupar otra escala por completo, se valoraría dependiendo de la situación y de la variación individual (Moen, 2013).

Intercambiar dolor psicológico interno y vago por un dolor físico claro pero controlado puede ser una explicación para la paradoja que une placer y dolor. El efecto de contraste del dolor puede hacer que los estímulos aversivos sean agradables si alivia otras sensaciones más dolorosas o estados emocionales negativos (Leknes, Bantick, Willis, Wilkinson, Wise & Tracey, 2007). Existe una superposición neurológica en las redes que modula el dolor físico y emocional, y se ha demostrado que el dolor promueve los placeres posteriores (Bastian, Jetten & Hornsey, 2014). Por lo tanto, el dolor físico puede reducir el dolor emocional. Este efecto ha sido probado experimentalmente, donde el dolor reduce la sensación de entumecimiento y las emociones negativas (Franklin, Hessel, Aaron, Arthur, Heilbron & Prinstein, 2010). Otros investigadores han mencionado que las experiencias dolorosas pueden operar como escapes regenerativos del yo. Al centrar la consciencia en estímulos dolorosos, proporcionamos un alivio temporal de las cargas de la autoconciencia, de la reflexividad. Esta especie de auto-borrado se daría entonces en experiencias tan diversas como el consumo excesivo de alcohol, en atracones o en el sadomasoquismo (como ampliaremos más adelante) (Scott, Cayla & Cova, 2017).

En realidad, nuevas pruebas han demostrado que las personas que participan en actividades dolorosas consensuadas pueden tener mecanismos específicos para sobrellevar el dolor. Neurológicamente, la experiencia del dolor libera endorfinas, que son neurotransmisores que modulan la experiencia del dolor. Schneider (2009) argumenta que esto causa un estado de ánimo alterado, lo que permite a una persona tener una nueva

percepción de cómo controlar una situación. Si una persona puede controlar su dolor, puede generar sentimientos de orgullo, logro, catarsis e identidad positiva.

#### **4.2 El dolor en el trastorno límite de la personalidad**

Schmal y Baumgärtner (2015), llegaron a concluir que el procesamiento del dolor en pacientes con TLP es anormal, principalmente con respecto a los umbrales de dolor que son típicamente elevados, o la percepción de estímulos nociceptivos físicos que es disminuida, es decir, que apuntan a una sensibilidad reducida. La pregunta que surge entonces es: ¿Cómo un estímulo doloroso libera tensión interna cuando estos pacientes sienten menos dolor que gente sana? Puede asignarse a un procesamiento distorsionado de estímulos nociceptivos en áreas del cerebro prefrontal y límbico, que puede ayudar a explicar mecánicamente el comportamiento clínico. Estudios recientes de neuroimagen en TLP demostraron anomalías estructurales y funcionales en una red frontolímbica incluyendo la corteza cingulada, la ínsula y la amígdala con sus respectivas conexiones (Krause, Winter, Niedtfeld & Schmahl, 2014). De la misma forma, que una investigación reciente informó que los pacientes con TLP mostraron integración reducida de la corteza retrosplenial izquierda, la circunvolución temporal inferior derecha y la *gyrus* frontal superior izquierda en la red de modo predeterminado. Por lo tanto, los autores discuten sus hallazgos como posibles indicadores de una evaluación cognitiva y afectiva del dolor menos auto-relevante y aversivo en pacientes con TLP (Kluetsch, Schmahl, Niedtfeld, Densmore, Calhoun & Daniels, 2012).

### **4.3 Sadomasoquismo y la práctica BDSM**

#### **4.3.1 Características**

En apartados previos de este trabajo presentamos la práctica BDSM, así como su definición y la caracterización de sus prácticas, ahora, pasaremos a profundizar en algunos conceptos y condiciones indispensables en esta actividad.

La interacción entre masoquista y sadomaso puede tener lugar tanto en ambientes íntimos como en eventos públicos relacionados con el fetichismo. La regla principal que entra en juego es la de que este sea "seguro, sensato y consensuado". Los participantes deben tratar de identificar y prevenir los riesgos para la salud, así como también mantener una mentalidad sensible durante el juego; por ejemplo, se recomienda ampliamente que los participantes se abstengan de consumir alcohol y drogas antes o durante el juego. Finalmente y de manera crucial, todos los participantes deben dar su consentimiento a las actividades negociadas y pactar una palabra de seguridad que se podrá utilizar por parte de los sumisos para controlar o frenar el juego según sus límites (Wiseman, 1996 citado en Duarte, 2015).

El rango de las actividades de BDSM y las opciones de juego de rol es tan variado que es primordial para los participantes analizar las preferencias antes de que comience la interacción. Durante las negociaciones previas a la escena, se establecen los roles, se analizan las preferencias y los límites de las actividades, y se aceptan las palabras seguras. Es importante destacar que ambos participantes contribuyen a las negociaciones independientemente de su rol. La comunicación (tanto directa como indirecta) es una gran parte del juego, por lo que la interacción es bidireccional con entradas de ambos lados (Cross & Matheson, 2006). Dentro de BDSM, este sólido marco ético de "seguridad, cordura y consenso" actúa como una red de seguridad que permite a los participantes una

mayor libertad de expresión dentro de actividades que contienen distintos niveles de riesgo (Newmahr, 2010). En la práctica del sadomasoquismo (SM), el dolor físico y emocional a menudo se incluye en las actividades de juego de roles donde la culpa y el castigo se dramatizan por placer sexual (Duarte, 2015), aspecto que analizaremos en el siguiente punto.

#### **4.3.2 El dolor como herramienta sadomasoquista**

Por lo general, el dolor es una experiencia aversiva. La población general tiende a evitar el dolor, no obstante los practicantes del sadomasoquismo (SM) dan su consentimiento para recibir dolor. Debemos puntualizar, que el dolor puede ser físico o emocional. Y recordar, que tal y como hemos visto antes, a veces, lo que parece ser dolor en realidad se experimenta como una sensación intensa. Dentro del encuadre del dolor transformado, la estimulación física que normalmente se experimentaría como dolor no se siente tan aversiva, sino que se experimenta como placer o intensidad (Newmahr, 2010). La flexibilidad del sistema nervioso cuando reacciona a los estímulos puede influir en cómo las personas perciben el dolor y el placer, la importancia de componente de subjetividad que mencionábamos cuando hablábamos de los fundamentos de estos procesos.

En el caso de las interacciones SM, lo que un observador externo puede percibir como estímulos dolorosos puede ser realmente cómodo o incluso placentero para el participante. La sensibilización de la piel puede hacer que adormezca el dolor y mejorar el placer posterior. Durante la interacción SM, cada uno o una combinación de estos factores biológicos pueden afectar la experiencia del dolor y el placer del participante (Duarte, 2015). Por lo tanto, el dolor puede promover una mayor percepción del placer a través de la sensibilización de la piel y el enfoque sensorial.

Dentro del BDSM, un efecto similar se conoce como "calentamiento", donde un dominante usará una estimulación leve del dolor, aumentando el flujo sanguíneo en la zona corporal y creando una sensibilización tal que se puede experimentar más dolor como intensidad o placer. Para las mujeres, la estimulación genital durante el juego SM también reduciría su percepción del dolor, haciendo que otras sensaciones sean más pronunciadas e intensas. Por lo tanto, los estímulos agradables pueden reducir la sensibilidad del sumiso al dolor, promoviendo así una experiencia global donde los estímulos "dolorosos" se perciben como intensidad o placer (Yost & Hunter, 2012).

De todas formas, al contrario de lo que podemos pensar por el conocimiento popular, muchos practicantes de SM afirman que, la mayoría de las veces, el dolor no es el objetivo principal del juego, más bien dicen usar el dolor para conseguir una experiencia emocional (Cross & Matheson, 2006; Wismeijer & Assen, 2013). Por ejemplo, el dolor puede usarse como un símbolo para intensificar la diferencia de poder entre dominante y sumiso (Newmahr, 2010; Richters, De Visser, Rissel, Grulich & Smith, 2008). Y a parte, los autoproclamados masoquistas no disfrutan del dolor indiscriminadamente, son bastante específicos sobre el tipo de dolor que disfrutan y esto generalmente se limita a un contexto SM (Defrin, Arad, Ben-Sasson & Ginzburg, 2015).

Tener una alta tolerancia al dolor también es una fuente de orgullo, incluso en la población general (Leknes & Bastian, 2014). Los masoquistas a menudo muestran un gran interés en desarrollar tolerancia al dolor con marcas y hematomas que con frecuencia exponen en las fiestas BDSM o en las redes *on-line* como muestra de su capacidad de resistencia como sumiso y de su compromiso con su pareja dominante (Newmahr, 2010). El uso de negociaciones y palabras seguras y el enfoque en regresar a la "normalidad" a través de comportamientos posteriores crea un espacio seguro donde los participantes

pueden explorar los límites de sus desafíos emocionales y obtener un sentido de triunfo sobre ellos (Sagarin, Cutle, Cutle, Lawler-Sagarin & Matuszewich, 2009) sin la presión de la vida real.

Generalmente está conectado a una historia y está impregnado de significados y emociones (parte de un constructo muy personal). Se puede usar como castigo por faltas, lo que fomenta el entrenamiento y la modificación del comportamiento, se explora para traspasar los límites del cuerpo y la mente, o bien como algo lúdico cuando se combina con juegos de roles (Santtila, Sandnabba, Alison & Nordling, 2002). Además, algo que no frecuentemente se contempla es que, los practicantes incluyen numerosas formas de comportamientos de cuidado y de estimulación placentera, como besar y acariciar, que pueden hacer que el dolor pueda comenzarse a sentir como agradable a medida que el cuerpo se adapta a la montaña rusa de sensaciones. En la finalización de la práctica, se concentran un seguido de comportamientos cariñosos y agradables, algo que se plantea como “cuidado posterior” que por lo general incluye apoyo, dulzura, elogio y cuidado (Sagarin, Cutler, Cutler, Lawler-Sagarin & Matuszewich, 2009).

El dolor también se ha asociado con consecuencias positivas que pueden estar relacionadas con las razones por las cuales los profesionales de SM eligen involucrarse en estas actividades, tal y como hemos planteado anteriormente, como la liberación psicológica (Duarte, 2015). El estrés en forma de anticipación está fuertemente presente en las escenas SM, aun estando explícitas las palabras de seguridad aspecto que se demostró de forma empírica con el análisis de la elevación de los niveles de cortisol, que podrían estar induciendo un efecto analgésico en los sumisos, también llamado efecto eufórico (Williams, 2006; Sagarin et al., 2009). Relacionado con esto, ya Baumeister en 1997 determinó que en el masoquismo, el dolor opera como una especie de narcótico, borrando patrones de pensamiento más amplios y simbólicos, así como que desvía la

atención de los pensamientos abstractos hacia el momento presente y el cuerpo físico, mejorando el enfoque en las actividades, incluyendo el placer y los componentes emocionales de la interacción y la relación. Podrían estar motivados para usar el dolor con fines catárticos. Por lo tanto, el uso del dolor SM puede ayudar a los participantes a manejar sus estados emocionales negativos, ya sea distrayéndolos o expresando emociones negativas reprimidas dentro de un espacio seguro y sin prejuicios. La dramatización del castigo puede ser una forma segura de limpiarse de la culpa latente u otros estados emocionales negativos. Los estudios que utilizaron cebado afectivo encontraron que los participantes que recibieron estimulación dolorosa exhibieron un declive más pronunciado en sus emociones negativas que aquellos con estimulación no dolorosa (Bastian & Stewart, 2013; Franklin et al., 2010).

En conclusión, podemos ver que el dolor SM se ha asociado significativamente en diversos estudios con el alivio de la tensión emocional y la sobrecarga, con mujeres y más específicamente dentro de SM.

### **4.3.3 Debate: Patología vs. Preferencia sexual**

Si antes hemos mencionado que hablar de sexo supone en muchos casos un tabú, no digamos ya de hablar de preferencias y fantasías sexuales. Actualmente, es un tema que está saliendo a la luz, por acontecimientos tales como la aparición de películas y libros que introducen esta temática. Por ello, muchas asociaciones y practicantes de BDSM se han sumado al debate y han abierto tímidamente la puerta para dejar entre ver un poco más, así como defender el BDSM como alternativa sexual, apartada de la patología.

Históricamente y aún en la actualidad, suele asociarse esta práctica con la psicopatología, tanto desde la psiquiatría, como desde la justicia (Gary & Ussher, 2001; Richters et al., 2008). Se han planteado diversas teorías para explicar el desarrollo de este trastorno mental hasta ahora, la mayoría de ellas desde una perspectiva psicodinámica o neurobiológica. Freud, por ejemplo, que habló extensamente sobre el tema, señalaba que el masoquismo sexual puede ser de alguna manera un mecanismo autodestructivo (Freud, 1924). Todavía hay debate en torno a la inclusión de parafilias sadomasoquistas. En la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM5, 2014). Mientras que algunos investigadores han afirmado que enumerarlo ayuda a diagnosticar casos cuando una parafilia se vuelve perjudicial y potencialmente criminal, otros argumentaron que SM no debería figurar en la sección de parafilia debido al pequeño porcentaje de casos forenses / criminales en comparación con la expresión saludable generalizada del comportamiento en la población general (Khan, 2015). A pesar de la confrontación de opiniones, a día de hoy se considera trastorno masoquista cuando la excitación solo llega con esta práctica y se considera preferencia sexual cuando la ausencia de estos términos no produce disfuncionalidad (DSM5, 2014).

Algunos investigadores, procurando la despatologización, han explorado la idea de que la mayoría de la población fantasea en términos de sumisión-dominación (Richters et al., 2008; Joyal, Cossette & Lapierre, 2015). La investigación muestra que más del 50% de los hombres y las mujeres tenían fantasías sobre la dominación (Joyal et al., 2014). En esta misma línea, un estudio a gran escala con más de 19,000 participantes, Richters y sus compañeros (2008) descubrieron que aunque los practicantes de BDSM eran más abiertos a la variedad sexual, no diferían de la población general en sentirse sexualmente forzados, infelices o angustiados. Los estudios de evaluación psicométrica y de personalidad encontraron que los participantes BDSM estaban dentro del rango normativo esperado en

términos de incidencia de depresión, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad (Connolly, 2006), honestidad-humildad, emocionalidad, deseo de control, autoestima, satisfacción con la vida y empatía (Hébert & Weaver, 2014). Además, Wismeijer y Assen (2013) incluso encontraron que los participantes de BDSM experimentaron un mayor bienestar subjetivo, estaban más abiertos a nuevas experiencias, más extrovertidos y centrados, y eran menos neuróticos y sensibles al rechazo que los participantes del grupo control. Los estudios también apuntan a una reversión potencial de este estigma, donde las actividades de BDSM muestran signos de posibles beneficios terapéuticos. Un gran número de participantes BDSM perciben que sus actividades son curativas y transformadoras. Turley, King y But (2011) encontraron que el juego de roles y el BDSM permitieron escapar de las cargas de la vida diaria y promovieron los beneficios espirituales y terapéuticos.

Como podemos ver pues, varios estudios recientes sugieren una buena salud psicológica relativa de los practicantes de BDSM, en contra de la visión tradicional de este género (Sagarin et al., 2009; Wismeijer et al., 2013; Duarte, 2015).

#### **4.3.4 ¿Debemos considerar el sadomasoquismo como un**

##### **Factor de riesgo añadido para las mujeres con TLP?**

Responder la pregunta del titular resulta complejo, no obstante apuntar que consideramos que no necesariamente un trastorno signifique un factor de riesgo para el otro (masoquismo para TLP). No obstante, varias características clínicas pueden explicar esta posible relación y justificar esta investigación. Hay investigaciones corroboradas empíricamente en TLP que han demostrado comportamientos de riesgo sexual (como hemos tratado en la introducción), relacionados sobre todo con la hipersexualidad, como

puede ser el no usar preservativo (Sanson & Wiederman, 2009; Sansone & Sansone, 2011). Estos pacientes también indicaron que algunas lesiones auto infligidas, que habían mostrado previamente a sus médicos como autolesiones, eran comportamientos ocultos de masoquismo sexual (Frías, Farriols, Palma & González, 2015). De manera similar, habían denunciado intentos de violación en los que habían sido víctimas, pero más tarde afirmaron que se habían puesto deliberadamente en estas situaciones para la satisfacción sexual (Lau & Kristensen, 2010).

Ambas patologías también pueden compartir factores de riesgo comunes que podrían explicar su coocurrencia. Por ejemplo, los resultados de la investigación indican que el abuso sexual infantil puede jugar un papel crítico en la comorbilidad entre ambos trastornos, especialmente entre aquellos que estuvieron expuestos a la mayor gravedad de este tipo de eventos traumáticos. Este último hallazgo sugiere que una historia de abuso sexual infantil puede alterar el inicio y el desarrollo adecuado tanto de la psicosexualidad como de la personalidad (Frías, Farriols, Palma & González, 2007). Por otro lado, el trauma sexual infantil se considera un factor de vulnerabilidad no especificado para el TLP y se sospecha que está implicado en trastornos parafílicos en general, y en el trastorno del masoquismo sexual específicamente (Zhang, Chow, Wang, Dai & Xiao, 2012; Cohen et al., 2014). Otro factor de riesgo por ejemplo serían las infancias que no experimentan límites de relación saludable, que a menudo llevan a problemas en la edad adulta y, por lo tanto, pueden ser más vulnerables a formar parte de relaciones abusivas en sus adultez (DiLillo, 2001). Frías, Farriols, Palma y González (2015) explicaban que en su investigación las mujeres con TLP eran propensas a establecer más rechazos y apegos hostiles, posiblemente como una forma de protegerse contra el mundo percibido como peligroso. Añadían además, que al solicitar conductas agresivas dentro de las

prácticas sexuales, este subconjunto de pacientes también corroboraría que solo se pueden esperar reacciones negativas de los demás.

La impulsividad (falta de premeditación) y la urgencia, así como el desorden de la externalización y pensamiento lo podríamos considerar de riesgo, debido a que supone una connotación especialmente “tóxica” y asociada con un alto riesgo de violencia severa (Howard, 2015 ; Tragesser & Robinson, 2009). El miedo al abandono, otro rasgo característico del TLP, y ser obediente a la coerción sexual frente al abandono puede ser la respuesta ante la insatisfacción y el aumento del estrés en la pareja (Schachner, Shaver, 2004; Bouchard et al., 2009). Willis y Nelson-Gray (2017), demostraron en un estudio cuasi-experimental que las mujeres con altos niveles de TLP pueden ser especialmente vulnerables a la coacción sexual cuando su relación está amenazada o el abandono se percibe como inminente. Factores de situación, como amenazas a la calidad de la relación, pueden ser cruciales para entender la asociación entre los rasgos de TLP y el cumplimiento sexual (Young & Furman, 2008).

No podemos hablar de placer por el dolor sin pensar en destrucción y violencia. Hay estudios actuales que asocian TLP con violencia de pareja (Jackson et al., 2015), relacionadas con los rasgos comentados en los párrafos anteriores. De la misma forma el BDSM es una práctica que puede enmascarar violencia de pareja, relaciones abusivas y terrorismo íntimo (Pitagora, 2016), como pasaremos a profundizar en este punto.

Las relaciones abusivas disfrazadas como sdomasochistas consensuadas son un tipo específico de violencia de la pareja íntima, que se caracteriza por la falta de placer, y la presencia de miedo y de incomodidad por parte de los abusados. Aunque ninguna investigación hasta la fecha ha sido llevada a cabo, la violencia de la pareja en las comunidades de minorías sexuales revela aspectos comunes relacionados con la

comunidad BDSM. La "Conspiración del silencio", así se ha descrito, un fenómeno común en casos de violencia íntima de pareja, de la misma forma que el abuso físico y sexual de la infancia y el incesto (DiLillo, 2001). A esta problemática se le suma una vez más la estigmatización, debido a que ya resulta difícil como víctima salir a la luz, como para estar involucrado en una pareja BDSM. Respecto a la figura de abusador en este tipo de violencia, el Dr. Charlie Glickman (2011) escribió que algunas personas se sienten atraídas por BDSM no porque disfrutan de las interacciones BDSM consensuadas, sino porque lo ven como una oportunidad para manipular a las personas noveles en este ámbito, para que acepten el abuso, al tiempo que las convencen que sus límites y deseos no importan. Esta premisa está estrechamente ligada a la conspiración de silencio y al estrés de las minorías sexuales, debido a que es un punto más por el que el poder hablar abiertamente y hacer debate sobre este tema con los participantes BDSM sea complicado. Debido a que las interacciones BDSM saludables se han combinado durante mucho tiempo con el abuso real, es lógico que haya confusión y ofuscación en torno a la prevalencia de violencia íntima de la pareja en las relaciones sadomasoquistas, y a la misma vez, una presuposición de que habrá más violencia en las parejas BDSM en comparación a las "normativas".

Una de las características de la violencia íntima en relaciones BDSM es el uso del dominio para establecer control a través de manipulaciones, reforzado comúnmente con agresión física y sexual, así como abuso psicológico, emocional y verbal, lo que ha sido denominado como "terrorismo íntimo"; o bien la "violencia de pareja situacional", donde incidentes aislados que se intensifican van enmascarando un abuso (Johnson & Leone, 2005; Rohrbaugh, 2006). Existen un gran vacío en la literatura sobre este tema, pero este hecho no sugiere una ausencia de violencia de pareja en las relaciones sadomasoquistas más bien es indicativo de la tendencia histórica a excluir, estigmatizar y patologizar

aquellas comunidades que residen en los márgenes más lejanos de la sociedad (Pitagora, 2013).

Por lo tanto, vemos que es difícil responder a la pregunta de si la práctica BDSM supone un riesgo añadido a las mujeres con TLP, por diferentes motivos: 1) La investigación acerca de esta relación es escasa y limitada, por lo tanto no podemos más que hipotetizar y hacer suposiciones acerca de cómo viven las mujeres TLP esta práctica, 2) Hasta el momento, la práctica BDSM ha sido considerada patología y no es hasta hace unos tres años aproximadamente que se empieza a hablar de posibles aspectos positivos, con lo cual carga con un gran estigma y 3) No se han realizado investigaciones sobre la prevalencia de violencia íntima en la pareja en las relaciones BDSM, además hay una gran falta de conocimiento de los principios centrales de la práctica: negociación, consentimiento, la incorporación de una palabra de seguridad y la atención y cura posterior a la práctica. Aspectos que mostrarían la “otra cara de la moneda” de lo que popularmente y a través de la investigación desde el modelo psicoanalítico y popular sabemos.

En resumen, lo único que podemos concluir se basaría en puras hipótesis con falta de fundamentación empírica. No obstante, nos adentraremos a decir, que supondrá un riesgo en medida de la estabilidad y regulación de las prácticas, así como del lugar donde se coloque esta práctica en la dimensión personal de la persona TLP.

#### **4.4 Las autolesiones no suicidas en el trastorno límite de la personalidad**

Anteriormente hemos mencionado la presencia de desregulación emocional en los individuos que padecen TLP. La investigación previa apunta una interacción entre los procesos de evaluación cognitiva y afectiva disfuncional, patrones de comportamiento

desadaptativos y alteraciones neurobiológicas como una red desequilibrada del cerebro frontolímbico. Una gran evidencia de ello es la autolesión no suicida.

La autolesión no suicida implica la destrucción deliberada de tejido corporal en ausencia de la intención de morir, por ejemplo con un corte o una quemadura (Tragesser & Robinson, 2009). Es una práctica que se suele llevar en secreto y que a muchos pacientes les cuesta compartir a sus profesionales, por el miedo a ser juzgados. Esta práctica, como hemos dicho, es muy representativa de TLP, aunque también se puede encontrar en trastornos como ansiedad o depresión y alejado de la sintomatología de un trastorno mayor también (Nock, 2008).

Hasta el 90% de los pacientes con TLP realizan recurrentemente autolesiones sin intención autolítica, como un intento disfuncional de regular emociones y estados de ánimos en relación al rasgo central de TLP del que hemos hablado anteriormente: la desregulación emocional, que crea problemas de control de impulso (Welch et al., 2008; Tragesser & Robinson; Schmal & Baumgärtner ,2015). Cuando decimos que tratan de regular emociones, nos referimos a emociones negativas difíciles de sobrellevar, como la culpa, la vergüenza o sentimientos de rechazo , emociones sociales muy presentes en este trastorno que suelen padecer baja autoestima y un autoconcepto negativo (Linehan, Gunderson, Kernberg, Fenton & Hoffman, 2006; Rüsche, Liebe, Gölttler, Hermann, Schramm, Richter, Jacob, Corrigan & Bohus, 2007).

La autolesión es este trastorno tiene sentido en base a que sirve como “distracción” de emociones negativas que les superan, parece tener un efecto “analgésico” , disminuyendo el estrés en estos perfiles, la señal en el cuerpo sirve para recordarles la intensidad de experiencias aversivas, motivos que son presentados de forma exhaustiva en el Anexo III.

## 5. Discusión

En la presente revisión bibliográfica se ha llevado a cabo en primer lugar una síntesis de la variabilidad de temáticas asociadas dentro de la sexualidad en la mujer con trastorno límite de la personalidad. En segunda lugar, hemos abierto un campo censurado como es hablar del sadomasoquismo, mostrando una visión actualizada del debate (¿patología o preferencia sexual?), así como destapando aspectos desconocidos que nos pueden ayudar a si más no, comprender la visión de los practicantes. Todo esto, con el fin de construir una lógica a la búsqueda de placer a través de dolor. Hemos hipotetizado que podemos considerar actuaciones que implican dolor con consecuencias para el usuario recibidas como placenteras los fenómenos de sadomasoquismo y las autolesiones sin intención suicida (dos prácticas frecuentes en TLP).

El objetivo de este estudio ha sido dar a conocer de forma teórica el campo del sadomasoquismo en TLP, debido a que es algo que se hace presente en la práctica clínica pero no tiene sustento teórico o, para ser justos, este es limitado. También hemos procurado dar una mirada a cómo pueden vivir esta práctica las mujeres con este trastorno, con sus rasgos característicos y las peculiaridades de su perfil.

Consideramos importante que los profesionales se sensibilicen y ganen perspectiva en estas temáticas, pero sobre todo, que ganen herramientas para detectar y abordar temas como las prácticas sadomasoquistas o la tendencia autolesiva. Para ponernos en situación, igual que los profesionales que atienden TLP saben que tienen que preguntar por si llevan armas blancas (como navajas) o por el consumo de drogas, el campo de la sexualidad es un campo importante a explorar en este trastorno y como hemos podido ver, estas personas (más significativamente que otros trastornos) tienen miedo a las etiquetas y

cargan con un gran estigma. De ahí la necesidad y la importancia de abordar este tema con respeto, comprensión y sabiendo qué preguntar, con el fin siempre de ayudar al paciente.

Para comenzar a concluir, los hallazgos obtenidos han sido: 1) El placer y el dolor son mecanismos que se encuentran muy unidos y dependen mucho de la experiencia subjetiva; 2) El dolor puede aliviar otras sensaciones más dolorosas o estados emocionales negativos, reduciendo el dolor emocional; 3) El procesamiento del dolor en pacientes con TLP es diferente a lo considerado “normal” en la población; 4) La práctica SM implica poder y practicas dolorosas, pero también comunicación, consenso, la estipulación de una palabra de seguridad y actitudes de cura; 5) En la práctica SM diferentes procesos como la estimulación, la sensibilización de la zona, el enfoque sensorial o la anticipación pueden hacer que se reduzca la percepción del dolor haciendo que otras sensaciones sean más placenteras o intensas; 6) El SM, puede ayudar a los participantes a manejar sus estados emocionales negativos, aliviar tensión y sobrecarga emocional; 7) Históricamente y hasta día de hoy, la psiquiatría, la psicología, la justicia y el discurso popular han catalogado el BDSM como un trastorno, pero a día de hoy encontramos una voz creciente de discursos despatologizantes y por último, 8) Las autolesiones no suicidas son una práctica muy común en TLP y se interpretan como un intento de regular emociones y estados de ánimo obteniendo consecuentemente un efecto analgésico.

Pretendíamos también, valorar la base teórica existente y encontrar los “vacíos” con tal de delimitar futuras líneas de investigación. Al largo del trabajo hemos ido abriendo ciertas preguntas que procuraremos dar respuesta en este punto, empezaremos por: ¿Realizar BDSM en TLP implica cargar con el trastorno parafílico del sadomasoquismo? En este punto, pasaremos a hacer un balance hipotético.

En la actualidad, aunque hemos visto que está intentando haber un cambio de perspectiva, el sadomasoquismo se considera una práctica que si se vuelve una marcada preferencia en la sexualidad de una persona o una pareja se considera trastorno (Freud, 1924; Gary & Ussher, 2001; Richters et al., 2008; DSMV,2014). Hemos podido ver, que es posible encontrar muchos aspectos positivos en el BDSM, como es la comunicación, la apertura y en definitiva, buena salud mental (Connolly, 2006; Richters et al., 2008; Sagarin et al., 2009; Turley, King & But., 2011; Wismeijer et al., 2013; Hébert & Weaver, 2014; Khan, 2015; Duarte, 2015; Joyal, Cossette & Lapierre, 2015). ¿Pero los aspectos positivos se podrían identificar también en los practicantes con TLP?

Esto es algo, que con la investigación actual es precipitado contestar. Podemos analizar, que “ser sumisa” para una mujer con TLP puede llevar implícito diferentes cosas, encontrar placer en estimulaciones con dolor; el rol de sumisa puede implicar también el dejar la sobrecarga emocional, la hipersensibilidad y la “montaña rusa de emociones” en manos de otro, como hacen al dejar su voluntad y disposición al dominante.

Pararemos a profundizar en este punto, los masoquistas anhelan ceder el control y sufrir el dolor, cargado incluso a veces con cierta humillación. Baumeister (1997) defiende que estas actividades son buscadas a propósito para imposibilitar la aparición del sentido común de uno mismo. A medida que la atención se concentre en la experiencia física, el pensamiento se abstraerá del “yo” como construcción simbólica. La rendición de asumir el rol sumiso promueve el abandono de la identidad, permitiendo a los participantes estar presentes como “tabula rasa” (Easton & Hardy, 2001 citado en Duarte, 2015). Puede suponer también una forma sana de llevar la sexualidad si lo comparamos con otras tendencias en TLP. Nos referimos con esto a que la práctica SM implica una ritualización, un consenso y ciertas medidas de seguridad (Wiseman, 1996; Cross &

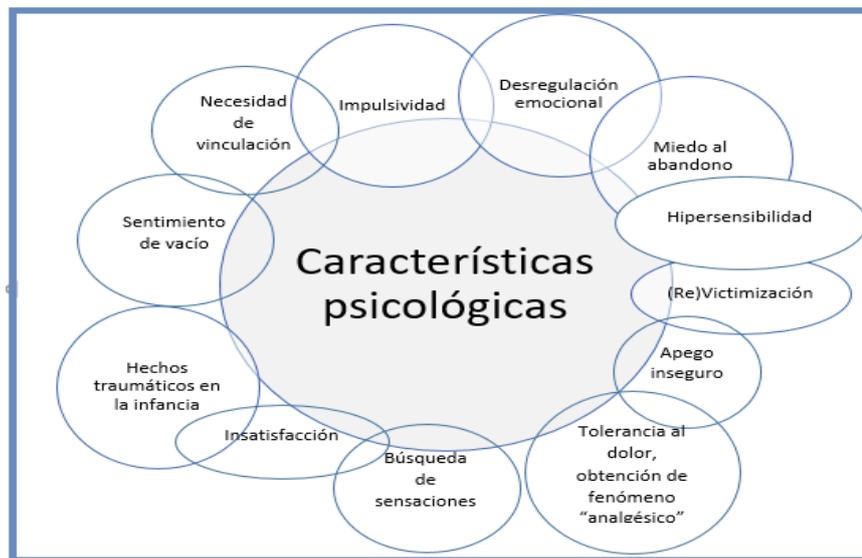
Matheson, 2006; Newmahr, 2010); cosa que es importante en mujeres con TLP debido a que como hemos visto, suelen asociarse con creencias y comportamientos sexuales inadaptados, la impulsividad y la desregulación emocional las llevan a mantener relaciones sin preservativo, promiscuidad, exposición a situaciones de coacción e incluso de abuso sexual (Farley, Hurlbert & White, 1992; Zanarini et al., 2002; Noll, Trickett, & Putnam, 2003; Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004; Trippany, Helm, & Simpson, 2006; Bouchard, Godbout & Sabourin, 2009; Sansone & Sansone, 2012; Mangarassian, Sumner & O'Callahan, 2015; Northey, Dunkley, Klonsky & Gorzalka, 2016). Pero por otro lado, puede ser del mismo modo una práctica disfuncional debido a que pueden estar teniendo intenciones autodestructivas, de ser castigadas, de evasión, incluso como una forma de mantener segura a la pareja por miedo al abandono (Schachner & Shaver, 2004; Bouchard et al., 2009; Franklin et al., 2010; Bastian & Stewart, 2013; Duarte, 2015). Aunque no hay que dejar de lado, lo que hemos visto en el estudio de Frías, Farriols, Palma y González (2015), que en diversas ocasiones eran ellas las que mostraban el interés e incluso exigían esta práctica, y si no se veían capaces de comentar esta fantasía con sus parejas la llevaban a la práctica en la masturbación. Puede significar también una forma de saber que quiere su pareja y complacerla, relacionada con el cumplimiento sexual del que nos hablaban Young y Furman (2008). Pero para poder ser exhaustivos en este análisis, necesitaríamos saber más de cómo es la vivencia de las mujeres TLP en el BDSM, así como de su funcionalidad.

Por lo tanto, por lo que hemos visto y por el desconocimiento, preferimos marcar que hay ciertos riesgos que se le añadirían al SM por padecer TLP, sobre todo por la revictimización y por las problemáticas en las vinculaciones. Las personas con TLP tienen muchos problemas a la hora de establecer vínculos sanos, debido que las relaciones es el contexto donde más se hace presente el temor a la intimidad y al rechazo, la dependencia

y el vacío sentimental, así como las dificultades de autorregulación y de manejo de conflictos (Links & Stockwell, 2001; Skodol, Siever, Livesley, Gunderson, Pfohl & Widiger, 2002). El riesgo de esto está en acabar en relaciones complementarias o abusivas marcadas por la dependencia y la anulación de la persona. En la experiencia clínica podemos ver como las mujeres con TLP pueden ser tanto “víctimas” como “agresoras”, pero interpretamos, que el grupo al que nos hemos referido en este trabajo, el que se coloca en posición “sumisa” a nivel sexual, aunque sea con un dominio indirecto de la situación, sería el subgrupo de personas con notable (co)dependencia emocional, que tenderían a ser más víctimas que agresoras.

En este trabajo también hemos correlacionado la práctica sadomasoquista con las autolesiones no suicidas, debido a que consideramos que suponen practicas activas en la experimentación de dolor que comparten funcionalidad, estigma y consecuentemente, podrían relacionar también características psicológicas. El hilo común en estas prácticas es el deseo y la intencionalidad de involucrarse repetidamente en un daño intencional y directo a uno mismo. Las autolesiones se suelen asociar a trastornos de personalidad y a otros diagnósticos psiquiátricos como la depresión, mientras que el BDSM igual que las parafilias se asocian a traumas infantiles de origen. Vemos que la diferencia se encontraría en quien está haciendo el daño, uno mismo o la otra figura de la pareja. La sexualidad no se ha relacionado en ningún estudio con las autolesiones, aspecto que nos parecería interesante de contrastar. De la misma forma, que nos gustaría saber más de esta relación que hemos supuesto entre SM y autolesiones en TLP, así como si suponen la misma repercusión en la salud psicológica. Las similitudes entre las dos poblaciones (TLP con autolesiones no suicidas y practicantes BDSM) parecen girar en torno a la búsqueda de alivio de las emociones o experiencias angustiantes, la expiación de un mal comportamiento percibido y el deseo de asociarse con otros practicantes. Una vez llevada

a cabo esta revisión, podríamos hacer inferencias de ciertas similitudes psicológicas entre las dos poblaciones (véase en la figura 3).



*Figura 3:* Resumen de las características psicológicas hipotéticas en común entre los practicantes BDSM y las mujeres TLP con tendencias autolesivas no suicidas

El abuso o negligencia infantil o en la vida adulta, la desregulación emocional, la impulsividad, la hipersensibilidad, el apego inseguro, la búsqueda de sensaciones, el sentimiento de vacío así como los factores asociados a la sexualidad de la mujer TLP, como la insatisfacción, la disfunción orgásmica, el aburrimiento sexual o la erotofilia podrían ser casuísticas que expliquen la correlación entre TLP, sadomasoquismo e incluso en muchos puntos, con el tema de las autolesiones.

Nos parecería interesante en este término, basándonos en Richters, Richard, Visser, Chris, Rissel, Anthony & Smith (2008) y Wismeijer & Assen (2013), realizar una investigación comparando las personalidades a través de medir el estilo de apego, la sensibilidad al rechazo, el nivel de bienestar subjetivo y el modelo de los cinco factores

(neuroticismo o inestabilidad emocional, extraversión, apertura a la experiencia, afabilidad y escrupulosidad).

No podemos olvidar la importancia del estigma y de lo intimidados que se sienten estas poblaciones con los profesionales. En un estudio de BDSM, el 33,7% de los participantes informa que buscan profesionales que puedan ser conocedores de estas prácticas, apuntando que comparten sus intereses en visita desde el principio para evaluar si se sienten cómodos con el clínico para tratar estos temas (Kolmes, Stock & Moser, 2006). En esta línea Frías, Farríols, Palma y González (2015) nos mostraban como en su estudio ninguna mujer con TLP masoquista había reconocido previamente esta preferencia, o trastorno comórbido, y de como nadie le había preguntado explícitamente al respecto en el contexto clínico. De forma similar, las personas con tendencia autolesiva son incomprendidas, se tiene una visión en general bastante específica sobre esta práctica, como si únicamente pudiera pretender movilizar al entorno o llamar la atención, o por el contrario, un gesto suicida. En concreto en TLP, como se vive el dolor y la funcionalidad de esta práctica es algo que no tienen en consideración la mayoría de profesionales.

Vemos por lo tanto, que los profesionales de salud deberían ser más propensos a incluir estas psicopatologías o temáticas en las entrevistas clínicas. La exploración “superficial” como podríamos llamarle, les lleva a recomendaciones de tratamiento que podrían resultar incorrectas. Un estudio de personalidad así como la sensibilización ante los profesionales de la salud podría conducir a opciones de tratamiento más efectivas, con una interpretación de los síntomas más adecuada. Los datos cuantitativos en estas poblaciones, más allá de los datos cualitativos que nos ofrece la literatura a grandes rasgos en la actualidad sobre este tema, sería una forma de actualizarnos, de sobrepasar estigmas y de ofrecer una mayor atención a este sector de la población.

## 6. Conclusiones

Una vez llegados a este punto, pasaremos a realizar una síntesis de los aspectos concluidos en este trabajo. La presente revisión teórica ha indicado en primer lugar que, el sadomasoquismo es una práctica sexual presente en mujeres que padecen TLP (Frías, Farriols, Palma & González, 2015).

Después de realizar un análisis, podemos decir que esta incidencia tiene su significado y funcionalidad en este sector de la población. Por características relacionadas con aspectos como el estilo de apego (Zanarini, Williams, Lewis, Reich, Vera, Marino, Levin, Yong & Frankenburg, 1997; Zanarini, Yong, Frankenburg, Hennen, Reich, Marino & Vujanovic, 2002; Pereda, Gallardo-Pujol & Martínez, 2011; Mosquera y González, 2013., Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004; Sansone & Sansone, 2012), la hipersensibilidad (Schmahl, Herpert, Bertsch, Ende, Flo, Kirshk, Lis, Meyer-Lindenberg, Rietsche & Schneider, 2014), la desregulación emocional (Tragesser, Solhan, Schwartz-Mette, & Trull, 2007., Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista, 2004) o la disfuncionalidad en las relaciones íntimas (Links & Stockwell, 2001; Skodol, Siever, Livesley, Gunderson, Pfohl & Widiger, 2002).

También hemos visto que los mecanismos de dolor y placer no son contrarios ni suponen antónimos, es más, van muy unidos posiblemente teniendo mucho peso en esto las endorfinas; y con esta ecuación experimentan los practicantes BDSM (Pedrajas & Molino, 2008; Leknes & Tracey, 2008; Klossika, Kamping, Bleichhard & Tratmann, 2006; Leknes & Tracey, 2008; Schmahl & Baumgärtner, 2015; Moen, 2001; Newmahr, 2010; Duarte, 2015; Yost & Hunter, 2012).

Sobre la controversia de si el sadomasoquismo como tendencia sexual se consideraría de forma genérica como una patología, nos hemos sumado al debate actual,

posicionándonos en que el BDSM no tiene por qué suponer un trastorno pero en concreto en las personas con TLP podría suponer riesgos añadidos por criterios como: la impulsividad, la dificultad por establecer relaciones íntimas saludables o la revictimización (Sanson & Wiederman, 2009; Sansone & Sansone, 2011; Frías, Farriols, Palma & González, 2015; Lau & Kristensen, 2010; DiLillo, 2001; Howard, 2015; Tragesser & Robinson, 2009; Schachner, Shaver, 2004; Bouchard et al., 2009; Young & Furman, 2008; Jackson et al., 2015; Pitagora, 2013; Johnson & Leone, 2005 ; Rohrbaugh, 2006).

Como hemos presentado en la introducción, pretendíamos también comparar el sadomasoquismo a la práctica autolesiva no suicida en el trastorno límite de la personalidad. El BDSM podría tener una funcionalidad semejante a las autolesiones no suicidas en TLP relacionada con el efecto analgésico que supone centrarse en un dolor físico para aliviar el dolor psicológico o emocional (Welch et al., 2008; Tragesser & Robinson; Schmal & Baumgärtner ,2015; Nock & Prinstein, 2004; Linehan, Gunderson, Kernberg, Fenton y Hoffman, 2006; Chapman, Gratz, Brown, 2006; Kleindienst, Bohus, Ludäscher, Liemberger, Kuenkele, Ebner-Priemer, Chapman, Reicherzer, Stieglitz & Schmahl, 2008; Nock, 2009; Wilkinson & Goodyer, 2011 ; Schmal & Baumgärtner, 2015).

Por lo tanto, encontramos sentido y significado a la comparación realizada entre los perfiles de practicantes BDSM y personas TLP con tendencia autolesiva no suicidas, debido a que tienen aparentemente factores en común como la desregulación emocional, la impulsividad, un apego infantil de origen visible en la edad adulta regido por la inseguridad o la búsqueda de sensaciones.

Como hemos hecho visibles al largo del trabajo, este estudio evidencia numerosas limitaciones, 1) La falta de estudios actualizados centrados en la sexualidad y en concreto sobre el BDSM, más allá del psicoanálisis, 2) La falta de consenso y concreción en la consideración del sadomasoquismo como parafilia, 3) La falta de estudios que analicen la vivencia de la práctica BDSM, el perfil de los practicantes y las posibles consecuencias (positivas y negativas), 4) La falta de estudios empíricos alrededor del BDSM y en concreto también de la correlación entre BDSM y TLP, 5) La falta de estudios que hablen no solo de la incidencia de BDSM en TLP sino de cómo es esta experiencia y como la viven interiormente, 6) La falta de estudios que relacionen sexualidad con autolesiones (dentro de la ecuación: dolor-placer).

## 7. Referencias

- Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12.(2), 94–104. Doi:10.1080/10673220490447218
- Alison, L., Santtila, P., Sandnabba, N. K., & Nordling, N. (2001). Sadomasochistically-oriented behavior: Diversity in practice and meaning. *Archives of Sexual Behavior*, 30, (1), 1–12. Encontrado en:<https://pdfs.semanticscholar.org/533f/13d2a335bc26af9563a3e1a953232b9b67ae.pdf>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Bastian, B., Jetten, J. & Stewart, E. (2013). Physical pain and guilty pleasures. *Social Psychological and Personality Science*, 4(2), 215–219. Doi: 10.1177/1948550612451156
- Baumeister, R. F. (1997). The enigmatic appeal of sexual masochism: Why people desire pain, bondage, and humiliation in sex. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(2), 133-150. Doi: 10.1521/jscp.1997.16.2.133
- Benjamin, L.S. & Wonderlich, S.A. (1994). Social perceptions and borderline

- Personality disorder: the relation to mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103:610–24.
- Bouchard, S., Godbout, N. & Sabourin, S. (2009). Sexual Attitudes and Activities in Women with Borderline Personality Disorder Involved in Romantic Relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35:106–121.  
Doi: 10.1080/00926230802712301
- Caballo, V.E., Gracia, A., López-Gollonet & Bautista, R. (2004). Trastorno límite de la personalidad. V.E. Caballo (coord.), *Manual de Trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento*. (139-159). Editorial Síntesis: Madrid
- Cervera, G., Haro, G. & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Médica panamericana.
- Chapman, A.L., Gratz, K.L., Brown, M.Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 371–394. Doi:10.1016/j.brat.2005.03.005
- Cohen, L.J., Tanis, T., Bhattacharjee, R., Nesci, C., Halmi, W., & Galynker, I. (2014). Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology? *Psychiatry Research*, 215, 192-201. Encontrado en:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/4405/3f13fbe35c06aa77693a477d95ef2660ff27.pdf>
- Conolly, P.H. (2006). Psychological Functioning of Bondage/Domination/Sado-Masochism (BDSM) Practitioners. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 18 (1), 79-120. Doi: 10.1300/J056v18n01\_05
- Cross, P.A., & Matheson, K. (2006). Understanding sadomasochism: An empirical examination of four perspectives. *Journal of Homosexuality*, 50(2-3), 133-166. Doi: 10.1300/J082v50n02\_07
- Defrin, R., Arad, M., Ben-Sasson, M. P., & Ginzburg, K. (2015). Attitudes and emotions towards pain and sensitivity to painful stimuli among people routinely engaging in masochistic behaviour. *European Journal of Pain*, 19(9) 1321–1330. Doi: 10.1002/ejp.662

- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21(4),553-576. Encontrado en: <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1145>
- Duarte,A. (2015). Through Pain, More Gain? : A Survey into the Psychosocial Benefits of Sadomasochism. *Department of Psychology-Faculty of Social Sciences .A collaboration of Cognitive Neuroscience & Health Psychology programs .Oslo University*. Encontrado en: [https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/48652/Silva\\_2015\\_ThroughPainMoreGain\\_Oct-14.pdf?sequence=9](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/48652/Silva_2015_ThroughPainMoreGain_Oct-14.pdf?sequence=9)
- Dulz, B.,Benecke ,C & Richter-Appelt, H. (2009). Extreme sadomasochistische Sexualität. *Persönlichkeitsstörungen*, 13: 258–268
- Farley, D.,Hurlbert,C & White,C.L.(1992).An empirical examination into the Sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18:3, 231-242. Doi: 10.1080/00926239208403409
- Fenske, S., Lis,S., Liebke,L.,Niedtfeld,I., P, Niedtfeld & D,Mier. (2015). Emotion Recognition in borderline personality disorder: effects of emotional Information on negative bias. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2:10. Doi: 10.1186/s40479-015-0031-z
- Fonagy,P & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder: a mentalizing model. *Journal of Personality Disorder*. Feb;22(1):4-21. Doi:10.1521/pedi.2008.22.1.4.
- Franklin, J. C., Hessel, E. T., Aaron, R. V., Arthur, M. S., Heilbron, N., & Prinstein, M. J. (2010). The functions of non-suicidal self-injury: Support for cognitive-affective regulation and opponent processes from a novel psychophysiological paradigm. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 850. Doi: 10.1037/a0020896
- Freud, S. (1924). *El problema económico del masoquismo*. Obras completas. Encontrado en: <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/19%20%20Tomo%20XIX.pdf>
- Frías, A., Palma, C., Farriols,N & Gonzalez,L. (2015). Is There a Relationship Between Borderline Personality Disorder and Sexual Masochism in Women? *Archives of Sexual Behavior*, Nov. 2015. Doi: 10.1007/s10508-016-0834-z

- Fruyt, F., Van de Wiele., L & Heeringern, C.M. (2000). Cloninger's Psychobiological Model of Temperament and Character and the Five-Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences*, Vol 29 (3),441-452
- Gary,W & Ussher,J.M. (2001). Making Sense of S&M: A Discourse Analytic Account. *Sage Journals*, Vol. 4 (3): 293- 314.Doi:10.1177/136346001004003002
- Glickman, C. (2011). BDSM and rape, what now? Encontrado en: <http://www.charlieglickman.com/2011/08/18/bdsm-rape-what-now/>
- Gunderson, J.G. & Kolb, J.E. (1978). Discriminating features of borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 135(7), 792–796. Doi:10.1176/ajp.135.7.792
- Hébert, A., & Weaver, A. (2014). An examination of personality characteristics associated with BDSM orientations. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(2), 106-115. Encontrado en: <http://search.proquest.com/openview/5d2bc763bb929536a4a34108d5f1d20b/1>
- Howard,R. (2015). Personality disorders and violence: what is the link? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2:12. Doi: 10.1186/s40479-015-0033-x
- Hurlbe, D., Apt,C & White,C. (1992).An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18:3, 231-242, Doi: 10.1080/00926239208403409
- International Association for the Study of Pain (IASP) (1994). Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy. Encontrado en: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673>
- Jackson, M.A., Sippel, L.M., Mota, N., Whalen, D. & Schumacher,J.A. (2015).Borderline Personality Disorder and Related Constructs as Risk Factors for Intimate Partner Violence Perpetration. *Aggression and Violent Behavior*. Doi:10.1016/j.avb.2015.04.015

- Johnson, M.P., & Leone, J.M. (2005). The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: Findings from the National Violence Against Women survey. *Journal of Family Issues*, 26(3), 322\_349. Doi:10.1177/0192513£04270345
- Joyal, C. C., Cossette, A. & Lapierre, V. (2015). What exactly is an unusual sexual fantasy? *Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 328-340. Doi: 10.1111/jsm.12734
- Kalpakci, A., A, Venta & C,Sharp. (2014). Beliefs about unmet interpersonal needs mediate the relation between conflictual family relations and borderline personality features in young adult females, *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*.Doi:10.1186/2051-6673-1-11.
- Khan, U. (2015). Sadomasochism in sickness and in health: Competing claims from science, social class, and culture. *Current Sexual Health Report*, 7, 49–58. Doi:10.1007/s11930-014-0039-1
- Kleindienst,N., Bohus ,M., Ludäscher ,P.,Limberger, M.F., Kuenkele ,K & Ebner-Priemer, U.W (2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 196: 230–236. Doi: 10.1097/NMD.0b013e3181663026.
- Kleindienst,N; Priebe,K; Borgmann,E; Cornelisse,S; Krüger,A, Ebner-Priemer,U & Dyer,A. (2014). Body self-evaluation and physical scars in patients with borderline personality disorder: an observational study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1:2. Doi: 10.1186/2051-6673-1-2
- Klossika ,I., Flor ,H., Kamping ,S., Bleichhardt ,G., Trautmann ,N., Treede ,R.D., Bohus,M & Schahl,C. (2006). Emotional modulation of pain: a clinical perspective. *Pain* 2006; 124: 264–268. Doi:10.1016/j.pain.2006.08.007
- Kluetsch ,R.C. (2012). Alterations in default mode network connectivity during pain processing in borderline personality disorder. *Archives of Gen General Psychiatry*,69: 993–1002. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.476
- Krause-Utz ,A., Winter ,D., Niedtfeld, I & Schmahl ,C .(2014).The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*; 16: 1–13. Doi: 10.1007/s11920-014-0438-z.
- Lau, M., & Kristensen, E. (2010). Sexual revictimization in a clinical sample of women reporting childhood sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 4-10. Doi: 10.3109/08039480903191205.

- Leknes, S., Bantick, S., Willis, C. M., Wilkinson, J. D., Wise, R. G., & Tracey, I. (2007). Itch and motivation to scratch: an investigation of the central and peripheral correlates of allergen-and histamine-induced itch in humans. *Journal of Neurophysiology*, *97*(1), 415-422. Doi: 10.1152/jn.00070.2006
- Leknes, S & Tracey, I. (2008). A common neurobiology for pain and pleasure. *Nature Reviews Neuroscience*, *9*(4), 314-320. Doi: 10.1038/nrn2333
- Leknes, S & Tracey, I. (2010). Pain and pleasure: Masters of mankind. *Pleasures of the Brain*, 320–335. Encontrado en: [https://www.sv.uio.no/psi/english/people/aca/sirigra/leknes-tracey\\_pleasures\\_of\\_the\\_brain\\_ch-19.pdf](https://www.sv.uio.no/psi/english/people/aca/sirigra/leknes-tracey_pleasures_of_the_brain_ch-19.pdf)
- Leknes, S & Bastian, B. (2014). The Benefits of Pain. *Review of Philosophy and Psychology*, *5*:57-70. Doi: 10.1007/s13164-014-0178-3. Encontrado en: [https://sirileknes.files.wordpress.com/2015/02/leknes\\_bastian\\_the-benefits-of-pain-2014.pdf](https://sirileknes.files.wordpress.com/2015/02/leknes_bastian_the-benefits-of-pain-2014.pdf)
- Linehan, M., Gunderson, J. G., Kernberg, O., Fenton, W & Hoffman, P. (2006). Back from the edge BPD: A landmark documentary- Style short film.
- Mangarassian, S., Sumner, L & O'Callahan, E. (2015). Sexual Impulsivity in Women Diagnosed With Borderline Personality Disorder: A Review of the Literature. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *22*:195–206, 2015. Doi: 10.1080/10720162.2015.1017781
- Moen, O. M. (2013). The Unity and Commensurability of Pleasures and Pains. *Philosophia*, *41*(2), 527-543. Doi: 10.1007/s11406-012-9383-4
- Moser, C., & Levitt, E. E. (1987). An exploratory-descriptive study of a sadomasochistically oriented sample. *Journal of Sex Research*, *23*,

322–337.

- Mosquera,D & González,A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del TLP. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, S.E.M.P.y P. Vol. 3* (2013) n. ° 3. ISSN: 2253-749X
- Neeleman,A.J.F.(2007).The relevance of sexuality in the treatment of borderline personality disorder. *Tijdschr Psychiatr, vol. 49:233–240*
- Newmahr ,S. (2010). Rethinking kink: Sadomasochism as serious leisure. *Qual Sociol;33:313–31*. Doi: 10.1007/s11133-010-9158-9
- Nock ,M.K & Prinstein ,M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal Consult Clinical Psychology; 72: 885*. Encontrado en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.472.9717&rep=rep1&type=pdf>
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology, 12(4), 159-168*.  
Doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.002
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science,18(2), 78-83*.Encontrado en:  
[https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4134408/nock\\_newinsights\\_selfinjury.pdf?sequence=2](https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4134408/nock_newinsights_selfinjury.pdf?sequence=2)
- Noll,J.G, Tricket,P.K & Putnam,F.W.(2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.Jun;71(3):575-86*
- Northey,L.,Dunkley,C.,Klonsky,D & Gorzalka,B. (2016). Borderline personality disorder traits and sexuality: Bridging a gap in the literature.*The*

*Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(2), pp. 158–168;

Doi:10.3138/cjhs.252-A8

- Pagaza,A & Sánchez,J. (2006). La pareja perversa sádico- masoquista. Un caso clínico. *Revista intercontinental de psicología y educación*, vol.8, núm.2, julio-diciembre 2006, pp.41-60, México. ISSN: 0187-7690
- Pedrajas,J.M & Molino,A. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y salud*, vol.19 (3). Encontrado en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n3/v19n3a02.pdf>
- Pereda, N., Gallardo-Pujol & Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en Víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas Psiquiatría*; 39 (2): 131-9
- Pitagora, D. (2013). Consent vs. coercion: BDSM interactions highlight a fine but immutable line. *New School Psychology Bulletin*, 10(1), 27-36. Encontrado en: <http://www.nspb.net/index.php/nspb/article/view/180>
- Pitagora,D. (2016) Intimate partner violence in sadomasochistic relationships, *Sexual and Relationship Therapy*, 31:1, 95-108, Doi:10.1080/14681994.2015.1102219
- Puente,A. (2011). Psicología contemporánea básica y aplicada, capítulo: Procesos sensoriales. Madrid: Pirámide.
- Richters,J., Richard,P.h.D., Visser,O.,Chris,E; Rissel,P.h.D., Anthony,M.A & Smith,P.h.D. (2008).Demographic and Psychosocial Features of Participants in Bondage and Discipline, “Sadomasochism” or Dominance and Submission (BDSM): Data from a National Survey. *The Journal of Sexual Medicine* ;5:1660–1668. School of Public Health And Community Medicine, Australia. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x
- Rohrbaugh, J.B. (2006). Domestic violence in same-gender relationships. *Family Court Review*,44(2), 287-299

- Rüsch ,N., Holzer ,A., Hermann,C., Schramm ,E., Jacob ,G.A, Bohus ,M., Lieb K & Corrigan ,P.W (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease* , 194:766–773. Doi: 10.1097/01.nmd.0000239898.48701.dc
- Rüsch ,N., Liebe ,K., Göttler ,I., Hermann ,C., Schramm, E., Richter ,H., Jacob, G.A., Corrigan ,P.W & Bohus ,M .(2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry* ,164:500–508. Doi: 10.1176/ajp.2007.164.3.500
- Sagarin, B. J., Cutler, B., Cutler, N., Lawler-Sagarin, K. A. & Matuszewich, L. (2009). Hormonal changes and couple bonding in consensual sadomasochistic activity. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 186–200. Doi: 10.1007/s10508-008-9374-5
- Sagarin,B.J .(2015). The Surprising Psychology of BDSM. Who does it, what do they do, and how does it affect them? Online interview in Psychology today. Encontrado en: <https://www.psychologytoday.com/blog/the-wide-world-psychology/201502/the-surprising-psychology-bdsm>.
- Sansone,R.A & Sansone, L.A. (2011). Sexual behavior in borderline personality: A review. *Innovation in Clinical Neuroscience*;8(2):14–18
- Sansone, R.A & Sansone, L.A. (2012). Borderline personality and externalized aggression. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(3), 23–26.
- Sansone,R.A & Wiederman,M.w. (2009). Borderline personality symptomatology, casual sexual relationships, and promiscuity. *Psychiatry* (Edgmont). Mar;6(3):36-40.
- Santtila, P., Sandnabba, N. K., Alison, L. & Nordling, N. (2002). Investigating the underlying structure in sadomasochistically oriented behavior.

*Archives of Sexual Behavior*, 31(2), 185–196. Doi:  
10.1023/A:1014791220495

Schachner,D.A & Shaver,P.R. (2002). Attachment dimensions and sexual motives. *Journal of the international association for relationship research*. Vol.11,cap.2.179–195.Doi:10.1111/j.1475-6811.2004.00077.x

Schachner,D.A & Shaver,R.P. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Journal of international association for relationship research*, vol.11 (2), 179-195. Doi: 10.1111/j.1475-6811.2004.00077.x

Schneider, A. (2009). The rhythm of the whip. *Social Psychology Quarterly*, 285-289. Doi: 10.1177/019027250907200401

Schmahl ,C., Bohus ,M., Esposito ,F., Treede ,R.D, Di Salle, F., Greffrath ,W., Ludaescher,P., Jochims,A., Lieb,K., Scheffer,k., Henning,J & Seifritz,E .(2006).Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*; 63: 659–667. Doi:10.1001/archpsyc.63.6.659

Schmahl,C.,Herpertz,S., K, Bertsch; Ende,G; Flor,H; Kirshk,P; Lis,S; Meyer-Lindenberg,A; Rietschel,M & Schneider,M. (2014).*Mechanisms of Disturbed emotion processing and social interaction in borderline Personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit*, 1:12. Recuperado en: <http://www.bpded.com/content/1/1/12>

Schmahl,C & Baumgärtner,U. (2015).Pain in Borderline Personality Disorder. Pain in Psychiatric Disorders. *Modern Trends Pharmacopsychiatry*,vol 30,166–175. Doi: 10.1159/000435940

Schoenleber, M., Kim.P., Gratz,P.,Massman-More,T & DiLidillo,P.(2014). Borderline personality disorder and self-conscious emotions in response to adult unwanted sexual experiences. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), pp. 810–823, 2014

- Sharp, C., Venta, A., Vanwoerden, S., Schramm, A., H.a.C, Newlin, E., Reddy, R & Fonagy, P. (2016). First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*; 64:4–11.
- Skodol, A., Gunderson, J., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.I., Bender, D.S., Grillo, C.M., Shea, M & Zanarini, M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. Feb; 159(2):276-83. Doi:10.1176/appi.ajp.159.2.276
- Scott, R., Cayla, J & Cova, B. (2017). Selling Pain to the Saturated Self. *Journal of Consumer Research*, vol.44. Doi: 10.1093/jcr/ucw071
- Tragesser, S. L., Solhan, M., Schwartz-Mette, R., & Trull, T. J. (2009). The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features. *Journal of Personality Disorders*, 21, 604–615. Doi: 10.1521/pedi.2009.23.4.370
- Trippany, R.L., Helm, H.M., & Simpson, L. (2006). Trauma reenactment: Rethinking borderline personality disorder when diagnosing sexual abuse survivors. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 95–110. Doi:10.17744
- Turley, E. L., King, N., & Butt, T. (2011). ‘It started when I barked once when I was licking his boots!’: A descriptive phenomenological study of the everyday experience of BDSM. *Psychology & Sexuality*, 2(2), 123-136. Doi: 10.1080/19419899.2010.528018
- Weiss, J. (1998). Bondage fantasies and beating fantasies. *Psychoanal.* 67:626–44.
- Welch, S.S; Linehan, M.M; Sylvers, P; Chittams, J & Rizvi, S.L (2008). Emotional responses to self-injury imagery among adults with borderline personality disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology* ; 76: 45–51. Doi: 10.1037/0022-006X.76.1.45.

- Williams, J. (2016). Sadomasochism to BDSM: Discourse Across Disciplines. A *Journal of Historical and Cultural Studies*. Monash University.  
 Encontrado en: <http://www.limina.arts.uwa.edu.au/volumes/volume-22.1-2016/article-williams>
- Willis, M & Nelson-Gray, O. (2017). Borderline personality disorders and sexual compliance: fear of abandonment manipulation. *Personality and Individual Differences*, 117, 216–220
- Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European child & adolescent psychiatry*, 20(2), 103-108.
- Wismeijer, A. A. & Assen, M. A. (2013). Psychological characteristics of BDSM practitioners. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1943–1952.  
 Doi: 10.1111/jsm.12192
- Yost, M.R. & Hunter, L. (2012). BDSM practitioners' understandings of their initial attraction to BDSM sexuality: Essentialist and constructionist narratives. *Psychology & Sexuality*, 3(3), pp.244–259.  
 Doi:10.1080/19419899.2012.700028
- Young, B. J., & Furman, W. (2008). Interpersonal factors in the risk for sexual victimization and its recurrence during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(3), 297–309. Doi: 10.1007/s10964-007-9240-0
- Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C., Marino, M.F., Levin, A., Yong & Frankenburg, F.R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*.  
 Doi:10.1176/ajp.154.8.1101
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F. & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-387. Doi:10.1097/00005053-200206000-00006

Zhang, T., Chow, A., Wang, L., Dai, Y., & Xiao, Z. (2012). Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 829-836. Doi:10.1016/j.jpsychires.2015.02.015

Zweig-Frank, H & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* Mar-Apr;43(2):103-7.

# ANEXOS

## **Anexo I:**

### **La sexualidad en la mujer TLP**

En primer lugar, las mujeres que padecen TLP frecuentemente se han encontrado en situaciones donde se han visto coaccionadas o presionadas a mantener relaciones sexuales (como ya hemos introducido anteriormente): sea en la infancia a través de abuso físico o sexual (se calcula una incidencia del 60 al 80%)(Zanarini et al., 2002; Noll, Trickett, & Putnam, 2003), en la adultez con experiencias de violación o de haber sido forzadas sexualmente en una cita (Bouchard et al., 2009; Sansone & Sansone, 2011) o en relaciones abusivas o patológicamente complementarias, (Trippany, Helm, & Simpson, 2006).

En segundo lugar, la impulsividad y la disposición temperamental hacia la búsqueda de sensaciones les pone a disposición de prácticas sexuales erráticas o de alto riesgo, y más si se le suma síntomas característicos de TLP como la ira, estado de ánimo inestable o paranoia, que pueden perjudicar aún más estas relaciones. Algunos ejemplos de comportamientos de riesgo serían el abuso de sustancias o el no usar preservativo (Sanson & Wiederman, 2009; Sansone & Sansone, 2011). Podrían ocasionar consecuencias tales como enfermedades de transmisión sexual (el VIH tiene alta incidencia en TLP) o embarazos no deseados (Mangarassian, Sumner & O'Callahan, 2015; Noll et al., 2003). De la misma forma, la investigación ha llegado a relacionar el factor manipulativo de las mujeres con TLP y el “narcisismo sexual” de estos perfiles con la prostitución en búsqueda de beneficios secundarios más allá de la satisfacción (Farley, Hurlbert & White, 1992).

En tercer lugar, hay un cuerpo creciente en la literatura e investigación que sugiere que el apego inseguro (marcado por el miedo al abandono y la desconfianza) se encuentra estrechamente asociado con motivos sexuales, estrategias y sentimientos (Bouchard et

al., 2009). Por lo general, las personas con representaciones de apego ansiosas tienden a tener relaciones sexuales para tranquilizarse ellos y para cautivar la atención del compañero; también pueden estar de acuerdo con las demandas sexuales de un compañero para evitar ser rechazado o abandonado (por ejemplo, Schachner & Shaver, 2004).

Como hemos podido ver, el terreno de la sexualidad en TLP es un campo amplio, heterogéneo y que tiene aún muchos interrogantes por responder. El tabú que supone hablar de sexo, el pudor a responder sobre intereses y prácticas sexuales personales, la estigmatización que dificulta el hablar de ello en terapia, etc. Supone que la investigación empírica a día de hoy sea limitada.

## **Anexo II:**

### **Los fundamentos biológicos básicos del dolor y del placer**

El dolor tiene base en el sistema nociceptivo, que comprende cuatro procesos: la transducción, la transmisión, la modulación y por último la percepción del dolor. Las personas están dotadas de terminaciones nerviosas especializadas en la percepción del dolor, denominadas nociceptores (Pedrajas y Molino, 2008). Estos se encuentran localizados en la piel, en los tejidos que rodean los músculos y en las membranas. Parecen existir dos sistemas diferentes para transmitir los mensajes de dolor al cerebro: el sistema *epicrítico* (que señala la presencia de una lesión, su localización y su extensión) y el sistema *protopático* (sensación de dolor, mantiene consciente al cerebro de la lesión producida). La percepción de dolor implica también una serie de sistemas neurotransmisores que usan las endorfinas, serotonina, epinefrina, norepinefrina y sustancias P (Puente, 2011). Dentro del procesamiento del dolor podemos distinguir entre sensorial-discriminativo, afectivo-motivacional y cognitivo evolutivo, componentes de contribución individual que pueden tener alteraciones en el procesamiento del dolor en trastornos psiquiátricos (Klossika, Kamping, Bleichhard & Tratmann, 2006).

En la otra cara de la moneda tenemos el placer, el sistema de recompensa del cerebro se activa frente a un estímulo externo y envía señales mediante conexiones neuronales, para que se liberen a los neurotransmisores responsables de sensaciones placenteras como la dopamina y la oxitocina. Asimismo, el sistema de recompensa del cerebro también es capaz de liberar dopamina ante acciones que no son beneficiosas, como actitudes de riesgo y experiencias dolorosas, que bien pueden convertirse en placer (como trataremos en adelante). El sistema de recompensas no está centralizado en solo

una zona del cerebro, sino que está compuesto principalmente por cinco áreas con una función clara: la amígdala (que regula emociones), el núcleo *Accumbens* (que controla la liberación de dopamina, la área tegmental ventral de tsai (libera dopamina), el cerebelo (controla las funciones musculares) y la glándula pituitaria (libera beta endorfinas y oxitocina, responsables del alivio del dolor, entre otras funciones). Cuando se activa el sistema del placer se producen efectos a nivel orgánico, hay vasodilatación por ejemplo y otros efectos probablemente relacionados con la liberación de sustancias que ocurre en el núcleo *accumbens* por la acción de la dopamina, principalmente endorfinas. En realidad muchas de las endorfinas tienen más que ver con procesos de respuesta al dolor que con sensaciones placenteras, porque al final el dolor y el placer van unidos. Todo lo que nos da placer, en el fondo, deriva de sistemas de control del dolor (Leknes & Tracey, 2008). Como nos explican Leknes & Tracey (2008, 2011), los estímulos que son más efectivos para reequilibrar la homeostasis se perciben como más agradables y aquellos que crean desequilibrio se sentirán dolorosos.

Vemos pues, que el dolor y el placer cumplen funciones importantes en la supervivencia y la reproducción de un organismo a través de la adaptación a una diversidad de entornos, estímulos e interacciones sociales. Y de la misma forma, vemos que tienen mucho que ver con la interpretación subjetiva (Schmahl & Baumgärtner, 2015).

### **Anexo III:**

#### **Tipos de autolesiones y razones para participar en prácticas autolesivas no suicidas**

Las formas más comunes de autolesión no suicida (NSSI) son cortaduras superficiales, arañazos o quemaduras en la piel y golpes en la cabeza, tales lesiones a menudo acaban en numerosas cicatrices (Tragesser & Robinson, 2009; Kleindienst et al., 2014; Schmahl et al., 2015). Las áreas más frecuentes del cuerpo afectadas en el grupo TLP (por orden de preferencia): la parte interior de los antebrazos, la región inferior del vientre y el frontal de los brazos superiores (Kleindienst, Priebe, Borgmann, Cornelisse, Krüge, Ebner-Priemer & Dyer, 2014).

Los análisis funcionales han revelado un amplio espectro de motivos concurrentes involucrados en actos de autolesión de intención no suicida, como el de reducción de sentimientos negativos (como la tensión y disociación internas aversivas, la vergüenza y la culpa) como un “alivio temporal”, autodestrucción, así como una intención comunicativa (Nock & Prinstein, 2004; Chapman, Gratz, Brown, 2006; Kleindienst, Bohus, Ludäscher, Liemberger, Kuenkele, Ebner-Priemer, Chapman, Reicherzer, Stieglitz & Schmahl, 2008; Nock, 2009; Wilkinson & Goodyer, 2011).

Linehan, Gunderson, Kernberg, Fenton y Hoffman (2006), hablan de que los TLP recurren a las autolesiones sobre todo ante sentimientos de rechazo, ante una emocionalidad intensa, como búsqueda de una salida, presentan pacientes que hablan de esta acción comparándola con “una pausa para fumar”. Valoran este fenómeno disfuncional como una forma de aliviar sentimientos que no pueden soportar ni articular mayoritariamente; infligir auto dolor como un descanso, enfocarse al dolor físico en vez

de al emocional obteniendo así una sensación de alivio, “como si la tormenta emocional se calmará”, comentan.

Dado que el dolor parece tener un importante efecto “analgésico” en el TLP es crucial explorar el papel del dolor, así como la interacción entre el dolor y las emociones a nivel neurobiológico (Schmal & Baumgärtner ,2015). Si bien a corto plazo puede conducir a la distracción de las emociones negativas, los efectos a largo plazo son perjudiciales. Los sentimientos de culpa o vergüenza pueden aumentar o intensificarse; uno puede volverse socialmente aislado; y el cuerpo puede quedar marcado de forma permanente (Wilkinson y Goodyer, 2011).

Como hemos presentado en el apartado de dolor en TLP, un gran cuerpo de investigación experimental apuntan a una sensibilidad reducida en pacientes con TLP (Kluetsch, Schmahl, Niedtfeld, Densmore, Calhoun & Daniels, 2012; Schmal & Baumgärtner). Pero además, en un estudio donde analizaron los procesamientos nociceptivos de TLP (Schmahl, Bohus, Esposito, Treede, DiSalle, Greeffrath, Ludaescher, Jochims, Lieb, Scheffler, Henning & Seifritz, 2006), los pacientes con este trastorno que se autolesionaban se sometieron a una exploración con resonancia magnética funcional mientras se aplicaban estímulos de calor en sus manos, comparándolos con un grupo control “sano. Los pacientes con TLP mostraron un aumento en los umbrales del dolor y una activación general reducida (en comparación con los controles sanos) y las diferencias se vieron en la activación/desactivación de diferentes áreas, siendo llamativa la desactivación de la amígdala (que controla la valoración afectiva del dolor). Este estudio les hizo especular que el grado de desactivación de la amígdala durante el procesamiento del dolor se modula por la comorbilidad del trastorno de estrés posttraumático (TEPT), tan frecuente en TLP, influyendo en la valoración afectiva del dolor.

Por otro lado, desde un punto de vista fisiopatológico, una lesión causaría tanto estrés como dolor en sujetos sanos. El estrés por sí mismo reduce la percepción del dolor y el comportamiento relacionado con el dolor en los animales, lo que se denomina 'analgesia inducida por el estrés'. Esta interacción está alterada en la mayoría de los pacientes con TLP, donde la autolesión no suicida se utiliza como vehículo para reducir la tensión interna aversiva, con el "efecto secundario" del dolor, haciendo que los pacientes vuelvan a niveles de tensión más bajos. No está claro cuál es el principal mecanismo subyacente. Podría ser debido a una directa mecanismo de retroalimentación paradójica entre (auto) lesión y el estrés, con disminución del estrés después de una lesión a través de vías autonómicas-límbicas. O podría deberse a la experiencia de dolor asociada con la lesión con una retroalimentación paradójica (dolor conduce a una disminución del estrés) en las redes nociceptivas y límbico-conductuales, o ambos (Schmal & Baumgärtner, 2015).

Por otro lado, se ha relacionado también con la evaluación negativa de la apariencia corporal puede agravar las autolesiones no suicidas. Típicamente, los pacientes con TLP sufren de un complejo de baja autoestima, un autoconcepto negativo y emociones sociales negativas tales como, la culpa o la vergüenza (Rüsch, Liebe, Gölttler, Hermann, Schramm, Richter, Jacob, Corrigan & Bohus, 2007).

La mayoría de las cicatrices, tienen su función de traer recordatorios de emociones altamente aversivas (Kleindienst et al., 2008). Aunque ocultan estas cicatrices anticipando la estigmatización relacionada con el diagnóstico (Rüsch et al., 2007). Los pacientes con TLP pueden ser especialmente sensibles a los procesos de etiquetado estigmatizadores como también son altamente sensibles a la exclusión social (Rüsch, Holzer, Hermann, Schramm, Jacob, Bohus, Lieb & Corrigan, 2006).

En conclusión, como nos muestran en su investigación Schmal y Baumgärtner (2015), tomados en conjunto, hay pruebas claras de una sensibilidad al dolor reducida en

pacientes con TLP. Sin embargo, parece paradójico por qué estos pacientes usan el dolor auto infligido para regular sus emociones a pesar de esta reducción en la sensibilidad al dolor. Parece que los estímulos del dolor de alta intensidad, por ejemplo, durante el comportamiento de corte, sirven como potentes moduladores del estrés en esta población. Los estudios que intentan desenredar los mecanismos de la autolesión no suicida apuntan a un papel importante del dolor, independientemente de la lesión concomitante del tejido y de ver la sangre para obtener una inmediata liberar el estrés. Se necesita más investigación para dilucidar la interacción entre dolor y autolesión, y desarrollar herramientas terapéuticas para ayudar a los pacientes con TLP a superar esto comportamiento devastador.