

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA



TESIS DOCTORAL

**El sentimiento de vacío en el Trastorno Límite de la
Personalidad: construcción de un cuestionario sobre
sentimiento de vacío en el TLP**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Nerea Palomares Mora

DIRECTOR

José Luis Carrasco Perera

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUATRIA

PROGRAMA DE DOCTORADO PSIQUIATRÍA 778

**El sentimiento de vacío en el
Trastorno Límite de la Personalidad:
Construcción de un cuestionario sobre sentimiento de
vacío en el TLP**



Autora: Nerea Palomares Mora

Director de la Tesis Doctoral: Prof. José Luis Carrasco

Madrid 2015

Dedicatoria

A mi padre, que me enseñó a amar la psicología.

A mi madre, que me enseñó a practicar la psicología.

A mi hermano, que me enseñó que la psicología es un misterio.

A mi marido, que ha tenido que utilizar mucha psicología mientras me veía escribir esta tesis.

Agradecimientos

Al Profesor José Luis Carrasco, por sus ánimos, su apoyo, su sabiduría, su cariño, y su entusiasmo siempre, a pesar de los pesares. Sin él no habría podido realizar esta tesis.

A mis compañeros del Departamento de Trastornos de la Personalidad y del Estado del Ánimo del Hospital Mount Sinai de Nueva York, en especial a Mercedes Pérez-Rodríguez que me acogió y me ayudó desinteresadamente en todo lo que pudo.

A los expertos que han colaborado para que esta tesis sea posible: Juan Carlos Pascual, Vicente Rubio, Lucía Lezama, Tomás Casado, Mercedes Pérez, Marina Díaz Marsá, Joaquim Soler y Elena Guerrero, todos ellos grandes profesionales y especialistas en trastornos de la personalidad.

A mi familia y amigos porque sus ánimos son lo que me han traído hasta aquí.



“El grito”. Munch, 1893.

- *“Hábleme del fragor, señorita Prim. Nunca habría imaginado que una cabeza tan pulcra y delicada como la suya albergase una tormenta, créame.*

Antes de contestar, él cortó con cuidado otro trozo de fruta, lo dividió en dos y le ofreció uno.

- *Lo he oído casi durante toda mi vida, si he de serle sincero.*

La bibliotecaria dejó de comer sorprendida.

- *¿De verdad? Pero usted no parece ese tipo de persona. ¿Cómo ha conseguido apagarlo?*

Cegado por la claridad del sol, el hombre del sillón cerró los ojos y apoyó los pies en una vieja maceta.

- *No lo he conseguido.*

(...)

- *Hábleme del ruido, señorita Prim.*
- *¿Por qué habría de hacerlo? – protestó ella acalorada.*
- *Porque quiero conocerla. Lleva aquí casi dos meses y apenas sé nada de usted. (...)*
- *Le advierto que no sé cómo explicarlo del todo –comenzó-. Digamos que hay días, aunque afortunadamente son pocos, en que tengo la sensación de que el interior de mi cabeza se mueve como una centrifugadora. No soy una compañera muy agradable entonces, tampoco duermo demasiado bien. Siento un hueco donde debería haber algo, pero donde no hay nada, absolutamente nada, excepto un ruido ensordecedor. – Hizo una pausa, miró el rostro preocupado de su jefe y sonrió con una suave mueca-. No*

ponga esa cara, no es nada grave; le pasa a mucha gente, se doma con pastillas. Pero si usted dice haberlo sentido, debería saber lo que es.

- *¿Por qué cree que no desaparece?*
- *No lo sé.*
- *¿No lo sabe?*

La bibliotecaria se recogió el pelo cuidadosamente en la nuca antes de volver a hablar.

- *A veces he pensado que tiene que ver con la pérdida.*

Al llegar a ese punto vaciló, pero la expresión seriamente interesada del rostro de él la decidió a continuar.

- *Veamos cómo se lo explico. En cierto sentido siempre me he considerado a mí misma una mujer moderna; una mujer libre, independiente, llena de títulos académicos. Usted lo sabe y ambos sabemos que me desprecia por ello. – El hombre del sillón esbozó un gesto de educada protesta que fue ignorado con displicencia-. Pero tengo que reconocer que, al mismo tiempo, cargo siempre con una pesada sensación de nostalgia sobre los hombros, con un deseo de parar el paso del tiempo, de recuperar cosas perdidas. Con la conciencia de que todo, absolutamente todo, es parte de un sendero que no tiene vuelta atrás.*
- *¿Qué significa para usted todo?*

- *Lo mismo que para usted, supongo. La vida entera, la belleza, el amor, la amistad, incluso la infancia; sobre todo la infancia. Antes, no hace demasiado tiempo, solía pensar que tenía una sensibilidad propia de otro siglo, estaba convencida de que había nacido en el momento equivocado y de que por eso me molestaba tanto la vulgaridad, la fealdad, la falta de delicadeza. Creía que esa nostalgia tenía que ver con el anhelo de una belleza que ya no existe, de una época que un buen día nos dijo adiós y desapareció.*
- *¿Y ahora?*
- *Ahora trabajo para alguien que efectivamente vive inmerso en otro siglo y he podido constatar que ése no es mi problema.*

El hombre del sillón soltó una carcajada alegre y contagiosa que hizo a la bibliotecaria ruborizarse de satisfacción.

- *Debería despedirla por eso. Sabía lo que hacía cuando le advertí que tendría que perdonarla en más de una ocasión. (...)*
- *Ahora le toca a usted – dijo-. ¿Por qué lo escuchaba usted?*

Él tardó unos instantes en hablar.

- *Por lo mismo que todos, supongo. Es el sonido de una guerra.*
- *Ésa es una metáfora muy pero que muy típica de usted – le interrumpió ella riéndose-. ¿Pero qué desencadenaba su guerra? Tiene que reconocer que siempre hay un motivo. A veces es un carácter indómito o una personalidad inestable. Puede ser la*

enfermedad, una debilidad moral, el miedo a la muerte, al paso del tiempo... ¿Cuál es su excusa?

- *Se equivoca, Prudencia, no son muchas cosas, sólo es una. En realidad lo que desencadena la guerra no es tanto algo como la ausencia de algo, es la falta de una pieza. Y cuando falta una pieza (en un puzzle, por ejemplo), cuando falta la pieza maestra, nada funciona. ¿Le gustan los puzzles? (...) Pues bien, lo que trato de explicar es que hay personas, Prudencia, que un buen día se hacen conscientes de que les falta la pieza principal de un puzzle que no pueden completar. Sólo sienten que algo no funciona o que nada en absoluto funciona, hasta que descubren, o mejor, hasta que se les permite descubrir, la pieza que falta”.*

“El despertar de la Señorita Prim”. Natalia Sanmartin Fenollera, Premio Planeta 2013.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	33
1.1	¿QUÉ ES EL SENTIMIENTO DE VACÍO? HISTORIA DEL CONCEPTO	40
1.2	EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	72
1.2.1	CONOCIENDO EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	72
1.2.2	EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN EL TLP	82
2	JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	104
3	HIPÓTESIS.....	110
3.1	HIPOTESIS PRINCIPAL	111
3.2	HIPOTESIS ESPECÍFICAS.....	112
4	OBJETIVOS.....	115
4.1	OBJETIVO PRINCIPAL	116
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	116
5	ESTUDIOS	118
5.1	ESTUDIO 1: ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN PACIENTES CON TLP Y CONTROLES.	119
5.2	ESTUDIO 2: ESTUDIO SOBRE EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN UNA MUESTRA NO CLÍNICA: CARACTERIZACIÓN DEL CONCEPTO.....	124
5.3	ESTUDIO 3: CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE SENTIMIENTO DE VACÍO EN TLP 131	
6	RESULTADOS	139
6.1	RESULTADOS DEL ESTUDIO 1: <i>ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN PACIENTES CON TLP Y CONTROLES.</i>	140

6.2	RESULTADOS DEL ESTUDIO 2: <i>ESTUDIO SOBRE EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN UNA MUESTRA NO CLÍNICA: CARACTERIZACIÓN DEL CONCEPTO.</i>	145
6.3	RESULTADOS DEL ESTUDIO 3: <i>CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE SENTIMIENTO DE VACÍO EN TLP.</i>	150
7	DISCUSIÓN.....	152
8	CONCLUSIONES.....	172
9	BIBLIOGRAFÍA	176
10	ANEXOS	196
10.1	ANEXO 1 CUESTIONARIO INICIAL ¿QUÉ ES EL SENTIMIENTO DE VACÍO?	197
10.2	ANEXO 2.....	199
10.3	ANEXO 3.....	225
10.4	ANEXO 4: ITEMS EXTRAIDOS POR LAS EXPERTAS 1 Y 2.....	228
10.5	ANEXO 5: ITEMS FINALES CON APORTACIONES DEL EXPERTO 3	238
10.6	ANEXO 6: CUESTIONARIO FINAL SENTIMIENTO DE VACÍO=III (CSV)	242
1	INTRODUCCIÓN	33
1.1	¿QUÉ ES EL SENTIMIENTO DE VACÍO? HISTORIA DEL CONCEPTO.....	40
1.2	EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	72
1.2.1	CONOCIENDO EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	72
1.2.2	EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN EL TLP.....	82
2	JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	104
3	HIPÓTESIS.....	110
3.1	HIPOTESIS PRINCIPAL	111
3.2	HIPOTESIS ESPECÍFICAS	112

4	OBJETIVOS	115
4.1	OBJETIVO PRINCIPAL	116
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	116
5	ESTUDIOS	118
5.1	ESTUDIO 1: ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN PACIENTES CON TLP Y CONTROLES.	119
5.2	ESTUDIO 2: ESTUDIO SOBRE EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN UNA MUESTRA NO CLÍNICA: CARACTERIZACIÓN DEL CONCEPTO.	124
5.3	ESTUDIO 3: CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE SENTIMIENTO DE VACÍO EN TLP	131
6	RESULTADOS	139
6.1	RESULTADOS DEL ESTUDIO 1: <i>ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN PACIENTES CON TLP Y CONTROLES.</i>	140
6.2	RESULTADOS DEL ESTUDIO 2: <i>ESTUDIO SOBRE EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN UNA MUESTRA NO CLÍNICA: CARACTERIZACIÓN DEL CONCEPTO.</i>	145
6.3	RESULTADOS DEL ESTUDIO 3: <i>CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE SENTIMIENTO DE VACÍO EN TLP.</i> 150	
7	DISCUSIÓN	152
8	CONCLUSIONES	172
9	BIBLIOGRAFÍA	176
10	ANEXOS	196
10.1	ANEXO 1 CUESTIONARIO INICIAL ¿QUÉ ES EL SENTIMIENTO DE VACÍO?.....	197
10.2	ANEXO 2.....	199
10.3	ANEXO 3.....	225
10.4	ANEXO 4: ITEMS EXTRAIDOS POR LAS EXPERTAS 1 Y 2.....	228
10.5	ANEXO 5: ITEMS FINALES CON APORTACIONES DEL EXPERTO 3.....	238
10.6	ANEXO 6: CUESTIONARIO FINAL SENTIMIENTO DE VACÍO=III (CSV)	242

RESUMEN

Objetivos

El objetivo principal de esta tesis es caracterizar el concepto de sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad (TLP). La necesidad de dar respuesta a preguntas que surgen en numerosos trabajos sobre el TLP de manera continua acerca del sentimiento de vacío, hace de esta tesis uno de los eslabones que quedan pendientes en el estudio de los criterios diagnósticos del trastorno. A pesar de que probablemente, tal y como se expondrá en la primera parte de esta tesis, el ser humano siempre ha sentido la experiencia de sentimiento vacío y lo ha reflejado al menos desde los principios de la edad moderna a través del arte, la pintura y la literatura, poco se ha escrito sobre otra forma de sentimiento de vacío más patológica y específica, que es la relacionada con el trastorno mental, en concreto con el trastorno límite de la personalidad.

El objetivo de la primera parte de esta tesis es dar a conocer a los autores que desde mediados del siglo XIX en adelante han escrito sobre esta experiencia y han tratado de dar una explicación a un sentimiento que crea malestar y sufrimiento en el ser humano. Es por ello que estos escritos se enmarcan especialmente en el campo de la filosofía y la psiquiatría. Se dará a conocer además una breve descripción del trastorno límite de la personalidad y se añadirá una sección sobre la

consideración del sentimiento de vacío en este trastorno. Muchos de los autores presentados en esta sección forman parte de la escuela psicoanalítica, cuya concepción del sentimiento de vacío es particular y se relaciona con el apego, la dinámica con el objeto y los mecanismos de defensa.

El objetivo de la segunda parte de la presente tesis es la realización de dos estudios que pretenden responder a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Es la experiencia de sentimiento de vacío del paciente límite similar a la experiencia de sentimiento de vacío en personas que no sufren este trastorno? ¿o presenta un componente cualitativamente distinto?
- 2) ¿Es el sentimiento de vacío una experiencia común entre la población general? Y esta experiencia, ¿cómo se relaciona con la depresión, la ansiedad y la hostilidad?

Las respuestas a estas preguntas y los resultados de estos estudios nos conducirán a la tercera parte de esta tesis, cuyo objetivo es describir la elaboración de un instrumento para evaluar el sentimiento de vacío en personas con trastorno límite de la personalidad.

Finalmente se expondrá la discusión de este trabajo en la que se pretenderá relacionar los resultados obtenidos con los escritos en la

medicina acerca del sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad.

Metodología:

Esta tesis se divide en tres estudios, los dos primeros de tipo transversal y un tercero cualitativo de realización de un cuestionario.

- 1) El primer estudio pretende dar respuesta a la primera pregunta acerca de si el sentimiento de vacío se experimenta de la misma manera en pacientes con trastorno límite de la personalidad que en personas de la población general. Para ello, se incluye una muestra de 93 participantes divididos en dos grupos: un grupo control conformado por un total de 51 personas entre los que se contaban tanto estudiantes como trabajadores de diferentes áreas, y un grupo clínico, compuesto por 42 personas con TLP de la Unidad de Día del servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos. Se administró un breve cuestionario con las siguientes preguntas: “¿Ha sentido alguna vez sentimiento de vacío?”, “¿Dónde situaría corporalmente el sentimiento de vacío?”, “¿Trabaja con personas con algún tipo de trastorno mental?” y “Defina con un párrafo qué significa para usted el sentimiento de vacío”. Se incluyeron algunas preguntas con variables sociodemográficas como sexo, edad y ocupación. Se obtuvieron un

total de 93 definiciones sobre sentimiento de vacío y se realizaron comparaciones entre los conceptos relacionados con el sentimiento de vacío propuestos por los pacientes y los propuestos por los controles.

- 2) El segundo estudio pretende dar respuesta a la pregunta acerca de si el sentimiento de vacío es una experiencia frecuente en la población general y cómo se relaciona con otros componentes psicológicos como la depresión, la ansiedad y la hostilidad. Para ello se elaboró un cuestionario en base al cuestionario inicial utilizado en la sección anterior, en la que se incluían los conceptos extraídos de las definiciones de pacientes y controles. Este cuestionario se administró a 126 participantes, estudiantes de los últimos años de la carrera de medicina. Los sujetos debían marcar los conceptos que, a su entender, estaban más relacionados con el sentimiento de vacío (soledad, tristeza, aburrimiento, falta de identidad, baja autoestima, anhedonía, falta de sentido vital, desesperanza, etc.) y situar el sentimiento de vacío en alguna parte de su cuerpo. Además de este cuestionario, se les administró un cuestionario de depresión (Beck Depression Inventory o BDI), uno de ansiedad (State-Trait Anxiety Inventory o STAI) y uno de hostilidad (Buss-Durkee Hostility Inventory o BDHI), tres de los componentes psicológicos que aparecen junto con el sentimiento crónico de vacío como síntomas del trastorno límite de la personalidad.

3) El tercer y último estudio consiste en la elaboración de un cuestionario que permita evaluar el sentimiento de vacío en personas con TLP y medir la gravedad del mismo y los componentes que lo conforman. Para ello se realizó un análisis estadístico cualitativo por extracción de temas de las definiciones de 42 pacientes con TLP. Estos temas fueron puestos en común por varios expertos y se consiguió un total de 78 ítems. Tras el envío de este cuestionario para la validación interevaluador a distintos expertos en trastornos de la personalidad, el cuestionario final contó con 42 ítems para evaluar el sentimiento de vacío.

Resultados:

Resultados del estudio 1: *“Estudio comparativo sobre el sentimiento de vacío en pacientes con TLP y controles”.*

El 85% de los participantes en el estudio aseguraron haber sentido vacío al menos una vez en la vida, siendo un 73% de las personas del grupo control y el 100% de los que sufrían TLP. Aparecieron diferencias significativas entre pacientes y controles para los siguientes conceptos relacionados con el sentimiento de vacío: “sentir vacío por dentro”, (50% de pacientes vs 24% de controles), “falta de sentido en la vida” (39% de controles vs 17% de pacientes), “desesperanza” (20% de controles vs 5%

de pacientes), “abulia” (41% de controles vs 7% de pacientes) y “desasosiego” (30% de controles vs 2% de pacientes). Por último, apareció una tendencia, si bien no estadísticamente significativa, para el concepto de “insatisfacción” (9% de los controles vs el 0% de los pacientes). Para evitar sesgos entre las personas que conformaba el grupo de controles y que trabajaban en el ámbito de la salud mental se realizó otro análisis estadístico controlando el factor “trabaja en salud mental sí/no” y los resultados no variaron significativamente.

Resultados del estudio 2: *“Estudio sobre el sentimiento de vacío en una muestra no clínica: caracterización del concepto”.*

El 82% de los encuestados refirieron haber padecido “alguna vez” en su vida sentimiento de vacío frente a un 12% que refirió no haberlo padecido “nunca” y un 14% que indicaba padecerlo “con frecuencia”. El 92% aseguraba no padecerlo en el momento actual frente a un 8% de sujetos que sí estaba sintiendo vacío en el momento de realizar el estudio. Respecto a la asociación de los diferentes constructos con el sentimiento de vacío, se presentan los porcentajes de relación, siendo el concepto más asociado la “soledad”, ya que el 21% de los encuestados la identificaba “mucho” con el sentimiento de vacío. También se presentan los porcentajes de relación en cuanto a la falta de asociación, siendo la “rabia” la menos identificada con el sentimiento de vacío (57% no identificaba “nada” la rabia con vacío). En relación a la localización física del sentimiento de vacío, el 58% de los encuestados lo localizaban en el

pecho, mientras que el 43% lo hacía en el estómago. Por último, las correlaciones del sentimiento de vacío con los cuestionarios de depresión, ansiedad y hostilidad fueron estadísticamente significativas mostrando la consistencia correlacional entre los síntomas del TLP. El factor que mayor correlación significativa presentó respecto a los resultados en los cuestionarios BDI, STAI-E y STAI-R fue “No saber quién soy”; y con los citados más el BDHI, fue “No saber cómo soy”. También fue muy significativa la relación entre el “miedo” asociado al sentimiento de vacío y las puntuaciones en STAI-R y STAI-E, y la “inseguridad” asociada al sentimiento de vacío con las puntuaciones obtenidas en el STAI-R. No parece haber correlación en general entre las puntuaciones de los cuestionarios y la situación en el cuerpo en la que los participantes sitúan al vacío, aunque existía cierta relación entre sentir vacío en el abdomen y las puntuaciones obtenidas en el STAI-E y sentir vacío en la garganta y las puntuaciones obtenidas en el BDHI de hostilidad.

Resultados del estudio 3: “Construcción del cuestionario sobre sentimiento de vacío en TLP”.

Tras llevar a cabo el primer acuerdo interevaluadores para la construcción de los ítems, se obtuvo un total de 78. Una vez realizado el proceso de fiabilidad interjueces en relación a los 78 ítems propuestos, surgieron un total de 42 ítems validados por la segunda tanda de expertos.

Discusión:

Los resultados de este estudio arrojan luz sobre un constructo ampliamente utilizado como criterio diagnóstico para el trastorno límite de la personalidad: el sentimiento de vacío. El primer estudio, que compara la experiencia de sentimiento de vacío en un grupo de pacientes con TLP y en grupo de controles, concuerda con estudios que muestran las diferencias cualitativas entre la disforia interior sentida por el paciente límite y la disforia común de la depresión más melancólica. La respuesta “sentir vacío por dentro”, más frecuente en los pacientes que en los controles, caracteriza el sentimiento de vacío en el TLP como una experiencia más grave, relacionada con el “yo” (“self”) más que con el objeto, y que se interioriza de manera más profunda y más dolorosa porque tiene que ver con la propia estructura de la personalidad. Los controles parecen más enfocados hacia el mundo exterior, a las actividades, a los demás y al propio futuro (respondiendo con más frecuencia a ítems como “falta de sentido en la vida”, “desesperanza” o “abulia”) y lo relacionan con un componente más ansioso (“desasosiego”) que melancólico. En la discusión de esta tesis se presentan varias teorías respecto a estas diferencias y se trata de explicar los resultados obtenidos en base a la literatura (en su mayoría de corriente dinámica) escrita sobre el TLP y sus características clínicas. El hecho de que en el segundo estudio, que analiza la prevalencia del sentimiento de vacío en una muestra de la población general, un 82% de los encuestados responda que ha sentido vacío alguna vez en su vida, va en consonancia

con las teorías filosóficas más existencialistas en las que el ser humano puede encontrarse sólo, sin identidad y con miedo a su propia desintegración. El 14% de los encuestados aseguraba sentir el vacío “con frecuencia” lo que nos proporciona un ratio de sentimiento crónico en la población normal, probablemente relacionado con algún tipo de trastorno mental. El 8% de encuestados que aseguraban estar sintiendo vacío en el momento del estudio coincide de manera interesante con el 8% de prevalencia de trastornos mentales-año en la población general (Cibersam, 2013). La “soledad” es el constructo que las personas sin TLP han asociado más al vacío. Esto coincide con los estudios sobre la soledad y el vacío de Pazzagli y cols. (2000) o Richman y Sokolove (1992). La “rabia” era el concepto menos identificado, lo que va en consonancia con teorías como la de Clarkin y cols. (1993) en la que el sentimiento de vacío y la ira estarían incluidas en factores distintos y en las que el enfado o la rabia formarían parte de un componente cualitativamente diferente al del sentimiento de vacío. De hecho, de las definiciones obtenidas en este estudio podemos obtener experiencias de sentimiento de vacío tanto unidas como no unidas al enfado y a la ira. El 58% de los encuestados localizaban el sentimiento de vacío en el pecho, teniendo que ver quizás con un componente más neurótico que límite en la población general. Parece fácil hipotetizar, en base a la literatura y a las respuestas de los pacientes en la práctica clínica, que los pacientes con TLP presentarían un mayor porcentaje de relación del vacío con el estómago si este estudio se replicara en una población de pacientes con estructura límite. Este factor estaba presente en el estudio 1 y tuvo que

ser eliminado con motivo de los datos perdidos respecto a la localización física del sentimiento de vacío en los pacientes con TLP. Por último, las correlaciones estadísticamente significativas del sentimiento de vacío con los cuestionarios de depresión, ansiedad y hostilidad dieron coherencia al constructo de sentimiento de vacío dentro de la sintomatología del TLP. La falta de identidad (“no saber quién soy”) y la falta de capacidad para analizar y estructurar el propio “yo” (“no saber cómo soy”) parecen asociarse con mayores niveles de depresión y ansiedad, y con mayores niveles de hostilidad. Estos resultados tienen sentido dentro del marco del TLP, cuyo componente depresivo está altamente relacionado con la pérdida de identidad respecto a la propia estructura del “yo” y respecto al mundo externo que rodea al paciente. Éste, en su miedo a sentirse “desintegrado”, sufriría angustia y tristeza y se enfadaría consigo mismo y con los demás como mecanismo de defensa ante el sufrimiento que causa esa perspectiva de desintegración. De nuevo, las teorías acerca de la diferencia cualitativa entre la depresión y el componente disfórico del TLP parecen explicar nuestros resultados. La relación significativa entre respuestas de “miedo” e “inseguridad” asociadas al sentimiento de vacío, y los mayores niveles de ansiedad parecen un resultado esperado y podría estar relacionado con el componente más neurótico que puede encontrarse en la población normal, más que con el componente de la estructura límite que surgiría si se realizara este estudio con pacientes con TLP. Sentir vacío en el abdomen y su relación con la ansiedad concuerda con la sintomatología ansiosa en la que el paciente se queja de opresión en el pecho y en la boca del estómago. Por otra parte, sentir

el vacío en la garganta y su relación con mayores puntuaciones en hostilidad recuerda a la sintomatología somática del paciente con ira contenida que aprieta los dientes y la mandíbula, las cuales están físicamente cerca de la garganta.

Finalmente, y tras analizar los resultados de los estudios anteriores, se propone un cuestionario de vacío que permita evaluar esta experiencia en personas con trastorno límite de la personalidad. Tanto el estudio del sentimiento de vacío como la elaboración y la utilización de este cuestionario daría respuesta a las múltiples menciones acerca de la necesidad de esclarecer el componente de vacío y encontrar una forma de medirlo que se encuentran en la literatura (Klonsky, 2008; Hazell, 2003; Johansen et al, 2004). Nuestra esperanza es que la medición del sentimiento de vacío en el TLP permita predecir la ideación suicida y la gravedad del trastorno, así como lo hacen otros cuestionarios respecto a otros síntomas como la depresión, la angustia, la hostilidad o la desesperanza. Los pasos a seguir a partir de ahora tendrán que ver con la validación tanto interna como externa de este cuestionario en población con TLP y población normal. En el futuro, sería conveniente tener en cuenta una validación con otro tipo de poblaciones clínicas.

Conclusiones:

Se han presentado en esta tesis aportaciones teóricas de la literatura al concepto de sentimiento de vacío, en primer lugar de manera más general como experiencia común en el ser humano y a continuación en el trastorno límite de la personalidad como trastorno mental que incluye esta experiencia como uno de sus criterios diagnósticos. Se ha realizado además una breve descripción introductoria del trastorno límite de la personalidad. A continuación, se han expuesto 3 estudios: el primero: *“Estudio comparativo sobre el sentimiento de vacío en pacientes con TLP y controles”*, nos ha mostrado las diferencias cualitativas entre el sentimiento de vacío sentido por el paciente con TLP y el sentido por un grupo de controles, mostrando una mayor tendencia a definir el sentimiento de vacío como algo más interno en los pacientes frente a un componente más relacionado con el mundo exterior y el futuro en los controles. El segundo estudio: *“Estudio sobre el sentimiento de vacío en una muestra no clínica: caracterización del concepto”* nos ha permitido observar la prevalencia del sentimiento de vacío en una población general compuesta por estudiantes universitarios, arrojando luz acerca de la importancia y la frecuencia de esta experiencia. Además, se ha estudiado cómo los participantes de este estudio han relacionado distintos conceptos psicológicos con el sentimiento de vacío, siendo el más relacionado la “soledad” y el menos relacionado la “rabia”. Además, las frases asociadas a la propia identidad (“no sé quién soy”, “no sé cómo soy”), se relacionaban con mayores puntuaciones en las pruebas de

ansiedad y hostilidad. Finalmente se ha elaborado un cuestionario que permite la evaluación del sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad. Hasta donde sabemos, este es el único trabajo en la literatura que se ha centrado en estudiar en profundidad el sentimiento de vacío a través de dos estudios clínicos. Además, es el primer cuestionario que permite medir el sentimiento de vacío en el TLP, desde la propuesta de Klonsky en 2003 de la cual no han surgido más estudios. De ahora en adelante se seguirán los pasos para la validación del cuestionario tanto en población con TLP como en otras poblaciones con otro tipo de trastornos mentales.

ABSTRACT

Objectives:

The main objective of this thesis is to characterize the concept of feeling emptiness in borderline personality disorder (BPD). There is a lack of studies addressing the feeling of emptiness in this disorder, which may be an important question to establish accurate diagnostic criteria for BPD. This thesis tries to fill in this gap through several studies.

Even if probably, as proposed in the first part of this thesis, the human being has always felt emptiness and has reflected it through art, painting and literature, few studies have been devoted to a more specific and pathological form of emptiness: the one related to mental disorders, especially to borderline personality disorder.

The objective of the first part of the present thesis is to give knowledge about the authors from XIX century until nowadays who have written about the feeling of emptiness and tried to explain the suffering it causes. This is why this literature is especially found in philosophy and psychiatry fields. A brief introduction to BPD and its relationship with the feeling of emptiness will be presented.

The most part of the authors from this section belong to psychoanalysis, where the feeling of emptiness is particular and related to the object attachment and defense mechanisms.

The objective of the second part of this thesis is the elaboration of two studies which intend to answer the following questions:

- 1) Is the feeling of emptiness experience in borderline personality disorder similar to the feeling of emptiness in people without borderline personality disorder? Or is it a qualitatively different experience?
- 2) Is the feeling of emptiness a common experience in general population? And how is this experience related to depression, anxiety and hostility?

The answers to those questions and results from those studies will take us to the third part of the thesis, where the objective is to describe the elaboration of an instrument to assess the feeling of emptiness in BPD.

Finally, a discussion in order to relate the obtained results with the scientific literature about the feeling of emptiness in BPD will be exposed.

Methods:

This thesis is composed by three studies, two transversal studies and one qualitative study for the elaboration of a questionnaire.

- 1) The first study aims to answer the first question about whether the feeling of emptiness in BPD is experienced similarly in general population. With this objective, a total of 93 participants divided in two groups is included: a control group with 51 students and workers and a clinical group with 42 people with borderline personality disorder. Those patients came from the Day-care Unit of Psychiatry Department of the Hospital Clinico San Carlos. A brief questionnaire with the following questions was administrated: "Have you ever felt a feeling of emptiness?", "where would you locate the feeling of emptiness in your body?", "Do you work with people with a mental disorder?", "Please define in a paragraph what the feeling of emptiness means to you". Several questions with sociodemographic variables were included, such as sex, age and occupation. A total of 93 definitions about the feeling of emptiness were obtained. Comparisons between the patients proposed concepts and the controls proposed concepts related to the feeling of emptiness were performed.

- 2) The second study aims to give an answer to the question of whether the feeling of emptiness is a frequent experience in

general population and how is it related to psychological components such as depression, anxiety and hostility. A preliminary questionnaire based on the previous study was created including the obtained concepts from the patients and controls definitions. This questionnaire was administrated to 126 participants, students from the lasts years of Medicine School. Participants should mark the most related concepts to the feeling of emptiness (loneliness, sadness, boredom, lack of identity, low self-esteem, lack of sense in life, hopelessness, and so on) and locate the feeling of emptiness in some part of the body. Beside this questionnaire, a depression questionnaire (Beck Depression Inventory-BDI), an anxiety questionnaire (State-Trait Anxiety Inventory-STAI) and a hostility questionnaire (Buss-Durkee Hostility Inventory-BDHI), three of the psychological components appearing together with the chronic feeling of emptiness as BPD symptoms, were administrated.

- 3) The third and last study consists on the elaboration of a questionnaire which allows assessing severity and components of the feeling of emptiness in patients with BPD. In order to do that, a qualitative statistical analysis was performed through the extraction of themes in the definitions of 42 patients with BPD. Those themes were discussed by several experts and 78 items were finally obtained. After having sent the questionnaire to be validated by

different experts in personality disorders, the final questionnaire was composed by 42 items to assess the feeling of emptiness.

Results:

Results from the first study: *“Comparison of the feeling of emptiness between patients with BPD and controls”.*

A total of 85% of participants claimed to have felt emptiness at least once in their lives, 73% from the control group and 100% of borderline patients. Significant differences were found between patients and controls for the following concepts related to the feeling of emptiness: “to feel emptiness inside” (50% of patients vs 24% of controls), “lack of sense of life” (39% of controls vs 17% of patients), “hopelessness” (20% of control vs 5% of patients), “apathy” (41% of controls vs 7% of patients), “unease” (30% of controls vs 2% of patients). Finally, a non statistical significant tendency for “insatisfaction” (9% of controls vs 0% of patients) was found. In order to avoid biases amongst the people included in the control group who worked in mental health, a statistical analysis was performed by controlling the factor “I work in mental health: yes/no”. Results did not differ statistically.

Results from the second study: *“The feeling of emptiness in a non clinical sample: characterization of the concept”.*

A total of 82% of respondents claimed having suffered a feeling of emptiness at least “sometimes” in their lives against 12% who referred not having suffered feeling of emptiness “never” in their lives. 92% did not suffer it at the moment of the study against 8% who actually did. Regarding the association between the feelings of emptiness with the different concepts, the most related concept was “loneliness”: 21% of respondents identified this concept “a lot” with the feeling of emptiness.

Percentages for lack of association were also presented. “Rage” was the less identified concept (57% did not identify “at all” with the feeling of emptiness). Regarding the physical location, 58% of participants located the feeling of emptiness in the chest, while 43% located it in the stomach. Finally, correlations between the feeling of emptiness and depression, anxiety and hostility questionnaires were statistically significant and showed consistency among BPD symptoms.

The most significantly correlated factor regarding BDI, STAI-E and STAI-R questionnaires and the feeling of emptiness was “I do not know who I am”, and between BDI, STAI-E and STAI-R and BDHI was “I do not know how I am”. Relationship between “fear” associated to the feeling of emptiness and scores in STAI-R and STAI-E was also significant. “Insecurity” related to the feeling of emptiness was associated to STAI-R scores. No relationship was found between location of the feeling of emptiness in the body and the questionnaires scores, however certain relationship was found between feeling emptiness in abdomen and STAI-E scores, and between feeling emptiness in the throat and BDHI scores.

Results from the third study: *“Construction of a questionnaire on the feeling of emptiness in BPD”.*

After the first inter-raters agreement for the items construction, a total of 78 items were obtained. Once the reliability process regarding the 78 items was performed, a total of 42 items validated by the experts was found.

Discussion:

The results of this thesis add knowledge about a very widely used construct as a diagnostic criteria for borderline personality disorder: the feeling of emptiness. The first study compares the experience of feeling emptiness in a group of patients with BPD and a control group. This study agrees with others showing qualitative differences between inner dysphoria in BPD and common dysphoria in melancholic depression. The answer “to feel emptiness inside”, more frequent in patients than in controls, characterizes the feeling of emptiness in BPD as a more severe experience relate to the “self”, more than to the object. It is a deeper and painful inner experience since it is related with the very structure of the personality. Controls seem to be more focused on the exterior world, activities, others and the future (with answers such as “lack of sense in life”, “hopelessness” or “apathy”) and relate it with a more anxious component (“unease”) than melancholic.

In this thesis' discussion, several theories are presented regarding those differences and results are explained based on the scientific literature on BPD and its clinical features (most part of this literature has a psychodynamic orientation). The fact that in the second study, which analyzes the feeling of emptiness in a general population sample, 82% of respondents claim they have felt emptiness sometime in their lives agrees with the existentialist philosophical theories where the human being may feel alone, with no identity and scared of his own disintegration. 14% of respondents ensured to feel emptiness "frequently", which gives us a percentage of chronic feeling of emptiness in general population, probably related to some kind of mental disorder. 8% of respondents claimed to feel emptiness at the moment of the study. This agrees interestingly with the prevalence of 8% of mental disorders per year in general population (Cibersam, 2013). "Loneliness" is the construct more associated to the feeling of emptiness by the patients with BPD. This agrees with studies about loneliness and emptiness carried out by Pazzagli et al. (2000) or Richman and Sokolove (1992). "Rage" was the concept less identified with the feeling of emptiness which agrees with theories such as the Clarkin et al (1993) where the feeling of emptiness and anger are included in different factors. Anger and rage would be part of a qualitative different component to that of feeling emptiness. Indeed, in the definitions of our samples we may find experiences of the feeling of emptiness related or not to anger and rage. 58% of respondents located the feeling of emptiness at the chest, being related perhaps to a more neurotic than borderline factor in the general population. It seems easy to hypothesize,

on the basis of the clinical literature and the clinical praxis, that patients with BPD would present a higher percentage of location of the feeling of emptiness in the stomach if this study was replicated with borderline patients. This factor was present in study 1, however it was eliminated due to missing data about location of the feeling of emptiness in borderline patients. Finally, significant correlations between the feeling of emptiness and the depression, anxiety and hostility questionnaires gave coherence to the feeling of emptiness as a part of the BPD symptomatology. Lack of identity (“I do not know who I am”) and lack of capacity to analyze and organize the own “self” (“I do not know how I am”) seem to be related to higher levels of depression, anxiety and hostility. Those results make sense in the framework of the BPD whose depressive component is related with the lack of identity regarding the own “self” structure and regarding the external world. The patient, afraid of being disintegrated, would suffer anguish and sadness and would be mad at himself and the other as a defensive mechanism in order to avoid the suffering. Again, theories about the qualitative differences between depression and BPD dysphoria may explain our results. The significant relationship between “fear” and “insecurity” answers related to the feeling of emptiness, and higher levels of anxiety are expected results. They may be related to a more neurotic component of the general population, than a borderline component that would be found with a borderline sample. To feel emptiness in the abdomen and its relationship with anxiety agrees with the anxious symptomatology where the patient complains about oppression at the chest and the stomach. On the other hand, to feel

emptiness in the throat and its relationship with higher hostility scores agree with somatic symptomatology of the patient with repressed anger who clench his teeth and jaw, which are physically close to the throat.

Finally, after the analysis of the previous studies, a feeling emptiness questionnaire is proposed in order to assess this experience in borderline patients. The study about the feeling of emptiness and the elaboration and use of this questionnaire would give an answer to the multiple references in the literature to the need of clarify this component and try to measure it (Klonsky, 2008, Hazell, 2003). Our hope is that the measurement of the feeling of emptiness in BPD allow to predict suicide ideation and severity of the disorder, such as other questionnaires do with other symptoms such as depression, anxiety, hostility or hopelessness. The steps to follow from now are related to the internal and external validation of the questionnaire in BPD and general population. In the future, other clinical populations will have to be considered.

Conclusions:

Theoretical contributions from the literature related to the feeling of emptiness have been presented in this thesis. A brief description about BPD has been included. Next, three studies have been proposed: the first one "*Comparison of the feeling of emptiness between patients with BPD and controls*" has found qualitative differences between the feeling of emptiness in BPD patients and in a control group. A higher tendency to

define the feeling of emptiness as an inner experience has been found for patients. A higher tendency to experience the feeling of emptiness as something related to the future and the external world has been found for controls. The second study "*The feeling of emptiness in a non clinical sample: characterization of the concept*" allowed us to observe the prevalence of the feeling of emptiness in a general population of students and workers, highlighting the importance and frequency of this experience. Furthermore, how patients have associated different psychological concepts as related to the feeling of emptiness has been described. The most related concept has been "loneliness" and the less related has been "rage". Moreover, sentences related to the own identity ("I do not know who I am", "I do not know how I am") were associated to higher scores in anxiety and hostility. Finally a questionnaire which allows to measure the feeling of emptiness in BPD has been created. To our knowledge this is the only work in the literature focused on a deep study about the feeling of emptiness. Besides, this is the first questionnaire to assess the feeling of emptiness in BPD after the Klonsky attempt in 2003, which has not been continued. From now on the steps to validate the questionnaire in BPD population and with other mental disorders will be followed.

1 INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud mental utilizamos diversos criterios para diagnosticar y tratar los trastornos mentales. Ya sea basándonos en manuales estandarizados como el norteamericano “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) o el europeo “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems” (CIE), ya sea en la propia experiencia clínica, parece claro que el sentimiento de vacío se encuentra presente en varios de esos trastornos. El Trastorno Límite de la Personalidad y la Depresión son algunos de ellos, sin embargo, el sentimiento de vacío no es específico de las enfermedades mentales y también se da en personas sanas que refieren haber sentido vacío alguna vez en su vida.

Tal y como (Epstein, 1989) describe:

“Se ha invocado al vacío para explicar casi cada posible alteración en la experiencia del “yo” (self). Por tanto, puede referirse al adormecimiento confuso del psicótico, a la “inconclusión desesperante” (Singer, 1979) de los trastornos de la personalidad, al estado despersonalizado en el que un aspecto del “yo” es repudiado mientras que el “ego” se hace súper presente (Levy, 1984), a la difusión de la identidad en la que el “yo” se escurre y se fusiona con cualquier cosa que le rodea, a la falta de significado existencial y a la realidad última del budismo. La palabra que se usa para describir estos estados es la misma, pero las experiencias son bastante distintas”.

El sentimiento de vacío es un concepto difícil de definir. Ya desde los primeros románticos como Baudelaire (con su concepto de “spleen”), Sartre, u otros protagonistas a lo largo de la historia, ya sea del arte y la literatura como de la ciencia, el sentimiento de vacío o el a veces llamado “vacío existencial” ha llevado a las personas a comportamientos peligrosos como las conductas autolíticas y el suicidio, contra uno mismo, o a la agresión y la violencia contra otras personas. Se trata de un concepto poco estudiado y controvertido, no unitario, sino de naturaleza compuesta, que se ha relacionado con constructos como el aburrimiento, la soledad o la desesperanza, sin llegar a determinar a qué se parece exactamente o a que se refieren las personas cuando dicen que están “vacías por dentro”.

En su interesante libro “La experiencia del vacío”, Clive Hazell (2003), a quien aludiré con frecuencia puesto que su libro está enteramente dedicado al vacío, hace una revisión de autores que han tratado el tema del sentimiento de vacío a lo largo de la historia, y hace evidente la dificultad de definirlo y estudiarlo.

Hazell propone en su libro los siguientes beneficios de estudiar el sentimiento de vacío: 1) La tasa de suicidio parece muy relacionada con el vacío; 2) la experiencia de vacío es bastante común, sin embargo se habla poco de ella y es poco reconocida; 3) algunos comportamientos se relacionan con el vacío existencial:

“a) Existe la hipótesis de que la tasa de suicidio está fuertemente relacionada con el suicidio. Entendiendo las condiciones que quitan a la vida su significado y que hacen que la persona se sienta vacía, arrojaría luz sobre esta área tan importante.

b) La experiencia de vacío y de vacío existencial son, probablemente, bastante comunes. Es una experiencia de la que se habla poco y se reconoce poco tanto a nivel interpersonal como en los procesos del día a día de las instituciones. Parece importante un mayor entendimiento de este fenómeno que crece y se expande cada vez más.

c) Parece que existen ciertos tipos de comportamiento asociados a algunas formas de vacío existencial. Frankl (1963, pp.169-172) defiende que varias de las formas del mal comportamiento ocurren como reacción a la experiencia de vacío existencial. May (1950, p.182) cree que la pérdida del sentido del “yo” asociada al concepto de ansiedad existencial lleva a la persona a buscar emociones fuertes y diferentes para apuntalar este sentido del “yo” que se desintegra. Esta búsqueda de emociones fuertes puede implicar actividades que dañen a uno mismo y a los demás, por ejemplo, el vandalismo, los trastornos del comportamiento, delincuencia, sexualidad compulsiva, adicciones.”

El sentimiento de vacío se ha estudiado principalmente en los trastornos mentales y es un criterio para diagnosticar el Trastorno Límite de la Personalidad. Ya en el DSM-III y en el DSM-III-R (APA, 1980, 1987) se

incluyó el vacío junto con el constructo “aburrimiento” como el 7º criterio diagnóstico de este trastorno; sin embargo, tras varios estudios sobre el tema, se concluyó que el aburrimiento era significativamente menos discriminante que el vacío, y se eliminó de la siguiente versión del DSM (IV y IV-TR, APA (1994, 2000) (Widiger y cols. 1995; Klonsky, 2008). En un estudio de (Johansen, Karterud, Pedersen, Gude, & Falkum, 2004a) se encontró que el sentimiento de vacío correlacionaba de manera importante con la depresión. Sin embargo, al hacer una corrección en la depresión, el impacto en la correlación con el vacío fue muy bajo. Una posible explicación que proponen estos autores es el grado tan bajo de definición operacional del sentimiento de vacío. Es difícil de definir tanto para el paciente como para el evaluador. Es por ello que aseguran que es necesaria una mejor definición del concepto y una solución a la falta de caracterización de este constructo.

El objetivo general de esta tesis es dar respuesta a estas cuestiones y definir y caracterizar el sentimiento de vacío, así como construir un cuestionario que permita evaluar esta experiencia en personas afectadas con un trastorno límite de la personalidad. Para ello haremos un recorrido sobre los principales autores que han escrito acerca de la experiencia del sentimiento de vacío, seguiremos con el desarrollo de 2 estudios realizados con el objetivo de dilucidar la importancia de esta experiencia, explicando las metodologías y resultados, y propondremos un cuestionario que permita evaluar el sentimiento de vacío en personas con TLP. Finalmente llegaremos a conclusiones respecto al tema y daremos

algunos ejemplos de definiciones de sentimiento de vacío por parte de pacientes y controles.

Los objetivos específicos relacionados con cada sección de esta tesis son los siguientes:

- 1) Definir el concepto de vacío y hacer una revisión histórica del mismo. A esta cuestión dedicaré la primera parte de la introducción de esta tesis (1.1 “¿Qué es el sentimiento de vacío? Historia del concepto”) revisando autores relevantes para la filosofía y posteriormente la psiquiatría y la psicología, a partir de mediados del siglo XIX. Muchos de estos escritos sobre el sentimiento de vacío surgieron en el intento de clasificar la psiquiatría misma y aparecen en el contexto de la nosología de las enfermedades mentales.

- 2) Explorar el sentimiento de vacío en el Trastorno Límite de la Personalidad y sus diferentes teorías explicativas a través de una revisión narrativa del concepto. Este objetivo se enmarca en el apartado 2 de la Introducción de la tesis (1.2. “El sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad”) que está compuesto por dos apartados: una breve introducción al TLP y sus características y teorías explicativas (“Conociendo el trastorno límite de la personalidad”), y otro apartado dedicado al sentimiento de vacío en el TLP (“El sentimiento de vacío en el TLP”). No es

hasta los escritos de Stern (1938) cuando se empieza a categorizar y a definir el trastorno límite de la personalidad, por lo que los estudios sobre sentimiento de vacío en el TLP son necesariamente posteriores. Casi todos ellos se enmarcan en la orientación psicodinámica de los años 80, habiendo una gran ausencia de escritos sobre el sentimiento de vacío desde los años 90 hasta la actualidad, a excepción de dos trabajos importantes sobre el sentimiento de vacío en el TLP de E. David Klonsky en 2008.

- 3) Estudiar las diferencias entre el concepto de sentimiento de vacío que presenta un grupo de pacientes con trastorno límite de la personalidad y un grupo de controles en el mismo rango de edad. Este estudio se describe en la segunda sección de la tesis titulada “Estudios” con el nombre de “Estudio 1”.
- 4) Estudiar la caracterización del concepto de sentimiento de vacío en una muestra juvenil de población general. Este estudio se describe en la segunda sección de la tesis titulada “Estudios” con el nombre de “Estudio 2”.
- 5) Construir un instrumento de medida del sentimiento de vacío que permita la evaluación del concepto en el trastorno límite de la personalidad. Este estudio se describe en la segunda sección de la tesis titulada “Estudios” con el nombre de “Estudio 3”.

1.1 ¿QUÉ ES EL SENTIMIENTO DE VACÍO? HISTORIA DEL CONCEPTO

A pesar de que los filósofos clásicos se ocuparon ya de definir conceptos relacionados con el mundo interior del ser humano, no es hasta los primeros románticos donde encontramos escritos bien definidos sobre el sentimiento de vacío. Sin embargo, antes de introducir las ideas de filósofos y psiquiatras de mediados de siglo XIX, merece una mención uno de los autores más importantes de la filosofía y la teología españolas, San Juan de la Cruz (1542-1591) quien a mediados del s. XVI escribió acerca del sentimiento de vacío.

San Juan de la Cruz entiende el sentimiento de vacío como un vacío espiritual que utiliza el ser humano para escapar de la agonía que le sobreviene al tomar conciencia de sus propios pecados. Por tanto, este vacío ocurre cuando el ser humano contempla la naturaleza de sus pecados. Este autor se ha relacionado con una obra anónima del s. XIV, “La nube del no saber”, en la que se escribe:

“Cuán maravillosamente se transforma el amor del hombre por la experiencia interior de esta nada y de esta falta de lugar (103). La primera vez que la contempla surgen ante él los pecados de toda su vida. No queda oculto ningún mal pensamiento, palabra u obra. Misteriosa y oscuramente han quedado marcados a fuego dentro de ella. A cualquier parte que se vuelva le acosan hasta que, después de gran esfuerzo,

doloroso remordimiento y muchas lágrimas amargas los borra profundamente.

A veces la visión es tan terrible como el resplandor fugaz del infierno y se siente tentado a desesperar de verse curado y aliviado alguna vez de su penosa carga. Muchos llegan a esta coyuntura de la vida interior, pero la terrible agonía y falta de consuelo que experimentan al enfrentarse consigo mismos les lleva a pensar de nuevo en los placeres mundanos. Buscan alivio en cosas de la carne, incapaces de soportar el vacío espiritual interior. Pero no han entendido que no estaban preparados para el gozo espiritual que les habría sobrevenido si hubieran esperado (104).

El que con paciencia mora en esta oscuridad, será confortado y sentirá de nuevo confianza en su destino, ya que gradualmente verá curados por la gracia sus pecados pasados. El dolor continúa, pero sabe que terminará, pues ya va siendo menos intenso. Poco a poco comienza a darse cuenta de que el sufrimiento que padece no es realmente el infierno, sino su propio purgatorio (105). Vendrá un tiempo en que no reconozca en esa nada pecado particular alguno sino tan sólo el pecado como un algo oscuro, y esa masa informe no es otra cosa que él mismo. Ve que en él está la raíz y las consecuencias del pecado original. Cuando en otras ocasiones comience a sentir un maravilloso fortalecimiento y unos deleites inefables de alegría y de bienestar, se preguntará si esta nada no es, después de todo, un paraíso celestial. Vendrá, por fin, un momento en que experimente tal paz y reposo en esa oscuridad que llegue a pensar

que debe ser Dios mismo. Pero aunque piense que esta nada es esto o lo otro, seguirá siendo siempre una nube del no-saber entre él y su Dios.”

Esta visión similar a la de San Juan de la Cruz de un sentimiento de vacío como una ausencia (finalmente) de angustia, puede recordar al vacío entendido por el budismo que describiremos más adelante, y al vacío como mecanismo de defensa ante la angustia, que también comentaremos en esta tesis.

Charles Beaudelaire (1821-1867), uno de los máximos exponentes del simbolismo francés, hablaba de la melancolía y el oscurantismo romántico del París del siglo XIX. Sus textos aluden a la soledad, el aburrimiento y la oscuridad de una vida que él mismo vio mermada por la enfermedad y la mala vida que llevó en la bohemia parisina. El siguiente texto, “Esplín”, poema traducido por mí misma, refleja la sensación de vacío, malestar y aburrimiento del autor:

Spleen

*Je suis comme le roi d'un pays pluvieux,
Riche, mais impuissant, jeune et pourtant très vieux,
Qui, de ses précepteurs méprisant les courbettes,
S'ennuie avec ses chiens comme avec d'autres bêtes.
Rien ne peut l'égayer, ni gibier, ni faucon,
Ni son peuple mourant en face du balcon.*

*Du bouffon favori la grotesque ballade
Ne distrahit plus le front de ce cruel malade;
Son lit fleurdelisé se transforme en tombeau,
Et les dames d'atour, pour qui tout prince est beau,
Ne savent plus trouver d'impudique toilette
Pour tirer un souris de ce jeune squelette.
Le savant qui lui fait de l'or n'a jamais pu
De son être extirper l'élément corrompu,
Et dans ces bains de sang qui des Romains nous viennent,
Et dont sur leurs vieux jours les puissants se souviennent,
Il n'a su réchauffer ce cadavre hébété
Où coule au lieu de sang l'eau verte du Léthé.*

Esplín

*“Soy como el rey de un país lluvioso,
Rico, pero impotente, joven y sin embargo muy viejo,
Quien, despreciando las reverencias de sus preceptores
Se aburre con sus perros como con otras bestias.
Nada puede animarle, ni caza, ni halcón,
Ni su pueblo muriéndose delante del balcón.
Del bufón favorito la grotesca balada
Ya no distrae la frente de este cruel enfermo;
Su cama flordelisada se transforma en tumba
Y las damas en torno a él, para quien todo príncipe es bello,*

*No saben ya encontrar un aseo púdico
Para sacar un ratón de este joven esqueleto.
El erudito que le hace el oro nunca ha podido
De su ser extirpar el elemento corrompido,
Y en esos baños de sangre que de los Romanos nos vienen,
Y de cuyos viejos días los poderosos se acuerdan,
No supo calentar este cadáver atontado
En el que corre en lugar de sangre el agua verde del Lethé”.*

En este texto Baudelaire habla del aburrimiento, de la anhedonía y la apatía, refiriéndose ya quizás al sentimiento de vacío y de angustia que le produce todo lo que le rodea.

Desde el principio del estudio de las enfermedades mentales los psiquiatras han intentado describir o explorar el sentimiento de vacío en el trastornado mental. Aunque generalmente no han centrado sus trabajos en esta experiencia concreta, el estudio de la mente humana la ha sacado a relucir en innumerables ocasiones. A continuación se presentan los conceptos relacionados con el sentimiento de vacío que han sido analizados por psiquiatras, psicólogos y filósofos desde mediados del siglo XIX:

Pierre Janet (1859-1947), personalidad destacada de la psicología y la psiquiatría, habla del sentimiento de vacío como un sentimiento relacionado con la nada, con la oscuridad, propias de los pacientes

psicóticos. Al describir el caso de Magdalena, una mujer que acabó interna en la Salpêtrière, proponía que en la evolución de su mal podrían considerarse cuatro fases (Janet, 1925):

1. *Estado de tentación*, lleno de dudas, obsesiones y problemas interminables. Este estado se correspondería con el sentimiento de “inquietud”.
2. *Estado de sequedad*, ausencia de sentimientos con un negativismo marcado. Este estado se correspondería con el sentimiento de “indiferencia” y en él encontraríamos el “sentimiento de vacío” que describimos en este trabajo.
3. *Estado de tortura*, que se trata de un estado de agitación y correspondería al sentimiento de “tristeza”; y
4. *Estado de consuelo*, en el que la persona siente “alegría”, y sería opuesto al sentimiento de vacío.

Janet escribe lo siguiente en relación al sentimiento de vacío:

“El individuo normal siempre se da cuenta de lo que existe en su derredor y lo percibe, así como de sí mismo; pero cuando hay un desquiciamiento morboso en el sentido de referencia, entonces aparece el sentimiento de vacío que como consecuencia provoca el delirio de negación en que la persona puede decir: “No tengo cabeza, no tengo cara, no tengo intestinos, etc.”. (...) “Puede suceder que no solamente sea ella la que se perdió, sino que también se han perdido los amigos, la confianza de la

gente, los sentimientos religiosos y hasta Dios mismo. Entonces el hombre está vacío y por el hecho de la supresión de su conducta social se puede considerar como un hombre muerto.”

Parece, en base a esta descripción, que Janet llamaba sentimiento de vacío a los síntomas negativos de tipo psicótico, a la ausencia total de sentimientos, más que al sentimiento existencial de vacío y desesperación al que se refería Baudelaire. Esta descripción de vacío nos lleva a pensar en los síntomas del llamado “delirio de negación” por el neurólogo francés **Jules Cotard** (más tarde denominado Síndrome de Cotard) en 1880, en el que el paciente se siente muerto, desvitalizado, vacío, tanto de manera literal como existencial, siente que no corre sangre entre sus venas, que no está vivo, que no existe. Sin embargo, la descripción del aburrimiento de Janet se parece más a lo que hoy consideramos sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad, describiendo una conducta típica de este trastorno, que es la falta de constancia en las actividades y el aburrimiento temprano de ellas:

“El individuo víctima del fastidio o del aburrimiento no termina nunca ninguna acción, sino que va, alternativa o sucesivamente, de una a otra y a otra más” (Janet, 1925).

James Cowles Prichard escribió “Tratado sobre la locura” en 1837 donde definía el concepto de “locura moral” como *“una forma de desorden*

mental en el que se pervierten los valores morales, se extingue el autocontrol racional y se es incapaz para conducirse en la vida de forma adecuada". En este mismo sentido de pérdida de valores morales que pueden llevar al trastorno mental **Benedict August Morel** (1857) escribió su "Tratado de Degeneración de la Especie Humana", en el que hablaba de su teoría sobre la Degeneración moral. Estas dos pérdidas del control humano podrían relacionarse con el vacío interior sentido por el paciente con trastorno mental, y que le lleva a actuar y comportarse de manera peligrosa o "amoral".

Max Scheler (1874-1928), filósofo alemán del siglo XIX y principios del s. XX, proponía la existencia simultánea de sentimientos diversos en una misma persona, diferenciando horizontalmente los sentimientos según la diversidad de la cualidad (Qualität) y la mayor o menor profundidad (Tiefe) de la vivencia sentimental:

- 1) Sentimientos sensoriales: localizados en un punto concreto del organismo y que no tienen intencionalidad. Son estados afectivos actuales y puntuales (por ejemplo: agradable/desagradable; placer/dolor).
- 2) Sentimientos vitales: o sentimientos corporales propios (plenitud, calma, languidez, **vacío interior** y tensión). Tienen intencionalidad y pueden ser "post-sentidos" (se pueden volver a sentir) y

“consentidos” (compartidos). Mantienen una continuidad en su desarrollo y se extienden por todo el cuerpo, no están localizados.

- 3) Sentimientos puros del “yo”: o sentimientos anímicos (amor, odio, alegría y tristeza). Se refieren al “yo” inmediato y se relacionan con objetos percibidos (personas, cosas del mundo o la propia intimidad). No hay mediación del cuerpo.

- 4) Sentimientos espirituales: o sentimientos de la personalidad, relativos al sentido de la existencia y del mundo. Son absolutos y embargan todo el ser de la persona.

La angustia vital también se presenta en los depresivos ciclotímicos, que se traduce por una tristeza localizada en el cuerpo, en la frente, en el tórax o en el estómago como una opresión. Los sentimientos anímicos (o emociones), sin embargo, no están localizados en el cuerpo, aunque pueden conducir a sensaciones y sentimientos corporales. Esta idea de la emoción situada en alguna parte del cuerpo la retomaremos más adelante en el estudio 2 de la presente tesis.

Estos cuatro tipos de sentimientos propuestos por Scheler podrían tener cierto paralelismo con las capas o niveles de realidad propuestos por el filósofo **Nicolai Hartmann** (1882-1950): física (*seelische Schicht*), orgánica (*organische Schicht*), anímica (*anorganische Schicht*) y espiritual

(*geistige Schicht*). Este último nivel sería de tipo intelectual o cultural y en él podríamos introducir el sentimiento de vacío.

Soeren Kierkegaard (1846), filósofo danés, habló de la existencia del ser humano como una posibilidad en sentido negativo: puesto que hay posibilidad, es posible también la nulidad de lo que es posible, y eso puede conllevar la nada:

“Lo que yo soy es una nada; esto me da a mí y a mi carácter la satisfacción de conservar mi existencia en el punto cero, entre el frío y el calor, entre la sabiduría y la necedad, entre el algo y la nada, como un simple quizás” (Stadien auf dem Lebensweg, p. 246-247).

A lo que el autor llama punto cero es a las alternativas opuestas que se abren ante cualquier posibilidad, a la “indecisión permanente” (Abbagnano, 1978). En una de sus obras más importantes, “El concepto de angustia”, Kierkegaard define la angustia como una “nada”, como el “puro sentimiento de la posibilidad” o “la angustiosa posibilidad de poder” (Abbagnano, 1978). Es decir, las múltiples elecciones posibles angustian al hombre y le hacen sentir esa “nada” que podríamos denominar “vacío”. La angustia es una experiencia humana y no puede evitarse porque el ser humano siente angustia por lo que podría suceder, y la muerte siempre acecha como algo posible, por lo que la angustia siempre está presente. En su obra “La enfermedad mortal”, Kierkegaard compara la angustia (la posibilidad del hombre respecto al mundo), con “la desesperación” (la

posibilidad del hombre respecto a sí mismo, a su propio yo). El hombre siente angustia tanto al querer ser el mismo como al querer ser otro, y en ambos casos renuncia o a sí mismo o ser otro, por lo que la angustia es también inherente al ser humano. Estas dos ideas de angustia y desesperación inherentes a la propia existencia fueron retomadas por los autores del existencialismo moderno y recuerdan a las definiciones del sentimiento de vacío que se han analizado y se presentan en esta tesis.

En una línea parecida, **Ortega y Gasset**, en su escrito “Ideas y creencias” (publicado en 1979, apartado III), habla del vacío en relación a la duda del ser humano. Propone que la duda es la falta de la creencia y la creencia es la que sostiene al Hombre. Es por ello que cuando el ser humano duda es como si bajo él se abriese el vacío. Ortega describe el vacío como la negación de la estabilidad, de apoyo en la tierra firme. Cuando dudamos, parece que caemos en el vacío sin poder hacer nada para evitarlo. Sería, según él, como la muerte dentro de la vida, como asistir a la anulación de nuestra propia existencia. Y la duda es ese caer continuo. Define la duda como una creencia más, no como un pensamiento sobre el que se reflexiona sino como una creencia en la que “se está”, ya que creemos en nuestra propia duda. Tanto en Kierkegaard como en Ortega encontramos la angustia que produce la duda ante la posibilidad y la elección y en esa duda o angustia es donde el ser humano sentiría el abismo del vacío.

Hervey M. Cleckley (1942), en su libro *The Mask of Sanity*, menciona el sentimiento de vacío en su descripción de los sujetos con psicopatía. En

este párrafo, Checkley describe cómo el vacío puede llevar a estos sujetos a cometer conductas impulsivas y antisociales:

“Quizás el vacío o superficialidad de la vida, sin metas principales o lealtades profundas, o un amor real, podría llevar a una persona muy inteligente y con otro tipo de capacidades superiores a sentirse tan aburrida que podría volverse azarosa, auto-punitiva, extravagante, antisocial e incluso cometer proezas autodestructivas para encontrar algo nuevo y estimulante en lo que emplear sus energías y talentos relativamente inútiles y sin retos”.

A pesar de referirse al sujeto psicópata, esta definición se parece ciertamente a la de sentimiento crónico de vacío mencionado por los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Víctor Frankl (1905-1998), conocido psiquiatra del siglo XX creador de la escuela de la logoterapia (de logos: estudio, palabra, espíritu o sentido), hablaba de la voluntad de sentido y de la noödinámica (del griego Noös, mente o espíritu), que consideraba que la tensión es necesaria para la salud, al menos cuando tiene que ver con el sentido. Hablaba del vacío existencial, el sinsentido, como un agujero o un hueco en la vida que hay que llenar. En su fascinante obra “El hombre en busca de sentido” (Frankl, 1946) relata su experiencia en un campo de concentración nazi donde siguió desarrollando su teoría sobre el sentido de la vida. Proponía que la búsqueda de un sentido vital daba al ser humano fuerzas para

seguir adelante y para crearle una identidad que hiciera de su vida algo fructífero y satisfactorio. Sin embargo el esfuerzo para alcanzar un sentido podría frustrar y llevar a lo que él llama la neurosis noogénica, o neurosis existencial o espiritual. Con ella, las personas experimentan sus vidas como vacías, faltas de sentido, sin propósito, sin objetivo alguno, y pueden responder a estas experiencias con comportamientos que dañan a sí mismos, a otros o a la sociedad. Esta descripción podría estar refiriéndose sin pretenderlo al sentimiento que describen las personas con trastorno límite de la personalidad y al impulso a la autodestrucción o destrucción de los otros relacionadas con el sentimiento de vacío en sus vidas.

Jean-Paul Sartre (1957), en su obra *El ser y la nada*, veía el vacío como angustia (“anguish”), como parte de la libertad de elegir o asumir responsabilidad. Este autor defendía la no existencia de Dios y la no naturaleza del hombre, por lo que el hombre es lo que él ha conseguido ser (sus proyectos, sus deseos, sus decisiones...), su propia existencia es lo que le define; es por tanto un filósofo existencialista. Al ser el ser humano responsable de todos sus actos, tiene la libertad de elegir lo que será de él mismo, sin un destino predeterminado. Puede elegir sus propios valores, sus propias acciones y su propia moral. Esta elección, realizada en soledad por cada Hombre, crearía un sentimiento de angustia (ante el miedo a esa elección sin unos valores religiosos que le guíen), desamparo (ante la soledad de sus propias decisiones) y desesperación (porque no puede controlarlo todo), estaríamos

“condenados a ser libres”, por una parte, pero la satisfacción de poder elegir su propio destino, autorealizarse y conseguir sus metas, por otra.

Sastre diferencia entre el “ser en sí”, causante de la “náusea” ya que no encuentra sentido en la existencia, del “ser para sí”, quien aprovecha su propia libertad de elección y se proyecta a sí mismo en su libertad. Las malas acciones del individuo las denomina “mala fe”, ya que el hombre realiza sus actos sin pensar en las consecuencias para los demás. La “buena fe” sería la propia responsabilidad de nuestras acciones y decisiones. El concepto de vacío está relacionado con la muerte, la certitud de la finitud del hombre, que le convierte en una nada, y que conlleva la angustia de las decisiones que tiene que tomar.

Tillich (1952) hablaba de la ansiedad como la amenaza al “no ser”, desde un punto de vista del existencialismo cristiano. Según este autor, existen tres tipos básicos de ansiedad, cada una correspondiente a los tres apartados de la consciencia humana:

- 1) Ansiedad ante el destino y la muerte, resultado de la amenaza a la autoafirmación óntica (de “ser”, “ontos” en griego) del hombre.

- 2) Ansiedad ante el vacío y la falta de significado, resultado de la amenaza al ser espiritual del hombre y de la destrucción de la capacidad humana para ser “espiritualmente creativo”. Escribe: “*la ansiedad de vacío es generada por la amenaza del no ser a los*

contenidos especiales de la vida espiritual (...). Todo se intenta y nada satisface (...). Un centro espiritual no puede producirse intencionalmente y el intento de conseguirlo sólo produce una ansiedad más profunda” (Tillich, 1953, pp48). Según Tillich, la respuesta a este miedo es arriesgada ya que, en ausencia de una fuente interna de significado, el individuo, dentro de su ansiedad, se volverá hacia fuentes externas de significado. Esto podría estar, por ejemplo, en las raíces del fanatismo. Tillich cree que la participación de un individuo en sistemas de símbolos significativos es vital para la autoafirmación y para evitar la ansiedad ante el vacío. Llama a esto “el coraje de ser” o “el coraje para formar parte”.

Tillich propone además que el hombre vacío puede superar su propia monotonía a través de algún tipo de desahogo puntual, o al menos identificándose con el desahogo de otra persona.

En su brillante libro “El hombre en busca de sí mismo” (1953) **Rollo May** hace un exhaustivo análisis sobre el vacío, la soledad y la angustia de la sociedad de los años 50, una sociedad preocupada por los efectos de las dos guerras mundiales y el inicio de la guerra fría. Tras una sociedad victoriana donde las emociones y los impulsos sexuales eran reprimidos, ahora aparecían personas que no encontraban valores ni sabían cómo actuar si no era a través de la satisfacción de las expectativas de los demás. Propone el sentimiento de vacío como el principal problema del

ser humano en la segunda década del siglo 20, y lo define como “no saber qué es lo que uno quiere ni lo que uno siente”. Este vacío no solo surgiría por los problemas socioeconómicos de la época, sino que existiría una dinámica circular en la que esos problemas surgen como consecuencia del propio vacío de los hombres, como síntomas de la sociedad.

Además, Rollo May relaciona el vacío de la sociedad con el aumento en el consumo de drogas de los jóvenes, proponiendo que el ser humano no puede vivir en el vacío demasiado tiempo porque es demasiado intolerable así que se lo transforma en morbidez o desesperación, o incluso en actividades autodestructivas.

En su análisis del origen de la experiencia de sentimiento de vacío, Rollo May escribe lo siguiente:

“El sentimiento de vacío o vacuidad que observamos tanto sociológica como individualmente no significa que la gente esté vacía, o no tenga potencial emocional. Un ser humano no está vacío en un sentido estático, como si fuera una batería que necesitara ser cargada. La experiencia de vacío, más bien, suele venir del sentimiento que tiene la gente de incapacidad para hacer algo eficaz con sus vidas o con el mundo en el que viven. El vacío interior es el resultado acumulado a largo plazo de la convicción particular de una persona hacia sí misma, especialmente la convicción de que no puede actuar como una entidad dirigiendo su propia

vida, o cambiar las actitudes de los demás hacia ella, o influir eficazmente en el mundo que le rodea. Por tanto, le surge el sentido profundo de desesperación y futilidad que tiene mucha gente en nuestros días. Y enseguida, como lo que quiere y lo que siente no consiguen ninguna diferencia real, deja de querer y de sentir. La apatía y la falta de sentimientos son también defensas contra la ansiedad”.

Convendría mantener en mente esta mención al vacío como defensa, ya que surgirá más adelante cuando se analice el sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad.

A partir de los años 50 empezaron a aparecer autores de orientación psicoanalítica que definían el sentimiento de vacío en relación a la angustia por la pérdida del objeto. Estos autores basaban sus teorías en las propuestas por Sigmund Freud y en las continuaciones de su obra encontramos diferentes definiciones sobre el sentimiento de vacío.

En el libro “Términos y conceptos psicoanalíticos” de Moore y Fine (1990), de la **Asociación Psicoanalítica de Psiquiatría**, se define el vacío de la siguiente manera:

“Estado mental subjetivo caracterizado por un sentimiento doloroso de empobrecimiento de los propios sentimientos, fantasías y deseos, así como una falta de respuesta a estímulos externos o una mera respuesta automática. Convicciones, entusiasmo y la relación con los demás

parecen perdidos y son reemplazados por sentimientos de inercia, aburrimiento y superficialidad. La persona que se queja de vacío, a menudo se siente cambiada, distinta a los demás, sin esperanza por una felicidad futura, incapaz de amar o preocuparse por los demás o responder apropiadamente al cariño y la atención. Los sentimientos de vacío pueden ser fugaces, periódicos, o, especialmente en algunos pacientes límite y narcisistas, pueden definir la propia experiencia subjetiva básica. El vacío aparece a menudo junto con depresión, aburrimiento y despersonalización; a veces puede parecer la totalidad de la experiencia, excluyendo dolorosamente cualquier otro sentimiento.”

Esta definición de carácter psicoanalítico puede servir de ayuda para comprender las definiciones de los autores propuestos a continuación.

Melanie Klein (1957) unió el concepto de los estados de vacío a alteraciones en el mundo del objeto relacional. Relacionó la soledad con un anhelo por el estado perdido de perfecta armonía entre el niño y su madre y el pecho de ésta. Durante el desarrollo del niño, esta armonía inevitablemente se rompe ya que aparecen impulsos agresivos hacia la madre que se interiorizan como parte del “yo”. Esta consciencia de las partes del “yo” que se han fragmentado y proyectado contribuye a ese sentimiento de soledad y vacío interior.

Heinz **Kohut** (1971, 1977) es uno de los principales psiquiatras que han dedicado su trabajo a los trastornos de la personalidad y a la psicología

del “yo” (“self”). El sentimiento de vacío aparece en sus descripciones de pacientes con síntomas narcisistas, pero también en sus escritos acerca del ser humano, dividiendo en dos grandes ámbitos los problemas psicológicos de éste: el primero, el impulso de frustración (“drive frustration”), tomado del concepto de Freud. El segundo incluiría la depresión vacía, la falta de significado debida a una falta de auto-cohesión. Kohut defiende que el mayor miedo del ser humano es la “fragmentación”, la sensación de que uno se está fragmentando en partes (Russel y cols. 1985). En esta fragmentación, el hombre experimenta vacío, se siente irreal, como que está interpretando un papel, siente “estupidez emocional e hipocondría”. Con el primer problema el hombre se siente culpable (Kohut lo nombra “el hombre culpable”) porque ha roto las reglas de alguna manera o porque no responde al ideal del superego. Pero con el segundo problema el hombre no siente culpa, sino desesperanza, un sentimiento de vacío, de haber fracasado en su búsqueda de ideales. Kohut le llama “el hombre trágico” y en respuesta al problema puede surgir la “rabia narcisista” (Kohut, 1975), una destructividad que se activa con facilidad y que percibe a los demás como amenazantes.

Para **Otto Kernberg** (1975, 1976), el estado límite de la personalidad se daría como consecuencia de la dificultad del niño para separarse de la madre y establecerse como individuo autónomo.

Dos de los conceptos más importantes de su teoría son la difusión de la identidad y la inestabilidad afectiva:

Difusión de la identidad

Se trata de una identidad difusa, es decir, no integrada ni cohesiva. Se basa en múltiples autoimágenes contradictorias o que no se integran entre sí. Por tanto también existen múltiples imágenes objetales contradictorias y que no están integradas. Esta difusión de identidad puede vivirse, en el paciente con TLP, como un vacío interior o una falta.

Inestabilidad Afectiva

La inestabilidad afectiva se caracteriza por afectos intensos y hostiles, como irritabilidad, enfado, tristeza o depresión, soledad y sentimientos de vacío. La agresión, en lugar de utilizarse de manera constructiva, se utiliza de manera destructiva y ego-distónica, dando lugar a la depresión, a la tristeza o al vacío. Se pasa rápidamente de un estado afectivo a otro, de manera dramática y ocurre en la vida diaria como respuesta a factores ambientales, no se trata de cambios más largos y sostenidos en el tiempo como los del paciente bipolar.

Estos estados serían consecuencia de esa falta de separación niño-madre que no se ha llegado a realizar de manera adecuada. Para Kernberg, el sentimiento de vacío surgiría como respuesta a una pérdida de autosentido, con dos amplias reacciones: el mal comportamiento como un intento de conseguir un sentido de vivencia interna, y dejarse llevar por las actividades cotidianas de manera fragmentada o mecánica (Hazell, 2003).

Propone que el sentimiento de vacío representa una pérdida temporal o permanente de la relación normal del “yo” con las relaciones objetales, y aparece en los cuatro siguientes tipos de personalidad:

- En la depresión neurótica el vacío se da por un superego primitivo que destruye los objetos internos de la persona.
- Para el individuo esquizoide, el sentimiento de vacío se experimenta como una cualidad innata que les hace diferentes al resto (se sienten culpables por no sentir amor, odio, ternura o experiencias que saben que los demás sí pueden sentir).
- En las estructuras narcisistas el sentimiento de vacío va acompañado por fuertes sentimientos de aburrimiento e inquietud.
- Los pacientes paranoides se enganchan en relaciones con su perseguidor y son sus potenciales enemigos como un mecanismo de protección ante la dolorosa experiencia de vacío. (Hazell, 2003).

Kernberg comenta que la experiencia de vacío aparecería también en las estructuras límite, pero no con la generalización con la que se encuentra en las estructuras narcisistas o esquizoides.

Ivri Kumin (1978) propone que el sentimiento de vacío se refiere a la pérdida que no puede definirse a través de ningún sentido psicológico a no ser que se relacione con la plenitud. E introduce el concepto de

futilidad, el cual se mencionará con frecuencia en psiquiatría, en relación al sentimiento de vacío:

““Vaciar” es quitar el contenido, “estar vacío” es perder lo que una vez se contuvo o haber estado siempre ausente el contenido. La emoción más asociada con lo primero es el anhelo, la más asociada con el último es la futilidad” (p. 208).

Steven Levy (1984) menciona el sentimiento de vacío en pacientes con estructura neurótica, y lo define como un estado defensivo del ego en el que una experiencia subjetiva difusa reemplaza a los deseos instintivos intolerables. Estos pacientes utilizarían las quejas subjetivas de sentimiento de vacío para protegerse de una amplia y fluctuante variedad de deseos perturbadores.

Uno de los escritos más recientes sobre el sentimiento de vacío en la enfermedad mental es el capítulo de Basili y cols. dentro del libro de Clarke y Scharff (2014): “Lines of development: evolution and theory and practice over the decade series: Fairbairn and the objects-relations tradition”, en el que se repasa la concepción de Fairbairn acerca de la “patología del vacío” entendida como una técnica inconsciente para preservar una relación con un objeto de cualidades específicas de maldad y vacío. En dicho capítulo, los autores hacen un interesante resumen de lo que puede entenderse por “patología del vacío” en los distintos trastornos mentales:

“En la patología psicótica, aguda o crónica, a mayor productividad psicótica (delirios o alucinaciones), menos “patología del vacío” encontramos. Creemos que esto es así porque el objeto perdido se recupera a través de los delirios y las alucinaciones. Una excepción es el delirio nihilista de Cotard en el que los contenidos de vacío son la esencia del delirio.

La condición esquizoide y la “patología del vacío” aparecen unidas en las personalidades esquizoides, en la psicopatía esquizoide, en algunas personalidades esquizotípicas (...), en algunas psicosis agudas, y en algunas psicosis crónicas con pocas o ninguna alucinación o delirio, por ejemplo la esquizofrenia de tipo II con síntomas negativos predominantes. En contraste, en la esquizofrenia de tipo I con síntomas predominantemente positivos (alucinaciones y delirios), no existe “patología del vacío”.

En otras personalidades esquizotípicas con pérdida del juicio de realidad y en el trastorno esquizoafectivo crónico con pocos delirios y alucinaciones, los síntomas de vacío suelen ser muy marcados.

Consideramos que en las psicosis, cuantos más signos de “decatexis” y menos signos de “recatexis” observemos, mas “patología del vacío” encontraremos.

La depresión analítica (Spitz, 1980), que es proyectiva (Blatt y Bers, 1993) también es tributaria de la “patología del vacío”. La depresión narcisista introyectiva, la cual es melancólica, no presenta “patología del vacío” porque, según postulamos, el objeto se recupera a través del ego.

No existe “patología del vacío” en el trastorno bipolar o en la neurosis, excepto en los siguientes casos excepcionales: los pacientes bipolares pueden mostrar “patología del vacío” si también son límites, y los psicóticos maníaco-depresivos pueden mostrar “patología del vacío” en virtud de una organización de personalidad límite o psicótica, debida a elementos esquizoides y afectivos.

La reacción hipomaniáca (Winnicott, 1981) de los pacientes límite es parte de la hipomanía y puede ser una defensa límite contra el vacío (Singer 1977a, 1977b).

En las neurosis no existe la “patología del vacío”, excepto en la histeria, donde se da la experiencia de vacío.

En la organización límite de la personalidad (Kernberg, 1984), los pacientes presentan “patología del vacío” especialmente en el trastorno de personalidad esquizoide, el trastorno de personalidad narcisista y en el trastorno límite per se (...). Según nuestra experiencia, la personalidad histriónica también presenta “patología del vacío”.

Postulamos que la “patología del vacío” es una maniobra psicológica a través de la cual se establece una relación de objeto narcisista. En ella, el ego adquiere cualidades del objeto y el objeto adquiere cualidades del ego; las fronteras entre el “yo” y el “no-yo” y entre el pasado y el presente tienden a desaparecer. Este tipo particular y específico de relación objetal interviene en el mecanismo del vacío”.

Existe una importante falta de estudios sobre la experiencia del sentimiento de vacío en las décadas de los 90 y 2000. En estas dos

décadas la orientación psiquiátrica y psicológica basada en hechos más pragmáticos y menos analíticos como la orientación cognitivo-conductual, ha hecho que se le haya dado menos importancia a la experiencia emocional, especialmente a una tan difícil de definir. Los autores que han dedicado algunos de sus escritos al sentimiento de vacío en el ser humano son escasos, y se encuadran en las ciencias de la sociología y la filosofía. A continuación mencionaremos a algunos de ellos.

En un interesante artículo titulado “La epidemia de la enfermedad mental: ¿Por qué?” (“The Epidemic of Mental Illness: Why?” (*New York Review of Books*, 2011), **Marcia Angell**, directora de la revista *New England Journal of Medicine*, discute acerca del sobre-diagnóstico de los trastornos psiquiátricos, la patologización de los comportamientos normales, la corrupción de las grandes farmacéuticas relacionadas con la psiquiatría y los efectos adversos de las medicaciones psiquiátricas. Propone que el vacío de la sociedad (americana) actual provoca la rebelión de los jóvenes a través de la enfermedad mental, y da la siguiente explicación sobre ello:

“Una encuesta de Gallup (una de las empresas de investigación sobre opinión pública más conocida de Estados Unidos, n.del a.) reveló que el 70% de los americanos odiaba su trabajo o lo había abandonado. La vida puede apestar más o menos que hace una generación, pero nuestra creencia en el “progreso” ha incrementado nuestras expectativas de que la vida debería ser más satisfactoria, resultando en una decepción en

masa. Para muchos de nosotros, la sociedad se ha convertido en algo cada vez más alienante, aislante e insano, y ahorrar un dólar conlleva más títulos, conformidad, lamidas de culos, comidas de mierda e inautenticidad. Así que queremos rebelarnos. Sin embargo, muchos de nosotros nos sentimos sin esperanza sobre la posibilidad de escapar de la opresión social o de que el activismo pueda crear un cambio social. Así que muchos de nosotros, especialmente los jóvenes americanos, nos revelamos a través de lo que comúnmente se denomina la enfermedad mental. Mientras que históricamente algunos americanos han fingido conscientemente una enfermedad mental para rebelarse de las demandas de la opresión social (por ejemplo, el joven Malcom X fingió estar loco para poder evitar el servicio militar), hoy en día, la gran mayoría de americanos diagnosticados y tratados por una enfermedad mental no son orgullosos enfermos fingidos a la manera de Malcom X. A muchos de nosotros, tristemente, nos avergüenza nuestra ineficacia y falta de productividad, e intentamos encajar desesperadamente. Sin embargo, en este intento de prestar atención, adaptarnos, ajustarnos y cumplir con nuestros trabajos alienantes, nuestras aburridas escuelas, y nuestra sociedad estéril, nuestra humanidad se interpone y nos volvemos ansiosos, deprimidos y disfuncionales”.

Por otra parte, **Luis Sáez** (2011) escribe sobre las Enfermedades de Occidente, o “enfermedades del vacío”, como aquellas de nuestra sociedad que se producen en personas sin problemas objetivos aparentes

y que dicen sentirse vacías. Describe al ser humano como un ser del intermedio, que se encuentra entre el arraigo a su mundo y a su cultura y entre una distancia ante su mundo por la que se siente perplejo y admirado. El ser humano es por tanto un ser errático en una sociedad estacionaria tras la que se esconde un “vacío de ser”.

“El vacío lo experimenta el hombre cuando no se hace a sí mismo en el intersticio, cuando está condenado a dar vueltas en una centricidad cerrada, sin apertura excéntrica hacia lo otro de sí, en la libre exterioridad sin fronteras. Y ese vacío es hoy un rumor tenebroso que augura la muerte en vida. Ante él sólo cabe —en la inconsciente enfermedad— cerrar los oídos, negar la evidencia, para no sucumbir en la verdad, para calmar la angustia de la nada vacía y nula. El calmante está servido: como en ciertos procesos neuróticos, en los que un individuo aprisionado huye de sí mediante una actividad visceral y compulsiva, la sociedad estacionaria nos mantiene a todos en jauría cercada por alambradas, en constante y zozobroso ajetreo. Lo errático discurre en la forma de su apócrifo, en un andar a la brega que oculta el vacío por medio de su administración activa: de su organización.” (Sáez, 2011, pág. 83).

Habla además de dos patologías de vacío: la “autoorganización vicaria” y la de “henchir el vacío”. La primera se trata de un “caos ocultamente ordenador” y se relaciona con nuestra sociedad del estrés. El sujeto se oculta a sí mismo su propia vacuidad, a través del trabajo y de la “trastienda de la vida”. A esto ayudan los procesos biopolíticos que facilitan el movimiento en el que se organiza nuestro vacío de ser. La

segunda patología, el “henchir del vacío” consiste en llenar el vacío, saturarlo, de manera que el vacío persiste. Lo llama “Síndrome de Moloch”.

Más centrado en el vacío de los trastornos mentales, Sáez describe la “clínica del vacío”, que se desarrolla en base a la obra de Lacan:

“(La clínica del vacío)... se genera en un sentimiento de «inexistencia que suscita una angustia sin nombre» y que tiene a la base una ruptura del lazo social, un potente autismo que rompe la relación con la alteridad (el Otro, en lenguaje lacaniano). Lo que se produce en estas situaciones es una sensación de irrealidad completa, de futilidad, unida a una falta de afectividad o, de modo más preciso, un «vacío crónico», lo que caracteriza también a las personalidades borderline tal y como las describe Kernberg, a las personalidades “como si”, en términos de Helene Deutsch o al “falso self” de Donald Winnicott.

El sentimiento de vacío como «inexistencia» o «irrealidad» genera una necesidad de compensación que termina en un enmascaramiento, es decir, en la institución de un «sujeto que no existe» y que sirva de cobertura para su vacío de ser fundamental. Se trata, he aquí lo importante, de una máscara social que conduce, según la clínica del vacío, a la psicosis social. El psicótico social rompe con el lazo comunitario, excluye al Otro por principio y su comportamiento ya no se expresa en la producción de fenómenos psicóticos en sentido estricto, como delirios o alucinaciones, sino en una experiencia de ausencia, de insustancialidad anónima. No hay que confundir este «nuevo vacío» con

el vacío depresivo (...).”

Y añade, de manera esperanzadora:

“Cierto que hacer frente al vacío de nuestra época parece empresa de dioses. Pero no: forma parte de la más elevada forma en que puede vivir un ser humano. La fuerza de un ser humano, de una cultura, se mide en la capacidad de vacío que es capaz de soportar y digerir sin sucumbir a él.”

El vacío en el budismo: un concepto positivo de la experiencia de vacío

La experiencia de vacío es una experiencia central en la religión del Budismo Zen donde se le llama “satori” (Suzuki, 1956; Streng, 1967). Es una forma de experiencia en la que el individuo es momentáneamente capaz de percibirse a sí mismo y al mundo de una manera fresca, libre de rúbricas (Perls, 1969), preconcepciones o estereotipos. Sin embargo, estas formas de vacío son diferentes del concepto de vacío existencial ya que se perciben como la capacidad del ser humano de abstraerse de su “yo” en un sentido positivo de autoconocimiento y autodescubrimiento y no en un sentido angustioso como encontramos en los trastornos mentales.

Mark Epstein se molestó en diferenciar estos dos conceptos (vacío en el psicoanálisis y en la clínica, y vacío en el budismo) en su trabajo “Formas de vacío: perspectivas psicodinámica, meditativa y clínica” (1989), ya que según él existe una gran confusión acerca de la diferenciación entre todos ellos:

“En mis esfuerzos por sintetizar el budismo y la psicología dinámica de la mente, la experiencia interna de vacío ha surgido como el tema más seductor y aun así el más engañoso común a los dos campos. Hay confusión dentro de la teoría psicodinámica sobre qué constituye el vacío, hay confusión dentro de la teoría budista sobre qué constituye el vacío y hay por supuesto confusión entre los psicoterapeutas psicodinámicos sobre qué quieren decir los budistas por vacío, y confusión entre los budistas sobre qué quieren decir los psicoterapeutas por vacío. La palabra se aplica a tal variedad de estados mentales que su significado se ha convertido en algo imposible de entender”.

Epstein nos recuerda las cuatro formas en las que se ha explicado el vacío en las que Lichtenberg (1975, p.45) llama distintas “organizaciones psíquicas inconscientes postuladas”:

1) el vacío como una deficiencia: entendido como una deficiencia emocional, una pérdida o rechazo, falta de disponibilidad o ambivalencia (Winnicott, 1974, p.106), como un padre narcisista que trata al hijo como si no existiera (Giovacchini, 1972, p.377) o el padre ausente pero atractivo (Guntrip, 1971). Estos padres, según Epstein, establecen con sus hijos relaciones deficientes de apego, lo que resulta en el “vacío del “yo””.

2) el vacío como una defensa: contra la rabia y aquello que produce odio, y ante la denominada “mala madre” (Singer, 1977^a, p.468). Aunque al principio el vacío puede parecer preferible a la experiencia contra la cual uno se está defendiendo, el vacío puede resultar intolerable (Epstein, 1989).

3) el vacío como un defecto de la integración del “yo”/objeto: como una falta de integración de las diversas partes del “yo” que están en conflicto y que puede conllevar el vacío (Singer, 1977^b, p. 472). (Levy, 1984)lo define como la “pérdida de un sentimiento normal básico garantizado por la cohesión de las relaciones objetales internas”.

4) como el resultado del conflicto interno sobre las aspiraciones sobreidealizadas del “yo” (Singer, 1977^a; (Levy, 1984^b). El vacío se siente cuando las imágenes internas idealizadas e inconscientes no se corresponden con la experiencia real, produciendo una sensación de irrealidad o “extrañamiento” (Federn, 1952, p. 61). La negación o incapacidad de estar a la altura de los estándares internos de las creencias fundamentales inconscientes puede provocar un sentimiento de vacío.

Relacionando estos cuatro modelos, Epstein vuelve al vacío en el budismo (o “sunyata”) dando la definición de Hebert Guenther (1974) como lo que “sirve para destruir la idea de una naturaleza humana continuada”, de una “creencia en la existencia concreta”. Por lo tanto, el vacío en el budismo consiste en enfocarse en el “Yo” inherente existente para conocerlo realmente, tal y como aparece. Es encontrar el “no

absolutismo” de las cosas, de su indefinibilidad. El vacío aparece siempre en relación a la existencia inherente de un objeto, por lo que no se trata de la “vacuidad de la nada” (Hopkins, 1987) sino de la comprensión de que las apariencias concretas a las que estamos acostumbrados no existen en la manera en la que las imaginamos. A pesar de que comparten la misma palabra: “vacío”, el budismo y la perspectiva clínica y psicodinámica no están describiendo el mismo concepto. Para el budismo el vacío tiene un carácter positivo de búsqueda y encuentro para la comprensión final de las cosas. Para la perspectiva clínica y psicodinámica el sentimiento de vacío se vive con angustia o desconexión para paliarla.

1.2 EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Se realizará a continuación una breve descripción de las características clínicas y etiológicas del trastorno límite de la personalidad. En segundo lugar se desarrollará el concepto de sentimiento de vacío dentro de este trastorno.

1.2.1 CONOCIENDO EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se incluye en el Eje II del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales – versión revisada (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) y en la Sección II de los Trastornos de la Personalidad (Cluster B) del reciente DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Se describe como una condición mental severa caracterizada por una alta inestabilidad afectiva, comportamientos impulsivos, intentos autolíticos o relaciones personales inestables. Sin embargo, el término “límite” surgió ya años atrás desde una perspectiva psicodinámica para definir un estado que se encontraba entre la neurosis y la psicosis. Muchos otros conceptos se han utilizado para definir este estado límite de la personalidad, como trastorno ambivalente de la personalidad, personalidad cicloide, trastorno impulsivo de la personalidad, personalidad inestable, o trastorno lábil de la personalidad (Millon y Davis, 1998). Parece que fue Adolf Stern quien en

1938 habló por primera vez del “grupo límite de la neurosis”. En su artículo sobre la historia y la evolución del TLP, (Matusevich, Ruiz, & Vairo, 2010) proponen cinco conceptualizaciones del término “límite”:

La primera se basa en el trabajo de Otto Kernberg (1975), ya mencionado en esta tesis, para el cual el término límite se podía emplear para todas las formas severas de tipo patológico. La segunda se desarrolló a lo largo de los años sesenta, considerando el trastorno límite como parte del espectro esquizofrénico, ya que los pacientes solían experimentar episodios psicóticos breves. La tercera, en la década de los ochenta, le dio mayor importancia a la disforia crónica y a la labilidad afectiva de los pacientes límites, pensando que podría ser un trastorno afectivo. Esta tercera perspectiva es la que da importancia al sentimiento de vacío crónico dentro del trastorno y la que más artículos y estudios arrojó sobre el tema. Por último, la cuarta conceptualización se basa en los trabajos de Gunderson (1984) donde límite se refiere a una forma específica de los trastornos de la personalidad. En 1989 propone, junto con Zanarini y Frankenburg las distintas características del trastorno límite de la personalidad: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia. En los años 90 surge la última conceptualización con autores como Zanarini (1993) que consideran el TLP como un trastorno de los impulsos. En esta perspectiva se incluiría a

autores como Herman y Van der Kolk (1987) quienes propusieron que el TLP sería una variación crónica del trastorno por estrés post-traumático. La prevalencia en la población general se estima entre el 3% y el 7% de la población general (Grant et al., 2008); (Coid, 2003); Torgersen y cols. 2001; Ekselius et al., 2008). El TLP supone un 26% de los trastornos de la personalidad (Skodol et al., 2005) y es causa de una importante comorbilidad y mortalidad en la primera juventud, aunque parece que los síntomas van remitiendo a lo largo de los años (Mary C Zannarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005). Hay estudios que muestran que es un trastorno que aparece más en hombres que en mujeres (Tomko, Trull, Wood, & Sher, 2014), a pesar de que la comorbilidad (por ejemplo con el trastorno antisocial), y la dificultad para diagnosticar el trastorno probablemente estén influyendo en estos resultados. Parece además ser un trastorno más común en personas separadas en comparación a casadas y en los jóvenes adultos. Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), el riesgo de padecer este trastorno en familiares de personas diagnosticadas con TLP sería hasta cinco veces superior que el de la población en general.

En cualquier caso y a pesar de las dificultades diagnósticas, existe un acuerdo respecto a las graves limitaciones y la disfuncionalidad que provoca este trastorno y respecto a sus causas, consideradas como una interacción transaccional entre factores biológicos, psicológicos y de aprendizaje. Estos factores funcionan de manera interactiva, lo que significa que los factores de aprendizaje pueden influir en los rasgos

biológicos y vice-versa (Paris, 2007). En relación con su letalidad, según un estudio de Paris (2004), uno de cada 10 pacientes con TLP cometía suicidio.

En cuanto a la evolución del trastorno, parece que los pacientes tienden a mejorar a partir de los 40 años (Paris, 2004). (Grilo et al., 2004), en su estudio para el Instituto Nacional de Salud Mental norteamericano (el NIMH) comprobaron que solo el 44% de los pacientes estudiados mantenían un diagnóstico de TLP después de 2 años. Zanarini considera que *“es razonable sugerir que el TLP (y otros trastornos de la personalidad) son trastornos de movimiento lento...relativamente lentos de resolver. Este es un punto de vista muy distinto al de que no cambian con el tiempo y por tanto son trastornos crónicos”* (Zanarini, 2005a, pp.36-37).

La investigación sobre el trastorno límite de la personalidad es relativamente reciente y cada vez aparecen más estudios acerca del funcionamiento de esta enfermedad. Se trata de un trastorno difícil de diagnosticar (M C Zanarini et al., 1998) y tratar porque se presenta con mucha comorbilidad psiquiátrica asociada (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004).

Desde un punto de vista psicoanalítico, (Hickey, 1985) describe los procesos del desarrollo de la personalidad límite y sus mecanismos de defensa (fragmentación (*splitting*), identificación proyectiva y regresión).

En cuanto a la fragmentación, Hickey escribe:

“La incapacidad para integrar el concepto de sus padres como un compuesto de aspectos buenos y malos, crea dentro de la personalidad del paciente límite una visión de la realidad mutuamente exclusiva. Esta perspectiva de que la gente es “buena” o “mala” tiene como resultado el uso de la fragmentación como mecanismo de defensa (...). Los cambios repentinos y contradictorios de estado de ánimo asociados a la fragmentación se expresan, en todo su rango de labilidad, desde la euforia inexplicable (estado completamente bueno) al terror más escalofriante (estado completamente malo)” (Hickey, 1985).

En cuanto a la regresión, la perspectiva psicoanalista explica el uso regresivo e infantil de los objetos transicionales en el trastorno límite de la personalidad como mecanismo de defensa contra la ansiedad y la angustia que produce la separación de unos padres que impiden el desarrollo de la individualización de su hijo. Hickey, 1985añade, respecto a los mecanismos de fragmentación y regresión: *“Esencialmente, la incapacidad para integrar los dos aspectos buenos y malos de los padres y el fracaso en la separación y la individualización del sujeto, junto con el uso regresivo de los objetos transicionales lleva a los componentes clínicos impulsivos, caóticos y en ocasiones autodestructivos típicos de la persona con trastorno límite.”*

Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83) según el DSM-IV

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. sentimientos crónicos de vacío.
8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Criterios diagnósticos del Trastorno de la Personalidad

Emocionalmente Inestable según la CIE-10 (código F60.3).

- Trastorno de la personalidad caracterizado por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias.
- El humor es impredecible y caprichoso.
- Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales.
- Hay tendencia a un comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas.
- Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado preponderantemente por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el limítrofe, que se caracteriza además por perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio.

Personalidad:

- agresiva
- explosiva
- limítrofe

Excluye:

- trastorno asocial de la personalidad (F60.2)

Parece que los estudios acerca de la sintomatología del TLP defienden que algunos síntomas se resuelven antes que otros y que el TLP es un trastorno de mejoría lenta. Se han propuesto dos grandes trabajos en los que se explican estos resultados:

1) **McLean Study of Adult Development (MSAD)** (John G Gunderson y cols., 2011): de los 24 síntomas que se evaluaban en este estudio, algunos eran agudos y otros temperamentales. Los agudos parecían resolverse más rápido, mientras que los temperamentales mostraban una disolución más lenta. Parece que los más rápidos en resolverse eran: pensamiento cuasi-psicótico, automutilación, búsqueda de ayuda por suicidio, regresiones en el tratamiento y contratransferencia. Parecen más lentos y más estables los siguientes: los sentimientos de depresión, enfado, soledad y vacío.

1) **The Collaborative Longitudinal Personality Disorders** divide los síntomas en rasgos (más estables) y comportamientos sintomáticos. En el estudio de Zanarini et al., 2007 se encontró que la impulsividad y el enfado eran los síntomas más estables, mientras que el miedo al abandono y los actos físicamente auto-destructivos parecían ser los menos estables, a lo largo de 10 años. Los sentimientos de vacío y soledad parecían mantenerse a los 8 a 10 años del estudio. Aproximadamente la mitad de los 24 síntomas desaparecieron y los otros 12 mejoraron. Esto es, los

síntomas de tipo comportamental (rupturas recurrentes, constante demanda o violación de los límites del otro) presentaban un buen pronóstico. Sin embargo, los factores interpersonales, como la intolerancia la soledad, la dependencia o el sentimiento de vacío, parecían persistir en el tiempo (Zanarini et al., 2007).

Estos datos sugieren la importancia de otorgar más esfuerzos al estudio del sentimiento de vacío, puesto que es uno de los más estables a lo largo del tiempo. Otros estudios, como (Peter Fonagy & Bateman, 2006) describen que los síntomas autolesivos más dramáticos pueden venir precedidos por “miedo al abandono, sentimientos de vacío, problemas en las relaciones y vulnerabilidad a la depresión” y dichos síntomas suelen mantenerse a lo largo del tiempo. Howard y cols. (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986) defienden que los pacientes con TLP tienden a requerir más del triple de tiempo de tratamiento para alcanzar el 50% de mejoría. Finalmente, Korner, Gerull, Meares, & Stevenson, 2008 sugieren que los TLPs necesitarían al menos dos años de tratamiento para mostrar cambios en sus niveles de depresión.

Por otra parte, y en relación a la organización del TLP, cabe mencionar el trabajo de una de las terapeutas más conocidas en este campo, Marsha Linehan (1993), quien basándose en los criterios del DSM-IV, organiza los síntomas del TLP en los siguientes: desregulación emocional desregulación interpersonal, desregulación del comportamiento y desregulación del sentido del “yo” o de la identidad.

Actualmente se siguen elaborando estudios sobre la evolución y la mejora de los síntomas del TLP y se espera en un futuro tener más información sobre tratamientos más rápidos y eficaces.

1.2.2 EL SENTIMIENTO DE VACÍO EN EL TLP

El DSM define al sujeto con sentimiento crónico de vacío como alguien que “se aburre fácilmente, puede buscar constantemente algo que hacer” (American Psychiatric Association, 2000). Por lo tanto, las características asociadas con el sentimiento crónico de vacío serían la disposición al aburrimiento y la búsqueda de sensaciones. A partir del DSM-III y del DSM-III-R, el 7º criterio del TLP incluía sentimientos crónicos de vacío y sentimientos crónicos de aburrimiento conjuntamente. Más adelante, Widiger y cols. (1995) probaron que el aburrimiento era menos discriminante que el vacío en pacientes con TLP, por lo que el DSM-IV ya no incluyó el aburrimiento e incluyó solamente el sentimiento de vacío como criterio específico (Klonsky, 2008). Actualmente, en el reciente DSM-V (2013), el vacío sigue constituyendo un criterio único para diagnosticar el trastorno límite de la personalidad.

El sentimiento de vacío es una experiencia común en el TLP, sin embargo existe una gran discordancia sobre qué significa exactamente, qué características la definen y qué factores la componen. En la discusión de esta tesis se llevara a cabo una revisión de los estudios enfocados en el sentimiento de vacío a lo largo de la literatura científica.

Singer (1977, 1979) definía el sentimiento de vacío como una consecuencia de la falta de integración del “yo” en la personalidad tipo

límite. Esta falta de integración de los mecanismos de negación y fragmentación, del ego y el superego y de las autorepresentaciones, podría llevar a la experiencia de vacío. Propone además que el sentimiento de vacío en el paciente límite puede deberse a la introyección y la primera identificación con una madre que también se siente vacía, por lo que el vacío se daría a través de la representación de un “yo” vacío de la madre.

James S. Grotstein(Grotstein, 1984) escribió acerca de la experiencia de falta de vida y de sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad, de esta manera:

“Para mí, el sentimiento de vacío y de falta de vida en el paciente límite tiene que ver con los resultados de la experiencia de una catástrofe mental interna. Algunos pacientes hablan como si tuvieran un “agujero negro” (como el fenómeno del agujero negro del espacio celestial) o como si sintieran que están existiendo en una llanura estéril después de un holocausto nuclear. Lo más importante es que estos pacientes parecen experimentar una falta de significado, como si estuvieran desmoralizados tras un shock traumático. Es este aspecto del shock traumático del paciente límite el que encuentro tan sorprendente. Parece que hayan visto un horror apocalíptico y que nunca hayan podido recuperarse de él. Creo que este fenómeno es cierto en casi todos los pacientes que sufren una enfermedad psicótica o límite, y creo que se debe a una interrupción prematura de la experiencia de identificación primaria con el resultado de

una aparición prematura de la imagen primitiva de todo el arsenal de señales de aviso que conlleva el instinto de muerte. Las defensas psicóticas que mencioné en la sección anterior parecen operar en el despertar de la catástrofe, pero pueden también precipitar dicha catástrofe a través de una anticipación demasiado apasionada de la misma. Más importante, la experiencia de falta de vida y de vacío representa la desaparición (decathexis) de la superficie interna de la representación de las fronteras de la piel, creando así sentimientos de irrealidad interna con la disolución de las fronteras del ego y de la comprobación de la realidad. Debe recordarse también que este “agujero negro” o “falta de sostén” puede ser la experiencia física de un defecto orgánico como consecuencia de a) la adquisición inherente de un trastorno afectivo, así como de b) la adquisición de un trastorno afectivo adquirido secundariamente a una experiencia traumática”.

Lucy Lafarge (LaFarge, 1989) escribía acerca del sentimiento de vacío en el TLP de la siguiente manera:

“Los pacientes con trastorno límite de la personalidad caracterizan profundas perturbaciones del afecto, la cognición, los objetos relacionales y la experiencia corporal como sentimientos de vacío. Estos pacientes a menudo guardan silencio. Su pensamiento es dubitativo y fragmentado. Hablan de sentirse confusos y desconectados, físicamente entumecidos, rígidos o muertos; a veces vacían sus cuerpos vomitando. Se sienten pasivos y sin voluntad; o están inmovilizados o actúan (en su experiencia)

como una extensión de los demás. La naturaleza defensiva de estos estados es evidente en la indiferencia de estos pacientes ante las perturbaciones tan serias que experimentan, en su representación disociada de la fragmentación de las relaciones tanto dentro como fuera de la transferencia y en sus esfuerzos sutiles para obligar al analista a que confabule sobre su experiencia como vacía de afecto y de significado.”

Entiende el vacío como una desorganización defensiva que el paciente límite tiene que activar ante una situación particularmente estresante y regresiva para no caer en los estados psicóticos de fragmentación o fusión. Defiende además que estos estados no aluden a estados infantiles primarios sino que conforman una mezcla de estados de varias fases del desarrollo (LaFarge, 1989).

Una interesante explicación de cómo el paciente límite utiliza el sentimiento de vacío como una desorganización defensiva la proporciona esta misma autora en su imprescindible artículo sobre el vacío en el TLP (LaFarge, 1989):

“En momentos de regresión particularmente estresante, la fragmentación y la identificación proyectiva no bastan para proteger al paciente límite del dolor psíquico intolerable. En tales ocasiones, la cualidad agresiva de las relaciones objetales que se activa es tan intensa que la experiencia consciente de los elementos agresivos del “yo” le llevan a una visión

intolerable de ese “yo” como un asesino y como una amenaza de destrucción del objeto. Como alternativa, la proyección de los elementos agresivos dentro del objeto llevaría a una visión paranoide igualmente intolerable del objeto como asesino y que amenaza con aniquilar al self. La rabia contra el objeto por permitir que se dé esta situación intensifica el conflicto en el manejo de la agresión. En estos momentos el paciente límite puede movilizar varias formas de identificación proyectiva para vaciar la autoexperiencia consciente de afectos y relaciones de objeto dolorosos y protegerse a sí mismo y al objeto de las consecuencias desastrosas de un apego insoportablemente agresivo.”

Como una variante de este uso del sentimiento de vacío como mecanismo de defensa, Lafarge explica la “bitriangulación”, en la que las dos partes, el “yo” y el objeto se extraen de la autorepresentación y se proyectan en las representaciones de otros objetos externos. De esta manera el paciente evita la unión tan dolorosa con los objetos y el coste que implica un “yo” radicalmente vacío. El resultado de la bitriangulación es un apego sombrío, vacío e indefenso desde el que el paciente observa las interacciones de los demás. De esta manera el “yo” y el objeto primario se viven como vacíos, unidos en un mundo sin actividad o conflictos y sin afecto.

Aparte de la bitriangulación, Lafarge propone además, como respuestas al vacío y mecanismos defensivos, la proyección de agentes y funciones (proyección de la actividad y proyección del afecto), la somatización, los

actos impulsivos y las alteraciones cognitivas (como el bloqueo del pensamiento o el error en la simbolización).

Oldham (2001, 2002, 2006) (F Rebok et al., 2015) sugiere 5 subtipos de TLP, entre los cuales se encuentra uno de tipo vacío, con pacientes con características específicas y cuyo sentimiento de vacío interior se encontraría en la base de su tipo de trastorno (F Rebok et al., 2015):

Tipo 1: Afectivo. Este tipo se expone como un trastorno del ánimo atípico y moderadamente hereditario. Estos pacientes suelen experimentar intensa ansiedad o depresión y suelen mostrar comportamientos suicidas como respuesta al estrés.

Tipo 2: Impulsivo. Este tipo se define dentro del trastorno de control de impulsos, reflejando un temperamento innato orientado a la acción (por ejemplo, comportamientos de automutilación, abuso de sustancias, atracones, etc.).

Tipo 3: Agresivo. Este tipo se describe como un temperamento constitucional primario o una contrarreacción a trauma, abuso o negligencia tempranos. Los pacientes de este tipo suelen llegar a estar intensa e inapropiadamente irritados y enfadados.

Tipo 4: Dependiente. Este tipo incluye individuos que suelen expresar una intolerancia a estar solos. Pueden ser pacientes que se quejan en exceso, se aferran a las relaciones y muestran excesivo miedo al abandono.

Tipo 5: Vacío. Este tipo incluye individuos que tienen una gran inestabilidad de la propia identidad, la cual refleja a menudo la relación temprana inconstante y ambivalente de los padres. No muestran un sentido del yo centrado y estable y describen un sentimiento interno de vacío y falta de metas propias e independientes. Este tipo de individuos se beneficiarían más de la psicoterapia y menos de la terapia farmacológica.

Por último, en un estudio reciente de **Fonagy** (Peter Fonagy, 2015), describía el vacío de uno de sus pacientes de la siguiente manera:

“En esta etapa yo no entendía que en ausencia de una capacidad para concebir sentimientos como sentimientos particulares y los pensamientos como pensamientos específicos, el auto-reflejo analítico solo le llevaría a un indescriptible temor al vacío mental. Lo que se aclaró en esta etapa de análisis del Sr. S fue que se experimentaba a sí mismo como no humano. Expresaba esto de varias maneras, hablando de sí mismo como si estuviera muerto por dentro, como si proviniera del espacio exterior, existiera como una micromolécula, fuera un miembro amputado, se sintiera irreal, como si se hubiera dado la vuelta. Estas experiencias aparecían relacionadas con su sentimiento de vacío interno, el cual, más

que una respuesta perentoria a la ansiedad, parecía constituir un fondo en el que se desarrollaba el resto del análisis. Ya que yo empezaba a apreciar su experiencia de “yo” mental como inanimada, no-humana, empecé a pensar en su problema de identidad en términos de una anomalía estructural” (Peter Fonagy, 2015).

El sentimiento de vacío y su relación con el apego en el trastorno límite de la personalidad

El apego temprano entre padres e hijos parece ser de gran importancia en el desarrollo de las enfermedades mentales, y especialmente en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

Masterson (1975) defiende que el niño aprende a entender los objetos como partes separadas y fragmentadas, ya que los padres refuerzan comportamientos simbióticos de dependencia mientras que castiga las actividades de independencia. Esto no permite al niño desarrollar su propia separación o individualización:

“El paciente no se relaciona con la gente como un objeto completo sino como si fueran objetos parciales, por ejemplo, buenos y gratificadores o malos y frustradores, ni la relación se mantiene si existe la frustración”.
(Masterson, 1975).

Lehay y cols. (2011), sugieren así la importancia del apego para una salud mental estable y para un adecuado desarrollo de la regulación emocional, que no se encuentra en los pacientes con trastorno límite de la personalidad:

"Los seres humanos evolucionaron para responder naturalmente a la amabilidad y calidez (warmth) con una disminución de los sistemas de ansiedad y un sentimiento de tranquilidad (soothing). Esto incluye una capacidad genéticamente predispuesta para que los humanos se sientan seguros y tranquilos (soothed) ante interacciones estables, cálidas y empáticas con otros (Gilbert, 2009). Este "sistema de seguridad" centrado en la afiliación (affiliative-focused) implica conductas no verbales que pueden recordar el contexto estable y de cuidados que unos padres efectivos y comprometidos establecen con su hijo" (Bowlby, 1968; Fonagy, 2002; P Fonagy, Gergely, & Target, 2007; (Sloman, Gilbert, & Hasey, 2003).

Hay numerosos estudios que defienden que el trastorno límite de la personalidad se asocia con el apego inseguro. En una revisión crítica de 13 estudios realizada por (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004), se comprobó que todos y cada uno de ellos apoyaban esta asociación, siendo la cantidad de relaciones inseguras y la gravedad de las mismas un posible predictor de las relaciones interpersonales disfuncionales características del paciente con TLP. Los problemas en las relaciones de las personas con TLP se describen constantemente como

uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad (Fossati, Borroni, Feeney, & Maffei, 2012). Dado que dos de los criterios diagnósticos del TLP especificados en el DSM están relacionados con los problemas interpersonales (“esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado” y “un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación”) parece evidente que las relaciones de apego tanto tempranas como en la edad adulta (pero especialmente las primeras) tendrán un papel esencial en el desarrollo del trastorno. En la sección II del DSM-V, aparecen dos áreas de rasgo específicas para el diagnóstico del TLP, la afectividad negativa y el antagonismo, las cuales suelen ocurrir principalmente en el contexto de las relaciones interpersonales (Pérez-Rodríguez y cols, in press).

Acorde a las teorías psicodinámicas, las emociones agresivas y negativas en la edad temprana producen un desarrollo disfuncional de la representación de los otros y de uno mismo (Gunderson, 1996). Y esta disfunción es un mecanismo protector que evita que el niño reconozca la hostilidad de su cuidador, con todo el sufrimiento insoportable que ello conlleva (Adler & Buie, 1979).

Bowlby (1980), fue el gran precursor de la Teoría del apego, la cual defendía la importancia de la relación temprana entre padres e hijos. El objetivo del apego sería crear un entorno externo que permita al niño desarrollar un modelo interno seguro y estable de su propio “yo” (“self”).

De esta manera el niño es capaz de reflexionar sobre lo que hay en la mente de sus cuidadores. La hipersensibilidad al rechazo propia del TLP podría ser el resultado de experiencias tempranas de rechazo en la infancia (Bowlby, 1969). Muchas teorías parecen coincidir en la idea de que el trauma infantil, sobre todo el abuso emocional o negligencia por parte de los cuidadores al inicio de la edad temprana, es un factor de riesgo para el desarrollo del TLP (M C Zanarini et al., 1997).

Hickey, en su artículo sobre la experiencia subjetiva de las personas con trastorno límite, describía este fenómeno de la siguiente manera (Hickey, 1985):

“Una intolerancia infantil a la separación y la resultante ansiedad y depresión que conlleva el abandono continúa en la edad adulta para las personas con una personalidad límite (Grove, 1981). Esto se debe en parte a no haber manejado jamás la etapa del desarrollo de la individualización que ocurre entre los 18 y los 24 meses. Este fracaso se manifiesta en los síntomas clínicos como la penosa intolerancia a estar solo, junto con sentimientos crónicos de estar desconectado y vacío.”

La teoría de la falta de apego en el TLP se basa en la idea de que el sentido del “yo” depende y surge del sentido “del otro”. *“Si el “yo” es frágil, también lo es el sentido “del otro”. Y cuando el sentido del “yo” se pierde completamente, surgiría el sentimiento de vacío”* (Meares, 1993). Por tanto, toda esta inseguridad y disfuncionalidad asociada al apego

temprano puede desembocar en un sentimiento de vacío profundo en el paciente. Los autores mencionados proponen el sentimiento de vacío como un mecanismo de defensa ante la insoportable idea del rechazo de la madre o del padre hacia el hijo.

Algunos estudios de tipo neuroanatómico se han basado en los resultados anteriores para proponer teorías neurocientíficas acerca del apego en el TLP. Por ejemplo, Buchheim et al., 2008 utilizaron la imagen de resonancia magnética funcional para estudiar la neuroanatomía del trauma relacionada con el apego en pacientes con TLP y en controles. Los sujetos debían contar una historia sobre una imagen relacionada con el apego mientras les realizaban un escáner. Las imágenes con personajes que afrontaban amenazas relacionadas con el apego resultaron ser más traumáticas para los pacientes con TLP que para los controles sanos. Los escáneres mostraron una activación mayor de la corteza media cingular anterior en respuesta a dichas imágenes y una activación menor en el giro parahipocampal derecho en los pacientes en comparación con los controles. Además se encontró una activación disminuida del surco temporal superior derecho en los pacientes con TLP ante imágenes con interacciones entre personajes en un contexto de apego. (Buchheim et al., 2008, en Pérez-Rodríguez y cols, in press).

Estos resultados apoyan la teoría de que el apego en los pacientes con TLP parece tener una base neuroanatómica. Sin embargo no existen

estudios del mismo utilizando un paradigma con imágenes que puedan evocar el sentimiento de vacío para dilucidar su base neurocientífica.

Otros estudios han relacionado el apego inseguro en el TLP con una desregulación del sistema opioide endógeno (Prossin, Love, Koeppe, Zubieta, & Silk, 2010) del sistema oxitocinérgico (Meyer-Lindenberg, Domes, Kirsch, & Heinrichs, 2011). Estas disfunciones podrían estar en la base de la falta de empatía del paciente límite, y de los síntomas agresivos e impulsivos relacionados con el estrés interpersonal, creando un círculo vicioso de relaciones conflictivas (Ripoll, Snyder, Steele, & Siever, 2013). Sería interesante preguntarse qué relación tienen estos sistemas y su disfuncionalidad con el sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad, dentro del contexto del apego.

Ha habido algunos intentos de estudiar las bases biológicas del sentimiento de vacío en el TLP. Por ejemplo, Bandelow, Schmahl, Falkai, & Wedekind, 2010 proponen que el sentimiento de vacío en el TLP se alterna de manera repentina con estados eufóricos breves. Estos cambios de humor que pueden durar solamente pocas horas, suelen ocurrir sin ningún motivo y de manera independiente a los eventos ocurridos con anterioridad, por lo que se dice que los pacientes con TLP son impredecibles. Estos autores proponen que estos cambios repentinos pueden darse con motivo de aumentos y caídas en los niveles del sistema opioide endógeno. Por lo tanto, los sentimientos de vacío y de

aburrimiento pueden explicarse por un tono reducido como consecuencia de la subsensibilidad de los receptores opioideos.

Una continuación de estos estudios biológicos podría ayudar a comprender mejor el funcionamiento del sentimiento de vacío en el TLP y sobre todo a descubrir si es posible paliarlo, y de qué manera.

Conceptualización del sentimiento de vacío

Uno de los principales objetivos de esta tesis va destinado a conceptualizar la experiencia de vacío tal y como se entiende en el trastorno límite de la personalidad. De nuevo, pocos autores han dedicado su trabajo a tal tarea, y uno de ellos es **Clive Hazell (2003)**, quien intentó en su ya citado libro “La experiencia de vacío”, observar las relaciones entre conceptos similares al vacío como experiencia en general y en los trastornos mentales en particular. A continuación aparece un resumen de estas ideas conceptuales:

Con frecuencia el vacío ha estado relacionado con el **aburrimiento** ya que se asocia a una falta de interés en el entorno de uno mismo y una laxitud o falta de entusiasmo. La diferencia entre aburrimiento y vacío es que éste último es difuso y no se focaliza en experiencias específicas. El aburrimiento va a menudo dirigido hacia un objeto o experiencia y puede fácilmente convertirse en rechazo con enfado de dicha experiencia. En el vacío, esa claridad o sentimiento no está presente. Es un malestar vago y nebuloso que parece calar en cada fibra de la existencia, privándola de propósito, significado, esperanza y experiencia en sí misma. Klonsky (Klonsky, 2008) mostraba en su estudio que no existía correlación significativa entre aburrimiento y vacío, apoyando la decisión del DSM-IV de eliminar el aburrimiento del criterio 7 para el diagnóstico del TLP.

A veces la el vacío puede acercarse a las experiencias de **futilidad** o **desesperanza**. Sin embargo en estas experiencias hay una experiencia

de algo que se ha perdido, y esto está ausente en la experiencia de vacío. En el vacío, nada se posee, nada se pierde y nada tiene que ganarse. Para perder la esperanza hay que haberla tenido alguna vez (Hazell, 2003). El vacío es un estado paradójico, ya que produce dolor, pero no se siente nada, ni tristeza, ni soledad, ni desesperanza ni desesperación. Sentir todas esas emociones puede ser un alivio para la persona.

El vacío no es igual que la **soledad**, aunque la persona con sentimiento de vacío puede sentirse terriblemente aislada. La soledad implica un deseo de estar con otros, se busca el contacto humano y se tiene la idea de que aún hay algo o alguien “ahí fuera” para la persona. Sin embargo, otros autores han relacionado estos dos conceptos como inseparables. Por ejemplo, Pazzagli y Rossi-Monti (Pazzagli & Monti, 2000) lo hacen de esta manera:

“La persona límite funciona por ósmosis: está vacía pero al mismo tiempo, es intolerante a la soledad en la que continúa buscando objetos que llenen esa sensación de vacío interior. La soledad de la personalidad límite es en realidad una intolerancia a la auténtica soledad, aquella de ser capaz de estar solo. Es una soledad dominada por el vacío: un vacío proveniente del mundo exterior, formado por objetos inadecuados, relaciones esporádicas, tormentosas y superficiales que tienden a romperse; y un vacío del propio mundo interior, siempre sujeto a la amenaza de la ruptura y la pérdida de los límites. Es un mundo interno en el que nada se sostiene o se mantiene en un lugar lo suficientemente

estable o seguro. Desde este punto de vista, la angustia básica de la persona límite no es una angustia fragmentada sino más bien una angustia que surge del vacío, de las raíces desde las que podemos trazar un “sentido hemorrágico” de la auto-experiencia (Correale, 1995, Correale y cols. 1997).”

Rollo May, en su libro “El hombre en busca de sí mismo” ya mencionado con anterioridad, unía los conceptos de vacío y soledad. El autor defiende la idea de que el ser humano aprende a ser él mismo y consigue experimentarse a sí mismo a través de los demás, por lo tanto, cuando se encuentra solo, tiene miedo a perder esa “autoconciencia”, a volverse loco o a dejar de existir como “él mismo”. El autor escribe lo siguiente:

“Las razones de la estrecha relación entre vacío y soledad no son difíciles de descubrir. Porque cuando una persona no tiene una convicción propia de lo que quiere o de lo que siente; cuando, en un período de cambio traumático, se da cuenta del hecho de que los deseos y metas convencionales que le enseñaron a seguir ya no le dan ninguna seguridad o ninguna dirección; cuando siente el vacío interior mientras permanece en medio de la confusión y agitación externas de su sociedad, siente el peligro; y su reacción natural es buscar a otras personas. Ellos, espera, le darán alguna dirección, o al menos algún consuelo al saber que no está solo en su miedo. El vacío y la soledad son, por tanto, dos fases de la misma experiencia básica de ansiedad”.

El **nihilismo** o la **rabia iconoclástica**(Hazell, 2003) no son iguales que el vacío. En la rabia iconoclástica existe una presencia de emoción, y la sensación de que algo que antes se valoraba ahora se ha destruido o no tiene valor. También podemos diferenciar el sentimiento de vacío de la **ira**. Leichsenring (Leichsenring, 2004) mostraba, en un estudio acerca del sentimiento depresivo, que en los pacientes con TLP la depresión se correlacionaba con la rabia, la ansiedad y el miedo, y con formas primitivas de relaciones objetales, mientras que los pacientes con niveles más elevados de organización de la personalidad, la depresión no mostraba tales relaciones, lo que parece apuntar que existe una experiencia de vacío y sentimiento depresivo cualitativamente distinto en los TLPs en relación a otras formas más estructuradas de la personalidad.

Hazell defiende que habría **dos tipos de vacíos**, el **vacío puro** o vacuidad, y el **vacío existencial**, donde el vacío va acompañado de cuestiones relacionadas con la existencia, como la muerte, la autenticidad y el sentido de la vida (Frankl, 1958, 1965,1967). El primero no tiene por qué ir acompañado de estas cuestiones (Hazell, 2003).

El vacío y el tiempo

El concepto del tiempo podría vivirse de manera diferente en los pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estos pacientes pueden sentir emociones centradas en el presente y lo mismo reviven un acontecimiento del pasado remoto como si fuera reciente, como que les cuesta imaginarse y proyectarse a sí mismos en el futuro.(Hartocollis,

1978), describía la relación de su paciente con el tiempo en estos términos:

“El tiempo es la experiencia de cambio en un sentido existencial, nuestra existencia en movimiento (...). El tiempo es un sentimiento que define la existencia y por lo tanto todos los sentimientos, placenteros o displacenteros (amor, alegría, aburrimiento, ansiedad y depresión) (...). Una intensa presión emocional, basada en una gran cantidad de narcisismo primario y agresión desordenada, hace a los pacientes límites profundamente conscientes del paso del tiempo pero incapaces de experimentar emociones que no sean ira o sus equivalentes (por ejemplo asco, envidia, o euforia onnipotente), o aburrimiento y sus equivalentes (por ejemplo sentimientos de vacío, alienación, indefensión y desesperanza). Todas ellas son emociones orientadas al presente, arraigadas en el aquí y el ahora, emociones desprovistas de perspectiva temporal, de futuro o pasado. Él no se sentía “vivo”. Le pedí que lo elaborara y me dijo que sentía que no era una “auténtica persona”, no estaba “vivo”, sentía que no vivía en la realidad; es como si el tiempo pasara y le dejara detrás, o como si estuviera esperando a que pasara algo, como si estuviera durmiendo mientras que un reloj con alarma dejaba pasar el tiempo y la alarma fuera a saltar en cualquier momento pero no lo hacía, lo que le hacía sentir como si ese reloj con alarma fuera una bomba de relojería” (Hartocollis, 1978).

En esta misma línea, Fuchs (Fuchs, 2007) sugiere que el “yo” (“self”) del paciente con TLP se encuentra fragmentado temporalmente evitando la necesidad de tolerar la amenaza de la incertidumbre de las relaciones personales. Esta fragmentación deriva en el sentimiento de vacío. Lo describe de la siguiente manera:

“El vacío, sin embargo, consiste en un sentimiento crónico de vacío causado por la incapacidad de integrar pasado y futuro en el presente y por tanto de establecer un sentido coherente de las experiencias identitarias del pasado para determinar su propio futuro a través de decisiones. Les falta la experiencia de ser agentes o autores de sus propias vidas. Se podría decir que, en vez de proyectarse en el futuro, simplemente tropiezan con él. Por lo tanto, los individuos límite muestran una estructura temporal característica: son sólo lo que están experimentando en este momento, en un presente a menudo intenso pero vacío y plano; y este presente puede experimentarse sólo de manera pasiva, no como resultado de su propio plan o voluntad. Están, como si dijéramos, “atados a la sujeción del momento presente”, como pensó Nietzsche que estaba los animales, pero por supuesto no viven en una felicidad simple. Más bien describen a menudo sentimientos duraderos de vacío y aburrimiento, ya que su presente transitorio no tiene profundidad. Les falta la satisfacción que sólo se origina de la integración de la experiencia pasada y el futuro anticipado. Para llenar el vacío, se buscan placeres, emociones y éxtasis momentáneos, convirtiendo la vida en una serie de eventos desconectados y fugaces en vez de en una historia

continua (...). No hay sentido de continuidad a lo largo del tiempo y de las situaciones, no hay concepto de auto-desarrollo que pueda proyectarse en el futuro, sino sólo una repetición sin fin de los mismos estados emocionales, creando un peculiar modo de existencia atemporal”(Fuchs, 2007).

Klonsky (Klonsky, 2008) intentó conceptualizar el vacío en su artículo “What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder”, argumentando que el sentimiento de vacío está mínimamente relacionado con el aburrimiento pero muy relacionado con sentimientos de desesperanza, soledad y aislamiento, y es un fuerte predictor de la depresión y de la ideación suicida, aunque no de la ansiedad o de los intentos de suicidio. Además, según este autor, el vacío refleja un afecto positivo patológicamente disminuido y malestar psiquiátrico significativo (Klonsky, 2008).

Pero no todos los estudios han apoyado la importancia del sentimiento de vacío en el TLP. En 2004, los datos de **Johansen y cols.** (Johansen, Karterud, Pedersen, Gude, & Falkum, 2004b) mostraban una baja discriminación y validez convergente del criterio de sentimiento de vacío. Esto fue consistente además con los estudios de Grilo y cols. (Grilo et al., 2004), que encontraron que el criterio de vacío tenía el menor factor predictor de los criterios del TLP. Los datos de Johansen y cols. (Johansen et al., 2004b) revelaron que este criterio ocurría más frecuentemente en pacientes con diagnóstico de depresión, indicando un

posible efecto de confusión. Sin embargo, una corrección para la depresión tuvo un bajo impacto en la correlación entre el criterio de vacío y el TLP. Pero una explicación para estos resultados sería el grado tan bajo de definición operacional del sentimiento de vacío. Se trata de una experiencia difícil de definir tanto para el paciente como para el evaluador por lo que quizás los resultados de esos estudios no estaban midiendo exactamente el sentimiento de vacío. Este aspecto necesitaría por tanto una mejor definición del sentimiento de vacío (Johansen et al., 2004b). Como respuesta a esta demanda, se presenta a continuación la base práctica de la presente tesis doctoral.

2 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tal y como se explica en la parte introductoria de esta tesis, el sentimiento de vacío es una experiencia frecuente tanto en personas con trastornos mentales como en personas sanas. Se trata de una experiencia dolorosa, invalidante y que llega a constituir un único criterio diagnóstico para uno de los más severos trastornos de la personalidad: el trastorno límite. A pesar de la importancia de este sentimiento, no existen muchos artículos que expliquen a qué se refiere concretamente, la prevalencia o los factores que lo caracterizan. Dar respuesta a esas preguntas es el objetivo de esta tesis y su justificación viene de la mano del deseo de caracterizar adecuadamente una experiencia que conlleva malestar y sufrimiento a las personas, y que parece estar relacionada con el riesgo de suicidio.

Podríamos considerar esta tesis como la continuación del trabajo iniciado por Klonsky en 2008 que no parece haber sido continuado por ningún otro autor, a pesar de su importancia clínica, especialmente en relación a la ideación suicida. Klonsky (Klonsky, 2008) se propuso estudiar la caracterización del sentimiento de vacío como un criterio relacionado con las ideas de suicidio y presente en un alto porcentaje de personas con trastorno límite de la personalidad. Dividió su estudio en dos partes: en la primera de ellas se incluyeron en el estudio 45 personas con historia de automutilación. El 67% de ellas aseguraban haber sentido vacío interior al menos varias veces antes de cometer el comportamiento autolítico y el 47% haberlo sentido al menos varias veces después de cometer dicho comportamiento. En la segunda parte del estudio se incluyó a 274

universitarios. En esta muestra, el sentimiento crónico de vacío mostraba una alta correlación con la depresión ($r = .50, p < .001$) y una correlación media con la ansiedad ($r = .32, p < .001$). Esta mayor correlación con la depresión que con la ansiedad, el autor la justificó basándose en el hecho de que tanto el vacío como la depresión son conceptos que muestran una baja valencia afectiva positiva y una baja activación afectiva, no como la ansiedad, que muestra una alta activación afectiva. Además el sentimiento crónico de vacío mostraba la mayor correlación con la ideación suicida que el resto de los criterios del TLP ($\Phi = .37, p > .001$). Esta correlación con la ideación suicida pero no con la comisión del suicidio podría sugerir, según el autor, que el sentimiento crónico de vacío puede predecir y contribuir al desarrollo de la ideación suicida pero no podría predecir el progreso desde la ideación a la comisión.

A continuación se presenta la tabla de afectos relacionados con el sentimiento de vacío interior que propone Klonsky en su estudio y que puede servirnos de punto inicial comparativo para el análisis posterior de los conceptos relacionados con el vacío que se proponen a lo largo de esta tesis (extraído del artículo "What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, 22 (4), página 420).

TABLE 1. Affect-States That Most Often Co-Occur with Feeling "Empty Inside" in 45 Self-Injurers

Affect-State	Correlation (<i>r</i>) with "Empty Inside"	Valence/Arousal of Affect-State*
Before Self-Injury		
Hopeless	.73	Negative/Low
Isolated	.71	Negative/Low
Lonely	.70	Negative/Low
Useless	.63	Negative/Low
Worthless	.62	Negative/Low
After Self-Injury		
Hopeless	.84	Negative/Low
Lonely	.74	Negative/Low
Isolated	.69	Negative/Low
Grief	.68	Negative/High
Useless	.66	Negative/Low

*Based on independent ratings for each affect-state made by two experts in emotion research (Jim A. Coan and Greg Hajcak)

Los resultados de este trabajo de Klonsky sugerían que el sentimiento de vacío se correlacionaba principalmente con los sentimientos de desesperanza, soledad y aislamiento. De nuevo estos tres sentimientos coinciden en su baja valencia efectiva y en su baja activación afectiva. El autor resaltaba especialmente la importancia de la correlación entre el sentimiento de vacío y la desesperanza, y puesto que la segunda se asocia con el suicidio, la primera podría también relacionarse con él.

A continuación se muestra el anexo en el que aparecen los 40 estados afectivos sugeridos por Klonsky en su estudio y que se relacionarán con los presentados en esta tesis (extraído del artículo "What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, 22 (4), página 424):

APPENDIX

Affect-States^a

1. Angry (at others)	21. Isolated
2. Angry (at self)	22. Stupid
3. Sad	23. Relaxed
4. Afraid	24. Useless
5. <i>Excited</i>	25. Rejected ^b
6. <i>Happy</i>	26. Embarrassed ^b
7. Guilty ^b	27. Bored
8. Lonely	28. Indifferent ^c
9. Relieved	29. In a trance ^c
10. Ashamed	30. Satisfied
11. Empty inside	31. Out of control
12. Hopeless	32. Unreal
13. <i>Hopeful</i>	33. <i>Aroused sexually</i>
14. Worthless	34. Outside my body ^c
15. Overwhelmed	35. <i>Mesmerized</i> ^c
16. Anxious	36. Frustrated
17. Calm	37. <i>Euphoric</i>
18. Frightened	38. Unaware of surroundings ^b
19. Hurt Emotionally ^b	39. Grief
20. Disgust with body ^b	40. <i>Restless</i> ^c

^aAffect-states were coded by two-raters on dimensions of valence and arousal. Bold indicates negative valence; no bold indicates positive valence. Italics indicates higher arousal; no italics indicates lower arousal.

Al final de la discusión, Klonsky escribe lo siguiente:

“Por ultimo será importante desarrollar una medida estandarizada del vacío, tanto para mejorar la evaluación en la práctica clínica como para facilitar la investigación acerca de la relación entre el vacío y la depresión, la desesperanza, el suicidio y otras características clínicas”.

Esta tesis encuentra su justificación en dar respuesta a estas sugerencias.

A continuación se describen dos estudios que pretenden dar respuesta a las preguntas siguientes: 1) ¿Existen diferencias entre el vacío descrito por las personas con trastorno límite de la personalidad y las personas sin trastorno mental?, y 2) ¿Qué prevalencia tiene el sentimiento de vacío en la población general? Por último, se explica la creación y validación de un instrumento para evaluar el vacío en las personas con trastorno límite de la personalidad. Se espera que estos estudios arrojen luz sobre una experiencia que afecta a una parte de la población general y a una parte más grande de la población con trastorno mental con el objetivo final y futuro de crear estrategias terapéuticas concretas dirigidas a disminuir la experiencia de vacío e incrementar la satisfacción con la vida y el sentido vital de las personas.

3 HIPÓTESIS

3.1 HIPOTESIS PRINCIPAL

El concepto de sentimiento de vacío es un constructo fenomenológico que no es unitario sino que integra distintos componentes psicológicos y antropológicos que pueden diferenciarse y definirse para su mejor uso en la clínica y en la entrevista personal. La experiencia del sentimiento de vacío es relativamente común en la población general, pero tiene una naturaleza cualitativamente distinta a la del sentimiento de vacío que caracteriza al trastorno límite de la personalidad.

3.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

Hipótesis del estudio 1: *“El sentimiento de vacío en los sujetos con TLP y en los sujetos sanos”.*

La idea básica del primer estudio es que el sentimiento de vacío es un concepto no unitario constituido por diversas emociones y pensamientos (vivencias). Este sentimiento de vacío sería cualitativamente distinto en las personas con trastorno límite de la personalidad al sentimiento de vacío sentido por sujetos de la población general. Es por ello que se solicitará a 42 pacientes con TLP y a 52 sujetos de la población normal que respondan a un breve cuestionario en el que tendrán que definir qué es para ellos el sentimiento de vacío. Se hipotetiza que las definiciones dadas serán específicas del trastorno de personalidad límite. Además, se sugiere que:

- Las personas afectadas con TLP experimentarán con más frecuencia un sentimiento de vacío que podría definirse como crónico en contraste con las personas de la población normal, que lo sentirían en menos ocasiones.
- Las definiciones de las personas con TLP tendrán un componente de mayor angustia y peor tolerancia que las personas que no estén afectadas con TLP.

- Los pacientes con TLP asociaran el vacío en mayor medida con conceptos como el aburrimiento, la soledad y los problemas de identidad.

Hipótesis del estudio 2: “*El sentimiento de vacío en la población general*”.

La hipótesis principal de este estudio es que el sentimiento de vacío aparece con más frecuencia de lo esperado en la población general. Como segunda hipótesis, se propone que los conceptos relacionados con el sentimiento de vacío que los participantes marquen en el cuestionario de vacío administrado se relacionarán con una mayor puntuación en los cuestionarios estandarizados de depresión, ansiedad y hostilidad. Por ello se propone un estudio con 125 sujetos de una población universitaria a los que se les administrará un cuestionario con determinados conceptos relacionados con el vacío. Por último se correlacionarán dichos conceptos con los instrumentos mencionados de depresión, ansiedad y hostilidad.

Hipótesis del estudio 3: “*Posibilidad de medir el sentimiento de vacío en la práctica clínica mediante la construcción de un instrumento de medida*”.

Este último estudio se basa en la hipótesis de que es posible diferenciar a través de expertos en trastornos de la personalidad, y más concretamente expertos en trastorno límite de la personalidad, aquellos ítems relevantes para evaluar el sentimiento de vacío en pacientes con TLP. Para ello se realizará un análisis cualitativo de las respuestas de los pacientes y se

pondrán en común para sustraer temas y desarrollar ítems que conformen el cuestionario.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de esta tesis es el de determinar la naturaleza y la significación clínica del concepto "sentimiento de vacío" utilizado en psicopatología mediante el estudio de sus componentes psíquicos y la elaboración de un cuestionario de evaluación.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Los objetivos específicos de esta tesis son los siguientes:

- 1) Estudiar las diferencias entre el concepto de sentimiento de vacío que presentan pacientes con trastorno límite de la personalidad y controles sanos en el mismo rango de edad. Este estudio se describe en la segunda sección de la tesis titulada "Estudios" con el nombre de "Estudio 1".
- 2) Estudiar la caracterización del concepto de sentimiento de vacío en una muestra juvenil de la población general. Este estudio se describe en la segunda sección de la tesis titulada "Estudios" con el nombre de "Estudio 2".
- 3) Construir un cuestionario de medida del sentimiento de vacío que permita la evaluación del concepto en el trastorno límite de la

personalidad. Este estudio se describe en la segunda sección de la tesis titulada “Estudios” con el nombre de “Estudio 3”.

5 ESTUDIOS

5.1 ESTUDIO 1: Estudio comparativo sobre el sentimiento de vacío en pacientes con TLP y controles.

El objetivo principal de este estudio era investigar las diferencias entre las definiciones del sentimiento de vacío entre un grupo de personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) y un grupo de sujetos controles.

Métodos y materiales

Se trató de un estudio transversal de carácter cualitativo en una cohorte de población clínica comparada con una cohorte de población no clínica, con metodología de encuesta anónima. El estudio se realizó en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos. Se solicitó el consentimiento informado para todos los participantes del estudio siguiendo las directivas del Comité Ético del Hospital. El protocolo se creó en base a los parámetros de la Declaración de Helsinki.

Muestra:

Se incluyeron en el estudio 93 participantes divididos en dos grupos: el grupo control conformado por un total de 51 personas entre los que se contaban tanto estudiantes como trabajadores de diferentes áreas, y el grupo clínico, compuesto por 42 personas con TLP de la Unidad de Día del servicio de Psiquiatría del Hospital. Los criterios de inclusión fueron: 1) tener edades comprendidas entre los 18 y 55 años; 2) ser capaces de

entender el idioma español y 3) firmar previamente un consentimiento informado aceptando su participación en este estudio. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: 1) no padecer ninguna enfermedad médica que incapacitara el desarrollo del estudio; y 2) tener un CI < 80.

La media de edad de los pacientes con TLP fue de 30 años (DT±7,67) con un porcentaje de mujeres del 62%. En cuanto a los controles, la media de edad fue de 35 años (DT±9,09) y el porcentaje de mujeres fue del 71%. El 88% de los sujetos controles tenían estudios universitarios frente a sólo un 26% de los pacientes, quienes en su mayoría tenían estudios secundarios (53%) (Tabla 1). Ya que se puede suponer que el sentimiento de vacío tiene un componente de tipo cultural y no hay datos previos al respecto, pareció adecuado que el estudio se realizara solamente en muestra española.

Tabla 1. Variables sociodemográficas (n=93)

	TLP	CONTROL	p
Edad (Media, DT)	29,86 (7,67)	35,41 (9,09)	0,002*
Sexo (n, %)			
Mujeres	26 (62)	36 (71)	0,377
Hombres	16 (38)	15 (29)	
Nivel educativo (n, %)			
Estudios superiores	11 (26)	45 (88)	<0,001**
Estudios secundarios	22 (53)	4 (8)	
Estudios primarios	8 (19)	2 (4)	
Sin estudios	1 (2)	0 (0)	

TLP: trastorno límite de la personalidad; n: número de muestra;

%: porcentaje de participantes; DT: Desviación Típica.

T Student para variable "Edad"

Chi Cuadrado para variables "Sexo" y "Nivel educativo"

*. La correlación es significativa al nivel $p < 0,05$ (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel $p < 0,001$ (bilateral).

Instrumentos

En este estudio se elaboró una encuesta inicial (Anexo 1) en la que se incluían las siguientes preguntas: “¿Ha sentido alguna vez sentimiento de vacío?”, “¿Dónde situaría corporalmente el sentimiento de vacío?”, “¿Trabaja con personas con algún tipo de trastorno mental?” y “Defina con un párrafo qué significa para usted el sentimiento de vacío”. Estas preguntas se decidieron en base a cuestionarios clínicos existentes sobre TLP (como el DIB-R), definiciones previas analizadas y literatura sobre la experiencia clínica de vacío. Además se incluyeron algunas preguntas con variables sociodemográficas como sexo, edad y ocupación.

Todos los participantes fueron informados sobre el objetivo del estudio y contestaron al cuestionario con las mismas pautas por parte de la evaluadora. Se obtuvieron un total de 93 definiciones (42 de pacientes con TLP y 51 de controles) que se adjuntan en el Anexo 2 de esta tesis.

A partir de estas definiciones la autora realizó un análisis cualitativo de los conceptos referidos en dichas definiciones obteniendo un total de 17 conceptos relacionados con el sentimiento de vacío y seis situaciones corporales de esta vivencia. En la Figura 1 a continuación, aparecen ejemplos del análisis de las respuestas de los controles en relación a los conceptos relacionados con el sentimiento de vacío.

S	E	O	SM	Se	V	So	T	FI	BA	A	I	FS	D	M	Ab	R	In	De	Ins	F	Ise	Es	C	P	Est	Ex	Co	Pi	G
1	31	Investigador	1	2				X			X	X										X							
1	29	Psicóloga	1	1		X				X	X				X							X							
1	30	TAC	2	2														X	X				X						
1	23	Est Química	2	1		X			X									X	X		X	X		X					
1	30	Psicóloga	1	1	X			X	X	X	X				X			X				X		X					
2	31	Informático	2	1		X		X	X										X			X							
2	31	Investigador	1	1					X													X		X					
1	36	Investigador	1	2				X	X													X							
2	32	Músico	2	1				X				X			X												X		
2	27	Aeronáutico	2	1																X		X		X					
1	30	Educadora	1	1	X		X								X			X						X					
2	40	Funcionario	2	2		X						X			X				X				X				X		
1	31	Psicóloga	1	1				X		X														X					
1	43	Psicóloga																											
2	30	Cooperante	2	1						X	X				X														
1	44	Fisioterapeuta	2	1	X						X																	X	
2	24	Visitador	2	1		X		X				X		X							X			X					
1	29	Psiquiatra	1	1				X		X	X	X			X			X		X		X	X	X	X				
2	61	Médico	1	2		X																	X						

S:Sexo (1:mujer; 2 hombre); E: Edad; O: Ocupación; SM:trabaja en Salud Mental; Se: Ha sentido vacío; V: Vacío; So: Soledad; T: Tristeza; FI: Falta de Identidad; BA: Baja Autoestima; A: Anhedonia; I: Incompresión; FS: Falta de Sentido; D: Desesperanza; M: Miedo; Ab: Abulia; R: Rabia; In: Incertidumbre; De: Desasosiego; Ins: Insatisfacción; F: Frustración; Ise: Inseguridad; Es: Estómago; C: Cabeza; P: Pecho; Est: Esternón; Ex: Exterior del cuerpo; Co: Corazón; Pi: Piernas; G: Garganta.

Figura 1 Ejemplos de respuestas a los distintos conceptos por parte del grupo control

Se estudiaron las diferencias entre pacientes y controles en cuanto al porcentaje de respuestas relacionadas con los conceptos concretos que el participante identificó con el sentimiento de vacío. Para evitar el sesgo en los resultados se estudiaron también las diferencias solamente entre aquellos pacientes y aquellos controles que habían sentido vacío alguna vez en sus vidas, de manera que las diferencias no fueran atribuibles al hecho de haber experimentado vacío, si no a la propia psicopatología.

Por último se realizó un análisis diferencial para los sujetos controles, entre aquellas personas que trabajaban con personas con algún tipo de trastorno mental y aquellas que no, para ver si el contacto con pacientes podía mostrar alguna diferencias en la atribución de conceptos.

Análisis estadístico

Los análisis de las variables cualitativas se presentaron con porcentajes. Las variables cuantitativas descriptivas se presentaron con medias y desviaciones típicas y se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para analizar las correlaciones entre variables. Se tuvo en cuenta un nivel de significación igual o inferior a 0,05.

5.2 ESTUDIO 2: Estudio sobre el sentimiento de vacío en una muestra no clínica: caracterización del concepto.

E. David Klonsky, autor ya mencionado anteriormente en esta tesis, definió el vacío como un concepto relacionado con el aburrimiento, la desesperanza, la soledad y el aislamiento y defendía que es un fuerte predictor de la depresión y del comportamiento suicida. Sus resultados sugieren que el vacío y el aburrimiento no son constructos que se superpongan, apoyando la decisión del DSM-IV de dejar de unirlos en un mismo criterio. Esto significa que incluso si el sentimiento de vacío es una experiencia difícil de definir, evaluar y atribuir a criterios específicos, podría ser un constructo válido relacionado estrechamente con el riesgo de suicidio y con algunos trastornos mentales como el TLP (Klonsky, 2008; Koenigsberg et al., 2001).

Por esta razón puede ser importante elaborar este estudio con una muestra no clínica con el objetivo de dilucidar el concepto de vacío e intentar averiguar el papel que desempeña en determinados trastornos mentales.

El objetivo de este trabajo es estudiar las definiciones del sentimiento de vacío en una población de adultos jóvenes e investigar su relación con otras vivencias como la ansiedad, la hostilidad o la depresión.

Métodos y materiales:

Se trata de un estudio epidemiológico transversal en una cohorte de población no clínica con metodología de encuesta anónima. Este estudio está orientado a la investigación de la prevalencia del síntoma psicológico denominado “Sentimiento de Vacío”, típico de los trastornos de la personalidad límite, y que parece estar estrechamente relacionado con el riesgo de suicidio.

El estudio se ha realizado en la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Instituto de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos, y la duración del proyecto ha sido de 7 meses. Se solicitó el consentimiento informado para todos los participantes del estudio siguiendo las directivas del Comité Ético del Hospital. El protocolo se creó en base a los parámetros de la Declaración de Helsinki.

Muestra:

Se han incluido en el estudio 126 participantes entre los que se contaban estudiantes de medicina y otras áreas, población activa y jóvenes sin estudios. Los criterios de inclusión fueron: 1) tener edades comprendidas entre los 18 y 35 años; 2) ser capaces de entender el idioma español y 3) firmar previamente un consentimiento informado aceptando su participación en este estudio. Los criterios de exclusión fueron: 1) no padecer ninguna enfermedad médica que incapacitara el desarrollo del

estudio; y 2) tener un CI < 80. La media de edad fue de 24 años (SD± 3,7) y el porcentaje de 35,5% de varones frente al 64,5% de mujeres. El 90% de los participantes tenían estudios universitarios y el 10% no habían estudiado carrera. De los citados estudiantes universitarios, el 83% estaban en 5º y 6º curso de carrera, frente a 17% de otros cursos (Tabla 2). Ya que los autores suponen que el sentimiento de vacío tiene un componente tipo cultural y no hay datos previos al respecto, parece adecuado que el estudio se realice solamente en muestra española.

Tabla 2. Variables sociodemográficas (n=126)

Características	n	%
<i>Género (%)</i>		
Mujeres	80	65
Hombres	44	36
<i>Nivel educativo (%)</i>		
Estudios superiores	113	90
Estudios primarios o sin estudios	13	10
Edad (Media, DT)	21	±3,7

n = número de muestra

DT: Desviación típica

Instrumentos

1) *Elaboración de un cuestionario inicial sobre Sentimiento de Vacío.*

Este cuestionario específico fue construido en base a las respuestas obtenidas en una encuesta creada para pacientes con TLP. Se incluyeron para la encuesta variables sociodemográficas (género, edad, ocupación y si estas personas trabajaban o no con personas con trastornos mentales, para evitar el sesgo que podría

producir el hecho de trabajar con pacientes que describen el vacío). Se incluyeron las preguntas siguientes: “¿Ha sentido vacío alguna vez en su vida?”; “¿Dónde situaría corporalmente el sentimiento de vacío?”, y “Por favor, defina en un párrafo qué significa para usted el sentimiento de vacío”. Estas preguntas se decidieron en base a cuestionarios clínicos existentes sobre TLP (como el DIB-R), definiciones previas analizadas y literatura sobre la experiencia clínica de vacío. Además se añadieron preguntas sobre dónde situaban en el cuerpo el sentimiento de vacío los participantes. Esta pregunta se añadió por la razón de que en la experiencia clínica encontramos que el sentimiento de vacío puede definirse verbalmente y situarse en alguna parte del cuerpo (normalmente en la boca del estómago o en el pecho). Por otra parte, se incluyeron en el cuestionario varios conceptos relacionados con el sentimiento de vacío para que los participantes seleccionaran aquellos que tenían más relación para ellos con dicha experiencia (Anexo 3).

2) Administración de los siguientes cuestionarios:

- El Cuestionario sobre el Sentimiento de Vacío obtenido en la primera parte del estudio se administró a 126 sujetos controles. Los sujetos tenían que marcar los conceptos más relacionados con el vacío (soledad, tristeza, aburrimiento, falta de identidad, baja autoestima, anhedonía, falta de sentido vital, desesperanza, etc.) y

situar el sentimiento de vacío en alguna parte del cuerpo (Anexo3).

- Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1961): es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la depresión. Fue creado en 1961 y posteriormente se publicó en 1996 su revisión, el BDI-II. Incluye 21 preguntas relacionadas con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). En la última revisión se sustituyeron cuatro ítems por otros nuevos: agitación o inquietud, sentimiento de inutilidad, dificultad de concentración y pérdida de energía. Reflejando así casi la totalidad de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos y de la distimia. No es suficiente para hacer un diagnóstico de depresión pero es una herramienta útil para el despistaje, identificando y midiendo la gravedad de los síntomas y síndromes depresivos. Ayuda también a la valoración del potencial suicida.
- State-Trait Anxiety Inventory(STAI) (Spielberger y cols, 1970): evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad. La ansiedad como estado caracterizado por sentimientos subjetivos y conscientemente percibidos, es un estado emocional transitorio en relación a un evento, y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la

intensidad. Y la ansiedad como rasgo, una tendencia relativamente estable a percibir las situaciones como amenazadoras, un factor de la personalidad. En conjunto evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Consta de 20 ítems de la subescala Estado formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. Y de otros 20 ítems de la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente. Las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de ansiedad.

- Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) (Buss y Durkee, 1957): está constituido por siete subescalas que valoran la agresión física, la agresión indirecta, la irritabilidad, el negativismo, el resentimiento, el recelo y la agresión verbal. Permite obtener puntuaciones en dos dimensiones generales de la agresión, la agresión abierta y la encubierta. Consta de 75 ítems y ofrece respuestas dicotómicas (verdadero-falso) por lo que no explica el grado por el que el ítem se cumple para cada sujeto. Tiene puntos de corte para las diferentes subescalas, exceptuando para negativismo y culpabilidad, y para la puntuación total.

Siguiendo las normas habituales de protección de datos la confidencialidad se mantuvo atribuyendo un número a cada cuestionario que se corresponde con la base de datos, de manera que no se pueden conocer los resultados personales de cada participante.

Análisis estadísticos

Los datos sociodemográficos y la relación entre el sentimiento de vacío y otros factores fueron presentados con un análisis descriptivo en porcentajes, así como su relación con las diferentes partes del cuerpo. El test U-Mann Whitney se utilizó para comparar sentir o no vacío en el pasado o en la actualidad, y en qué partes del cuerpo se sentía el vacío con los resultados en los cuestionarios. La prueba Rho de Spearman se utilizó para correlacionar los distintos factores relacionados con el vacío y los resultados obtenidos en los cuestionarios. La significación estadística se estableció en menos de 0,05 ($\alpha < 0.05$). Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0.

5.3 ESTUDIO 3: Construcción del cuestionario sobre sentimiento de vacío en TLP

El objetivo de este estudio era construir un cuestionario de medida del sentimiento de vacío que permita la evaluación de este concepto en el trastorno límite de la personalidad.

Buendía (1998) establece tres fases de desarrollo de un estudio de encuesta:

- 1) *teórico conceptual*: se plantean los objetivos y problemas de la investigación
- 2) *metodológica*: se selecciona la muestra y se definen las variables objetivo de estudio
- 3) *estadístico-conceptual*: se elabora el piloto y la versión definitiva del cuestionario. Además se elabora la codificación del mismo para establecer las conclusiones correspondientes (incluye la elaboración piloto y definitiva del cuestionario y la codificación del mismo que permitirá establecer las conclusiones correspondientes al estudio Figura 2.



Figura 2 Fases del desarrollo de una encuesta. Buendía (1998)

Se describen a continuación los pasos del proceso de diseño del cuestionario desde la recolección de los datos a su conversión en ítems.

PASO 1: Recogida de definiciones acerca del sentimiento de vacío en pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Selección de la muestra e identificación de la fuente de datos: Se seleccionó un total de 42 pacientes con TLP que estaban siguiendo el tratamiento habitual en el Hospital de Día de la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Clínico San Carlos.

Método de recogida de datos: Se retomó el breve cuestionario administrado en el Estudio 1 (Anexo 1) en el que se incluían algunas

preguntas con variables sociodemográficas como sexo, edad y ocupación, además de las siguientes preguntas: “¿Ha sentido alguna vez sentimiento de vacío?”, “¿Dónde situaría corporalmente el sentimiento de vacío?”, “¿Trabaja con personas con algún tipo de trastorno mental?” y “Defina con un párrafo qué significa para usted el sentimiento de vacío”.

Una vez recogidas estas definiciones, se procedió al análisis cualitativo de las mismas.

PASO 2: Análisis cualitativo de las respuestas y acuerdo interevaluador por parte de 2 jueces

Selección de jueces evaluadores: Una psicóloga experta en estadística de análisis cualitativo y una psicóloga experta en el trastorno límite de la personalidad extrajeron temas de manera independiente de cada una de las definiciones.

Análisis cualitativo de las definiciones de los pacientes: el análisis se llevó a cabo a través del método de acuerdo interevaluadores de extracción de temas por parte de dos profesionales expertas en el campo de estudio. Por ejemplo, de la frase “echo de menos a mi abuelo” podrían extraerse varios temas, como “pérdida” o “familia”. Cada tema se convirtió en una o varias preguntas en forma de ítems de cuestionario. Se obtuvieron 104 ítems por parte de una experta y 63 por parte de otra (Anexo 4).

A continuación se acordaron en común los ítems finales a incluir a través de un minucioso proceso de eliminación de ítems repetidos, reescritura de

ítems nuevos y discusión de la adecuación de la redacción de los mismos. Véase a continuación un ejemplo de extracción de temas por parte de las dos evaluadoras, en una definición concreta del sentimiento de vacío:

“Siento vacío por mi abuela y mi perra. Me siento sola, me faltan cosas, me falta conversar” (Temas experta 1: pérdida, duelo, soledad, pérdida).

“Siento vacío por mi abuela y mi perra. Me siento sola, me faltan cosas, me falta conversar” (Temas experta 2: familia, animales, sentirse sola, echar de menos las cosas, falta de conversación).

Se acordaron un total de 72 ítems de tipo sentencia con respuestas cerradas (respuesta “sí/no”).

PASO 3: Acuerdo Interevaluador por parte de un tercer experto

Una vez obtenidos los 72 ítems, un tercer evaluador psiquiatra y experto en trastornos de la personalidad reevaluó los ítems uno a uno realizando algunos cambios de redacción y añadiendo 6 ítems más en base a otros temas extraídos (Anexo 5), quedando en un total de 78.

PASO 4: Construcción de una encuesta para acuerdo interevaluador de expertos

Se construyó una encuesta a través del programa “www.surveyexpression.com” con todos los ítems obtenidos en el paso 3. Cada experto debía responder “Si” o “No”, dependiendo de si el ítem les parecía adecuado o no para medir el sentimiento de vacío en el trastorno de la personalidad. Además se dejaba un cuadro en blanco para que el evaluador reformulara el ítem si así lo deseara.

Al inicio de la encuesta se añadieron las instrucciones para completar el cuestionario:

“A continuación van a aparecer 78 ítems extraídos de las definiciones sobre el sentimiento de vacío que suelen dar personas con trastorno límite de personalidad (TLP). Usted como experto debe ser capaz de valorar si cada ítem es relevante o no para ser incluido en un cuestionario sobre el sentimiento de vacío en el TLP. No se preocupe por la cantidad de ítems a los que responde que sí, el análisis posterior se encargará de revisar los solapamientos. Tampoco se preocupe si aparecen preguntas que puntúan a la inversa (por ejemplo: "soy feliz"), este tipo de preguntas pueden ser igual de relevantes. Tenga en cuenta que el cuestionario lo tendrán que entender y rellenar personas con trastorno límite de la personalidad. Si se le ocurre alguna manera mejor de formular el ítem para que sea más comprensible, no dude en escribirlo en el apartado en blanco que aparecerá al final de cada pregunta.

INSTRUCCIONES:

Indique por favor para cada ítem (o pregunta) si cree que es relevante o no para definir el sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad (Opciones: Yes = creo que este ítem es relevante, No = creo que este ítem no es relevante).

Indique en el cuadro en blanco "Other" si se le ocurre una manera mejor de reformular el ítem”.

Se pretendió realizar un cuestionario sencillo y fácil de aplicar y rellenar para facilitar el acceso a los expertos. El tiempo de realización de la encuesta fue finalmente de 5 a 10 minutos.

PASO 5: Envío de la encuesta a los expertos

Metodología seleccionada: el método utilizado fue el proceso de validación de contenidos mediante juicio de expertos, método utilizado con frecuencia para la elaboración de este tipo de cuestionarios (Barroso y Cabero, 2010). Ruiz (2002: 75), escribe lo siguiente sobre el proceso de validez de contenidos:

“A través de la validez de contenido se trata de determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir”. “A diferencia de otros tipos de validez, la de contenido no puede ser expresada

cuantitativamente, a través de un índice o coeficiente; ella es más bien una cuestión de juicio. Es decir, la validez de contenido, por lo general, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva. El procedimiento más comúnmente empleado para determinar este tipo de validez, es el que se conoce con el nombre de juicios de expertos...” (Ruiz, 2002: 76).

En base a la cualidad de la investigación y el tipo de cuestionario psicológico que se pretendía elaborar en este estudio se decidió seguir estas pautas y realizar el proceso de validez de contenidos a través de expertos.

Selección de expertos o jueces: Se seleccionó un total de 17 profesionales psicólogos y psiquiatras expertos en trastorno límite de la personalidad a nivel nacional. Dado que el significado de “experto” puede ser controvertido, los profesionales invitados debían tener al menos 5 años de experiencia en la clínica o la investigación de los trastornos de la personalidad.

Modalidad de aplicación de la encuesta de validación: debido a que 14 de ellos se encontraban dispersos por toda España y 3 de ellos en Estados Unidos, se eligió el correo electrónico como la mejor vía de contacto y envío de la encuesta. Se solicitó que devolvieran la encuesta respondida a través del programa online que les llegaba a su email por medio de un enlace.

Finalmente 6 expertos respondieron de manera voluntaria a la encuesta, obteniendo un total de 468 respuestas.

PASO 6: Análisis de datos

El análisis descriptivo de los datos se realizó a través de porcentajes de respuesta y número de respondedores a cada ítem. Los resultados se muestran en el apartado de resultados más adelante en esta tesis y en el Anexo 6.

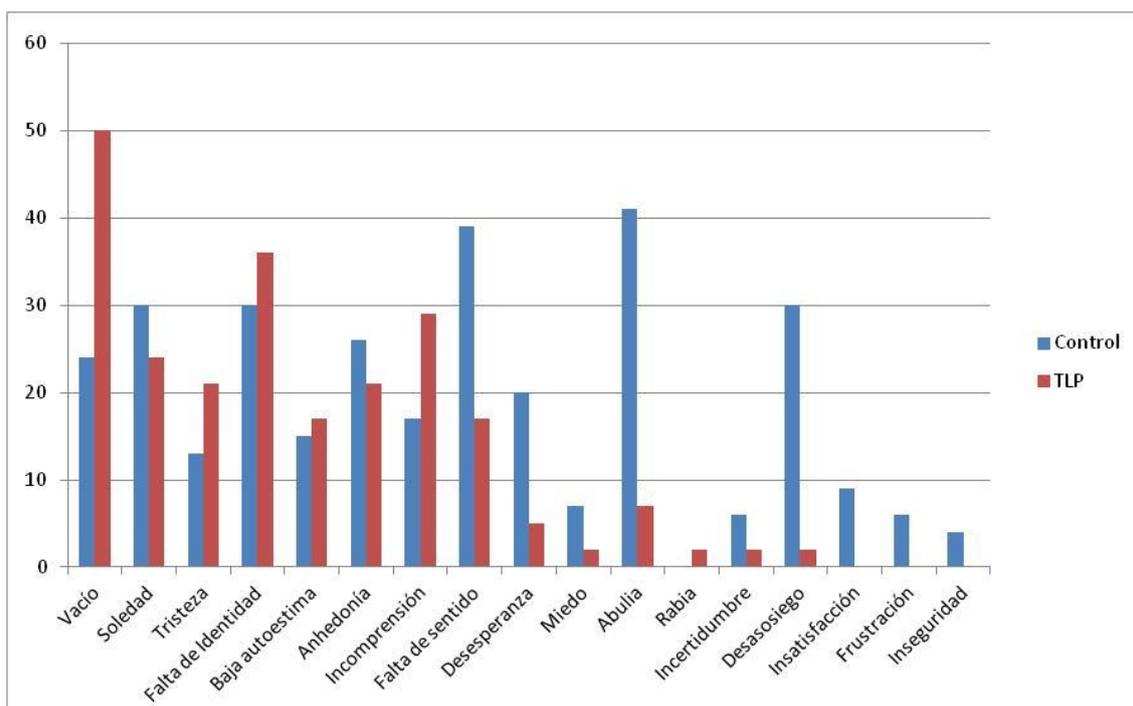
PASO 7: construcción final del cuestionario de vacío en TLP.

Finalmente se incorporaron al cuestionario final un total de 42 respuestas. Se incluyó un apartado de instrucciones al inicio del cuestionario incluyendo el objetivo del cuestionario, agradeciendo la participación y asegurando la confidencialidad de los resultados, tal y como recomienda Fernández (2007) incluyendo sexo, edad, ocupación y estado civil. Además se dejó un espacio para insertar un código y facilitar el cumplimiento de la política de confidencialidad.

6 RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DEL ESTUDIO 1: *Estudio comparativo sobre el sentimiento de vacío en pacientes con TLP y controles.*

El 85% de los participantes en el estudio aseguraron haber sentido vacío al menos una vez en la vida, siendo un 73% de las personas sin TLP y el 100% de los que tenían este trastorno, existiendo una diferencia significativa entre los dos grupos ($p=0,000$). En el gráfico 2 aparece el porcentaje de personas que identifican el sentimiento de vacío con alguno de los conceptos obtenidos en las definiciones, apareciendo claras diferencias entre el grupo de pacientes y el grupo control.



TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

Figura 3 Porcentaje de identificación de cada concepto con el sentimiento de vacío en las definiciones de los participantes.

El 50% de los pacientes con TLP identificó el sentimiento de vacío con el concepto “sentir vacío por dentro”, mientras que sólo un 24% de los controles lo hizo ($p=0,010$). Por otra parte, casi el 40% de los sujetos controles identificaron el sentimiento de vacío con la “falta de sentido en la vida” mientras que sólo el 17% de los pacientes con TLP lo hicieron ($p=0,023$). También aparecieron diferencias significativas para los conceptos de “desesperanza”, siendo de un 20% para los sujetos sin TLP y de un 5% para los pacientes ($p=0,035$). En cuanto a la abulia y el desasosiego, aparecieron grandes diferencias entre ambos grupos, identificando más los controles (abulia=41% y desasosiego=30%) que los pacientes (abulia=7% y desasosiego=2%) dichos conceptos con el de sentimiento de vacío. Por último apareció una tendencia, si bien no estadísticamente significativa, para el concepto de insatisfacción relacionado con el sentimiento de vacío (9% de los controles vs el 0% de los pacientes con TLP; $p=0,066$) (Tabla 3).

Tabla 3. Diferencias significativas en los porcentajes de pacientes vs controles relacionando determinados conceptos con el sentimiento de vacío

	Control (%)	TLP (%)	p * <0,05
Vacío	24	50	0,01*
Soledad	30	24	
Tristeza	13	21	
Falta de Identidad	30	36	
Baja autoestima	15	17	
Anhedonía	26	21	
Incomprensión	17	29	
Falta de sentido	39	17	0,023*
Desesperanza	20	5	0,035*
Miedo	7	2	
Abulia	41	7	0,000*
Rabia	0	2	
Incertidumbre	6	2	
Desasosiego	30	2	0,000*
Insatisfacción	9	0	0,066
Frustración	6	0	
Inseguridad	4	0	

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

*. La correlación es significativa al nivel $p < 0,05$ (bilateral).

Para evitar sesgos de respuesta en aquellos controles que afirmaban no haber sentido nunca vacío, se realizó un análisis para ver las diferencias entre pacientes y controles que sí habían sentido vacío a lo largo de su vida. Estos resultados prácticamente no variaron, tal y como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Diferencias significativas en los porcentajes de pacientes vs controles que han sentido vacío relacionando determinados conceptos con el sentimiento de vacío

	Control (%)	TLP (%)	p * <0,05
Vacío	29	50	0,0069
Soledad	26	24	
Tristeza	13	21	
Falta de Identidad	29	36	
Baja autoestima	16	17	
Anhedonía	32	21	
Incomprensión	18	29	
Falta de sentido	40	17	0,027*
Desesperanza	24	5	0,021*
Miedo	8	2	
Abulia	40	7	0,001*
Rabia	0	2	
Incertidumbre	5	2	
Desasosiego	32	2	0,000*
Insatisfacción	8	0	
Frustración	8	0	
Inseguridad	5	0	

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

*. La correlación es significativa al nivel $p < 0,05$ (bilateral).

Por último, en relación a las diferencias entre sujetos sanos que trabajaban con personas con algún tipo de trastorno mental y aquellos que no, no se encontró ninguna diferencia significativa excepto para la insatisfacción ($p=0,015$), tal y como se ve en la tabla 5.

Tabla 5. Diferencias significativas entre los controles que trabajan con pacientes con trastorno mental y los que no en relación a la atribución de conceptos relacionados con el sentimiento de vacío.

	Trabajan con PTM	No trabajan con PTM	p* < 0,05
Soledad	21	42	
Tristeza	10	17	
Falta de Identidad	35	25	
Baja autoestima	17	16	
Anhedonía	28	25	
Incomprensión	24	8	
Falta de sentido	38	42	
Desesperanza	14	29	
Miedo	7	8	
Abulia	38	46	
Rabia	0	0	
Incertidumbre	0	13	
Desasosiego	21	42	
Insatisfacción	0	21	0,015*
Frustración	3	8	
Inseguridad	0	8	
Vacío por dentro	31	17	

PTM: Personas con Trastorno Mental

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

6.2 RESULTADOS DEL ESTUDIO 2: *Estudio sobre el sentimiento de vacío en una muestra no clínica: caracterización del concepto.*

El 82% de los encuestados en este segundo estudio refirieron haber padecido “alguna vez” sentimiento de vacío frente a un 12% que refirió no haberlo padecido “nunca” y un 14% que indicaba padecerlo “con frecuencia”. El 92% aseguraba no padecerlo en el momento actual frente a un 8% de sujetos que sí estaba sintiendo vacío en el momento de realizar el estudio.

Respecto a la asociación de los diferentes constructos con el sentimiento de vacío, el 21% de los encuestados lo identificaba “mucho” con la soledad; el 41% lo identificaban “bastante” con la desmotivación, el 39% con la tristeza, el 38% con la soledad, el 34% con la desgana, el 33% con la apatía, el 32% con la inseguridad y la desesperanza, y el 31% con la angustia.

En cuanto a la falta de asociación, el 57% no lo identificaba “nada” con la rabia, el 54% con pérdida de la identidad propia (quién soy), el 53% con el vacío mental, el 51% con “cómo soy”, el 48% con ausencia de sentimientos (sentir que no siento), el 44% con miedo, y el 40% con no verle sentido a la vida.

En relación a la localización física del sentimiento de vacío, el 58% de los encuestados lo localizaban en el pecho, mientras que el 43% lo hacía en

la cabeza, el 29% en el corazón, el 25% en el estómago, y el 18% en la garganta.

Las puntuaciones medias en las encuestas de depresión (BDI), ansiedad (STAI-E, STAI-R) y hostilidad (BDHI) se describen en la Tabla 6.

Tabla 6. Puntuaciones en los cuestionarios BDI, STAI-E, STAI-R y BDHI.

	Media	Desviación típica
BDI	6,02	±6,21
STAI-E (centiles)	34,98	±28,08
STAI-R (centiles)	33,55	±29,54
BDHI	29,54	±10,02

BDI: Beck Depression Inventory; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory-Estado; STAI-R: State-Trait Anxiety Inventory-Rasgo; BDHI: Buss-Durkee Hostility Inventory.

Las correlaciones entre haber sentido vacío alguna vez o sentirlo en la actualidad con los resultados de los cuestionarios se presentan en las Tablas 7 y 8. Todos los cuestionarios presentaron correlaciones significativas entre sí ($p \leq 0,000$) (STAI-E con STAI-R ($r=0,714$; $p=0,000$), STAI-E con BDI ($r=0,603$; $p=0,000$); STAI-E con BDHI ($r=0,375$; $p=0,000$); STAI-R con BDI ($r=0,716$; $p=0,000$); STAI-R con BDHI ($r=0,558$; $p=0,000$); y BDI con BDHI ($r=0,577$; $p=0,000$).

Tabla 7. Correlaciones entre Sentimiento de Vacío en el Pasado y Puntuaciones en Cuestionarios.

Sentimiento de vacío en el pasado	NO	SÍ	p*
	Media y Desviación típica	Media y Desviación típica	
BDI	2,8 (±4,2)	6,4 (±6,3)	0,013
STAI-E	19,07 (±17,3)	37 (±28,6)	0,026
STAI-R	12,4 (±23)	36,5 (± 30,5)	0,01*
BDHI	24,2 (±8,5)	30,25 (± 10)	0,026

BDI: Beck Depression Inventory; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory-Estado; STAI-R: State-Trait Anxiety Inventory-Rasgo; BDHI: Buss-Durkee Hostility Inventory; SD: Desviación Típica.

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 8. Correlaciones entre Sentimiento de Vacío en el momento del estudio y puntuaciones en Cuestionarios.

Sentimiento de vacío actualmente	NO	SÍ	p*
	Media y Desviación típica	Media y Desviación típica	
BDI	5,2 (±5,2)	15,2 (±9)	p<0,000*
STAI-E	31,5 (±25,7)	75 (±23,2)	p<0,000*
STAI-R	30 (±28,7)	73 (± 22,4)	p<0,000*
BDHI	28,8 (±9,7)	37,4 (±10,2)	0,014*

BDI: Beck Depression Inventory; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory-Estado; STAI-R: State-Trait Anxiety Inventory-Rasgo; BDHI: Buss-Durkee Hostility Inventory. SD: Desviación Típica.

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Los factores que mayor correlación significativa presentaron respecto a los resultados en los cuestionarios BDI, STAI-E y STAI-R fueron “No saber quién soy” y con los citados y con BDHI “No saber cómo soy”. También fue muy significativa la relación entre el “miedo” asociado al

vacío y las puntuaciones en STAI-R y STAI-E, y la “inseguridad” asociada al vacío con las puntuaciones obtenidas en el STAI-R (Tabla 9)

Tabla 9. Correlaciones entre Sentimiento de Vacío Actualmente y Puntuaciones en Cuestionarios.

	STAI-E	STAI-R	BDI	BDHI
Tristeza	r=0,018; p=0,846	r=0,012; p=0,897	r=-0,001; p=0,987	r=0,112; p=0,215
Apatía	r=0,034; p=0,711	r=0,029; r=0,748	r=-0,33; p=0,715	r=0,068; p=0,454
Sentir que no siento	r=-0,012; p=0,894	r=-0,032; p=0,727	r=-0,023; p=0,798	r=-0,082; p=0,365
Angustia	r=0,078; p=0,392	r=0,142; p=0,117	r=0,076; p=0,4	r=0,146; p=0,104
Desinterés	r=-0,052; p=0,568	r=0,02; p=0,827	r=0,005; p=0,958	r=0,004; p=0,963
Vacío por dentro	r=-0,044; p=0,629	r=-0,036; p=0,69	r=-0,046; p=0,612	r=-0,016; p=0,856
Vacío mental	r=0,055; p=0,543	r=0,061; p=0,498	r=0,062; p=0,487	r=0,023; p=0,799
Soledad	r=-0,023; p=0,802	r=0,136; p=0,131	r=0,026; p=0,769	r=0,079; p=0,381
Desesperanza	r=-0,025; p=0,782	r=0,007; p=0,935	r=0,036; p=0,689	r=0,051; p=0,575
Desgana	r=0,017; p=0,853	r=0,019; p=0,835	r=-0,022; p=0,806	r=0,120; p=0,183
Desmotivación	r=-0,028; p=0,763	r=0,017; p=0,852	r=-0,029; p=0,752	r=0,059; p=0,512
No sé quién soy	r=0,192*; p=0,032	r=0,256**; p=0,004	r=0,233**; p=0,009	r=0,140; p=0,118
No sé cómo soy	r=0,238**; p=0,008	r=0,351**; p=0,000	r=0,235**; p=0,008	r=0,177*; p=0,048
Qué hago	r=-0,003; p=0,973	r=0,134; p=0,138	r=0,087; p=0,332	r=0,065; p=0,469
La vida no tiene sentido	r=-0,084; p=0,354	r=0,051; p=0,574	r=-0,001; p=0,989	r=-0,039; p=0,665
Desasosiego	r=0,085; p=0,35	r=0,165; p=0,066	r=0,068; p=0,449	r=0,149; p=0,098
Incertidumbre	r=0,19*; p=0,034	r=0,172; p=0,057	r=0,102; p=0,257	r=0,089; p=0,326
Miedo	r=0,371**; p=0,000	r=0,263**; p=0,003	r=0,183*; p=0,04	r=0,085; p=0,344
Frustración	r=0,225*; p=0,012	r=0,207*; p=0,021	r=0,144; p=0,109	r=0,24**; p=0,007
Inseguridad	r=0,186*; p=0,039	r=0,300**; p=0,001	r=0,17; p=0,057	r=0,164; p=0,068
Rabia	r=0,195*; p=0,03	r=0,176; p=0,051	r=0,07; p=0,434	r=0,339**; p=0,000
Insatisfacción	r=0,171; p=0,058	r=0,108; p=0,234	r=0,096; p=0,285	r=0,17; p=0,058
Baja autoestima	r=0,082; p=0,367	r=0,197*; p=0,028	r=0,121; p=0,175	r=0,147; p=0,101

BDI: Beck Depression Inventory; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory-Estado; STAI-R: State-Trait Anxiety Inventory-Rasgo; BDHI: Buss-Durkee Hostility Inventory; r=Rho de Spearman; p=índice de correlación

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

No parece haber correlación en general entre las puntuaciones de los cuestionarios y la situación en el cuerpo en la que los participantes sitúan al vacío, aunque existía cierta relación entre sentir vacío en el abdomen y las puntuaciones obtenidas en el STAI-E y sentir vacío en la garganta y las puntuaciones obtenidas en el BDHI de hostilidad.

6.3 RESULTADOS DEL ESTUDIO 3: *Construcción del cuestionario sobre sentimiento de vacío en TLP.*

Recogida de datos de expertos y análisis de respuestas.

El análisis descriptivo de los datos se realizó a través de porcentajes de respuesta y número de respondedores a cada ítem. Los datos se muestran en el Anexo 6.

Se decidió que un ítem de los propuestos sería incluido en el cuestionario cuando el porcentaje de acuerdo interevaluadores en las respuestas fuera al menos del 75%. Es decir, al menos 4,5 expertos debían responder “Sí” a un ítem para que éste no fuera descartado. Al ser el presente estudio un estudio piloto, y al no interesar ser excesivamente conservadores en las respuestas, se decidió que al menos 4 expertos (por tanto, el 67% de ellos) debían haber contestado “Sí” en cada ítem para que éste fuera seleccionado.

Se obtuvieron 42 ítems que cumplían estos requisitos interevaluador, los cuales fueron incluidos en la versión final del cuestionario. Se obtuvieron 11 ítems de los enviados a los expertos con un acuerdo interevaluador del 100%, produciéndose para ellos un acuerdo total interevaluadores:

- Ítem 3: “Siento un hueco en lo más profundo del estómago”
- Ítem 19: “Siento que he perdido mi propia identidad”

- Ítem 24: “No tengo ninguna meta en la vida”
- Ítem 25: “Nada me llena”
- Ítem 41: “Siento que no sé quién soy”
- Ítem 47: “Siento que mi vida no tiene sentido”
- Ítem 48: “No sé qué hago en el mundo”
- Ítem 56: “Siento que no tengo nada por dentro”
- Ítem 57: “Me siento hueco”
- Ítem 66: “Me siento muerto/a por dentro”
- Ítem 74: “Siento que no se hacia dónde voy”

7 DISCUSIÓN

El objetivo de esta tesis ha sido el de caracterizar el sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad a través de tres estudios: en el primero se pretendió encontrar diferencias entre la percepción del sentimiento de vacío en personas con TLP y personas sin TLP, con el objetivo de encontrar una caracterización específica del sentimiento de vacío en el grupo de pacientes; en el segundo estudio, interesaba observar la prevalencia del sentimiento de vacío en una muestra de sujetos de la población normal y su relación con otros criterios como la depresión, la ansiedad y la hostilidad; y el tercer estudio tuvo como finalidad el desarrollo de un cuestionario que permitiera evaluar el sentimiento de vacío en las personas con trastorno límite de la personalidad.

La importancia de estudiar el sentimiento de vacío ha sido defendida tanto a lo largo de esta tesis como en distintos estudios, resaltando su relación con el riesgo de suicidio (Klonsky, 2008; Koenigsberg et al., 2001). Otros estudios demuestran además una relación entre el sentimiento de vacío y el bajo funcionamiento psicosocial, reafirmando dicha importancia.

Por ejemplo, Ellison y cols. (Ellison, Rosenstein, Chelminski, Dalrymple, & Zimmerman, 2015) asocian el sentimiento de vacío en el TLP a los problemas de funcionamiento psicosocial. El sentimiento de vacío fue, en su estudio, el criterio más consistentemente asociado con dicha morbilidad psicosocial entre todos los síntomas considerados (impulsividad, inestabilidad afectiva e ira inapropiada). Defienden que el sentimiento de

vacío es un buen marcador del pobre funcionamiento psicológico en el TLP, aunque sugieren que tiene que realizarse aún más investigación al respecto.

Estos autores se preguntan acerca de la dirección de la relación entre el sentimiento de vacío y el bajo funcionamiento psicosocial, ya que la mayoría de las variables se relacionaban con eventos ya ocurridos. Esto podría indicar que el sentimiento crónico de vacío podría ser el resultado, y no la causa, de estas disfunciones psicosociales.

En este sentido, Powers y cols. (Powers, Gleason, & Oltmanns, 2013) sugieren una relación negativa entre el sentimiento de vacío y los sucesos estresantes de la vida del sujeto (como pérdida de una relación, despido o crisis financiera). Es decir, el sentimiento de vacío se relacionaba con una disminución del número de eventos interpersonales estresantes a lo largo de la vida (SLE: Stressful Life Events). Para explicar este resultado, los autores sugieren que al estar relacionado el sentimiento de vacío con un afecto positivo bajo y aislamiento social (Klonsky, 2008), el paciente tendría menos oportunidades para padecer estrés interpersonal. Este resultado era independiente del estado de ánimo depresivo por lo que los autores vuelven a apoyar los datos defendidos en esta tesis sobre el sentimiento de vacío como algo más que un bajo estado de ánimo.

Otros autores resaltaron la importancia del sentimiento de vacío en el TLP. Por ejemplo, (Koenigsberg et al., 2001) sugerían que el criterio de disfunción de la identidad, el sentimiento de vacío y el aburrimiento se correlacionaban con la inestabilidad afectiva y con las amenazas y actos suicidas. Por otra parte, Lloyd y cols. (Lloyd, Raymond, Miner, & Coleman, 2007) realizaron un estudio en el que relacionaban el comportamiento sexual de riesgo a la impulsividad, a la inestabilidad afectiva y a los sentimientos crónicos de vacío.

Todos estos estudios apoyan nuestro interés y la necesidad de estudiar el sentimiento de vacío en el trastorno límite de la personalidad en profundidad.

Nuestra muestra inicial, en el estudio uno, es consistente en sexo con la mayoría de los estudios con pacientes con TLP que aparecen en la literatura. Sin embargo, el rango de edad de nuestra población de pacientes era más elevado de lo que suele ser usual. Esta edad más adulta de nuestro grupo de pacientes probablemente esté relacionada con el hecho de que es un grupo que se encuentra en una unidad de trastornos de la personalidad dentro de un contexto hospitalario. Los pacientes que llegan a esta unidad suelen ser más graves y más resistentes que los pacientes que acuden a los servicios ambulatorios, por lo que es un grupo de características clínicas especialmente severas. Al ser más graves, por lo tanto, la resistencia al tratamiento es mayor, y siguen acudiendo a los servicios del hospital después de haber superado

la primera juventud. En relación al sexo, Goodman y cols. (Goodman, Patel, Oakes, Matho, & Triebwasser, 2013) realizaron un interesante estudio sobre las diferencias entre el desarrollo de las características clínicas del TLP en hombres y mujeres. En este estudio se defendía que los hombres mostraban más ansiedad de separación en la infancia y más preocupación por la imagen corporal en su niñez, y de adolescentes manifestaban más la impulsividad, el pensamiento extraño y los sentimientos de vacío. Este desarrollo, según estos autores, difiere del desarrollo de estas características clínicas en las mujeres. Un estudio sobre las diferencias entre el sentimiento de vacío en hombres y en mujeres a lo largo del tiempo podría ser así mismo de gran interés.

En nuestro primer estudio, el 100% de los pacientes con TLP aseguraron haber sentido vacío al menos una vez en su vida. Este resultado valida la inclusión del sentimiento de vacío como criterio diagnóstico imprescindible en el trastorno límite de la personalidad. Otros estudios como el de Zanarini (M C Zanarini et al., 2007) proponen una prevalencia del sentimiento de vacío de más del 70% en una amplia población de pacientes con TLP. Estos resultados van en consonancia, aparte de con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM y en el CIE, con otros autores (Becker, McGlashan, & Grilo, 2006; Chabrol, Montovany, Callahan, Chouicha, & Duconge, 2002; Meares, Gerull, Stevenson, & Korner, 2011) quienes, tras analizar los factores que conforman el trastorno límite de la personalidad, sitúan el sentimiento de vacío como una característica fundamental y primaria del trastorno. Becker y cols.

(Becker et al., 2006) describen cuatro factores que caracterizan el TLP, apareciendo el sentimiento de vacío en el Factor 1, que incluye amenazas o gestos suicidas (que refleja un intento desadaptativo de aliviar la tensión) y el vacío o aburrimiento (que refleja el proceso psicológico), ambos aspectos relacionados con un estado interno muy pobremente regulado. Este factor reflejaría la auto-negación o los aspectos depresivos del paciente con TLP. El resto de los factores descritos son: el factor 2, que incluye aspectos de desregulación afectiva o irritabilidad y consiste en una inestabilidad afectiva e ira incontrolable, junto con una perturbación de la identidad; el Factor 3 incluye la desregulación interpersonal y consiste en unas relaciones inestables y miedo al abandono; y por último, el factor 4 incluye la impulsividad y también la perturbación de la identidad (Becker et al., 2006).

Chabrol y cols (Chabrol, Montovany, Callahan, Chouicha, & Duconge, 2002), proponen un factor del TLP que se divide en diez subsecciones: cuatro de ellas de tipo emocional (depresión; indefensión/desesperanza/inutilidad/culpa; ansiedad; y soledad/aburrimiento/vacío), dos de tipo cognitivo (pensamiento extraño/experiencias perceptivas inusuales; y experiencias cuasi-psicóticas), una de comportamiento impulsivo (comportamiento suicida) y tres sobre relaciones interpersonales (preocupación por el abandono/ser engullido por el otro/ser aniquilado; intolerancia a la soledad; y dependencia/masoquismo). De nuevo el sentimiento de vacío se encuentra el en primer factor para estos autores.

Meares y cols. (Meares, Gerull, Stevenson, & Korner, 2011) describen las características del TLP y defienden que el sentimiento de vacío, los trastornos del yo o de la identidad y el miedo al abandono están en el núcleo central del trastorno. Además proponían que la emoción principal no era la depresión típica, sino un sentido de “incoherencia personal dolorosa”. Esta incoherencia dolorosa es la que describe los problemas identitarios del TLP. Implica dolor psíquico y una fragmentación de la existencia personal que podría entenderse como experiencia disociativa. La incoherencia dolorosa de la que hablan Meares y cols. (Meares, Gerull, Stevenson, & Korner, 2011) podría ser una manera de llamar al sentimiento de vacío que siente el 100% de nuestra muestra de pacientes.

Clarkin y cols. (1993) aseguran que el sentimiento de vacío está en el primer factor relacionado con el “yo” (“self”), y en él y en los problemas de identidad se basan la falta de regulación afectiva y la impulsividad características del TLP. Proponían tres factores del DSM-III-R: 1) el factor del “yo” (“self”), formado principalmente por el sentimiento de vacío o el aburrimiento, por los problemas de identidad, el miedo al abandono y las relaciones inestables; 2) el factor emocional, formado por el riesgo de suicidio, la ira y la inestabilidad emocional, reflejando la desregulación emocional y 3) el factor de impulsividad.

Como continuación de esta teoría, Westen y cols. (Westen et al., 1992) definían el factor de incoherencia dolorosa como un factor formado por el sentimiento de vacío (miedo de que la existencia personal termine si se pierde una relación cercana), y por características relacionadas con la experiencia del “yo” (“self”): irrealidad, falta de continuidad y un sentido indeterminado de “quién soy”, tal y como veremos más adelante en los resultados de nuestro estudio.

Pazzagli y Rossi Monti (Pazzagli & Monti, 2000) consideraban el sentimiento crónico de vacío y la soledad, junto con la disforia y el enfado, los tres componentes diagnósticos principales del TLP.

Todos estos estudios apoyan nuestro interés y nuestros resultados resaltando la importancia del estudio del sentimiento de vacío como una de las características principales del trastorno límite de la personalidad.

Pero no sólo los pacientes habían sentido vacío, sino que el 73% de los controles aseguraban haberlo sentido alguna vez en la vida. Estos datos muestran que el vacío es una experiencia común en las personas sin trastorno mental, y aunque sus componentes sean cualitativamente distintos a los del TLP, el sentimiento de vacío produce sufrimiento en la raza humana desde el principio de su historia, como ya comentamos en la introducción de esta tesis con autores como Sartre o Rollo May.

Además, en el primer estudio se encontraron diferencias significativas entre los pacientes y los controles en la atribución de los diferentes conceptos a la definición del sentimiento de vacío. El 50% de los pacientes identificaba el vacío con la frase “sentir vacío por dentro”, sin embargo sólo un 24% de los sujetos controles lo hacía. El vacío como un “hueco”, como una “nada” interior, es descrito en los escritos sobre casos clínicos de varios autores (Grotstein, 1984; (Peter Fonagy, 2015; Pazzagli & Monti, 2000) y dota al sentimiento de vacío en el TLP de una connotación de sufrimiento interior, situado corporalmente en el estómago y en las entrañas, que se muestra diferente al sentimiento de vacío descrito por una persona sana. El sentimiento de vacío en el TLP parece reflejar una experiencia más grave, relacionada con el “yo” (“self”), con la identidad propia más que con el objeto, y que se interioriza de manera más profunda y más dolorosa al tener que ver con la propia estructura de la personalidad. Es por eso que la depresión típica, como veremos a continuación, es diferente de este afecto límite ya que no posee un factor identitario tan prominente. Los resultados del primer estudio muestran que los controles parecen más enfocados hacia el mundo exterior, a las actividades, a los demás y al propio futuro, respondiendo con más frecuencia a ítems como “falta de sentido en la vida” (39% de los controles vs 17% de los pacientes), “desesperanza” (5% de los pacientes vs 20% de los controles) o “abulia” (41% de los controles vs 7% de los pacientes) y lo relacionan con un componente más ansioso (“desasosiego”, 30% de los controles vs 2% de los pacientes) que melancólico.

Estos resultados concuerdan con estudios que muestran diferencias cualitativas entre la disforia interior sentida por el paciente límite y la disforia común de la depresión más melancólica.

En un estudio realizado en más de 900 pacientes, Johansen y cols. (Johansen et al., 2004b) encontraron que el sentimiento de vacío era el síntoma con menos discriminación diagnóstica de los 9 propuestos por el DSM-IV. Ya que los pacientes con más depresión eran los que más síntomas de vacío mostraban, parece fácil pensar que la depresión estaba actuando como factor confusional en los resultados. Sin embargo, tras controlar el factor depresión en la muestra, seguía apareciendo el sentimiento de vacío como el síntoma menos discriminante. Tal y como sugieren los autores, ya anteriormente mencionados, parece que lo que hace del sentimiento de vacío un síntoma poco discriminante para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad es la falta de una definición adecuada. Esta hipótesis la apoyan también Rebok y cols. (Federico Rebok et al., 2015), justificando el bajo porcentaje de pacientes de su muestra incluidos en el “tipo vacío”, de los tipos de trastornos de personalidad de Oldham. Estos autores defienden que el sentimiento de vacío es difícil de definir y evaluar porque muchos pacientes pueden no estar entendiendo completamente el término “sentimiento de vacío”. Ya que no se sabe exactamente qué papel desempeña el sentimiento de vacío en la caracterización y definición del TLP, un estudio más exhaustivo de esta experiencia nos llevaría a una mayor comprensión de

este síntoma. Una vez bien definido, creemos que podría establecerse el sentimiento de vacío como un criterio diagnóstico fundamental del TLP.

Al principio de esta tesis se hipotetizaba que el sentimiento de vacío en el TLP sería diferente al de las personas sin este trastorno y al vacío que sienten otras personas con otros trastornos mentales como el paciente psicótico y el paciente neurótico. Ya en la introducción, aludiendo a Janer (1925) hacíamos referencia al sentimiento de vacío en el paciente psicótico. Lucy Lafarge (LaFarge, 1989) diferenciaba el sentimiento de vacío del paciente neurótico y el sentimiento de vacío del paciente límite de la siguiente manera:

“Es útil diferenciar la función defensiva en la estructura del carácter límite con la función defensiva de la estructura neurótica. El paciente neurótico ha conseguido usar la represión como modo central de defensa y un preconscious bien estructurado. Ya que las relaciones objetales inconscientes se activan y presionan hacia el consciente, la capacidad preconscious para unir estas representaciones al lenguaje (Freud, 1915) y los modos abstractos de pensamiento permiten un rango de transformaciones defensivas. Dentro de este marco, el sentimiento de vacío actúa como un no-estado, la experiencia de vacío sustituye un estado uniforme por varios elementos rechazados. La fantasía de un “yo” vacío cristaliza una actitud del ego en el rechazo hacia el material que se ha repelido. Para el paciente límite, la construcción de una autorepresentación vacía tiene una función defensiva mucho más crítica.

El paciente límite, quien seguramente no ha alcanzado la capacidad para las transformaciones preconscientes del mundo representacional, y para quien el uso de la represión es el principal modo de defensa, se queda sin embargo en un modo primitivo de defensa en el cual las alteraciones concretas del “yo” consciente y de las representaciones del objeto se utilizan para regular el afecto y para repeler las relaciones objetales dolorosas.”

Los resultados de esta tesis apoyan esta diferencia entre vacío y el componente depresivo de tipo neurótico, separando el concepto de sentimiento de vacío con otros conceptos relacionados con la depresión, como por ejemplo la tristeza. Esto concuerda con la visión de Pinto y cols. (Pinto, Grapentine, Francis, & Picariello, 1996) del sentimiento de vacío como síntoma del TLP más que de la depresión.

Hay estudios que han mostrado importantes diferencias cualitativas en las experiencias depresivas de pacientes con TLP (Gunderson, 1977; Hartocollis, 1977; Kernberg, 1976). Parece que estas experiencias se caracterizan por sentimientos crónicos de vacío, soledad y aburrimiento más que por la culpa (Leichsenring, 2004). Westen y cols. (Westen et al., 1992) describían una “depresión límite” fenomenológicamente caracterizada por vacío, soledad, desesperanza y emociones negativas inestables. Pazzagli y Rossi Monti (Pazzagli & Monti, 2000) defienden la diferencia cualitativa de la depresión en el paciente con TLP de la siguiente forma:

“La emoción depresiva del paciente límite es una condición emocional atípica. Para describir esto, distintos autores han utilizado distintas palabras, como aburrimiento, anhedonía (Hoch y Polatin, 1949), sentimientos de futilidad y de vacío interior, depresión sin emoción (Grinker y cols., 1968), impregnada por la irritabilidad, disforia, queja y en ocasiones, por arrebatos de ira. Sin embargo, el sentimiento de culpa que constituye el marcador psicopatológico tradicional de la depresión melancólica está ausente. La diferencia, por tanto, no está tanto en el terreno de la cantidad de depresión, sino más bien en el de la cualidad”

Esta diferenciación cualitativa entre la depresión típica y la depresión de trastorno límite de la personalidad está descrita también por Gunderson y Phillips (J G Gunderson & Phillips, 1991); Rogers y cols.:(Rogers, Widiger, & Krupp, 1995) y Westen y cols. (Westen et al., 1992) entre otros. Estos últimos defendían que la depresión del paciente límite es diferente a la depresión típica porque se caracteriza por sentimientos de soledad, desesperación en relación a las figuras de apego y por una emocionalidad negativa y difusa (Westen et al., 1992).

Un resultado sorprendente es la poca correlación que hemos encontrado en la muestra del primer estudio entre el sentimiento de vacío y la soledad: tanto pacientes como controles sólo asocian estos dos conceptos en un 24% y 30% respectivamente. Estos resultados contrastan con teorías como las de Pazzagli y Rossi-Monti (Pazzagli & Monti, 2000) o Rollo May (1959), descritas en la introducción, que

relacionan el vacío y la soledad como íntimamente inseparables, y contrastan también con los resultados de nuestro segundo estudio, tal y como veremos a continuación.

Las hipótesis principales del segundo estudio eran las siguientes: 1) el sentimiento de vacío tiene una alta prevalencia en la población normal, y 2) que los conceptos relacionados con el vacío que los participantes marcaran en el Cuestionario sobre Sentimiento de Vacío estarían relacionados con mayores puntuaciones en las escalas de depresión, ansiedad y hostilidad.

El sentimiento de vacío parece ser una entidad reconocible por la población normal y que padece en una proporción considerable al menos alguna vez en su vida. El hecho de que un 82% de encuestados responda que ha sentido vacío en su vida va en consonancia con las teorías filosóficas más existencialistas en las que el ser humano puede encontrarse sólo, sin identidad y con miedo a su propia desintegración. Además, los participantes de nuestro estudio suelen identificar el sentimiento de vacío con otras entidades como la soledad, la desmotivación, la tristeza, la desgana, la apatía, la inseguridad, la desesperanza o la angustia, lo cual coincide con la queja general de los pacientes que llegan a las consultas de salud mental en la práctica clínica y con otros estudios previos sobre el tema.

El 14% de los encuestados aseguraba sentir el vacío “con frecuencia” lo que nos proporciona un ratio de sentimiento crónico en la población normal, probablemente relacionado con algún tipo de trastorno mental. Este factor temporal es cualitativamente importante porque puede indicar una mayor profundidad y endogeneidad del sentimiento de vacío en estas personas que en aquellas en las que solo se presenta ocasionalmente, y parecerse en mayor medida al sentimiento crónico de vacío en el TLP. Los resultados de nuestro estudio indicando que un 8% de la muestra sufre un sentimiento de vacío en la actualidad coinciden con la prevalencia actual del Trastorno Límite de la Personalidad en la población general(Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007). Este 8% encaja también con un importante estudio llevado a cabo por Zanarini y cols. (M C Zanarini et al., 2007)en el que la prevalencia del sentimiento de vacío en la población general era del 8,6% para niños y del 9,4% para adultos. Está presente en aproximadamente el 71-73% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, comparado con el 26-34% de pacientes psiquiátricos con otros diagnósticos distintos de TLP(Klonsky, 2008). En un estudio del Dr. Vicente Rubio Larrosa, (Jefe de Psiquiatría del Hospital Real y Provincial de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza) realizado en pacientes con TLP, se observó que el 83% se consideraban vacíos y el 95% inestables.

La “soledad” es el constructo que las personas de nuestra muestra han asociado más al sentimiento de vacío. Esto coincide con los estudios sobre la soledad y el vacío de Pazzagli & Monti, (2000) o Richman y

Sokolove (Richman & Sokolove, 1992). Según el estudio de estos últimos, los pacientes con TLP se sentían más solos, tenían un desarrollo menor del objeto relacional, tenían una capacidad de memoria evocativa más pobre y tenían menos recuerdos positivos tempranos y más recuerdos negativos tempranos (Richman y Sokolove).

La “rabia”, sin embargo, era el concepto menos identificado (más del 50% de los participantes no lo relacionaba con el sentimiento de vacío), lo que va en consonancia con teorías como la de Clarkin y cols. (1993) en la que vacío e ira estarían incluidas en factores distintos y en las que el enfado o la rabia formarían parte de un componente cualitativamente diferente al sentimiento de vacío. De hecho, de las definiciones obtenidas en este estudio podemos obtener experiencias de sentimiento de vacío tanto unidas como no unidas al enfado y la ira.

El 58% de los encuestados localizaban el sentimiento de vacío en el pecho, teniendo que ver quizás con un componente más neurótico que límite. Es fácil hipotetizar, en base a la literatura y las respuestas de los pacientes en la clínica, que los pacientes con TLP presentarían un mayor porcentaje de relación del sentimiento de vacío con el estómago si este estudio se replicara en una población de pacientes con estructura límite. Este factor estaba presente en el estudio 1 y tuvo que ser eliminado con motivo de datos perdidos respecto a la localización física del sentimiento de vacío en los pacientes con TLP.

Sentir vacío en el abdomen y su relación con la ansiedad concuerda con la sintomatología ansiosa en la que el paciente se queja de opresión en el pecho y en la boca del estómago (ya Max Scheler describía a finales del siglo XIX la tristeza localizada en el cuerpo, en la frente, en el tórax o en el estómago como una opresión). Por otra parte, sentir el vacío en la garganta y su relación con mayores puntuaciones en hostilidad nos recuerda a la sintomatología somática del paciente con ira contenida que aprieta los dientes y la mandíbula, las cuales están físicamente cerca de la garganta. (Rugh, 1981; Albrecht y cols, 2002).

Las correlaciones estadísticamente significativas del sentimiento de vacío con los cuestionarios de depresión, ansiedad y hostilidad dan coherencia al constructo de sentimiento de vacío dentro de la sintomatología del TLP. La falta de identidad (“no saber quién soy”) y la falta de capacidad de analizar y estructurar el propio “yo”, (“no saber cómo soy”) parecen asociarse con mayores niveles de depresión y ansiedad, y con mayores niveles de hostilidad. Estos resultados tienen sentido dentro del marco del TLP, cuyo componente depresivo está altamente relacionado con la pérdida de identidad respecto a la propia estructura del “yo” y respecto al mundo externo que rodea al paciente (Epstein, 1989; Kohut, 1977; Kernberg, 1976). De nuevo, las teorías acerca de la diferencia cualitativa entre la depresión y el componente disfórico del TLP parecen explicar nuestros resultados. La relación significativa entre respuestas de “miedo” e “inseguridad” asociadas al vacío y los mayores niveles de ansiedad parecen un resultado fácilmente predecible y creemos que está

relacionado con el componente más neurótico que puede encontrarse en la población normal, más que con el componente de la estructura límite que surgiría si se realizara este estudio con pacientes con TLP.

La alta correlación entre las pruebas seleccionadas aumenta la validez interna del estudio.

Finalmente, y tras analizar los resultados de los estudios anteriores, se ha propuesto un cuestionario de vacío que permita evaluar esta experiencia en personas con trastorno límite de la personalidad. La elaboración de este cuestionario da respuesta a las múltiples menciones acerca de la necesidad de esclarecer el componente de vacío y encontrar una forma de medirlo que se encuentran en la literatura (Klonsky, 2008); Hazell, 2003; Johansen et al., 2004b). Nuestra esperanza es que la medición del vacío en el TLP permita predecir la ideación suicida y la gravedad del trastorno, así como lo hacen otros cuestionarios respecto a otros síntomas como la depresión, la angustia, la hostilidad o la desesperanza.

Existen muchos instrumentos que incluyen ítems relacionados con el sentimiento de vacío en el TLP: Diagnostic Interview for Borderlines (DIB, Zanarini y cols. (1989), SCID-II (DSM, APA 2000), Borderline Symptom List-23 (Bohus y cols. 2009), Conte y cols. (Conte, Plutchik, Karasu, & Jerrett, 1980) entre otros. Sin embargo no existe consenso sobre cómo medir esta experiencia. Ha habido solamente algunos intentos de medir el sentimiento de vacío en el TLP.

Como intentos previos de cuestionarios relacionados con el sentimiento de vacío destacan los de Hazell ya en 1984, el cual realizó una escala para medir los niveles de vacío y preocupación existencial. Realizó un cuestionario de 18 ítems basándose en una revisión sobre la literatura y dividió estos 18 ítems en dos factores: 9 ítems sobre sentimiento de vacío (por ejemplo, “siento que no soy real”) y 9 sobre preocupación existencial (por ejemplo, “Intento descubrir el propósito de mi vida”. Administró esta escala a un total de 270 estudiantes y cinco de sus clientes en psicoterapia. Sin embargo esta escala es antigua, el autor basó la construcción de sus ítems en la literatura y no en las definiciones de pacientes reales, se realizó en una población de estudiantes norteamericanos, y no parece haber tenido un impacto real en la clínica. También Klonsky más recientemente, en 2008, intentó clarificar el significado y la importancia clínica del sentimiento de vacío. Examinó la relación del vacío con otros estados de ánimo, incluido el aburrimiento, en pacientes con fuertes características de TLP. En un segundo análisis examinó la relación en una población control con la depresión, la ansiedad y el riesgo de suicidio.

La “Escala de Estados Disfóricos” (Dysphoric Affect Scale, (DAS); Zannarini & DeLuca, 1993) es un auto-informe de 50 ítems diseñado para identificarlos estados disfóricos que suelen caracterizar a los pacientes con TLP. Tiene buena consistencia interna y fiabilidad test-retest (Zannarini y cols. 1998). Sin embargo no es una escala de medición concreta para el sentimiento de vacío.

Otro intento fue el cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ), de Blatt, D'afflitti & Quinlan (1976), el cual se desarrolló con el objetivo de estudiar la continuidad entre las formas normales y patológicas de depresión. De nuevo, no trataba específicamente el sentimiento de vacío.

Hasta donde sabemos, no existe ningún estudio precedente sobre el sentimiento de vacío en España, y sobre todo no existe ningún cuestionario que evalúe este criterio en profundidad; por lo tanto parece necesaria una mayor investigación sobre el tema. Los pasos a seguir a partir de ahora tendrán que ver con la validación tanto interna como externa de este cuestionario en población con TLP y población normal. En el futuro, sería conveniente tener en cuenta una validación con otro tipo de poblaciones clínicas.

8 CONCLUSIONES

1. Los resultados de nuestro estudio sugieren que el concepto de sentimiento de vacío hace referencia a una experiencia que está presente en algún momento de sus vidas en la mayoría de las personas.
2. En los pacientes con trastorno límite de la personalidad y en una proporción aproximada del 8% de la población, el sentimiento de vacío se presentaba de forma frecuente o permanente. Este 8% de la población general que presenta sentimiento de vacío persistente es similar a la prevalencia propuesta para los trastornos de la personalidad en la población general.
3. El sentimiento de vacío relatado por los sujetos, tanto sanos como con TLP, apareció como una entidad heterogénea y compuesta por distintos elementos fenomenológicos y psicológicos.
4. La cualidad del sentimiento de vacío se mostró distinta en los pacientes con TLP y en la población no clínica.
5. En la población no clínica, el sentimiento de vacío se refería a conceptos más externos al sujeto relacionados con el futuro y las relaciones interpersonales (“falta de sentido en la vida”, “desesperanza”, “abulia”).
6. En los sujetos con TLP, el sentimiento de vacío se refería sin embargo a conceptos más relacionados con la propia identidad del sujeto (“quien soy”, “como soy”).

7. El denominado sentimiento de vacío que puede manifestar gran parte de la población general no es asimilable al concepto psicopatológico del sentimiento de vacío de los pacientes con TLP, y está más relacionado con la tristeza y la angustia ocasionales.

8. El sentimiento de vacío crónico es un constructo de alto interés para la descripción psicopatológica de los trastornos de la personalidad, y probablemente de otros trastornos mentales, y está íntimamente relacionados con la desesperanza y la soledad percibida, y con la ideación de suicidio.

9. Sin embargo, el sentimiento de vacío crónico no parece estar emparentado con la ira, la rabia, ni con la impulsividad primaria de los pacientes con TLP, por lo que se sugiere que forma parte de una entidad psicobiológica diferente a la impulsividad.

10. El sentimiento de vacío crónico podría constituir una entidad psicopatológica y psicobiológica que formaría parte de varios trastornos mentales, estando siempre asociado a la vivencia de desesperanza y al aumento del riesgo de suicidio.

11. Ha sido posible, mediante la investigación cualitativa y la participación de expertos, elaborar un cuestionario para la medición del sentimiento de vacío, tanto ocasional como crónico, con sus diferentes componentes. La validación estadística de este cuestionario es el objetivo inmediato de los próximos trabajos de este grupo de investigación.

12. El sentimiento de vacío, como concepto psicopatológico, es suficientemente interesante y válido como para diseñar líneas de investigación fenomenológicas y biológicas específicas, con el objetivo principal de mejorar nuestro conocimiento clínico en los pacientes y el tratamiento de su padecimiento.

9 BIBLIOGRAFÍA

1. Abbagnano, N. Historia de la filosofía. Tomo III. La filosofía del Romanticismo. La filosofía entre los siglos XIX y XX. Montaner y Simón, S.A. Barcelona. 1978.
2. Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child development issues. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 60(1), 83–96.
3. 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. <http://doi.org/10.1080/10673220490447218>
4. Albreg, J., Rantala, M., Salovainen, A., Suvinen, T., Nissinen, M., Sarna, S., Lindholm, H., Kononen, M. (2002). Reported bruxism and stress experience. *Community Dent Oral Epidemiol*, 30 (6): 405-408.
5. Angell, M. The Epidemic of Mental Illness: Why?. *The New York Review of Books*, June 23, 2011.
6. Anónimo. La nube del no saber: texto anónimo inglés del siglo XIV. Ed. Herder. 2009.
7. Asociación Psiquiátrica Americana. (1980). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. 3ª edición (DSM-III).
8. Asociación Psiquiátrica Americana. (1987). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. 3ª edición, texto Revisado.

9. Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición (DSM-IV), Barcelona, editorial Masson.
10. Asociación Psiquiátrica Americana (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR), Barcelona, editorial Masson.
11. Bandelow, B., Schmahl, C., Falkai, P., & Wedekind, D. (2010). Borderline personality disorder: a dysregulation of the endogenous opioid system? *Psychological Review*, 117(2), 623–636. <http://doi.org/10.1037/a0018095> [doi]
12. Basili, R.M., Sharpin de Basili, I., Besuschio, A., Campi, M. & Oswald, L. Fairbairn and emptiness pathology. En Clarke GS y Scharff DE (Eds) *Lines of development: evolution and theory and practice over the decades series: Fairbairn and the object-relations tradition*, London, GBR: Karnac Books, 2014.
13. Baudelaire C (1857). *Les fleurs du mal*. Ed. Planeta. 2014.
14. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-571.
15. Becker, D. F., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 99–105. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.07.003>
16. Blatt, S.J. & Bers, S. The sense of self in depression. A psychoanalytic perspective: In: Z Segal & SJ Blatt (Eds). *The*

- self in emotional distress: cognitive and psychodynamic perspectives (pp. 1717-1210). New York: Guildford Press. 1993.
17. Bowlby, J. Attachment and loss: Vol. I Attachment. London: Hogarth. 1968.
18. Buchheim, A., Erk, S., George, C., Kachele, H., Kircher, T., Martius, P., ...Walter, H. (2008). Neural correlates of attachment trauma in borderline personality disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research*, 163(3), 223–235. <http://doi.org/10.1016/j.psychresns.2007.07.001>
19. Buendia, L. (1998). Técnicas e instrumentos de recogida de datos. En Colas, M. y Buendia L. *Investigación educativa*. Sevilla: Ediciones Alfar, 201-248.
20. Buss, A.H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *J. Consult Psychiatry*, 21: 343-348
21. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (Cibersam) (2013). Plan estratégico 2011-2013.
22. Chabrol, H., Montovany, A., Callahan, S., Chouicha, K., & Duconge, E. (2002). Factor analyses of the DIB-R in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 16(4), 374–384.
23. Clarkin, J.F., Hull, J.W., & Hurt, S.W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of personality disorders*, 7: S37-143.
24. Clarkin, J.F., & Posner, M. (2005). Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology*, 38:56-63

25. Cleckley, H. *The Mask of Sanity*. St. Louis, MO: Mosby; 1941.
26. Coid, J. (2003). Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. Supplement, 44, S3–10.
27. Conte, H. R., Plutchik, R., Karasu, T. B., & Jerrett, I. (n.d.). A self-report borderline scale: Discriminative validity and preliminary norms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(7), 428–435. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc2&AN=2011-11212-007>
28. Correale, A. (1995). Memoria e sensorialità nel disturbo borderline. *Psiche*, 2–3:137–148.
29. Correale, A., Berti, CG. *Tecnica e controtransfert nel disturbo borderline*. *Borderline States and Hysteria: Metapsychological Approaches and Implications for Technique*, European Psychoanalytical Federation, Geneva, March 1997.
30. Cotard, J. (1880). Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. *Annales medico-psychologiques*, Paris, 4: 168-174.
31. De la Rosa, M.A. (2008). El vacío en San Juan de la Cruz. *Revista Lindaraja*, 19: 1-53.
32. Ellison, W. D., Rosenstein, L., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2015). The Clinical Significance of Single Features of Borderline Personality Disorder: Anger, Affective Instability, Impulsivity, and Chronic Emptiness in Psychiatric

- Outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 1–10.
http://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_193 [doi]
33. Epstein, M. (1989). Forms of Emptiness: Psychodynamic, Meditative and Clinical Perspectives. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 2(1), 61–71.
34. Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.
35. Fernandez, L. (2007). *Cómo se elabora un cuestionario?*. Butlletí la Recerca. Universidad de Barcelona. ISSN: 1886-1946.
36. Fonagy, P. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
37. Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 137–150.
<http://doi.org/10.1002/wps.20235>
38. Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188, 1–3.
<http://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012088>
39. Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(3-4), 288–328. <http://doi.org/JCPP1727> [pii]
40. Fossati, A., Borroni, S., Feeney, J., & Maffei, C. (2012).

Predicting borderline personality disorder features from personality traits, identity orientation, and attachment styles in Italian nonclinical adults: issues of consistency across age ranges. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 280–297. <http://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.2.280>

41. Frankl VE. *El hombre en busca de sentido*. 1963. Ed Herder. 2009.
42. Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 40(6), 379–387. <http://doi.org/000106468> [pii]
43. Giovacchini, PL. (1972). The blank self. In P. Giovacchini, *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy*. New York: Science House.
44. Goodman, M., Patel, U., Oakes, A., Matho, A., & Triebwasser, J. (2013). Developmental trajectories to male borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 764–782. http://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_111 [doi]
45. Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545. <http://doi.org/ej07m03916> [pii]
46. Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Gunderson, J. G., Pagano, M. E.,

- Yen, S., Zanarini, M. C., ...McGlashan, T. H. (2004). Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 767–775. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.767>
47. Grinker, R.R., Werble, B., & Drye, R.C. *The Borderline Syndrome*. New York, Basic Books, 1968.
48. Grotstein, J. S. (n.d.). A proposed revision of the psychoanalytic concept of primitive mental states: II. *Contemporary Psychoanalysis, 20*(1), 77–119. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc2&AN=1984-31461-001>
49. Guenther, HV. (1974). *Philosophy and psychology in the Abhidharma*.
50. Gunderson, J. G., & Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *The American Journal of Psychiatry, 148*(8), 967–975.
51. Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry, 68*, 827–837. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
52. Guntrip, H. (1971). *Schizoid phenomena. Object relations, and*

theself. New York: Basic Books

53. Gyatso, T. *Kindness, clarity and insight*. Ithaca: Snow Lion. 1984.
54. Haely, C. (1984). Ego ideal and ideal ego. *International Journal of Psycho-Anal.* 65: 253-61.
55. Hartmann N. *Ontología IV. Filosofía de la naturaleza. Teoría especial de las categorías. Categorías dimensionales. Categorías cosmológicas*. México: Fondo de Cultura Económica 1960.
56. Hartocollis, P. (n.d.). Time and affects in borderline disorders. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59(2-3), 157–163. Retrieved _____ from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc2&AN=1991-57485-001>
57. Hazell, C.G. (1984). A scale for measuring experienced levels of emptiness and existential concern. *J Psychol*, 117-182.
58. Hazell, CG. *The experience of emptiness*. First Books. 2003. Bloomington, IN.
59. Hickey, B. (1985). The borderline experience: subjective impressions. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 23(4), 24–29.
60. Hoch, P., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q*, 38:248–276.
61. Hopkins, J. (1987). *Emptiness yoga*. Ithaca: Snow Lion. Berkeley: Shambhala.

62. Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *The American Psychologist*, 41(2), 159–164.
63. Janet, P. (1925). *Psicología de los sentimientos*. Curso en la Universidad Nacional de México. FONDO 2000.
64. Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004a). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 289–298. <http://doi.org/268> [pii]
65. Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004b). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 289–298. <http://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00268.x>
66. Kalij Rinpocije (1986). *The Dharma*. Albany: S.U.N. Y. Press.
67. Kernberg O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. 29~73-97. New (1988). York: Aronson.
68. Kernberg, O. (1982). *Narcissism*. In S. Gilman (Ed.), *Introducing psychoanalytic theory*. New York: Brunner; Maze!.
69. Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven/London: Yale Univ. Press.
70. Kierkegaard S. *El concepto de angustia*. Alianza Editorial. Madrid, 2007.
71. Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In *Envy*

&gratitude & other works, 1946-1963. New York: Delacorte Press.

72. Klonsky, E. D. (2008). What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 418–426. <http://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.418> [doi]
73. Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J., ... Siever, L. J. (2001). Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *Journal of Personality Disorders*, 15(4), 358–370.
74. Kohut, H. *The Analysis of the Self*. New York: Int. Univ. Press. 1971.
75. Kohut, H. (1975). The future of psychoanalysis. *Annual Psychoanal.*, 3:325-340.
76. Korner, A., Gerull, F., Mearns, R., & Stevenson, J. (2008). The nothing that is something: Core dysphoria as the central feature of borderline personality disorder. Implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 62(4), 377–394. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc6&AN=2009-16671-004>.
77. Kumin, I. M. (1978). Emptiness and its relation to schizoid ego structure. *International Review of Psychoanalysis*, 5, 207-215.

78. LaFarge, L. (1989). Emptiness as defense in severe regressive states. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37(4), 965–995.
79. Leahy, R. L., Tirch, D & Napolitano, L. A. *Emotion regulation in psychotherapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford Press. 2011.
80. Leichsenring, F. (2004). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(1), 9–22.
81. Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
82. Levy, S. T. (1984b). Psychoanalytic perspectives on emptiness. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32(2), 387–404. <http://doi.org/10.1177/000306518403200207>
83. Lichtenberg, J. (1975). The development of the sense of self. *Journal of American Psychoanal. Assoc.*•23: 453-84.
84. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 364(9432), 453–461. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
85. Lloyd, M., Raymond, N. C., Miner, M. H., & Coleman, E. (2007).

Borderline personality traits in individuals with compulsive sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(3), 187–206. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc5&AN=2007-12607-002>

86. Marx Scheler, *Ordo amoris*, Ed. Caparrós, Madrid, 1996.
87. Matusevich, D., Ruiz, M., & Vairo, M. C. (2010). [The evolution of the borderline personality disorder diagnosis: past, present and future]. *Vertex* (Buenos Aires, Argentina), 21(91), 274–285.
88. May, R. *Man's search for himself*. Ed. Signet. 1953
89. Meares, R. *The metaphor of play*. Northvale, NJ: Aronson, 1993. Revised and enlarged edition. London: Routledge, 2005.
90. Meares, R., Gerull, F., Stevenson, J., & Korner, A. (2011). Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 214–222. <http://doi.org/10.3109/00048674.2010.551280> [doi]
91. Meyer-Lindenberg, A., Domes, G., Kirsch, P., & Heinrichs, M. (2011). Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. *Nature Reviews. Neuroscience*, 12(9), 524–38. <http://doi.org/10.1038/nrn3044>
92. Morel, A.B. *Traite de la degenerescence de l'espece humaine*. Paris: Baillere, 1857.
93. Namgyal, T.T. *Mahamudra: The quintessence of mind and meditation*. L.P. Lhalungpa (Trans.). Boston: Shambhala.

1986.

94. Oldham, J.M. Integrated Treatment Planning for Borderline Personality Disorder. In: Washington KJ (Ed) Integrated Treatment of Psychiatric Disorders. Washington, American Psychiatric Publishing, p. 51–77, 2001.
95. Oldham, J.M. (2002). A 44-year-old woman with borderline personality disorder. *JAMA* 287(8):1029–1037.
96. Oldham, J.M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *The American Journal of Psychiatry* 163(1):20–26.
97. Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Elsevier Masson, 2007; pp: 389-406.
98. Organización Mundial de la Salud. “Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos Mentales y del Comportamiento”. Madrid, editorial Meditor 1992.
99. Ortega y Gasset J. Ideas y creencias. Alianza Editorial. Madrid. 2005.
100. Pazzagli, a, & Monti, M. R. (2000). Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 33(4), 220–226. <http://doi.org/10.1159/000029147>.
101. Perez-Rodriguez MM, Derish NE, Palomares N, Sukhbir K, Lis S. Attachment in personality disorders. (in press).
102. Perls F. 1965. Gestalt Therapy Verbatim, Real People Press, Lafayette, CA.

103. Pinto, A., Grapentine, W. L., Francis, G., & Picariello, C. M. (1996). Borderline personality disorder in adolescents: affective and cognitive features. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1338–1343. [http://doi.org/S0890-8567\(09\)63637-6](http://doi.org/S0890-8567(09)63637-6) [pii]
104. Powers, A. D., Gleason, M. E., & Oltmanns, T. F. (2013). Symptoms of borderline personality disorder predict interpersonal (but not independent) stressful life events in a community sample of older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 469–474. <http://doi.org/10.1037/a0032363> [doi]
105. Prichard, J.C. *Researches into the Physical History of Mankind*. London, Sherwood, Gilbert & Piper, 1836-1847.
106. Prossin, A. R., Love, T. M., Koeppel, R. A., Zubieta, J. K., & Silk, K. R. (2010). Dysregulation of regional endogenous opioid function in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167, 925–933. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091348>
107. Rebok, F., Teti, G. L., Fantini, A. P., Cárdenas-Delgado, C., Rojas, S. M., Derito, M. N. C., & Daray, F. M. (2015). Types of Borderline Personality Disorder (BPD) in Patients Admitted for Suicide-Related Behavior. *Psychiatric Quarterly*, 86(1), 49–60. <http://doi.org/10.1007/s11126-014-9317-3>
108. Richman, N. E., & Sokolove, R. L. (n.d.). The experience of aloneness, object representation, and evocative memory in

borderline and neurotic patients. *Psychoanalytic Psychology*, 9(1), 77–91. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=1992-27392-001>

109. Ripoll, L. H., Snyder, R., Steele, H., & Siever, L. J. (2013). The neurobiology of empathy in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 15(3), 344. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0344-1>
110. Rogers, J. H., Widiger, T. A., & Krupp, A. (1995). Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *The*
111. Rubio, V. Estudio de seguimiento realizado durante catorce años con 370 pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de Personalidad. Conferencia por la Asociación de Enfermos Mentales, familiares y amigos “El Puente”. Valladolid, Octubre 2001.
112. Rubio, V. (2006). Los síntomas ocultos en el Trastorno Límite de la Personalidad. *Portal de psiquiatría.com*, 10(1).
113. Rugh, J.D. (1981). Psychological stress in orofacial neuromuscular problems. *Int Dent J*.1981; 31 (3): 202-205.
114. Ruiz, C. (2002). Instrumentos de investigación educativa: Procedimientos para su diseño y validación. Barquisimeto. CIDEG (Centro de Investigación y Desarrollo en Educación y Gerencia).
115. Saez, L. Enfermedades de Occidente. Patologías actuales del vacío desde el nexo entre filosofía y psicopatología. En

Sáez, L./Pérez, P./Hoyos, I. (eds.), *Occidente enfermo. Filosofía y patologías de civilización*, München, GRIN Verlag GmbH, 2011, pp. 71-92.

116. Sartre JP. *La náusea*, 1938. Ed. Alianza 2011.
117. Sartre JP. *El ser y la nada (L'être et le néant)*, 1943. Ed. Losada Octubre 2013.
118. Singer, M. (1977a). The experience of emptiness in narcissistic and borderline states: deficiency and ego defect versus dynamic-defensive models. *International Review of Psycho-Analysis*, 4: 459-470.
119. Singer, M. (1977b). The experience of emptiness in narcissistic and borderline states: The struggle for a sense of self and the potential for suicide. *International Review of Psycho-Analysis*, 4: 4701-479.
120. Singer, M. (1979). Some metapsychological and clinical distinctions between boderline and neurotic conditions with special consideration to the self experience. *International Journal of Psycho-Anal.* 60: 489-99.
121. Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 487–504. <http://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.487> [doi]
122. Sloman, L., Gilbert, P., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of

- attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 107–121.
123. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.L. *Manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press, 1970.
124. Spitz, R. (1980). *El primer año de vida del niño*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
125. Stern, A. 1938. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly* 7:467-489.
126. Streng, F. *Emptiness, a study in religious meaning*, Abingdon Press, Nashville, TN.1967.
127. Suzuki, D. *Zen Buddhism*, Anchor, New York. 1956.
128. Tillich, P. *The courage to be*. Yale University Press.1952.
129. Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734–750. http://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093 [doi]
130. Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V.(2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58: 590-596.
131. Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R., & Segal, H. (n.d.). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: When

depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 382–393. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=1993-33560-001>

132. Widiger, T.A., Mangine, S., Corbitt, E.M., Ellis, C.G., & Thomas, G.V. *Personality Disorder Interview-IV*. A semistructured interview for the assessment of personality disorders. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1995.
133. Winnicott, DW. (1974). Fear of breakdown. *International Review Psycho-Anal.*, J: 103-07.
134. Winnicott DW. *Escritos de pediatria y psicoanálisis*. 1931-1956. Barcelona, Spain: Editorial Laia. 1981.
135. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733–1739.
136. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 505–523. <http://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>
137. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year

follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929–935. <http://doi.org/164/6/929> [pii]

138. Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., ... Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101–1106.
139. Zanarini, M.C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B.F. (2011). Prevalence of DSM-IV Borderline Personality Disorder in Two Community Samples: 6,330 English 11-year-Olds and 34,653 American Adults. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 607–619.

10 ANEXOS

10.1 ANEXO 1 CUESTIONARIO INICIAL ¿Qué es el sentimiento de vacío?

El sentimiento de vacío es el 7º criterio diagnóstico del DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico para los Trastornos Mentales utilizado por psiquiatras y psicólogos de todo el mundo) para el Trastorno Límite de la Personalidad. Pacientes con otros trastornos mentales como la depresión o los trastornos psicóticos también mencionan esta experiencia como un sentimiento común en sus vidas. Incluso usted puede haber sentido vacío alguna vez en su vida. Sin embargo este concepto ha sido definido de manera muy pobremente: ¿qué es el vacío? ¿Qué significa sentir vacío? ¿Dónde se localiza físicamente el vacío?

Para responder a estas preguntas le agradeceríamos que contestara las siguientes preguntas que le haremos sobre usted. Después le pediremos que escriba su propia definición de sentimiento de vacío en un espacio específico para ello.

Su respuesta tendrá un gran valor para nuestro estudio y será completamente anónima. Será muy útil para el análisis que formará parte de la tesis titulada “El sentimiento de vacío en el Trastorno de la Personalidad”.

Muchas gracias por su participación.

Sexo: Hombre Mujer

Edad: ____

Ocupación: _____

¿Trabajas actualmente con personas que padecen algún trastorno mental? Sí No

¿Has sentido vacío alguna vez? Sí No

¿Dónde situas el sentimiento de vacío en tu cuerpo?

Por favor, defina en un párrafo qué significa para usted el sentimiento de vacío:

_____...

10.2 ANEXO 2

DEFINICIONES DE VACÍO POR PACIENTES CON TLP

1. Mujer, 25 años:

“Me siento muy vacía por dentro e intento llenarlo con la comida. No dejo de llorar, siento algo en el estómago que me hace sentir muy “depre” y tengo que llenar el cuerpo de algo. Es un agujero dentro de mí que me hace llorar”.

2. Mujer, 19 años:

“Siento vacío por mi abuela y mi perra. Me siento sola, me faltan cosas, me falta conversar...”

3. Hombre, 26 años:

“No me creo los valores que tengo y que me dice la gente. No me valoro, tengo baja autoestima (me dejo llevar por los comentarios de los demás)”.

4. Mujer, 27 años:

“No me gusta vivir”.

5. Hombre, 22 años:

“Me falta algo. No tengo lo que tenía antes. Me falta cariño”.

6. Mujer, 23 años:

“No tengo ganas de hacer nada. Es pensar que si te mueres no pasa nada. Desmotivación: lo que me gustaba antes y mis ilusiones ya no están y no sé qué pasa”.

Mujer, 24 años:

“Desesperanza, pérdida de mí misma, es brutal”.

7. Mujer, 34 años:

“Siento que la gente ha perdido el interés por mí, no pinto nada, no tengo nada que hacer en la vida, no tengo nada que me motive”.

8. Mujer, 38 años:

“No soy feliz, no tengo alegría por hacer nada, si empiezo a buscar trabajo y no me sale nada me baja la moral. Estoy vacía porque no soy feliz: no tengo casa, no tengo trabajo...lo conseguí hace 5 años y luego lo perdí por dar disgustos a mi familia...”

9. Hombre, 18 años:

“No hay nada que me llene”.

10. Hombre, 23 años:

“No tengo ninguna meta, no tengo alegría de vivir, no soy como los demás. Soy distinto por tener una enfermedad. Me da miedo la impulsividad, por ejemplo beber. No me siento útil para hacer una vida normal. Es una tristeza que no sé de dónde viene, no comunicarme con la gente (porque no me apetece)”.

11. Hombre, 29 años:

“Me quiero morir, ¿qué pinto “yo” aquí? El vacío lo notas en el estómago, qué hago con mi vida, me mataría”.

12. Hombre, 40 años:

“No le encuentro sentido a nada, la vida no vale la pena. Es tener un agujero en el estómago, me falta el aire, sentirme solo, tener ansiedad pero no ganas de hacer nada, días largos, el tiempo pasa muy despacio, pensar en el pasado, no ver futuro. Me siento indefenso, como desnudo en medio de una manifestación”.

13. Mujer, 29 años:

“Me encuentro sola, sin metas en la vida, es como falta de identidad”.

14. Mujer, 31 años:

“Que no sirves para nada, nadie te quiere, no tiene sentido estar viva, no puedes darle nada a nadie de valor”.

15. Hombre, 40 años:

“No tener perspectivas de futuro, me siento solo, no tengo trabajo”.

16. Hombre, 41 años:

“Me pregunto qué coño pinto aquí. No sé qué hago aquí, no entiendo nada. Me siento solo”.

17. Mujer, 25 años:

“No sé qué hacer, me encuentro perdida, no tener un plan de vida”.

18. Mujer, 37 años:

“Tengo un vacío existencial en el estómago. Tristeza.”

19. Mujer, 46 años:

“No tener a nadie quien te quiera, soledad, no le importas a nadie. Me siento sola”.

20. Hombre, 35 años:

“Me falta algo. Tener a alguien que te aprecie tal como eres. No estoy a la altura”.

21. Mujer, 33 años:

“No siento nada, nada, nada. Siento tristeza, vacío”.

22. Mujer, 22 años:

“Nada me llena. ¿Por qué la vida me obliga a estar aquí? Falta de libertad”.

23. Hombre, 30 años:

“Tener la sensación de que nada me gratifica. Nada me hace sentir pleno o en estado de tranquilidad”.

24. Mujer, 35 años:

“No tengo nada por dentro, estoy vacía de sentimientos. Tristeza, soledad, incomprensión, no me entienden, me encuentro sola”.

25. Hombre, 31 años:

“No tener voluntad, no me interesa nada, vacío, pérdida de identidad. Desde que murió mi padre tengo menos identidad”.

26. Mujer, 19 años:

“No me encuentro a mí misma. No siento nada, como si estuviera hueca”.

27. Mujer, 31 años:

“Me siento sola, triste, decaída y lo tapo con la comida. No siento, no tengo nada, no me aporto nada, sensación de rabia”.

28. Hombre, 24 años:

“No hago lo que quiero, no estudio, no sé qué responder sobre mí mismo. No tengo metas. Siento más vacío si no salgo. No relacionarme con la gente me hace sentirme más vacío”.

29. Mujer, 24 años:

“Es una impresión en el estómago, sientes que no hay nadie más en el mundo. Estás tú sola y nadie te puede ayudar. A veces tengo una personalidad, otras otra...a veces soy muy débil, a veces muy fuerte, o muy lista, otras no, o canto muy bien...no sé quién soy”.

30. Mujer, 23 años:

“No siento nada, no tengo ganas de hacer nada”.

31. Hombre, 29 años:

“Cuando tengo problemas con mi mujer, pero el vacío no es constante. Me alegro de tener a mi hijo”.

32. Mujer, 52 años:

“No tener un objetivo en la vida, no ser válido en lo que estás haciendo para nadie. Tu existencia no tiene valor para nadie ni para ti misma. Da igual que estés o no estés. No sé para qué estoy aquí ni quién soy. Es como un nudo en el estómago”.

33. Hombre, 31 años:

“No me siento ni mal ni bien, como si no estuviera viviendo, como si fuera otra persona”.

34. Mujer, 26 años:

“Me siento vacía, no sé hacia dónde voy, no sé qué quiero, tengo mucha ansiedad de comer, como si estuviera vacía en el estómago”.

35. Hombre, 22 años:

“No tener metas ni ganas de luchar. Nada por lo que vivir”.

36. Mujer, 22 años:

“Soledad, nada, no siento nada, no sé cómo soy, como si fuera un animal”.

37. Mujer, 34 años:

“No tener ilusiones. Una tristeza enorme sin saber por qué. Está en el esternón”.

38. Mujer, 37 años:

“Es la sensación como que no estás lleno con nada, te sientes así...no sabes en ese momento qué eres o para qué estás ahí. Como de infelicidad, que no tienes... sólo te llena la incertidumbre, el desasosiego. No estás lleno de nada, de desasosiego”.

39. Mujer, 20 años:

“Sentir que no tengo nada que aportar, que me llene, que me aporten a mí...estoy vacía interiormente. Lo siento en el pecho”.

40. Mujer, 28 años:

“Ausencia de motivos para vivir. No responder a ningún estímulo, ni negativo ni positivo. “Nada tiene sentido”. “Todo me da igual” (comillas de ella). En la parte superior del tronco (pecho y boca del estómago)”.

41. Mujer, 34 años:

“Un momento largo o corto donde todo está muerto en un medio lleno de vida. En la cabeza. Mi mente vacía, hueca por completo”.

42. Hombre, 39 años:

“No tengo perspectivas de nada, no lo sitúo en ningún sitio”.

**DEFINICIONES DE VACÍO POR PARTE DE PERSONAS SIN TLP
(grupo control del estudio 2).**

1. Mujer, 31 años:

“Pérdida de sentido de la vida, falta de comprensión de la existencia humana y de su finalidad. Dificultades con la propia identidad, con el “yo” y el insight. Problemas en la introspección y el análisis de los propios sentimientos y emociones.

2. Mujer, 29 años:

“Soledad o incompreensión; falta de motivación y fuerzas para llevar a cabo las metas o propósitos personales, o la ausencia de los mismos”.

3. Mujer, 30 años:

“El sentimiento de vacío es un tipo de inquietud emocional que surge como consecuencia de una insatisfacción generalizada en la totalidad o la mayor parte de los ámbitos de tu vida”.

4. Mujer, 23 años:

“Definiría el sentimiento de vacío como un estado de ánimo, pasajero, caracterizado por síntomas como:

- escasez, o ausencia total, de ilusiones y de sensación de plenitud o satisfacción por lo conseguido;
- sentimiento de soledad, inseguridad o sensación de irrelevancia de uno mismo a ojos de los demás;
- desasosiego emocional general, no debido a nada concreto. (De hecho esa podría ser quizá una de las causas que hacen que se prolongue: el no encontrar motivo racional para ello).

Siento no ser muy técnica o explícita, pero efectivamente no tengo muy claro lo que significa.

5. Mujer, 30 años:

“yo” creo que es una sensación principalmente “rara”. Quiero decir, que es difícil de describir (y, por tanto, de sentir) para el que la siente con más palabras que la de “vacío” porque es extraña, es decir, hay pocas palabras para describirla y no se oye habitualmente hablar de ella. Y no creo que sea porque poca gente la sienta. Creo que mucha, incluso diría que la mayoría de nosotros, en algún momento nos sentimos así, pero sí que puede ser menos habitual que otros sentimientos más típicos como la tristeza o la alegría. “yo” creo que puede incluir aspectos emocionales, cognitivos y fisiológicos. Es una sensación. Emocionalmente, creo que se caracteriza por una sensación “rara”, de falta de emoción o de desasosiego. El desasosiego bien puede ser resultado de la dificultad para identificar ninguna emoción concreta, de la extraña sensación de no sentir o no saber si o qué se siente. Cognitivamente, supongo que el sentimiento de vacío puede ir acompañado de pensamientos de

autocrítica o falta de autovaloración (“estoy vacía”, “soy rara”, “soy diferente porque no siento como los demás”), despersonalización (“no siento, estoy vacía, no soy... ¿qué soy, ¿quién soy?”) incluso de falta de relevancia (“no tengo nada en mi interior”, “no siento, no comprendo, no importo, no valgo”). Dependiendo del nivel de ansiedad asociado, a nivel fisiológico, creo que podría ir acompañado de una sensación como de nudo en el estómago o en el pecho, o de presión en el pecho, o sensación de falta de aliento o bien, en el otro extremo, de falta de energía, baja activación, baja motivación. No sé si el sentimiento de vacío es difícil de describir más por falta de palabras que la describan o por lo difícil que es en sí mismo el sentirla. Es más, me pregunto si la “falta de sentimiento” es de hecho debido a la gran intensidad o mezcla de emociones que la persona es incapaz de procesar en un momento dado y por eso se desconecta emocionalmente dando lugar a esa sensación de vacío.”

6. Mujer, 31 años:

“Físicamente no se siente dolor, pero se puede llegar a sentir un silencio alrededor de ti a pesar de estar rodeado de gente. Ese silencio se podría “escuchar” en los pulsos de las sienes, en la mirada perdida o en el tragar saliva en la garganta.

Emocionalmente se puede asociar a la sensación de estar solo rodeado de mucha gente, o incluso a pensamientos como no saber a dónde uno va, o peor aún, a dónde uno quiere ir.

Estar vacío es no sentir plenitud, o al menos cierta plenitud, lo que normalmente implica infelicidad. O al menos lo que la sociedad actual explica como infelicidad. Sentirse "no realizado".

Estar vacío también puede venir a través de una soledad emocional, a la carencia de pareja o de relaciones sentimentales (del tipo que sean) que lleguen a producir un deterioro en el concepto que uno tiene de sí mismo.

No quiero entrar en el vacío religioso, en el abandono que Dios provoca en sus creyentes, porque aquí no puedo opinar mucho...".

7. Hombre, 31 años:

"Como una necesidad de que los demás se den cuenta de que existes, sentirte invisible."

8. Mujer, 36 años:

"Sentimiento de no estar en el sitio ni en el momento adecuado, de no estar existiendo realmente, de ser una especie de pozo sin fondo, de un abismo sin fin".

9. Hombre, 32 años:

"Falta de sentido en la existencia, desubicación. Falta de motivación para vivir."

10.Hombre, 27 años:

“La sensación continuada de que nada importa, nada te satisface ni te hace sentir alegría, independientemente del contexto o lo que se haga para solucionarlo. Con la dificultad de definir la causa, que muchas veces queda difuminada por la sensación de apatía, aumentando de esa forma la frustración y el sentimiento mismo de vacío.”

11.Mujer, 30 años:

“Es un sentimiento difícil de describir, es como un dolor, una presión en el centro del pecho, una falta de algo importante que hace que te resulte difícil levantarte cada mañana y enfrentarte a cada día. Supone angustia, ansiedad y desolación. Es como si te hubieran quitado una parte del alma.”

12.Hombre, 40 años:

No habiéndolo experimentado personalmente, entiendo que se refiere a la sensación de no tener razones o ánimos para vivir plenamente (como una relación de pareja, una carrera profesional, familiares o amistades en las que apoyarse).”

13.Mujer, 31 años:

“El vacío podría ser la sensación de no disfrutar, de que las cosas no te calan, de no saber ni lo que te gusta. “

14.Mujer, 43 años:

“Ausencia de pensamientos claros sobre ti mismo como persona y sobre lo que te está sucediendo, que implican desconexión/sensación de falta de sentido vital en el mundo, que se acompaña de sensaciones físicas parecidas al embotamiento pero también pueden aparecer manifestaciones psicofisiológicas de ansiedad. Implica autoconciencia, intentos de búsqueda de sentido sin encontrarlo, un “como si” pero sin sentir que realmente “eres”.

15.Hombre, 30 años:

Yo entiendo el sentimiento de vacío como parecido a la apatía. Esos momentos en los que le dejas de ver sentido a las cosas y no encuentras nada que te motive. Yo creo que lo he sentido en ocasiones durante la universidad cuando me abrumaba un poco la rutina. No es muy intenso ya que si fuera capaz de sentir algo intenso, ya no estaría tan apático. Es un poco como vivir con el piloto automático. Ahora según lo defino, me viene a la mente el personaje de La Peste de Camus.”

16. Mujer, 44 años:

“Sensación de pérdida, de que te falta algo que desde tu interior no sabes ni puedes completar”.

17. Hombre, 24 años:

“Para mí es la sensación de que mi vida no tiene un sentido, que no estoy caminando hacia ningún sitio, también cierta percepción de soledad, de estar solo en el camino, poco protegido por un círculo social, vulnerable ante las adversidades.”

18. Mujer, 29 años:

“No lo he sentido exactamente tal como tenemos entendido según cómo lo experimenta el TLP, como con sensación “de no tener nada en uno mismo”. Sí sensación de soledad, de estar perdida, como si nada tuviera sentido. Si ha sucedido, ha sido generalmente ante una situación estresante o frustrante. Sensación de silencio y parálisis que te invade. Sensación de estar perdido, como si nada tuviera sentido, como si fuéramos un ente sin significado, sin rumbo y hubiésemos perdido el sentido de las cosas, el interés o la motivación”.

19.Hombre, 50 años:

“Una sensación de aislamiento afectivo, una separación de las personas con las que convivo”.

20.Hombre, 29 años:

“Sentimiento de soledad y abandono al mismo tiempo y que puede llegar a producir la parálisis de la persona al no percibir ésta ningún recurso o ayuda. Puede darse en una o en todas las facetas de la persona (familiar, laboral...) y verse agravado con sentimientos de angustia, ansiedad y desolación.”

21.Mujer, 37 años:

“Sensación de no estar completa, de faltar algo en tu vida para estar bien contigo misma”.

22.Mujer, 25 años:

“Una sensación de vértigo, y ansiedad... De falta de control, de tristeza y desesperanza”.

23.Mujer, 32 años:

“Cualquier sensación que te haga afrontar la vida de forma solitaria, sin ningún tipo de ayuda ni apoyo” por parte de ninguna persona de tu alrededor. No poder contar con nadie a la hora de tomar decisiones, resolver un problema o simplemente vivir una experiencia”.

24.Mujer, 45 años:

“El vacío es la nada, la oscuridad, el sentimiento de soledad absoluto, la muerte, la no existencia, la falta de sentir, no oler, no ver , no escuchar...Imagino una gran angustia con ello, pánico”.

25.Mujer, 44 años:

“Sentimiento de nada tiene sentido, de no tener nada, de sensación de estar perdido”

26.Hombre, 29 años:

“Carencia de metas u objetivos vitales. Ausencia de explicación en la actividad humana, cuestionándose si lo que conoce, hace o valora tiene sentido. Probablemente asociado a un cambio desaparición repentina de las motivaciones vitales de una persona.”

27.Hombre, 29 años:

“Ausencia de perspectiva, sentirse perdido y sin opción de ayuda ni solución a tus problemas, lo que conlleva un sentimiento de agobio y soledad al mismo tiempo”.

28.Mujer, 54 años:

“Es una sensación de soledad tremenda y de incapacidad para sentir placer aunque racionalmente debas sentirlo”.

29.Mujer, 47 años:

“El sentimiento de vacío es para mí la profunda sensación de que mi vida carece totalmente de sentido, que no haya nada a lo que me pueda aferrar, está asociado a un dolor psíquico intenso, generalmente ante una pérdida, a la desesperanza y a la sensación de que no hay nada que pueda en ese momento calmarme.”

30.Mujer, 35 años:

“Para mí el sentimiento de vacío aparece cuando sientes que no tienes nada dentro que poder ofrecer. Una sensación de apatía y a la vez de ausencia de fuerza para poder seguir en tu día a día. También lo relaciono con un sentimiento de desesperanza.”

31.Hombre,51 años:

“Es la sensación que acompaña a unos pensamientos que en algunos momentos se refieren a no tener o haber perdido referencias en la vida. Percibo una manera de oír distinta y una manera de mirar distinta, (una especie de efecto túnel).”

32.Mujer, 47 años:

“Es tener sensación de abandono, estar perdida, tristeza sin motivo alguno. No pierdo el interés en nada, es que pienso, creo que no hay nada. Es como si “yo” misma no me reconociera. Esto se traduce en una flojera, me supone un esfuerzo cualquier movimiento.”

33.Mujer, 28 años:

“Sentimiento de apatía que genera desmotivación generalizada hacia todos los aspectos de nuestra vida. Indiferencia hacia todo lo que nos rodea. “

34.Mujer, 32 años:

“Para mí el sentimiento de vacío es una sensación de profunda tristeza, de sentir que nada en realidad tiene sentido y que, simplemente uno se deja llevar por los acontecimientos del día a día.”

35.Mujer, 30 años:

“El sentimiento de vacío es la sensación de no tener motivación o un sentimiento cálido, positivo, alegre...que te impulse a emprender tareas cotidianas o proyectos a medio/largo plazo.”

36.Mujer, 55 años:

“yo” este sentimiento lo he percibido cuando he dejado de pertenecer a un grupo organizado que nos veíamos todas las semanas, donde abordábamos tanto nuestra vida personal, laboral, política, emocional, etc. Entonces al perder este grupo estuve durante mucho tiempo con una sensación de vacío, como que me faltaba algo, se manifestaba con malestar en el estómago, estaba inquieta sin encontrar nada que me llenara por completo.”

37.Mujer, 37 años:

“Definiría sentimiento de vacío como desgana y falta de objetivos en un momento determinado. Eso a su vez me provocaría sentimiento de soledad y tristeza, desilusión, falta de ganas por cosas que antes me motivaban. “

38.Hombre, 28 años:

“En mi experiencia el sentimiento de vacío es una sensación continua de búsqueda de realización personal que no acaba de materializarse o que lo hace con leves signos que no parecen conducir a la tranquilidad y el sosiego interior necesario para continuar encarando el día a día. Fundamentalmente se manifiesta en dos planos: el personal y el profesional. La falta de apoyo”, entendimiento, afecto y/o comprensión, el fracaso y/o las pérdidas inesperadas en cualquiera de dichos planos, así como el conocimiento de las limitaciones propias y sus consecuencias inmediatas o futuras han desembocado alguna vez en una sensación de vacío.”

39.Mujer, 43 años:

“Estado de ausencia, de estímulo físico o psíquico. Se puede vivir como negativo, si es producido por una pérdida, o positivo si se ve como la posibilidad de resurgimiento de algo nuevo.”

40.Mujer, 47 años:

“Es una sensación de aplanamiento del afecto, ausencia de un “motor vital”, ausencia de deseo, de motivos para estar contento. Sentimiento de “sinsentido” de la vida.”

41.Hombre, 54 años:

“Sentimiento de que la vida carece de sentido, asociado a la incapacidad de sentir y trascender.”

42.Mujer, 44 años:

“Como una náusea pero sin ser igual que la sensación nauseosa. Sensación de que no hay ni se puede hacer nada de nada.”

43.Mujer, 25 años:

“La sensación de no ser real o de que vives en un mundo ficticio en el que para los demás no existes (no te ven) al ser “inexistente” pierdes la capacidad de experimentar las sensaciones, es decir, no sientes miedo, alegría...”

44.Mujer, 30 años:

“El sentimiento de vacío es no tener objetivos, metas o fines en la vida y no saber para qué estás aquí.”

45.Mujer, 30 años:

“Sentir que no hay nada en la vida que me haga sentir bien y por lo que merezca la pena seguir viviendo.”

46.Mujer, 35 años:

“Significa sentirme sola, sin nadie que se interese por mí. Sensación de ser invisible, de no importarle nada al resto del mundo.”

47.Hombre, 26 años:

“El sentimiento de vacío es la sensación de que nada te agrada, nada te complace, nada te mueve a realizar cosas. Es también un pensamiento recurrente de que las cosas que uno hace no merecen la pena.”

48.Hombre, 48 años:

“Es una sensación de irrealidad difícil de definir. Es como sentirte solo rodeado de una multitud, sobre todo si conoces a toda esa gente.”

49.Mujer, 25 años:

“La sensación de no tener futuro, no ser capaz de encontrar un sentido a las cosas o tu lugar en el mundo”.

50.Mujer, 41 años:

“La sensación de no pertenecer al mundo que le rodea, de no identificarse, de no poder contextualizar su pasado/presente/futuro dentro de ese mundo.”

51.Mujer, 23 años:

“Para mí el sentimiento de vacío es una experiencia estremecedora en la que todas tus emociones desaparecen de repente, y sólo queda la nada. Como si fueras incapaz de experimentar ningún tipo de emoción, de sentimiento...y todo te diera igual.”

10.3 ANEXO 3

CUESTIONARIO SENTIMIENTO DE VACÍO – II

Edad: Sexo ___Hombre ___Mujer Curso:

Especialidad en la carrera:

¿Has tenido alguna vez sentimiento de vacío?

Nunca

Alguna vez

Con frecuencia

Muy frecuentemente

Permanentemente

¿Estás sintiendo vacío en la actualidad?

Sí

No

¿A qué se parece tu idea de sentimiento de vacío?

Tristeza Nada Algo Bastante Mucho

Apatía Nada Algo Bastante Mucho

Sentir que no siento Nada Algo Bastante Mucho

Angustia Nada Algo Bastante Mucho

<i>Desinterés (todo me da igual)</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Estar vacío por dentro</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Sentirse mentalmente vacío</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Soledad</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Desesperanza</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Desgana</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Desmotivación</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>No saber quién soy</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>No saber cómo soy</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>No ver sentido a lo que hago</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>No ver sentido a la vida</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Desasosiego</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Incertidumbre</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Miedo</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Frustración</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Inseguridad</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Rabia</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Sentirse insatisfecho</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
<i>Tener una baja autoestima</i>	Nada <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>

¿Dónde situarías corporalmente el vacío? (*Puedes marcar más de una respuesta, marca una X al lado de la respuesta o respuestas*)

Cabeza

Extremidades (especificar)

Pecho

Exterior del cuerpo

Esternón

Corazón

Abdomen

Garganta

Estómago

Define a continuación qué es para ti el sentimiento de vacío (*continúa por detrás de la hoja si es necesario*)

10.4 ANEXO 4: ITEMS EXTRAIDOS POR LAS EXPERTAS 1 Y 2

ITEMS EXTRAIDOS POR LA EXPERTA 1:

1. Siento un hueco o agujero continuo dentro de mi cuerpo.
2. Intento llenar el vacío que siento con la comida.
3. Llora continuamente.
4. Echo de menos a un amigo o familiar.
5. Siento continuamente la pérdida de un ser querido (familiar, amigo o mascota).
6. Me siento sola la mayor parte del tiempo.
7. Me faltan cosas en mi vida que antes tenía y ahora no tengo.
8. Siento que no tengo a nadie con quien conversar.
9. Con frecuencia dudo de mis propios valores.
10. En general tengo una baja autoestima.
11. Me suelo dejar llevar por las opiniones de los demás.
12. No me gusta vivir.
13. Siento que me falta cariño por parte de los demás.
14. No tengo ganas de hacer nada.
15. Creo que si me muriera ahora, no pasaría nada.

16. Me siento desmotivada.
17. He perdido la motivación por las cosas.
18. Antes me gustaban cosas que ya no me ilusionan.
19. Me cuesta entender qué pasa conmigo misma.
20. Me siento desesperanzada.
21. Siento que he perdido mi propia identidad.
22. La gente ha perdido el interés por mí.
23. No tengo nada que hacer en la vida.
24. Me siento infeliz.
25. No siento alegría por las cosas.
26. No consigo encontrar trabajo.
27. He perdido cosas importantes para mí (mi trabajo, mi casa...)
28. Siento que siempre estoy dando disgustos a mi familia.
29. No tengo ninguna meta u objetivo en la vida.
30. Me siento diferente a los demás.
31. Me da miedo mi propia impulsividad.
32. No me siento útil.
33. No me siento capaz de tener una vida normal.
34. Me siento triste la mayor parte del tiempo.

- 35.No sé por qué estoy triste.
- 36.No me apetece comunicarme con la gente.
- 37.Me quiero morir.
- 38.No entiendo para qué estoy en la vida.
- 39.Siento el vacío en mi estómago.
- 40.No encuentro sentido a nada.
- 41.Creo que la vida no vale la pena.
- 42.Siento que me falta el aire.
- 43.Me siento ansioso la mayor parte del tiempo.
- 44.El tiempo pasa muy despacio para mí.
- 45.No me veo a mí mismo en el futuro.
- 46.A menudo pienso en el pasado.
- 47.A menudo me siento indefenso.
- 48.Siento que no sé quién soy.
- 49.Siento que no sirvo para nada.
- 50.Siento que nadie me quiere.
- 51.No tiene sentido estar viva.
- 52.No tengo perspectivas de futuro.
- 53.No sé qué hago en el mundo.

- 54.No tengo un plan de vida.
- 55.Me siento perdida.
- 56.No sé qué hacer con mi vida.
- 57.Siento que no le importo a nadie.
- 58.Siento que me falta algo.
- 59.A menudo siento que no estoy a la altura.
- 60.A menudo no siento nada.
- 61.No hay nada que me llene.
- 62.Siento que no soy libre.
- 63.Me siento obligada a vivir.
- 64.Nada me gratifica.
- 65.A menudo me siento intranquila.
- 66.Nadie me entiende.
- 67.No tengo voluntad para hacer cosas.
- 68.No he hecho el duelo por las cosas o personas a las que he
perdido.
- 69.Nada me interesa.
- 70.No me encuentro a mí misma.
- 71.Siento que no tengo nada.

72.No tengo nada que aportar.

73.A menudo siento rabia.

74.No consigo hacer las cosas que quiero hacer.

75.No me siento capaz de estudiar/trabajar.

76.No sé qué responder sobre mí mismo cuando me preguntan sobre mí.

77.Necesito salir de casa para llenar el vacío.

78.Necesito relacionarme con gente para llenar el vacío.

79.Siento que no hay nadie más en el mundo.

80.Nadie puede ayudarme.

81.A veces cambio de personalidad.

82.No sé quién soy.

83.Tengo problemas con mi familia.

84.Mi existencia no tiene valor para nadie.

85.A veces siento que no estoy viviendo.

86.A veces siento que soy otra persona.

87.Siento un nudo constante en el estómago.

88.No sé qué espero de la vida.

89.Siento ansiedad por comer.

- 90.No tengo ganas de luchar.
- 91.No tengo nada por lo que vivir.
- 92.A veces siento como si fuera un animal.
- 93.No tengo ilusión por la vida.
- 94.Siento vacío en el esternón.
- 95.A menudo siento incertidumbre.
- 96.A menudo siento desasosiego.
- 97.Los demás no tienen nada que aportarme.
- 98.Siento vacío en el pecho.
- 99.No respondo a ningún estímulo, ni positivo ni negativo.
100. Todo me da igual.
101. Siento vacío en la cabeza.
102. Mi mente está completamente hueca.
103. Siento que a veces estoy muerta en un medio lleno de vida.
104. No siento vacío en ninguna parte de mi cuerpo.

ITEMS EXTRAIDOS POR LA EXPERTA 2

1. Como en exceso
2. Me es difícil comer
3. He sentido una incomodidad en lo más profundo del estomago
4. Dificultad con miembros de mi familia
5. Me siento sola/o
6. He tenido falta de comunicación con otras personas
7. Falta de valor propio
8. He deseado no estar vivo/a
9. Siento que me falta algo importante en la vida
10. He perdido cosas importantes en mi vida
11. Me ha falta amor/cariño
12. Me ha falta motivación
13. He tenido poco interés en actividades
14. Me he sentido perdida/o
15. Me he sentido que no le intereso a otras personas
16. Me he sentido feliz
17. Me he sentido infeliz

18. Las cosas no me dan alegría
19. No tengo empleo
20. No tengo metas para el futuro
21. No tengo hogar
22. Nada me llena
23. Me he sentido distinto a los demás
 - a. Me siento inferior a los demás
 - b. Me siento superior a los demás
24. He tenido una enfermedad crónica
25. He tenido una enfermedad aguda
26. He tenido momentos de impulsividad
27. He tomado alcohol
28. He usado drogas
29. He fumado cigarros
30. Me he sentido inútil
31. Me he sentido triste
32. No he tenido apoyo” de otras personas
33. Tengo poca comunicación con otras personas
34. No quiero vivir

35. Me ha sido difícil respirar
36. Me he sentido sola/o
37. He sentido ansiedad
38. He sentido falta de energía
39. He sentido poco interés en cosas
40. El tiempo pasa lento
41. He pensado mucho en el pasado
42. He pensado mucho en el futuro
43. Me he sentido vulnerable
44. Me siento que no sé quién soy
45. Me he sentido perdida/o
46. Me he sentido que no le importo a otras personas
47. Me siento que me falta algo importante en la vida
48. Otras personas no me han aceptado tal y como soy
49. "yo" no me he aceptado tal y como soy
50. Nada me llena
51. Me he sentido independiente
52. Nada me satisface
53. Me siento intranquila

54.Me siento que nadie me entiende

55.Me falta energía

56.Me siento enojada/o

57.Tengo pocas amistades

58.He tenido problemas con familiares

59.Tengo pocas amistades

60.He sentido un nudo en el estómago

61.He sentido incertidumbre

62.He sentido presión en el pecho

63.La mente se me queda en blanco.

10.5 ANEXO 5: ITEMS FINALES CON APORTACIONES DEL EXPERTO 3

1. Como más de lo que debería
2. Llora con facilidad
3. Siento un hueco en lo más profundo del estómago
4. Como menos de lo que debería
5. Siento presión en el pecho
6. Siento la pérdida de algún ser querido
7. Encuentro dificultad para relacionarme con miembros de mi familia
8. Me siento solo/a
9. Echo en falta cosas en mi vida que antes tenía y ahora no tengo
10. Siento que no tengo a nadie con quién conversar
11. Me suelo dejar llevar
12. Me dejo influir por los comentarios de los demás
13. Me quiero morir
14. Pienso en quitarme la vida
15. Me falta cariño de los demás
16. He perdido la motivación por las cosas
17. Antes me gustaban cosas que ya no me gustan
18. Me siento sin esperanza
19. Siento que he perdido mi propia identidad
20. Siento que la gente ha perdido el interés por mí
21. Soy feliz
22. Siento alegría por las cosas

23. He perdido cosas importantes para mí
24. No tengo ninguna meta en la vida
25. Nada me llena
26. Me siento distinto a los demás
27. Me da miedo mi propia impulsividad
28. Me siento útil
29. Me siento capaz de tener una vida normal
30. Me siento triste
31. No tengo deseo de comunicarme
32. Siento que la vida no vale la pena
33. Me siento triste y no sé por qué
34. Me falta el aire
35. Me siento nervioso/a
36. El tiempo pasa muy despacio
37. Pienso en el pasado
38. Me siento indefenso
39. Pienso en el futuro
40. Me siento vulnerable
41. Siento que no sé quién soy
42. Siento que no sirvo para nada
43. Siento que nadie me quiere
44. Siento que no tengo nada de valor que ofrecer a otras personas
45. Me siento perdido/a
46. Tengo metas para el futuro
47. Siento que mi vida no tiene sentido

- 48.No sé qué hago en el mundo
- 49.Siento que no entiendo nada
- 50.Siento que no estoy a la altura
- 51.Me siento inferior a los demás
- 52.Los demás me aceptan tal y como soy
- 53.Me siento obligado/a a vivir
- 54.No siento nada
- 55.Me siento tranquilo/a
- 56.Siento que no tengo nada por dentro
- 57.Me siento hueco/a
- 58.Nadie me entiende
- 59.Siento rabia
- 60.Me siento capaz de estudiar o trabajar
- 61.Cuando me preguntan sobre mí, no sé qué responder
- 62.Necesito relacionarme con la gente
- 63.Tengo pocas amistades
- 64.Hay personas que me valoran
- 65.Me valoro tal y como soy
- 66.Me siento muerto/a por dentro
- 67.No espero nada de la vida
- 68.Estoy cansado/a de luchar
- 69.Tengo ilusión por la vida
- 70.Otras personas no tienen nada que ofrecerme
- 71.Mi mente está bloqueada
- 72.Siento que no sé cómo soy

73.Me resulta muy difícil imaginarme en el futuro

74.Siento que no sé hacia dónde voy

75.Los demás disfrutan más de la vida que “yo”

76.La vida ofrece posibilidades de ser feliz

77.Me afecta mucho lo que le pasa a mi familia

78.Soy capaz de sentir los sentimientos de los demás

**10.6 ANEXO 6: CUESTIONARIO FINAL SENTIMIENTO DE VACÍO=III
(CSV)**

COD: _____

*A continuación aparecen preguntas sobre usted y sobre cómo se ha sentido **en los últimos dos años**. Las respuestas serán confidenciales y se destinarán a un uso exclusivamente clínico o de investigación. No dude en preguntar a la persona que le ha entregado este cuestionario si tiene alguna duda. Sus respuestas son de una inestimable ayuda y le agradecemos su colaboración.*

Por favor, responda con una cruz en la respuesta que considere que más se parece a la suya (Siempre, Casi siempre, Algunas veces, Casi nunca o Nunca). No deje ninguna pregunta en blanco.

Sexo: __ Hombre __ Mujer **Edad:** **Estado civil:**

Ocupación:

1. Como más de lo que debería	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
2. Siento un hueco en lo más profundo del estómago	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
3. Me siento solo/a	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
4. Echo en falta cosas en mi vida que antes tenía y ahora no tengo	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
5. Siento que no tengo a nadie con quién conversar	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
6. Me quiero morir	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
7. Pienso en quitarme la vida	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
8. Me falta cariño de los demás	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
9. He perdido la motivación por las cosas	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca

10. Siento que he perdido mi propia identidad	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
11. Soy feliz	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
12. Siento alegría por las cosas	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
13. No tengo ninguna meta en la vida	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
14. Nada me llena	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
15. Me siento distinto a los demás	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
16. Me siento útil	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
17. Me siento capaz de tener una vida normal	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
18. No tengo deseo de comunicarme	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
19. Siento que la vida no vale la pena	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
20. El tiempo pasa muy despacio	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
21. Me siento vulnerable	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
22. Siento que no sé quién soy	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
23. Siento que no sirvo para nada	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
24. Siento que nadie me quiere	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
25. Siento que no tengo nada de valor que ofrecer a otras personas	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
26. Me siento perdido/a	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
27. Tengo metas para el futuro	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
28. Siento que mi vida no tiene sentido	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
29. No sé qué hago en el mundo	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
30. Me siento inferior a los demás	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
31. Los demás me aceptan tal y como soy	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
32. Me siento obligado/a a vivir	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
33. No siento nada	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
34. Siento que no tengo nada por dentro	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
35. Me siento hueco/a	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca

36. Cuando me preguntan sobre mí, no sé qué responder	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
37. Me siento muerto/a por dentro	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
38. No espero nada de la vida	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
39. Siento que no sé cómo soy	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
40. Siento que no sé hacia dónde voy	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
41. Los demás disfrutan más de la vida que yo	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca
42. Soy capaz de sentir los sentimientos de los demás.	___ Siempre	___ Casi siempre	___ Algunas veces	___ Casi nunca	___ Nunca