

6

El trastorno límite de la personalidad

Vicente E. Caballo, Ana Gracia, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista
Universidad de Granada (España)

6.1. Introducción

“Fuego y hielo”. Así caracterizan algunos autores al estilo límite de la personalidad. Los sujetos con este patrón de comportamiento viven todas las situaciones con la mayor intensidad. Tan pronto están en el cielo como pueden estar minutos después en el infierno. Tan pronto están adorando a su pareja como al minuto la están odiando. La inestabilidad de sus emociones y la intensidad de las mismas describen a grandes rasgos al estilo límite. Sus reacciones explosivas no tienen mucho que ver con los estímulos ambientales desencadenantes. A veces cosas triviales (para los demás, que no para ellos) provocan grandes explosiones de ira que la persona límite no es capaz de controlar. Luego, al recordar la situación, se sienten mal y se arrepienten. Pero ese descontrol de las emociones y el arrepentimiento posterior volverá a pasar una y otra vez. Además, el estilo límite necesita de las emociones para sentirse vivo. Necesita sentirse enamorado, querido, necesita sentir la vida, sentir el sol cuando amanece y la luna cuando anochece. Suelen ser desinhibidos, animosos, alegres, al menos cuando están en un estado emocional positivo. Suelen demostrar lo que sienten y parece que frecuentemente están sintiendo emociones. Hacen las cosas de corazón, aunque frecuentemente exigen que los demás se comporten de la misma manera.

El estilo límite, aunque a veces puede acabar con la paciencia de las personas cercanas (familia, pareja, amigos), también puede ser la alegría de la casa o la energía de la pareja. Sin embargo, cuando en vez de estilo hablamos ya de trastorno, las cosas se complican considerablemente. Todo lo que hemos visto anteriormente se vuelve aún más extremo. El comportamiento se vuelve verdaderamente problemático tanto para el sujeto mismo como para su entorno, apareciendo los comportamientos autolesivos e incluso, en algunos individuos, intentos de suicidio. La personalidad límite se encuentra hoy día en primera página en el área de la salud mental y aparece cada vez de forma más frecuente en los centros clínicos. No obstante, este protagonismo actual del tipo límite de personalidad no se ve acompañado por avances significativos tanto en la evaluación como en el tratamiento del mismo.

6.2. Revisión histórica

Antes de adentrarnos en los inicios y la evolución de este trastorno es conveniente señalar dos aspectos. El primero de ellos se refiere a la amplia bibliografía existente sobre síndromes que, aunque no son denominados “límite”, presentan características clínicas similares. Y el segundo es la enorme cantidad de términos y desacuerdos en cuanto a los atributos fundamentales del síndrome (Perry y Klerman, 1978), por lo que será considerado de modo diferente según nos situemos desde el punto de vista de los teóricos psicoanalistas (configurado dentro, y a medio camino, de la personalidad neurótica/psicótica), las orientaciones biológicas (englobado en los trastornos afectivos), las perspectivas cognitivas y culturales, etc.

Remontándonos a tiempos de Homero, Hipócrates y Areteo, aparecen escritos donde se describía la ira impulsiva, la manía y la melancolía, señalando que estos hechizos eran oscilantes y que las personalidades estaban sujetas a ellos. Pero fue Bonet en 1684 quien unió la impulsividad y los estados de ánimo inestables en un síndrome que él denominó la “folie maniaco-melancolique”. Posteriormente, y ya en el siglo XIX, Baillager y Falret observaron a un grupo de pacientes que mostraban un curso depresivo, interrumpido intermitentemente por períodos de irritabilidad, cólera, euforia y normalidad, que bien podría asemejarse al trastorno límite de personalidad. Pero quizá sea Kraepelin (1921), acuñando el término de “personalidad excitable”, quien se acercó más a los síntomas de lo que hoy día conocemos como trastorno límite de personalidad, refiriéndose a un tipo de personalidad paralela a ésta, que se hace patente en el siguiente texto (Millon y Davis, 1998):

Los pacientes manifiestan desde la juventud fluctuaciones extraordinarias en su equilibrio emocional, afectándoles excesivamente todas las experiencias, con frecuencia de un modo poco agradable...

...y en las ocasiones más triviales, manifiestan explosiones de ira.

El estado de ánimo está sujeto a cambios frecuentes... son períodos que se intercalan, en los que el paciente puede sentirse irritable y malhumorado, quizá triste, ansioso; llora sin causa, expresa ideación suicida, quejas hipocondríacas, no se levanta de la cama...

Es difícil que mantengan sus esfuerzos de un modo constante.

A consecuencia de su irritabilidad y sus estados de ánimo variables, su vida se ve sujeta a los incidentes más variopintos que les llevan a huidas inesperadas, viajes, o a encerrarse en sí mismos (pp. 130-131).

Del mismo modo, Schneider (1923-1950) denominó a la personalidad de los individuos que exhibían este tipo de síntomas “personalidad lábil”, caracterizada por cambios rápidos y súbitos del estado de ánimo, con una tendencia constitucional hacia las reacciones esporádicas de irritabilidad. Igualmente, Kretschmer (1925, citado en Millon, 1998) considera que se trata de un temperamento mixto cicloide-esquizoide (melancolía agitada, actitud hostil e hipocondríaca, nerviosismo, respuesta afectiva insuficiente). Por su parte, Reich (1925, citado en Millon y Davis, 1998) clasificó a estas personas co-

mo sujetos que manifiestan una predominancia de agresión infantil, un narcisismo primitivo y con graves alteraciones del superyó. Sin embargo, dentro de la escuela psicoanalítica, se debió a Adolf Stern (1938) la designación de “el grupo límite de las neurosis”. Desde entonces, se han ido realizando diversas conceptualizaciones del término, que podríamos resumir, básicamente, en seis. La *primera* está basada en el trabajo de Kernberg (1975), empleando el término “límite” para describir la mayoría de las formas serias del carácter patológico. La *segunda* surgió en los años sesenta y setenta, centrada en la tendencia de los pacientes límite a tener experiencias transitorias psicóticas. Desde esta perspectiva se creyó que el trastorno límite pertenecía al espectro de los trastornos esquizofrénicos (Wender, 1977; Zanarini *et al.*, 1997). La tercera agrupó muchas de las investigaciones empíricas durante los años ochenta, enfatizó la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límite, lo que llevó a pensar que se trataba de un trastorno afectivo (Akiskal, 1981; Stone, 1980; Zanarini *et al.*, 1997).

La *cuarta* definición se refleja en la obra de Gunderson (1984), en donde el término “límite” describe una forma específica del trastorno de personalidad que puede ser distinguida de un número sustancial de otros trastornos del Eje II. De este modo, se diagnostica al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos, proponiéndose, así, las siguientes características distintivas: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Zanarini y Frankenburg, 1994; Millon y Davis, 1998).

Las conceptualizaciones *quinta* y *sexta* sobre la psicopatología límite han surgido durante los años noventa. Zanarini (1993) piensa que es más correcto concebir el trastorno límite dentro de los trastornos de los impulsos (por ejemplo, similar a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, con el trastorno antisocial de la personalidad y, quizás, con los trastornos de la alimentación). Desde esta posición, el trastorno límite no sería una forma atenuada o atípica de uno de estos trastornos del impulso, sino que se trataría de una forma específica de trastorno de personalidad pero que aparece junto con otros trastornos del control de impulsos (Zanarini y Frankenburg 1997). En la misma línea, Herman y van der Kolk (1987) sugieren que se trata de una variación crónica del trastorno postraumático, relacionado con problemas disociativos, incluyendo el trastorno disociativo de identidad.

Ahora bien, a pesar de las numerosas caracterizaciones, la validez del “trastorno límite de la personalidad” se encuentra hoy día generalmente aceptada, mientras que otros aspectos, como su etiología o tratamiento, están aún en un proceso de investigación y experimentación.

6.3. Sobre la denominación del trastorno límite de la personalidad

El uso del término “límite” como designación para un síndrome formal ha ocasionado polémica, puesto que, en un sentido lingüístico, el término “límite” transmite claramente un nivel moderado de gravedad o un grado intermedio del funcionamiento de la personali-

dad (Millon, 1969) o de la organización estructural (Kernberg, 1970). No comunica, de modo alguno, un patrón comportamental que describa unas características distintivas de otros trastornos de la personalidad (Perry y Klerman, 1978). A través de los años, se han ido proponiendo otros términos para representar a toda una constelación de rasgos sindrómicamente distintivos, como son: *personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad, trastorno lábil de la personalidad, etc.*

El concepto "límite" solía utilizarse para aquellas ocasiones en las que el clínico no estaba seguro de qué diagnóstico podía dar al paciente. Este uso proviene de la falsa creencia de que los pacientes debían estar situados en uno de los polos de la dicotomía entre neurosis (ligeramente enfermos) y psicosis (muy enfermos). Esta problemática ha suscitado numerosos debates durante un largo período de tiempo y no ha hecho más que retrasar la delimitación del trastorno límite de personalidad. Otro aspecto problemático que se debe tener en cuenta hace referencia a las características clínicas, ya que el trastorno límite de la personalidad, con frecuencia, se asemeja notablemente a un trastorno del estado de ánimo de tipo ciclotímico. Esta puntualización lleva a numerosos autores a considerar el trastorno límite como una entidad perteneciente al espectro de los trastornos del estado de ánimo.

No obstante, el término "límite" se ha mantenido, aunque se ha reforzado la noción de que se trata de una entidad diagnóstica específica, que describe un nivel avanzado de disfunción. Actualmente, la categoría límite no debería ser empleada como cajón de sastre para los casos de indecisión clínica o diagnóstica; más bien debería considerarse como un patrón de comportamiento y funcionamiento alterado de forma estable y duradera, ubicado en algún punto del continuo donde reside la inestabilidad junto a la búsqueda incesante de aceptación y aprobación, configurándose, de este modo, un único trastorno "límite estructuralmente defectuoso" (Millon y Davis, 1998).

6.4. Estilo límite de personalidad: El tipo inestable

La vida para el estilo límite es concebida como una supernova de emociones extremas. Todas las acciones que llevan a cabo las hacen con una intensidad ferviente. Su incesante búsqueda de nuevas experiencias convierten a estas personas en cazadores de emociones límite, con la finalidad de ocupar el vacío existencial que les ahoga. Ningún otro tipo de personalidad vive tan impetuosamente como el estilo límite, ni es capaz de resistir sus fluctuaciones emocionales resultado de sus vivencias. Así, de entre las características más distintivas de este estilo de personalidad podemos apuntar las siguientes (Oldham y Morris, 1995):

- Necesitan estar vinculados sentimentalmente a alguien de forma intensa.
- Sus relaciones se rigen por la pasión; para ellos nada es superfluo, y siguen la ley del "todo o nada".
- En el terreno emocional lo entregan todo de forma activa y esperan ser correspondidos del mismo modo.

- Son personas espontáneas a las que no les amedrenta nada; buscadores de riesgo y poseedores de un significado diferente de la diversión, concebida como sin límites.
- Una de sus principales características es su tremenda actividad y creatividad, así como su capacidad de inducción sobre los demás debido a su gran iniciativa.
- Su gran curiosidad les hace poseedores de una inquietud por lo desconocido que les lleva a embarcarse en el conocimiento de nuevas culturas y filosofías de vida.

El estilo de personalidad límite podría definirse como el antagonismo fuego-hielo según palabras de Morris y Oldham (1995). Y esto es así porque las dicotomías son una constante en todos los ámbitos de vida de los límite. Las personas con este estilo de personalidad pueden amar como el que más y odiar como el que más, también. Es por ello que sus relaciones emocionales suelen fluctuar y ser efímeras. Al comienzo de una relación, sea de tipo amorosa, amistosa o familiar, se entregan por completo; sin embargo, a medida que se van avanzando en ésta, las cosas no son lo que pudieran parecer en un principio. El límite va acortando distancias con la otra persona, hasta tal punto que llega a asfixiarla. Pretenden llenar su mundo con el del otro. El mundo hay que verlo desde su propio prisma; si no es así abandonan rápidamente los lazos afectivos.

Las relaciones prolongadas pueden resultar harto difíciles con un límite. Al igual que ellos entregan su alma, se creen merecedores de tal ofrenda para sí por parte de los demás; hasta tal punto que cualquier pequeña desviación de lo que ellos consideran “perfecto” puede costar una gran disputa y la ruptura con la pareja. Unido a esto, su incesante búsqueda de placer y emociones hace que constantemente disfruten del momento, lo que les impide, en la mayoría de los casos, programar planes de futuro en cualquier ámbito de sus vidas. Los grandes atracones de comida, el derroche de grandes sumas de dinero y su acelerada vida en general, pudieran quedar explicadas por esta particularidad de los límite.

Experimentan las emociones cual volcán en erupción y son capaces de pasar del llanto a la risa por motivos que para el resto del mundo pudieran resultar superfluos. Del mismo modo “sienten más” que el resto de estilos de personalidad, con todas las consecuencias. Cuanto más pronunciados sean los rasgos de límite más frecuentes serán los cambios de humor que experimenten. Sin embargo, son personas capaces de tener a su alrededor a mucha gente que les aprecia, si bien ellos no son capaces de detectar el cariño que les procesan, puesto que para ellos sólo existe una forma de amar y es “plenamente”. Por eso, necesitan continuamente demostraciones de afecto y, aún así, siempre encontrarán algo por lo que recriminar que no se les tiene estima. Su incesante búsqueda de identidad promueve que sean personas capaces de experimentar diferentes estilos de vida y regirse por diferentes filosofías en cortos períodos de tiempo, si esto les aporta la gratificación inmediata que necesitan.

Si tuviéramos que elegir un estilo de personalidad que pudiera resultar la pareja ideal para el tipo límite, éste sería el obsesivo-compulsivo, porque posee unas características “balanza” para el estilo límite, como son la sensatez, la responsabilidad y la firmeza. Sin embargo, la unión no sería del todo perfecta, puesto que el límite se cansaría pronto del tipo obsesivo-compulsivo (dependiendo de la más o menos intensa inclinación de aquél). No obstante, lo más común es que se sientan fuertemente atraídos por un tipo antisocial,

puesto que responden a su pasión desenfrenada, aunque sería una relación fugaz, ya que no se soportarían mutuamente, puesto que el antisocial no está dispuesto a responder a las continuas exigencias del inestable. El tipo paranoide puede resultarles atrayente debido a la sensación de desarraigo con el mundo. Por otro lado, el tipo esquizotípico podría resultarles grato por su polaridad y extremismo. Y, finalmente, de la unión con un tipo dependiente pudiera resultar una relación prolongada en el tiempo, que le dé alas para dar rienda suelta a su capacidad de posesión sobre la pareja.

- *Cómo relacionarse con un tipo límite*

Oldham y Morris (1995) apuntan unas pautas generales para tratar con este tipo de personalidad inestable y que no resulte del todo un fracaso. Así, aconsejan que una vez que el inestable le haya subido a las nubes y le haya hecho sentirse la persona más maravillosa del mundo, usted debe dejarse seducir, adular y encantar; relájese y disfrute del momento, puesto que pronto llegará el tiempo en el que al inestable, usted le parezca el ser más “mundano” y detestable que haya conocido. Debe estar preparado para la reconstrucción de su autoestima, puesto que se convertirá en el pan de cada día, si la relación persiste. Llegado a este punto, sería conveniente que la comunicación entre el inestable y su pareja sea fluida, puesto que es necesario recordarle continuamente que el mundo no es ni blanco ni negro, sino que hay gran variedad de colores, tantos como personas. Pedirle comprensión y tolerancia para con la pareja debería convertirse en la piedra angular de la relación, así como hacerle ver que es de suma importancia para la gente que le rodea que la acepte tal y como es.

Los constantes cambios de estado de ánimo pueden resultar imposibles de soportar. Sin embargo, la calma, la serenidad y la coherencia son las armas principales para combatir sus reacciones desmesuradas ante situaciones nimias. Estas herramientas, junto a grandes dosis de cariño, resultarán de gran utilidad para mantener esa relación tan apasionante que sólo un límite le puede ofrecer.

6.5. El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico

Los criterios que considera importantes el DSM- IV-TR (APA, 2000) para la inclusión en el diagnóstico de trastorno límite de personalidad son fundamentalmente un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en la afectividad, y una notable impulsividad. Del mismo modo, la CIE-10 (OMS, 1992) incluye un trastorno similar al límite pero denominado “*trastorno emocionalmente inestable de la personalidad*”. En este caso, la categoría está dividida en dos tipos que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la existencia de inestabilidad afectiva, poca capacidad para planificar las cosas y episodios de ira intensa y comportamientos explosivos.

A continuación, en el cuadro 6.1 se exponen tanto los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) como los del DSM-IV-TR (APA, 2000):

Cuadro 6.1. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y de la CIE-10 (OMS,1992) para el trastorno límite de la personalidad.

DSM-IV-TR	CIE-10 (trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad)
A) Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, tal como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: 1. Impulsividad en al menos dos áreas, que puede ser potencialmente peligrosa para el sujeto (p. ej., gastos, sexo, conducción temeraria, abuso de sustancias psicoactivas, atracones, etc.). 2. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla. 3. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo. 4. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. 5. Alteración de la identidad: imagen o sentido de sí mismo inestable de forma acusada y persistente. 6. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por alternar entre los extremos de idealización y devaluación. 7. Esfuerzos titánicos para evitar un abandono real o imaginario. 8. Amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación. 9. Sensaciones crónicas de vacío.	A) Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad. <i>Tipo impulsivo</i> B) Tienen que cumplirse al menos tres de los siguientes síntomas, de los cuales uno de ellos tiene que ser el 2. 1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias. 2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados. 3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. 4. Dificultades para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata. 5. Estado de ánimo inestable y caprichoso. Incluye: <i>Personalidad explosiva y agresiva</i> <i>Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad</i>. <i>Tipo límite</i> C) Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el anterior criterio B, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes síntomas: 1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de uno mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales). 2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales. 3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados. 4. Reiteradas amenazas o actos de agresión hacia uno mismo. 5. Sensaciones crónicas de vacío. Incluye: <i>Personalidad límite</i> <i>Trastorno límite de la personalidad</i>

Como podemos observar en el cuadro 6.1, tanto el DSM IV-TR como la CIE-10 coinciden básicamente en describirlo como un trastorno de la personalidad donde su eje central es la inestabilidad en varios ámbitos. El DSM-IV-TR añade algunos criterios que hacen referencia a la crónica sensación de vacío, las ideas paranoides transitorias reactivas a situaciones estresantes y los continuos esfuerzos para evitar el abandono, ya sea éste, real o percibido. Del mismo modo, la CIE 10 recoge el criterio referido a la mínima capacidad de planificación, ítem que no queda reflejado explícitamente en el DSM IV-TR.

6.6. Características clínicas

A la hora de ofrecer unas características relativamente consensuadas, surgen numerosos problemas para el trastorno límite de la personalidad (TLP). Sin embargo, no por ello han disminuido los estudios que afrontan tan ardua tarea y así contamos con una amplia bibliografía al respecto.

Puesto que los pacientes límite manifiestan una variedad inusualmente amplia de síntomas clínicos, citaremos, en primer lugar, algunos aspectos generales sobre los que han surgido cierta polémica y, posteriormente, enumeraremos las características principales y más comunes, agrupadas bajo tres dimensiones: conductual, cognitiva y emocional.

Como se ha comprobado en algunos estudios (Shearer, 1994), los sujetos con un TLP suelen presentar un elevado número de experiencias disociativas, informando sobre experiencias traumáticas y sus síntomas postraumáticos, una falta de control comportamental, numerosas conductas autolesivas y un abuso en el consumo de alcohol. De modo que las experiencias de aprendizaje tempranas toman gran importancia, pudiendo mostrar características semejantes al trastorno de estrés postraumático.

Levine, Marziali y Hood (1997), preocupados por el impacto que pudiera ejercer el área emocional y afectiva, realizaron un estudio en el que evaluaban el procesamiento emocional y la regulación del afecto en un grupo de 30 sujetos diagnosticados con un TLP. La conclusión a la que llegaron es que dichos sujetos mostraban bajos niveles de conciencia emocional, poca capacidad para coordinar sentimientos de valencia mixta, baja precisión en reconocer expresiones faciales de emoción y respuestas más intensas a emociones negativas que los sujetos control. En respuesta a los resultados anteriores, Zanarini *et al.* (1998b) indicaron que los estados afectivos encontrados en estos pacientes no son específicos del trastorno límite, sino que, por el contrario, la mayoría de los aspectos más específicos son de carácter cognitivo, alterados por representaciones internas asociadas a eventos traumáticos en la infancia. De este modo, podrían explicarse, en gran medida, los elevados niveles de disforia que, según Zanarini, conformarían el aspecto crucial y discriminativo en los pacientes con un TLP.

Otro de los aspectos centrales se refiere a la impulsividad como característica estable y predictiva, tanto de los niveles de psicopatología límite como de la persistencia o transitoriedad del trastorno a lo largo de los años (Links, Heslegrave y van Reekum, 1999). Desde esta afirmación, algunos autores (p. ej., Zanarini, 1993; Zanarini, Kimble y Williams, 1994) sugieren conceptualizar al TLP como un trastorno específico del control

de los impulsos. El apoyo de dicho planteamiento se halla en los estudios de tipo metodológico y de historia familiar, en los que se ha demostrado una fuerte relación entre el TLP y ciertos trastornos de los impulsos, tales como los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, de la personalidad antisocial y de los trastornos de la alimentación.

Las características conductuales más distintivas del TLP se pueden encontrar en el cuadro 6.2, con especial énfasis en aquellas relacionadas con la interacción con otras personas. Su apasionante forma de amar les lleva a sentirse continuamente en una incansable búsqueda de demostración afectiva, que puede truncarse por situaciones que resulten insignificantes y pasen inadvertidas para los demás. Sin embargo, para ellos, que “están al acecho” de cualquier mínima circunstancia que les corrobore que van a ser abandonados, resultan de vital importancia. Dispensan una gran variedad de artimañas manipulativas para retener a las personas allegadas a su lado. Estas situaciones son las que desencadenarán fuertes ataques de ira e impulsividad, llegando incluso a las autolesiones, provocando el rechazo del otro y alimentando su sensación de vacío.

Cuadro 6.2. Aspectos conductuales característicos del TLP.

-
- Niveles elevados de inconsistencia e irregularidad, bastante impredecibles.
 - Patrones de apariencia cambiante y vacilante.
 - Niveles de energía inusuales provocados por explosiones inesperadas de impulsividad.
 - Provocan peleas y conflictos con frecuencia.
 - Comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio.
 - Conducta paradójica en sus relaciones interpersonales (a pesar de buscar la atención y el afecto, lo hacen de un modo contrario y manipulativo, suscitando el rechazo).
 - Relaciones interpersonales intensas y caóticas.
 - Excesivamente dependientes de los demás.
 - Adaptación social a nivel superficial.
 - Predisposición a dar paseos en solitario para “reflexionar”.
 - Comportamientos frecuentes dirigidos a protegerse de la separación.
 - Frecuentes chantajes emocionales y actos de irresponsabilidad (suicidio, juego patológico, abuso de sustancias psicoactivas, grandes atracones de comida).
-

Los aspectos cognitivos del TLP reflejan claramente el torbellino emocional que resulta de su mundo interno. Llegan a sufrir estados paranoides reactivos a situaciones que pudieran resultarles estresantes, como son la predicción del abandono por parte de las personas significativas en su vida o las críticas dirigidas a su comportamiento o a su forma de ver las cosas. La sensación de falta de una identidad estable les hace pasar momentos realmente angustiosos de ansiedad, miedo e incluso depresión, que les llevan a comportarse de un modo hostil y con una ira descontrolada. La introspección les lleva a estados de abatimiento y apatía y la frase “soy una persona mala” se repite en sus cabezas una y otra vez. Las autocríticas y los autorreproches se apoderan de ellos, llegando a hacerles sentir como personas realmente despreciables y valedoras del abandono de sus seres queridos, convirtiéndose en un círculo vicioso del que creen no poseer el control para evitarlo.

Cuadro 6.3. Aspectos cognitivos característicos del TLP.

-
- Pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia los demás e incluso hacia sí mismo.
 - Falta de propósitos para estabilizar sus actitudes o emociones.
 - Incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento.
 - Dificultades para aprender de experiencias pasadas.
 - Carecen de un sentido estable de quiénes son.
 - Imágenes de uno mismo inestables y extremas.
 - Sensaciones crónicas de vacío.
 - Pensamientos anticipatorios de abandono.
 - Valores, elección de carrera y objetivos a largo plazo inestables.
 - Temor excesivo a que les desprecien.
 - Sentimiento aterrador acerca de la soledad, no soportan estar solos.
 - Pensamientos dicotómicos en sus relaciones interpersonales: o es muy bueno o es muy malo.
 - Percepción de las personas importantes del entorno que fluctúa con rapidez desde la idealización hasta la devaluación.
 - Menor capacidad para procesar la información debido a sus problemas para centrar la atención y la pérdida consecuente de datos relevantes.
 - Locus de control externo, culpando a los demás cuando las cosas van mal.
 - Frecuentes autorreproches, autocastigos y autocríticas.
 - Pensamiento rígido, inflexible, impulsivo.
 - Baja tolerancia a la frustración.
 - Se aburren fácilmente.
 - Constante predicción del abandono por parte de alguien querido, llevándoles a manifestar ansiedad, culpa, depresión y hostilidad.
 - Suelen regresar a etapas anteriores del desarrollo cuando se ven en situaciones estresantes (los niveles de tolerancia a la ansiedad, el control de impulsos y la adaptación social se vuelven inmaduros).
 - Pueden tener episodios micropsicóticos cuando están en situaciones de gran estrés.
 - Presencia de ideación paranoide transitoria, despersonalización, desrealización o síntomas dissociativos en situaciones de estrés.
-

Del mismo modo, el TLP presenta una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de una serie de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 6.4.

Podemos entender, llegados a este punto, que el TLP muestre unas características emocionales muy polarizadas. Así, el mundo emocional del individuo con un TLP puede desbordarse muy fácilmente. Su inestabilidad afectiva le lleva a experimentar, tal y como podemos observar en el cuadro 6.5, reacciones constantes de ira inapropiada y de falta de control de impulsos, por un lado, y profundos sentimientos de abatimiento, apatía, vergüenza y culpabilidad, por otro. Será difícil predecir qué emoción y cuánto durará un determinado estado de ánimo en estas personas. Aunque pudieran vislumbrarse con un trato continuado, de seguro que no dejarán de sorprender.

En el cuadro 6.6 se pueden ver algunos aspectos fisiológicos y médicos derivados del comportamiento límite. La seriedad de estas situaciones dependerá, en gran medida, del nivel de gravedad del trastorno.

Cuadro 6.4. Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TLP.

<i>Pensamientos automáticos</i>	<i>Distorsiones cognitivas</i>	<i>Esquemas</i>
"Finalmente me abandonarán."	Adivinación del futuro	Infravaloración
"Mi dolor (psíquico) es tan intenso que no puedo soportarlo."	Catastrofismo	Autocontrol insuficiente
"Mis sentimientos me abruma."	Razonamiento emocional	Autocontrol insuficiente
"El/ella es tan bueno/a que tengo mucha suerte (o al revés), él/ella es tan malo/a que no puedo soportarlo."	Pensamiento dicotómico	Inestabilidad emocional
"Cuando me siento abrumado/a, tengo que escapar (por la huida o el suicidio)."	Razonamiento emocional Baja tolerancia a la frustración	Autocontrol insuficiente
"Siempre estaré solo."	Pensamiento dicotómico Adivinación del futuro	Infravaloración
"Soy malo, merezco el castigo."	Condena	Culpabilidad
"No soy capaz de controlarme."	Falacia de control	Infravaloración Autocontrol insuficiente
"Tengo que protegerme de la gente porque me harán daño."	Adivinación del pensamiento	Vulnerabilidad al dolor
"Si me conocieran realmente no estarían conmigo."	Adivinación del pensamiento	Infravaloración

Cuadro 6.5. Aspectos emocionales característicos del TLP.

- Pueden experimentar una activación emocional extra elevada, siendo muy sensibles a los estímulos emocionales negativos.
- Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo.
- Emociones contradictorias.
- Los estados de ánimo contrarios y su equilibrio emocional se hallan constantemente en un tira y afloja.
- Ira intensa, inapropiada y fácilmente desencadenada que implica una pérdida de control emocional, especialmente cuando se sienten frustrados o decepcionados.
- Cuando pierden el control muestran agitación y excitación física.
- Su estado de ánimo no concuerda con la realidad.
- Sentimientos de vacío o aburrimiento.
- Intenso sentimiento de vergüenza, odio e ira dirigida a sí mismos.
- Tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas, especialmente las asociadas con dolor y pérdidas, incluyendo tristeza, culpabilidad, vergüenza, ansiedad o pánico.

Cuadro 6.6. Aspectos fisiológicos y médicos del TLP.

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

Cuadro 6.7. Posible impacto sobre el entorno.

- Conflictos frecuentes de pareja.
- Problemas en la escuela o en el trabajo por sus crisis emocionales.
- Frecuentes pérdidas de trabajo, abandonos de los estudios, rupturas matrimoniales.
- Internamiento por sus automutilaciones o intentos de suicidio.
- Relaciones interpersonales agitadas.

En el cuadro 6.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad límite puede producir habitualmente sobre su entorno, tanto el más cercano, familia, amigos, pareja, trabajo, como otros lugares en los que se encuentra implicado con menor frecuencia.

El cuadro 6.8 muestra una síntesis de aquellas características más relevantes acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con TLP.

Cuadro 6.8. Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TLP.

Visión de uno mismo

- Inestable, desvalido, dependiente, vacío.
- La autoestima depende de la emoción que sientan.

Visión de los demás

- Fuertes, protectores, sospechosos (o todo lo contrario).
- Crueles, perseguidores (o todo lo contrario).

Estrategia principal

- Adopta el papel opuesto, manipula, discute, se autolesiona.
- Ataques de ira, se mueve a impulsos.

6.7. Epidemiología y curso

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), el TLP afecta alrededor de un 2% de la población general, un 10% en individuos que acuden a centros ambulatorios de salud mental y un 20% entre pacientes psiquiátricos ingresados. La prevalencia entre la población clínica con trastornos de personalidad se encuentra entre el 30 y el 60%. Widiger y Sanderson (1997) ofrecen cifras que van del 2% en la población general al 8-15% en la población clínica. Es más fácil encontrar el TLP entre personas que buscan ayuda por consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación y trastornos depresivos (O'Connor y Dyce, 2001). Con respecto a la distribución por sexo, parece que el TLP se diagnostica más frecuentemente en mujeres (aproximadamente el 75% de los casos) que en hombres (APA, 2000). Aproximadamente, del 8 al 10% de los sujetos con un TLP consumen el suicidio y los actos de automutilación y las amenazas e intentos suicidas son bastante frecuentes (Paris, 1993a; Nehls, 1999).

El patrón familiar que se observa en el TLP es cinco veces más frecuente en familiares de primer rango de quienes tienen el trastorno que en la población general (DSM IV-TR, 2000). Las características y el contexto de la vida en las grandes ciudades pueden favorecer comportamientos de impulsividad, ira y descontrol similares a los que acontecen en el TLP. Se debe evaluar estos comportamientos de forma más exhaustiva en el caso particular de las mujeres, por los cambios acontecidos en las últimas décadas en cuanto a exigencias sociales y nuevas expectativas (Paris, 1991; Peters, 1988).

El patrón habitual del curso del trastorno comienza con una inestabilidad crónica al principio de la edad adulta, seguido por episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo, uso muy frecuente de recursos de salud mental y general. Pero el deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con el paso del tiempo. No obstante, el pronóstico a largo plazo (salvando lo acontecido) es favorable, ya que durante la cuarta o quinta década de la vida logran una mayor estabilidad en sus relaciones y en su actividad profesional.

6.8. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Los sujetos con un TLP pueden manifestar un patrón de boicoteo hacia sí mismos en el momento en que van a alcanzar un objetivo (p. ej., abandonar la universidad justo antes de licenciarse, terminar con una relación justo cuando comienza a ir bien). Algunos individuos pueden desarrollar síntomas casi psicóticos (p. ej., alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, etc.) durante épocas de estrés (APA, 2000).

Numerosos trastornos del Eje I pueden darse conjuntamente con el TLP, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación, trastornos del control de impulsos, trastornos por déficit de atención y trastorno por estrés posttraumático. La comorbilidad del TLP con los trastornos del estado de ánimo es amplia y problemática, en parte debido a la sintomatología que se solapa (Widiger y Trull, 1993). Estos autores, en una revisión de toda una serie de estudios, encontraron que una media

del 32% de los pacientes con un TLP tenía depresión mayor, el 17% distimia, el 5% ciclotimia y el 4% trastorno bipolar. Algunos sujetos con un TLP pueden llegar a sufrir un trastorno esquizoafectivo y, desde luego, el trastorno se ha relacionado muy frecuentemente con síndromes por abuso de sustancias psicoactivas, como el alcohol, la cocaína, el *speed* y el *crack*, ya que algo muy denotativo de los TLP es su afán por experimentar formas variadas de realidad en busca de su propia identidad.

El TLP también se solapa ampliamente con otros trastornos del Eje I, siendo pocos los sujetos límite que no tienen el diagnóstico de otro trastorno de la personalidad. La concurrencia es especialmente importante para los trastornos histriónico, dependiente, antisocial y esquizotípico y, en menor medida, para el narcisista, el evitativo, el pasivo-agresivo y el paranoide (Widiger y Trull, 1993).

Dados los numerosos trastornos del Eje I y del Eje II que pueden darse junto con el TLP es necesario establecer un diagnóstico diferencial. En primer lugar se encuentra la diferenciación con los trastornos del estado de ánimo. Una importante diferencia entre ambos reside en la historia del desarrollo de la perturbación: los trastornos del estado de ánimo suelen tener un inicio brusco. Otra distinción se refiere a que en estos trastornos suele haber estímulos desencadenantes externos mientras que las perturbaciones del TLP parecen depender de déficit internos, sin mucha concordancia con eventos ambientales. Además, los síntomas de los trastornos del estado de ánimo son más egodistónicos que los del TLP.

Turner (1996) hace unas puntualizaciones que pudieran ayudar a realizar las distinciones entre la esquizofrenia límite y el TLP con períodos breves psicóticos. La esquizofrenia límite se caracteriza por las relaciones socialmente torpes y distantes, mientras que el TLP se distingue por las relaciones con cargas afectivas y necesitadas. En aquellas ocasiones en las que los cambios de personalidad surgen y persisten después de que el sujeto haya estado expuesto a un estrés extremo, sería conveniente considerar la posibilidad de trastorno por estrés postraumático, ya que suele ser muy frecuente, tal y como veremos más adelante la concurrencia con abusos sexuales y malos tratos durante la infancia.

Con respecto al diagnóstico diferencial de los trastornos del Eje II hay algunos de estos trastornos con síntomas que pueden confundirse con los del TLP. Así, aunque el trastorno histriónico de la personalidad se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulador y las emociones que cambian con rapidez, el TLP se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad. Las ideas paranoides pueden darse tanto en el TLP como en el trastorno esquizotípico de la personalidad, pero en el TLP esos síntomas son más pasajeros y aparecen en respuesta a situaciones estresantes. Aunque el trastorno paranoide y el trastorno narcisista de la personalidad pueden caracterizarse por una reacción airada antes estímulos triviales, la relativa estabilidad de la autoimagen, así como la ausencia de aspectos autodestructivos, de impulsividad y de preocupaciones por el abandono los diferencian del TLP. Con respecto al trastorno antisocial de la personalidad tienen en común el comportamiento manipulador, pero las razones del TLP consisten en lograr el interés de quienes se ocupan de él mientras que en el trastorno antisocial de la personalidad es más para obtener beneficio material. Tan-

to el trastorno de la personalidad por dependencia como el TLP temen de forma notable el abandono, pero este último reacciona con sentimientos de vacío emocional, rabia y exigencias, mientras que el trastorno de la personalidad por dependencia reacciona con un aumento de la sumisión y la búsqueda urgente de una nueva relación que reemplace la anterior (APA, 2000).

6.9. Etiología

Los primeros intentos de explicar el desarrollo del TLP provinieron de la comunidad psicoanalítica, cuyas formulaciones más notables pusieron el énfasis en tres aspectos: 1) el papel de la “separación-individuación” y la ambivalencia que ello creaba; 2) una concepción de “insuficiencia” donde la clave era la presencia muy deficiente de la madre; y 3) abusos durante los años de formación del niño. Hoy día siguen manteniéndose algunas de las hipótesis propuestas por entonces, aunque con matices diferentes. Son muchas las teorías que resaltan el papel de los abusos sexuales o la ausencia de roles en la infancia, entre otros, en un posterior desarrollo del trastorno.

En los últimos años se viene realizando un amplio número de estudios con el fin de identificar marcadores de riesgo o de vulnerabilidad en el desarrollo del TLP. Los factores etiológicos propuestos se pueden sintetizar en seis grupos; tres corresponderían a una naturaleza medioambiental: 1) separaciones en la infancia, 2) compromiso o implicaciones parentales alteradas, y 3) experiencias de abuso infantil; los otros tres tendrían que ver más con una naturaleza constitucional: 1) temperamento vulnerable, 2) tendencia familiar a padecer ciertos trastornos psiquiátricos, y 3) formas sutiles de disfunción neurológica y/o bioquímica (Zanarini *et al.*, 1997).

Las investigaciones centradas en los grupos propuestos de naturaleza medioambiental ofrecen los siguientes datos:

1. *Separación o pérdida parental*: entre un 37% y un 64% de los pacientes límite informan haber vivido importantes separaciones o pérdidas en la infancia, lo cual, además de ser un aspecto común entre los sujetos con un TLP, parece también ser útil como factor discriminativo con los pacientes psicóticos, con los que presentan trastornos afectivos o con el resto de los trastornos de la personalidad. Esta experiencia de abandono o pérdida resulta un factor, por lo demás, específico del TLP si se considera que son muchos los factores ambientales inespecíficos que se vienen asociando a este trastorno durante la infancia y desarrollo del individuo.
2. *Implicación parental alterada*: los pacientes con un TLP normalmente perciben la relación con sus madres como altamente conflictiva, distante o sin ningún compromiso o entrega afectiva. Sin embargo, la ausencia del padre o su falta de implicación es un aspecto incluso más decisivo que los problemas que pueda tener el niño con su madre. Por otro lado, el hecho de no mantener relaciones adecuadas con ninguno de los padres, es un factor más específico y patogénico para el trastorno que tener enfrentamientos con uno solo. Parece algo general que el pa-

ciente límite provenga de una familia que está desorganizada, desestructurada, que no le sirve de apoyo y le perjudica. Éste es un ambiente que con gran probabilidad amplificaría los estilos impulsivos y afectivamente inestables de la personalidad.

3. *Abusos en la infancia*: tanto el abuso físico como el sexual en la infancia son relativamente comunes en pacientes diagnosticados con el trastorno límite. El estudio de Herman *et al.* (1989) mostró que el 81% de los pacientes con un TLP había sufrido un serio trauma infantil, de los que el 67% informaba de abusos sexuales, el 17% de abusos físicos y el 62% había observado violencia doméstica. Confirmando estos hallazgos, van der Kolk, Perry y Herman (1991) informaron que el 77% de los pacientes con un TLP que había tenido un reciente intento de suicidio padecieron historias de abuso físico y el 79% de los pacientes que se lastimaban tenía una historia de abuso sexual infantil. Zanarini *et al.* (1997) llevaron a cabo un amplio estudio en el que participaron 467 individuos diagnosticados con algún trastorno de la personalidad. Tras ser evaluados, se obtuvieron los siguientes datos: un total de 358 sujetos se clasificaron dentro del TLP, de los cuales un 91% fue víctima de abusos y un 92% informó de haber sido abandonado o de sufrir otras experiencias negligentes antes de los 18 años. Además, los sujetos límite manifestaron en mayor proporción que el resto haber sido objeto de abuso emocional y físico por parte de los propios padres o cuidadores y de abuso sexual por personas ajenas.

Respecto a los grupos derivados de una naturaleza más constitucional nos encontramos con los siguientes planteamientos:

a) *Historia familiar de trastornos psiquiátricos*: a pesar de que la mayoría de los estudios varían considerablemente en su metodología, todos ellos indican poca o nula relación entre el TLP y la esquizofrenia y/o el trastorno esquizotípico de la personalidad. Pero quizá lo más importante es que se ha hallado que el trastorno es significativamente más común entre los familiares de pacientes límite que entre los individuos control. Como es obvio, sólo los estudios donde se incluyan hermanos gemelos o adoptados podrán señalar cualquier herencia genética. Así, los resultados mencionados pudieran estar indicando la presión o el papel que desempeña criarse en un ambiente con individuos con trastornos psiquiátricos más que la tendencia biológica subyacente a desarrollar cualquiera de los trastornos. Se ha señalado que los padres comparten muchos de sus rasgos problemáticos con los hijos, especialmente la impulsividad y la inestabilidad afectiva. Así, es más probable que los padres que están deprimidos, que abusan de drogas o que padecen también trastornos impulsivos de la personalidad traumatizan y/o descuiden a sus hijos.

b) *Aspectos temperamentales*: según estudios recientes, el TLP estaría asociado con un temperamento caracterizado por un alto grado de neuroticismo (p. ej., sufrimiento o inquietud emocional) y un bajo nivel de conformidad o armonía (p. ej., fuerte

individualidad). Además, el TLP es el único de los trastornos del Eje II que se asocia con un alto nivel tanto de la evitación del daño (p. ej., compulsividad) como de búsqueda de novedades (p. ej., impulsividad). Linehan (1993a) hipotetiza la existencia de una dimensión temperamental que denomina "falta de regulación emocional" como el factor predisponente del TLP.

c) *Disfunciones neurobiológicas y/o bioquímicas*: de un tiempo a esta parte, algunos autores propusieron que determinados sujetos con un TLP estaban respondiendo a un tipo de disfunción orgánica (Andrulonis *et al.*, 1981). Los datos arrojan cifras de que un 14% de los pacientes límite había sufrido traumatismo craneal, encefalitis o epilepsia, y que el 26% presentaba el trastorno por déficit de atención y/o dificultad en el aprendizaje; sin embargo, el interés en esta área desapareció hasta hace relativamente poco tiempo, cuando un estudio (van Reekum *et al.*, 1993) encontró que el 44% de una muestra, en su mayoría constituida por varones con TLP, tenía una historia de déficit en el desarrollo, y un 58% mostraba una lesión cerebral adquirida. No obstante, han surgido datos contradictorios al respecto (Zanarini *et al.*, 1994; Kimble *et al.*, 1996), de modo que los resultados provenientes de estudios electroencefalográficos han encontrado niveles superiores de anormalidades en el EEG de los pacientes límite comparados con los pacientes deprimidos (Cowdry *et al.*, 1985-1986) y, en otras ocasiones, no se han hallado diferencias entre pacientes con el TLP y pacientes controles del Eje II (Cornelius *et al.*, 1986; Zanarini *et al.*, 1994). Igualmente, con respecto a los estudios con neuroimágenes, siguen apareciendo datos contradictorios, ya que no permiten distinguir entre pacientes límite y sujetos normales o con otros trastornos del Eje II (Lucas *et al.*, 1989; Zanarini *et al.*, 1994).

Hasta ahora apenas existen estudios que hallan evaluado los resultados de las exploraciones neurológicas en pacientes con el TLP; sin embargo, cada vez más aumenta el consenso con respecto a la presencia de numerosos indicios de anormalidades neurológicas en comparación con sujetos control. Además, los resultados bioquímicos parecen estar de acuerdo en que los sujetos con un TLP manifiestan una actividad serotoninérgica disminuida (Coccaro, 1998; Hollander *et al.*, 1994); por tanto, dicho déficit sería responsable, en parte, de los problemas de impulsividad en estos pacientes.

Son muchas las teorías que continúan proponiendo vías alternativas con el fin de desenmascarar los caminos a través de los cuales se desarrollaría un TLP. Aunque la mayoría, en general, destacan como factores fundamentales los seis grupos arriba mencionados, difieren en el papel otorgado a cada uno, en la organización y/o en las relaciones entre cada uno de ellos.

Diveros autores (Zanarini *et al.*, 1994; Zanarini *et al.*, 1997) sugieren que cualquier modelo debería ser de naturaleza multifactorial, vista la complejidad de la psicopatología límite, con lo cual plantean la sintomatología y sus manifestaciones comórbidas como el final y el producto de un conjunto complejo de temperamento innato, experiencias difíciles durante la infancia, y formas relativamente sutiles de alteraciones neurológicas y bioquímicas, lo cual podría deberse a las secuelas de esas experiencias en la infancia o

a las vulnerabilidades innatas. Por tanto, tal vez podríamos hablar de varios subgrupos de pacientes con TLP, fruto de las diversas combinaciones y/o interacciones entre todos los factores de riesgo mencionados. Así, Hurt, Clarkin, Munroe-Blum y Marziali (1992) han identificado tres grupos de pacientes con TLP. Cada grupo está definido por un conjunto específico de criterios del TLP. El primer grupo se denomina el *Grupo de la Identidad*. Los criterios que definen al grupo de la Identidad incluyen la perturbación de la identidad, la intolerancia a estar solo y las sensaciones crónicas de vacío y aburrimiento. El segundo subgrupo del TLP se denomina el *Grupo del Afecto*. Los criterios que definen el grupo dos incluyen afecto inestable, relaciones interpersonales inestables e ira inapropiada. Al tercer subgrupo se le denomina el *Grupo Impulsivo*. Los principales criterios de finitorios del subgrupo Impulsivo son la conducta autolesiva y la impulsiva. Hurt *et al.* (1992) alegan que las estrategias de tratamiento serán diferentes para los distintos grupos de pacientes límite.

En resumen, la explicación del desarrollo del TLP podría tener en cuenta los siguientes aspectos. Los factores constitucionales pueden, y de hecho lo hacen, plantear el escenario para el desarrollo de este trastorno. Sin embargo, no hay solamente un único factor constitucional que predisponga a una persona a desarrollar un TLP. Los factores hereditarios, los factores constitucionales y los factores temperamentales funcionan de manera interactiva. Los factores ambientales tempranos, como la calidad de las experiencias de apego y de vinculación, pueden transaccionar con el niño para aumentar la probabilidad del desarrollo de un TLP. Posteriormente, factores ambientales duros, como el abuso sexual, el abuso físico o la patología familiar (p. ej., el abuso de las drogas y el alcohol), pueden tener su impacto sobre el sistema de desarrollo. Se mantiene una perturbación constante por medio de las interacciones transaccionales entre la persona y el ambiente. Los niveles de perturbación, o de salud, van evolucionando por medio de transacciones entre la persona y el ambiente. Los sujetos con un TLP actúan de formas desadaptativas porque así se lo exigen los ambientes desadaptativos; éstos se vuelven cada vez más perturbadores, porque la persona con un TLP presiona para ello. Desde esta perspectiva, la conducta desadaptativa manifestada por personas con un TLP se concibe como adaptativa a sus ambientes desadaptativos. Algunas investigaciones apoyan ya esta perspectiva. Por ejemplo, el estudio de van der Kolk, Perry y Herman (1991) sugiere que aunque el trauma infantil grave contribuye notablemente al inicio de algunas de las características del TLP (p. ej., conducta autodestructiva), es la carencia de apegos o vínculos de seguridad, o de un ambiente familiar estable, a lo largo de la niñez y de la adolescencia, lo que las mantiene. La investigación futura sobre la etiología del TLP, a partir de un modelo multideterminante, producirá con seguridad un panorama más coherente de la etiología de estos trastornos.

6.10. Evaluación

Para la realización del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se han utilizado entrevistas estructuradas y diferentes instrumentos de autoinforme, como el PDQ (*Personality Diagnostic Questionnaire-IV*, Hyler, 1994) o el MCMI (*Millon Clinical Multia-*

xial Inventory, Millon *et al.*, 1994), aunque arrojan una alta proporción de falsos positivos. Por tanto, aunque son considerados instrumentos de utilidad, no son suficientes para la correcta clasificación de pacientes individuales (Leichsenring, 1999).

Con el propósito de crear un instrumento de evaluación más fiable y válido, Leichsenring elabora el Inventario de Personalidad Límite (*Borderline Personality Inventory, BPI*; Leichsenring, 1999), basándose en la teoría estructural de la personalidad de Kernberg (1984), por lo que existirían tres niveles organizados: el neurótico, el límite y el psicótico. La personalidad límite se distinguiría de la neurótica por poseer una identidad difusa y un predominio de mecanismos primitivos de defensa, mientras que se distinguiría de la psicótica por el modo de evaluar la realidad, relativamente normal en los pacientes límite. El cuestionario consta de 53 ítems verdadero-falso y de una serie de escalas en las que se evalúa la identidad difusa, los mecanismos primitivos de defensa, la evaluación de la realidad, el miedo al compromiso, etc. Los datos respecto a la validez discriminante informan de un alto porcentaje de éxito en el diagnóstico de los pacientes. Los resultados en cuanto a la sensibilidad son de 0,85 a 0,89, y para la especificidad oscilan entre 0,78 y 0,89. En cuanto a la consistencia interna el alfa de Cronbach es de 0,68 a 0,91 y la fiabilidad test-retest de 0,73 a 0,89, no se encontraron altos niveles de falsos positivos ni de falsos negativos (Leichsenring, 1999). Otros cuestionarios que evalúan el trastorno límite son la Escala para el Trastorno Límite de la Personalidad (*Borderline Personality Disorder Scale, BDP*; Perry, 1982) y el Índice del Síndrome Límite (*Borderline Syndrome Index, BSI*; Conte *et al.*, 1980).

Por otro lado, uno de los aspectos olvidados en cuanto a la evaluación del TLP ha sido la conducta autodestructiva o autolesiva que manifiestan. Muchos de los autores recomiendan considerar esta característica como un indicio o señal a la hora de identificar a estos pacientes. Con este objetivo, Sansone *et al.* (1998) presentan un Cuestionario de Autolesiones (*Self-Harm Inventory, SHI*) para medir la historia de comportamientos autolesivos, de manera intencionada, y determinar su relación con el TLP. Consta de 41 ítems que exploran diversos tipos de conductas autodestructivas, descritas en la bibliografía o por clínicos expertos. De acuerdo con los resultados, este instrumento podría predecir con una alta precisión (más del 80% de los casos) un diagnóstico de TLP.

Para la evaluación de las experiencias traumáticas, algunos autores (Arntz *et al.*, 1999) han preferido utilizar un cuestionario específico como el Cuestionario de Trauma Infantil (*Child Trauma Questionnaire, CTQ*; Bernstein *et al.*, 1994), que ofrece medidas en las siguientes escalas: abuso físico y emocional, abandono emocional, abandono físico y abuso sexual.

Con respecto a las entrevistas semiestructuradas, es muy común el empleo de la Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite (*Diagnostic Interview for Borderline Patients, DIB*) que fue elaborada inicialmente por el equipo de Gunderson (Gunderson, Kolb y Austin, 1981), si bien no siguió el concepto de personalidad límite del DSM III, y la misma entrevista revisada, la Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite-Revisada (*Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised, DIB-R*) (Zanarini *et al.*, 1989), que parece haber demostrado su consistencia interna, fiabilidad y validez discriminante. Está compuesta de cuatro áreas generales: afecto, cognición, impulsividad y relaciones interpersonales.

Finalmente, si consideramos el comportamiento del sujeto con un TLP durante la entrevista, Othmer y Othmer (1996) señalan que este tipo de pacientes presenta una particular resistencia al contacto terapéutico debido a la inestabilidad del estado de ánimo, de sus objetivos y de su actitud hacia el entrevistador. El terapeuta debe manejar la relación centrándose de forma empática en la inestabilidad del paciente. Tiene que intentar separarla como aspecto patológico que debe ser explorado en beneficio del paciente. Hay que tener en cuenta que la intensidad y labilidad afectivas conforman la característica nuclear del sujeto con un TLP. Suele vivir los sentimientos intensamente, aunque no puede distanciarse de ellos por no tener conciencia del origen de sus dificultades.

Es difícil mantener al paciente centrado en una cuestión. Hay que dirigirle y frenar sus cambios de tema. Puede hablar de una relación como maravillosa para desdecirse poco después y devaluarla totalmente por causa de alguna experiencia negativa. Se le puede enfrentar con sus contradicciones, aunque expresando comprensión por la naturaleza de sus sentimientos ambivalentes. Suelen ser útiles las preguntas abiertas, que incitan al paciente a hablar de forma más genuina.

6.11. Tratamiento

El TLP constituye uno de los retos más difíciles en el campo de la salud mental y la terapia resulta, en la mayoría de los casos, frustrante, siendo abordada con cierta aprensión por los clínicos (Caballo, 1998; Caballo y Camacho, 2000). El pronóstico es muy decepcionante e incluso pueden esperarse graves complicaciones médicas y sociales una vez comenzado el tratamiento. Por otro lado, la conducta autodestructiva que presentan estos pacientes unido a la posibilidad de que algún sujeto se suicide durante la intervención, dificulta aún más el tratamiento (Aramburú, 1996).

Quizá la primera pregunta que deberíamos plantearnos a la hora de planificar la intervención con un sujeto límite sería a qué subgrupo pertenece, o bien, cuáles son las características particulares que presenta dicho individuo en concreto. Ya avanzamos esta cuestión cuando se describieron las características clínicas, y es que no todos los pacientes con un TLP manifiestan los mismos problemas o repercusiones. Por ende, el tratamiento deberá adaptarse a cada paciente. Por ejemplo, un subgrupo evidente lo formarían aquellos sujetos que muestran comportamientos suicidas repetidamente. En este caso la terapia más adecuada parece ser la propuesta por Linehan (1993a, b). Si, por el contrario, el paciente se caracteriza por una actitud dependiente, con un elevado consumo de sustancias psicoactivas y con fuertes arranques de ira o impulsividad, el tratamiento oportuno sería el de Marzili y Munroe-Blum (Clarkin, 1998). Así, aunque lo que concierne a la definición y a los subgrupos del TLP pueda parecer trivial, podría ser la solución a todos los desacuerdos existentes entre los teóricos sobre la intervención en este campo, aunque existe una especie de consenso general en que la terapia debe conseguir, al menos, contener la impulsividad y regular las emociones.

Son pocos los estudios que han evaluado la eficacia de los tratamientos psicosociales para el TLP. Además, los resultados encontrados sugieren un pronóstico bastante pesi-

mista. No obstante, Linehan, en 1991, diseñó un estudio en el que puso a prueba la eficacia de su terapia dialéctica conductual. La autora parte de que, aunque algunos estudios demuestran cómo la intervención psicosocial mitiga diversas conductas suicidas, ninguno se ha centrado en trabajar con una muestra específica de pacientes con intentos suicidas, que presentan a su vez los criterios diagnósticos del TLP. De tal modo, Linehan y su grupo de investigación desarrollaron la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) aplicada a un grupo de mujeres con intentos recurrentes de suicidio y diagnosticadas de un TLP. Las metas del tratamiento eran: 1) reducción de las conductas suicidas o de alto riesgo para la supervivencia, 2) disminución de los comportamientos que obstaculizan el proceso terapéutico, y 3) reducción de las conductas que interfieren seriamente con la calidad de vida del sujeto. Con todo ello se estaría disminuyendo la frecuencia y la duración hospitalaria a medida que transcurre la intervención, lo cual serviría como medida del éxito de la intervención.

Después de un año de tratamiento, donde se combinaron la terapia individual, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia grupal con formato psicoeducativo, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: en primer lugar, una reducción significativa en la frecuencia y en el riesgo médico del comportamiento suicida en aquellas mujeres a las que se les había aplicado la terapia dialéctica comparadas con las que no habían recibido esta intervención (1,5 frente a 9 intentos suicidas por año); en segundo lugar, se demostró un gran efecto de adherencia al tratamiento (sólo 4 de las 24 pacientes abandonaron a lo largo del año); en tercer lugar, los días de hospitalización psiquiátrica fueron menores para las mujeres tratadas con la terapia dialéctica (8,46 días frente a 38,86 días por año); y, finalmente, estos efectos debidos al tratamiento ocurrieron a pesar de que la Terapia Dialéctica Conductual no presentaba una eficacia diferencial en cuanto a la mejora de las pacientes en depresión, desesperanza, ideas suicidas o razones para vivir. Por lo tanto, no se conocen bien cuáles serían los factores de éxito, aunque se postula el modo en el que se lleva a cabo la terapia, combinando sesiones individuales y de grupo muy estructuradas, con una importante priorización de objetivos y apoyo terapéutico (García Palacios, este mismo volumen; Linehan *et al.*, 1991; Linehan 1993a).

Dentro de las terapias cognitivo-conductuales, Turner (1994) se centra en los componentes impulsivos y de ira. Integra métodos tan diversos como estrategias dinámicas para clarificar y modificar los esquemas hasta técnicas conductuales como el entrenamiento en solución de problemas, sin olvidar en ningún momento la importancia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento humano, considerando a la relación terapéutica como la principal vía para el tratamiento. Aún hoy, a pesar de algunos estudios realizados por el autor que muestran su eficacia, no parecen ser datos muy fiables todavía, por lo que sería necesaria más investigación.

Asimismo, Turkat (1990) sugiere algunas estrategias de intervención, presumiendo el importante déficit en la solución de problemas del TLP, como *a)* entrenamiento en solución de problemas; *b)* entrenamiento en formación de conceptos; *c)* manejo de la categorización (no evaluar las cosas sólo en términos de extremos); y *d)* manejo de la velocidad de procesamiento, aumentando dicha velocidad.

Dado que los pacientes con un TLP presentan serios déficit cognitivos, junto con un inadecuado control de sus emociones, algunos autores proponen la terapia cognitiva de Beck como intervención de elección. El objetivo central consistiría en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales, atendiendo a los errores básicos del pensamiento. Beck y Freeman (1990) plantean un plan de tratamiento que favorezca una alianza terapéutica, minimice la falta de adhesión al tratamiento, disminuya el pensamiento dicotómico, aborde las suposiciones básicas, aumente el control sobre las emociones, mejore el dominio de los impulsos y fortalezca la identidad del paciente.

En relación a los factores etiológicos relacionados con experiencias traumáticas en la infancia, una de las intervenciones propicias sería la “terapia de esquemas”, de Young (Young, Weishaar y Klosko, 2003). Lo que intenta este autor es identificar y cambiar los esquemas tempranos desadaptativos formados durante la infancia de las personas, como son el miedo al abandono, la falta de amor, la desconfianza, la escasa autodisciplina, etc.

El último de los tratamientos psicológicos tratados aquí es la Terapia Icónica, un tipo de tratamiento innovador que se lleva aplicando desde 1997 en la Unidad Funcional TLP del Centro Asistencial de Málaga y ha estado sujeto a numerosas adaptaciones y perfeccionamiento hasta hoy día. La “Terapia Icónica para la Estabilización Emocional” (Santiago, este mismo volumen) permite a la persona impulsiva ser capaz de reflexionar evocando la sesión terapéutica, en cuestión de segundos, logrando, de este modo, anticiparse al impulso. Las estrategias en las que se basa la terapia están fundamentadas en el distanciamiento emocional y mejora de la objetividad sobre el problema, la competencia social, las autoverbalizaciones, la solución de problemas, los esquemas cognitivos, el aprendizaje de errores, etc. (véase el capítulo 21, dedicado a la Terapia Icónica).

Actualmente, el trastorno de personalidad sobre el que existen terapias diferentes y más datos de la eficacia relativa de los mismos es el TLP. En el cuadro 6.9 se resumen algunas de las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento del TLP.

Cuadro 6.9. Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del TLP (Caballo, 2001c).

-
- La terapia cognitiva de Beck:
 - Cuestionamiento de los patrones de pensamiento disfuncional.
 - La terapia de esquemas, de Young:
 - Modificar los esquemas tempranos desadaptativos.
 - La terapia cognitivo-conductual dinámica, de Turner:
 - Estrategias que implican acción, que utilizan la imaginación, y estrategias de codificación y procesamiento de la información.
 - La formulación clínica de caso, de Turkat:
 - Tratamiento basado en la solución de problemas.
 - La terapia dialéctica conductual, de Linehan:
 - Mejorar la eficacia interpersonal.
 - Regular las emociones.
 - Aumentar la tolerancia ante el malestar.
 - Incrementar el autocontrol.
-

Tratamiento farmacológico

Hablaremos brevemente de los tratamientos farmacológicos para el TLP. Este trastorno es altamente complejo y difícil de tratar, ya que se caracteriza por una importante falta de regulación en múltiples dominios. Aunque los medicamentos psicotrópicos se prescriben con frecuencia, no existe uno en particular eficaz para el tratamiento de estos individuos. Incluso cuando se acompaña de tratamiento psicosocial, el uso de medicación psicotrópica es complicado, bien sea por sus efectos secundarios, por la incapacidad para cumplir el régimen prescrito o por el alto porcentaje de suicidio debido a sobredosis.

Algunos de los fármacos más utilizados han sido (Dimeff, McDavid y Linehan, 1999): *a)* antipsicóticos, empleados para tratar las cogniciones alteradas, incluyendo la paranoia, las ideas de referencia, las disociaciones y las alucinaciones; *b)* antidepresivos, prescritos sobre todo para reducir la disforia asociada al rechazo personal; *c)* estabilizantes del estado de ánimo y anticonvulsivos, para regular los intensos cambios de humor, normalizando los estados de impulsividad y agresión; y *d)* benzodiacepinas, dirigidas a reducir la ansiedad, los episodios de hostilidad y las alteraciones del sueño (véase el cuadro 6.10).

Respecto a las conclusiones que se llegan en los estudios sobre tratamiento, muchos de ellos están de acuerdo en combinar el tratamiento farmacológico con otro tipo de intervención cognitivo-conductual. Si bien no hay estudios bien diseñados que comparen la psicoterapia con la farmacoterapia, tampoco hay investigaciones sistemáticas que comparen los efectos de la combinación de medicación y psicoterapia con los de cada uno de éstos por separado.

Sin embargo, es un hecho que en la práctica clínica los dos tratamientos se suelen utilizar en combinación, aunque no resulte la elección más eficaz. Además, parece que los efectos provocados por la medicación psicotropa no son específicos y, en muchos casos, se manifiestan graves efectos secundarios. Tampoco se debe olvidar el peligro letal que entrañan por sí solos algunos medicamentos si se hace un mal uso de ellos.

Cuadro 6.10. Algunos fármacos que pueden ser de utilidad para los síntomas característicos del TLP.

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Cambios en el estado de ánimo, labilidad afectiva, síntomas hipomaníacos, impulsividad.	Estabilizantes del estado de ánimo, como sales de litio, ácido valproico, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina o verapamilo.
Depresión, irritabilidad, hostilidad, miedos obsesivos, ansiedad, autoagresiones.	Antidepresivos serotoninérgicos, bupropion IMAO.
Paranoia, pensamientos irracionales, leve desorganización del pensamiento.	Antipsicóticos a dosis bajas, preferentemente atípicos.
Cuadros de ansiedad.	Ansiolíticos a dosis bajas.

6.11.1. Hospitalización

El asunto de la hospitalización es un tema controvertido en el caso del TLP. Hull *et al.* (1996) encontraron que a los pacientes límite se les admite en el hospital principalmente por las siguientes razones: (1) episodios psicóticos, (2) intentos serios de suicidio, (3) amenazas de suicidio, y (4) automutilación. Paris (1998) señala que puede haber cierta lógica en la admisión por las dos primeras razones, pero que no tiene mucho sentido hospitalizar al paciente por las dos últimas. Se señala que, en ocasiones, debido a los intentos recurrentes de suicidio, se les hospitaliza para estabilizarlos e incluso para realizarles lavados de estómago. Y se indica que si aparece una crisis aguda, será el momento de ingresar al paciente en una unidad de agudos, intentando vincularlo al tratamiento mediante un contrato terapéutico que obligue al paciente a permanecer ingresado un período de dos meses aproximadamente. Pasado este período, se recomienda pasar a una hospitalización completa en régimen de comunidad terapéutica durante 9-12 meses, o ese mismo período de tiempo en régimen de hospital de día, aplicándole lo que denominamos “inmersión terapéutica”, que es la aplicación simultánea de todo tipo de técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas mediante un programa personalizado y adaptado a las características concretas de su trastorno y de la gravedad del mismo.

Paris (1998) critica la hospitalización completa de la que acabamos de hablar, indicando que dicho tipo de hospitalización no reduce la conducta suicida. Es más, se señala en algunas ocasiones que esa hospitalización la puede reforzar. Paris defiende que, en el caso de que el tratamiento del sujeto límite se le haya escapado de las manos al terapeuta y éste necesite ayuda, es preferible la hospitalización en un centro de tratamiento de día y que por la noche el paciente vuelva a su casa.

6.12. Conclusiones y tendencias futuras

En este capítulo se han revisado sucintamente algunas cuestiones actuales relativas al TLP. Hemos visto algunos antecedentes históricos, nos detuvimos brevemente en el diagnóstico, especialmente en los problemas existentes con el diagnóstico diferencial, describimos algunas de sus principales características clínicas, pasamos rápidamente por la epidemiología, nos centramos más profundamente en aspectos etiológicos y, finalmente, repasamos la evaluación y algunas formas de intervención. No obstante, de toda esta información, la impresión que nos queda de los trabajos publicados sobre el TLP, al igual que sucede con la mayoría de los trastornos de personalidad (Caballo, 2004a, b), es que todavía falta mucho por conocer sobre este síndrome. Aunque cada vez se tienen más datos, parece que es mucho más lo que resta por descubrir y construir que lo que actualmente se sabe sobre el TLP. Los psicólogos cognitivo-conductuales sólo recientemente parecen haber prestado atención al campo de los trastornos de personalidad, incluyendo especialmente el TLP y decimos “especialmente” porque éste es uno de los trastornos “estrella” del Eje II que más terapias cognitivo-conductuales ha generado. Pero todavía queda mucho por hacer y las investigaciones futuras nos ayudarán a abordar este trastorno con más conocimiento y más eficacia.