

Dolores Mosquera.

m.mosquera@correo.cop.es

Centro Logpsic.Febrero 2009. www.centrologpsic.com

Ilustraciones: Nadia Santiago

Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-TR



Centro Logpsic.Febrero 2009

www.centrologpsic.com

Ilustraciones: Nadia Santiago

1. INTRODUCCIÓN

Los clínicos utilizamos un libro denominado “**DSM**” (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) para hacer diagnósticos de salud mental. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es uno de los muchos diagnósticos que aparecen recogidos en el **DSM-IV-TR** (la última versión de dicho manual). Este manual proporciona un formato que pretende organizar y comunicar información clínica, captar la complejidad de las situaciones clínicas y describir la heterogeneidad de los individuos que presentan un mismo diagnóstico, dividiendo esta información, en 5 apartados a los que denomina “**ejes**”. El **Trastorno Límite de la Personalidad**, está ubicado en el **eje II** del citado manual, bajo la categoría de “**Trastornos de la Personalidad**”.

Un *Trastorno de la Personalidad* es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto (3).

En el DSM-IV-TR se describen 10 Trastornos de la Personalidad, que, en función de una similitud de características, se dividen en **3 grupos** (A, B y C). El **grupo A** incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad, que suelen parecer *raros o excéntricos*; El **grupo B** incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad que suelen ser percibidos como *dramáticos, emotivos o inestables*; El **grupo C** incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad que suelen ser descritos como *ansiosos o temerosos*.

El Trastorno Límite está situado dentro del **grupo B** y es definido como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos. El DSM-IV-TR, recoge una lista de 9 ítems a los que denomina “**criterios diagnósticos**” y en los que profundizaré en el **apartado 3** de este artículo.

El objeto de este artículo es hacer una reflexión sobre el concepto / diagnóstico de Trastorno Límite desde una perspectiva clínica y exponer la interrelación entre los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV-TR pues aunque el citado manual los recoge de manera independiente, en la práctica esta “independencia” es relativa. Es más, tratar estos criterios (que se traducen en dificultades) de manera independiente, puede ser uno de los aspectos que contribuyan a la confusión y que dificulten la comprensión de este trastorno.

2. BREVE HISTORIA

La calificación límite ha sido considerada un cajón de sastre durante muchos años y solía emplearse cuando un clínico no estaba seguro del diagnóstico del paciente. El término *límite* surgió en esta línea y se recurría a él, cuando no se tenía claro si el paciente sufría una neurosis (pacientes ligeramente enfermos) o una psicosis (pacientes muy enfermos). La idea de recurrir a este término partió de las dificultades observadas en un grupo de pacientes que no encajaban en ninguno de los dos polos de

“enfermedad” y que parecían oscilar entre características de funcionamiento normal y características de funcionamiento patológico, situándose por tanto al límite de la normalidad y de la patología. En la actualidad la denominación límite se concibe como un nivel avanzado y potencialmente grave de funcionamiento desadaptativo de la personalidad. Significa un nivel habitual de funcionamiento y un patrón duradero de funcionamiento alterado (8) que si bien se puede estabilizar durante un considerable período de tiempo, dando la apariencia de un funcionamiento adaptado, persiste en el tiempo causando limitaciones notables en la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Aunque el término *borderline* data de mediados del siglo pasado, el trastorno límite de la personalidad no fue reconocido formalmente como un diagnóstico hasta 1980 (1). Desde su aparición como diagnóstico “oficial” en el DSM-III, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en el año 1980, se han realizado múltiples investigaciones y se ha generado una gran controversia entre profesionales especialmente en torno al tratamiento y posible pronóstico (2).

El trastorno límite es el trastorno de personalidad más frecuente en poblaciones clínicas.

Según G. Selva, F. Bellver y E. Carabal esto es debido a la alta comorbilidad de esta entidad con los trastornos afectivos, de ansiedad y de abuso de sustancias, y a la elevada tasa de intentos de suicidio, lo que en conjunto provoca una gran demanda asistencial por parte de estos pacientes (1).

Según los datos del DSM-IV-TR, este trastorno aparece en el 2% de la población. La mayoría de autores estima una prevalencia de entre el 1 y el 2%, otros consideran que estas cifras se quedan cortas y que en realidad la prevalencia estaría en torno al 4% de la población. El TLP es más frecuente en el sexo femenino, con una ratio entre 2:1 y 4:1, si bien esto podría ser debido a sesgos en la selección de la muestra y a que las mujeres buscan tratamiento con más frecuencia que los hombres (1). Otro sesgo puede ser debido a factores culturales (la expresión de emociones está “mejor vista” en las mujeres, por lo que los hombres tienden a disimular el sufrimiento y a manejarlo de maneras muy diferentes a las mujeres). Así, mientras es habitual (y esperable) que las mujeres manifiesten sus emociones de manera intensa y que tiendan a la agresión autodirigida, es decir, a hacerse daño a ellas mismas (autoagresividad), los hombres tienden a reprimir la expresión de las emociones y tienden a la agresividad dirigida hacia fuera (heteroagresividad). Uno de los motivos “culturales” es que la expresión de emociones por parte de los hombres suele ser asociada a “debilidad”. Estos comentarios están basados en la experiencia clínica y pretenden invitar a la reflexión, aunque hay muchas excepciones y por lo tanto, no se puede generalizar.

El TLP es un síndrome complejo y heterogéneo que nace de la necesidad de categorizar un grupo de pacientes con inestabilidad emocional y trastorno en el control de impulsos, que no encajan dentro de los síndromes tradicionales (1). Se trata de un diagnóstico que por sí mismo, no explica nada, pues la realidad es que una persona puede llegar a esta *etiqueta* de maneras muy diversas. Es decir, el diagnóstico no deja de ser una descripción de un conjunto de problemas que tienen algunas personas, que son agrupadas y posteriormente, divididas por categorías, en función de similitudes. Por todo esto considero interesante profundizar en los criterios diagnósticos y en la interrelación que puede existir entre ellos.

3. LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM. DESCRIPCIÓN E INTERRELACIÓN

En la introducción de este artículo, explicaba que los clínicos utilizamos un libro llamado “DSM” para hacer diagnósticos de salud mental y que según el DSM-IV-TR, la última versión de dicho manual, la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos. Si bien esto es cierto y describe algunas de las características y/o dificultades de las personas que reciben este diagnóstico, es poco aclaratorio para el lector profano, incluso, para los profesionales con falta de experiencia en este campo. En el punto 1 adelantaba que el DSM-IV-TR, recoge una lista de 9 ítems a los que denomina “**criterios diagnósticos**”. Para hacer el diagnóstico de **Trastorno Límite de la Personalidad**, el clínico debe observar la

presencia de 5 de los 9 ítems que se transcriben a continuación:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
3. Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida...)
5. Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

Los únicos requisitos que refleja el DSM, además de reunir como mínimo 5 de los criterios diagnósticos reflejados en esa lista, es que las características sean de larga duración (años), persistentes e **intensas** y que interfieran de manera importante en la calidad de vida de la persona.

Ceñirnos a transcribir los criterios diagnósticos del DSM para describir el Trastorno Límite en este artículo sería una postura cómoda y aclararía más bien poco, pues intentar definir y clarificar un trastorno de personalidad mediante una lista de síntomas específicos es tarea difícil. Por este motivo, he pensado que sería interesante reflexionar y profundizar sobre cada uno de estos criterios, además de exponer otras características que se suelen manifestar en las personas con este diagnóstico y que no aparecen en el mencionado manual. Como estos criterios están relacionados entre sí (se puede decir que unos “alimentan” o activan otros), recurriré a ejemplos que faciliten la comprensión de esta interrelación.

Criterio 1 **Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario**

Muchas personas con trastorno límite de la personalidad afirman que lo pasan muy mal cuando están solos, incluso por periodos muy cortos de tiempo. Otros refieren sentirse solos incluso cuando están rodeados de gente. Este temor les hace especialmente vulnerables al abandono y favorece que se activen señales de alerta ante estímulos relacionales o ante situaciones percibidas como amenazantes. Sentirse rechazado o ignorado puede desencadenar reacciones emocionales muy intensas en el paciente. Si bien todas las personas se pueden sentir muy mal cuando temen ser abandonadas y pueden reaccionar de maneras diversas ante una pérdida, es poco habitual que estas reacciones lleguen a los extremos a los que llegan las personas con un Trastorno Límite de la Personalidad. Veamos cómo se interrelacionan y retroalimentan los “criterios” con un ejemplo frecuente: una paciente piensa que su pareja la va a dejar; aunque no tiene pruebas de que esto sea cierto, se llega a convencer de que es así, reaccionando con amenazas, “*si me dejas me mato*”, con ruegos “*por favor no me dejes, seré buena*” o con conductas destructivas como autolesiones (digamos que se “activaría” el criterio 5 de comportamientos intensos o amenazas suicidas). Esta misma paciente puede recurrir a conductas compensatorias y/o evasivas como beber, tomar drogas o automedicarse para “dormir y no pensar” e, incluso puede acostarse con una o varias personas a las que acaba de conocer para sentirse conectada con alguien (activándose el criterio 4, de impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas para sí mismo). Otra respuesta habitual que también estaría asociada al criterio 4, es recurrir a conductas impulsivas y de riesgo (como conducir de manera temeraria sin pararse a pensar en las consecuencias, gastar más dinero del que tienen o apostar cosas que no les pertenecen).

Algunos autores consideran que los pacientes con trastorno límite necesitan una figura de sostén que les permita contener sus ansiedades y situarse con cierta seguri-

dad en el mundo.

Esto explicaría las dificultades que experimentan muchas de las personas con este diagnóstico cuando perciben la amenaza (sea real o imaginada) de perder a una figura importante.

Kernberg habla de un miedo al abandono muy intenso que se debe a la incapacidad que tienen las personas con TLP de desarrollar un sentido interno de los demás que sea consistente y permanente.

Bajo mi punto de vista el criterio 1 está relacionado con la sensación de **indefensión** (aprendida en muchos casos), con los problemas de **apego** (especialmente los apegos inseguros descritos por Bowlby) y con la tendencia a **depender de los demás**. En las primeras entrevistas es frecuente que el paciente describa que se siente “muy dependiente”.

Esta dependencia se puede manifestar de maneras muy diversas. La manera más habitual es la descrita por parejas y familiares como “pegajosa” y dependiente pero también podemos encontrar manifestaciones más complejas que van acompañadas de defensas que pueden ser expresadas de manera indirecta, por ejemplo, con desprecios o intentos de control manifestados de diferente manera (en ocasiones desde una postura aparentemente más débil, otras con amenazas...). Por este motivo, considero que el criterio 1 (esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario) está relacionado con el criterio 2 (patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas) y suele activar las reacciones reflejadas en los criterios 4 (impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas para sí mismo) y 5 (comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación).

En relación a lo anterior, cabe destacar que este criterio puede generar confusión en las valoraciones clínicas, pues la fragilidad de la persona con TLP frente a la posibilidad de ser abandonados, la sensación de dependencia y la tendencia a actuar de manera muy desesperada para mantener a las personas a su lado, puede hacernos pensar en un diagnóstico de Trastorno Dependiente de la Personalidad. En este sentido es interesante señalar que estas intensas manifestaciones, no dejan de ser una clara muestra de la complejidad del TLP.

Criterio 2 **Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas** **caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización** **y devaluación**

En el criterio 1 (esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado) comentaba que es frecuente que las personas con este diagnóstico se sientan dependientes y que en ocasiones esta dependencia se manifiesta de manera indirecta (por ejemplo, con respuestas hostiles hacia los demás). Esto hace que su manera de interactuar cause gran desconcierto en las personas con las que se relacionan y les lleva a mantener relaciones muy variables y habitualmente conflictivas. Es muy difícil entender que un “déjame en paz, no quiero volver a verte” realmente quiera decir “por favor, no me dejes, te necesito”. El paciente no siempre es consciente de esta “falta de conexión” entre lo que siente y necesita y lo que hace y/o dice, de ahí lo perplejo que se puede quedar ante las reacciones de los demás y viceversa (aspecto clave a trabajar en las sesiones de terapia).

Las personas con Trastorno Límite pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a alguien quien acaban de conocer (especialmente cuando perciben una “especial conexión”, se sienten apreciados, escuchados y/o valorados) pero esto suele cambiar de manera muy rápida y pueden pasar de la idealización a la devaluación, pensando que no se les presta suficiente atención o “que no los quieren y los rechazan”. Cualquier pequeño detalle puede desencadenar una sensación de traición y profundo dolor (2). Esto además de estar relacionado con el criterio 1 (temor al abandono) y con el criterio 6 (inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo), está relacionado con otro aspecto que aunque no está reflejado como un criterio diagnóstico, es una característica mencionada por pacientes, familiares y profesionales: la **baja tolerancia a la frustración** y una gran dificultad para canalizarla de forma adecuada.

Hay otros aspectos “activadores” de estos cambios: **la extrema inseguridad** que sienten muchas de las personas con este diagnóstico, **la hipersensibilidad** y **las**

distorsiones cognitivas. Muchos se sienten como “farsantes” y se esfuerzan para mantener una fachada de aparente normalidad (otro aspecto que desconcierta a los observadores). La hipersensibilidad puede hacer que se muestren atentos a cualquier posible señal de alerta que implique rechazo o la posibilidad de “que se les conozca de verdad” (pues es habitual que sientan que si los demás les llegan a conocer, se alejarán de ellos). Una vez más se hace evidente la relación existente con el criterio 1 (esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado).

Otro aspecto que complica las relaciones interpersonales de las personas con este diagnóstico, es la **tendencia a personalizar** las reacciones y/o comentarios de los demás y a interpretarlos como algo “en contra de ellos”. En ocasiones, cuando están muy activados a nivel emocional (criterio 6) se pueden volver muy desconfiados e incluso llegar a pensar (y creer) que los demás quieren hacerles daño, llegando a distorsionar la realidad (criterio 9).

Esto está relacionado con las distorsiones cognitivas pues pueden llegar a interpretar lo que hacen los demás en función de lo que ellos piensan o sienten.

Bajo mi punto de vista este criterio está relacionado con la **dificultad para aprender de la experiencia** (de los fallos, de los aciertos, etc.) la **falta de habilidades**, la **falta de experiencias interpersonales favorables** y los **entornos invalidantes**. También estaría relacionado con los problemas de **apego**, con la **alteración de la identidad**, con la **tendencia a medir su valía en función de lo que opinan los demás** e incluso, en algunos casos, con **sintomatología disociativa**.

Criterio 3

Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable

A grandes rasgos, la Identidad, sería el conjunto de características que nos permiten tener un sentido de quiénes somos, qué queremos y hacia dónde vamos.

Según Novella y Plumed (1), una identidad sana incluiría la capacidad de elegir un camino apropiado a nivel ocupacional, de alcanzar intimidad con otros y de encontrar un lugar en el seno de la sociedad. El polo opuesto de la identidad sería la confusión de la identidad, a la que Erikson se refirió originalmente como difusión de identidad y que puede manifestarse de diversas maneras: en un sentimiento subjetivo de incoherencia, en una dificultad para asumir roles y elecciones ocupacionales o en una tendencia a confundir en las relaciones íntimas los atributos, emociones y deseos propios con los de la otra persona y temer por tanto una pérdida de identidad personal cuando una relación termina (1), (6).

Es frecuente que las personas con Trastorno Límite de la Personalidad refieran no saber cómo son, qué les gusta ni lo que quieren hacer. Algunos dicen que se aburren con facilidad y que siempre están buscando algo que hacer. Otros, describen una sensación de vacío “que no son capaces de llenar con nada” (criterio 7), lo que les puede llevar a embarcarse en un montón de proyectos y objetivos difíciles de alcanzar y en los que pueden encontrar múltiples dificultades a la hora de priorizar y organizarse. Muchos dicen no encontrar una identidad propia y lo suelen expresar en frases como: “sé cómo debería de ser, qué tendría que hacer, qué sería normal que sintiera pero soy incapaz, me resulta totalmente imposible”. Esa “conciencia de rareza” y de extrañeza, les lleva a sentir una gran sensación de frustración y culpabilidad.

Cuando un paciente no tiene una identidad definida y no encuentra una explicación a lo que ocurre suele “buscar” pistas en los demás. Algo que le permita explicar su confusión y su incertidumbre, una explicación que disminuya su culpa y que a la vez, permita que los demás le comprendan. Esto está relacionado con uno de los aspectos que se observan durante los ingresos: la mimetización. Es frecuente que durante un ingreso, la persona con una identidad difusa, tome como referencia al grupo de pacientes con los que se encuentre ingresado y empiece a copiar y manifestar la sintomatología de estos, llegando a creerla propia. Muchos refieren dificultades para “encontrar su camino” o “averiguar cómo son” y se sienten abrumados cuando han de responder a preguntas básicas del tipo “¿cómo te describirías?, ¿qué es lo que te gusta hacer?”.

Con frecuencia se dice que las personas con TLP son impacientes y que tienen grandes dificultades para ser constantes en aquello que se proponen. Bajo mi punto de vista esta “falta de constancia” está relacionada con la alteración de la identidad y

con la tendencia a hacer lo que se espera de ellos, en lugar de pensar y reflexionar sobre lo que “ellos querrían hacer”. Es frecuente que muestren confusión y variabilidad en torno a sus valores y que éstos varíen en función de la opinión y/o de las preferencias que tienen las personas con las que se relacionan.

En la descripción del criterio 2 (patrón de relaciones interpersonales inestables) mencionaba que es frecuente que las personas con este diagnóstico se sientan farsantes y que adopten una fachada de *aparente normalidad*. Es frecuente que intenten agradar (especialmente a los desconocidos), a “crear máscaras” y que actúen en función de lo que creen que se espera de ellos. También es frecuente que dibujen máscaras, que se representen como payasos, o que refieran testimonios como el siguiente: *“Me siento como un payaso que siempre actúa de cara a la galería, que tengo que estar bien para no tener problemas con los demás; siento que no puedo expresar la realidad de lo que siento porque no lo entenderían”*

Helen Deutsch describió a un grupo de pacientes, a los que denominó *personalidades como sí*, que tendían a adoptar las características de los demás para “retener su amor”. Según esta autora los pacientes no disponían de un yo propio bien definido y por eso recurrían a esta compleja manera de “conservar a los demás en ellos”. Robert Knight describió a un grupo de pacientes que en condiciones favorables podían parecer *superficialmente adaptados*.

Según Sanjuan, Moltó y Rivero, algunos de los síntomas de los TLP se asemejan a los que sufren los pacientes con trastorno por estrés postraumático. En este sentido se entenderían las alteraciones de la identidad como fenómenos disociativos (1). Bajo mi punto de vista, esto reflejaría la interrelación que se puede observar en algunos casos entre los criterios 4 (impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo), 6 (inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo) y 9 (ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves). Un paciente que ha sufrido abusos, por ejemplo, puede reaccionar de manera impulsiva frente a estímulos que le recuerden o hagan revivir el trauma. Esto se traduciría en una notable reactividad, un cambio del estado de ánimo y en algunos casos, especialmente cuando se trata de abusos severos y prolongados, en la manifestación de reacciones disociativas o de una extrema suspicacia.

Bajo mi punto de vista este criterio, al igual que los dos anteriores, está relacionado con los problemas de **apego**, la falta de **referentes estables** y la tendencia a **medir su valía en función de lo que opinan los demás**. Además de esto, considero que en muchos casos, la alteración de la identidad está relacionada con **síntomas disociativos**. Esto último explicaría muchas de las reacciones aparentemente impredecibles y “sin conexión” que se pueden observar en muchas de las personas con TLP.

Criterio 4 **Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida...)**

Según el diccionario de la Real Academia Española, impulsivo se dice de una persona *que suele hablar o proceder sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento*. También define “impulso” como *el deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar*. Las personas con este diagnóstico se suelen percibir y describir como “impulsivas” aunque es poco habitual que piensen sobre los motivos por los que se comportan o reaccionan de manera impulsiva. Es frecuente que digan cosas como “soy así, no puedo evitarlo” y que lleguen a creer que no “tienen control sobre su comportamiento”.

Si bien esto puede ser cierto en momentos puntuales, también es cierto que gran parte de las reacciones impulsivas se pueden sustituir por otras reacciones más adaptativas. Esto no ocurrirá de manera espontánea y por supuesto, no ocurrirá sin práctica pero se puede conseguir con ejercicios de psicoeducación y reflexión que ayuden a la persona a identificar sus tendencias impulsivas y a pensar en alternativas.

Los ejemplos de conductas impulsivas más frecuentes son los que menciona el DSM en este criterio: tendencia a derrochar dinero, incluso más del que una persona se puede permitir, abuso de sustancias (aunque suele ser con el fin de “desconectar”, para “no pensar”, no simplemente por placer), conducción temeraria (habitualmente

con el fin de “regular” un estado emocional difícil de tolerar), atracones de comida (por ansiedad, como medida compensatoria, como manera de regular las emociones). La diferencia de las conductas impulsivas está en la motivación, lo que lleva a una persona a reaccionar de esa manera. Una persona puede darse un atracón de comida porque le apetece comer y no tiene necesariamente que sentirse mal; esto no sería así en el caso de una persona con TLP, la conducta de “atracon” tendría una función reguladora. Una persona puede consumir drogas o beber alcohol porque le gusta, porque le gusta la sensación pero no necesariamente llevado por un malestar muy intenso que “necesita frenar” (que sería lo que habitualmente lleva a una persona con este diagnóstico a reaccionar así).

Shapiro ha definido la impulsividad como la tendencia a actuar, tras un estímulo momentáneo, sin una planificación previa o sin un sentido o deseo claro (1), (5). Esto definiría muy bien lo que sienten y refieren muchos pacientes cuando comentan “no saber por qué han reaccionado así”.

Si tenemos en cuenta que muchos autores asocian la impulsividad a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados, encontraríamos una interrelación entre los criterios 4 (impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas) y 5 (comportamientos intensos, amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación).

En mi opinión, este criterio es uno de los que puede tener una base biológica más importante pero también está relacionado con la **dificultad para aprender de la experiencia**, la **baja tolerancia a la frustración**, la **dificultad para reflexionar** sobre las posibles consecuencias, la **hipersensibilidad** y los **cambios bruscos de humor**. Todo lo anterior se traduciría en una **falta de habilidades** y carencia de recursos que les hace vulnerables y reactivos (especialmente cuando se trata de una impulsividad “aprendida”). La falta de habilidades para regular las emociones puede activar el criterio 1 (esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado), el criterio 5 (comportamientos intensos, amenazas suicidas o comportamiento de automutilación) y el criterio 6 (inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo). Todo lo anterior, a su vez, puede hacer que se active este criterio en concreto (impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas). Un ejemplo puede ser el siguiente: un paciente recibe una noticia que le desconcierta y le afecta (desencadenante). A raíz de esto se pueden activar muchas reacciones, un paciente puede coger su coche y conducir de manera temeraria, otro puede llamar por teléfono de manera “obsesiva” y otro consumir drogas o cualquier cosa que le ayude a “tolerar mejor” su estado emocional. Todo esto sin pararse a pensar en posibles consecuencias. Si la emoción principal que se activa es la ira, se podría dar un efecto “acumulativo” entre este criterio y el 8 (ira inapropiada o dificultades para controlar la ira) lo que multiplicaría las reacciones impulsivas (sean biológicas o aprendidas).

Este criterio, al igual que los dos anteriores, puede, en determinados momentos, ser activado y estar relacionado con **síntomas disociativos** pues la persona puede tener “bloqueados” determinados recuerdos que se activan de manera aparentemente inconexa, con una noticia que “accede” a una determinada parte emocional no consciente.

Criterio 5 Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, comportamiento de automutilación.

Este criterio abarca muchas de las reacciones por las que los pacientes con TLP acuden a Urgencias o son hospitalizados.

Bajo mi punto de vista, para entender este criterio hay que entender los “disparadores”; la motivación detrás de la conducta “aparentemente desadaptativa”. Los comportamientos intensos, las amenazas suicidas y los comportamientos autodestructivos como la automutilación suelen ser interpretados como chantajes y manipulaciones cuando en realidad, en la mayor parte de los casos, son una manera efectiva que ha encontrado el paciente para hacer frente a emociones difíciles de tolerar y para poder calmarse.

Las personas con este diagnóstico son conocidas por presentar una elevada hipersensibilidad y una dificultad tremenda para tolerar y manejar las emociones negativas. Cuando la persona no ha adquirido los “recursos esperados” para hacer frente a los

imprevistos, para manejar dificultades y para resolver conflictos, es habitual que haya encontrado su propia manera de regularse. Los cortes, las quemaduras, las amenazas suicidas e incluso los intentos de suicidio suelen ser la única manera que ha encontrado el paciente de hacer frente a las dificultades. Para muchos pacientes, estos comportamientos son adaptativos y efectivos y en ocasiones, son lo que les ayuda a mantenerse con vida. Detrás de muchos intentos de suicidio encontramos “ganas de vivir”, no de morir. En la mayor parte de los casos, si profundizamos en los motivos que les han llevado al intento de suicidio, encontramos información que nos indica que la persona quiere “dejar de sufrir” y aprender a vivir de otra manera.

Para algunos autores, el TLP sería el equivalente a la “personalidad suicida” y esto tiene sentido si tenemos en cuenta que la mayoría de los estudios fijan la tasa de suicidios consumados, en torno al 10% y la tasa de intentos de suicidio en torno al 70%. Algunos investigadores han estudiado la prevalencia de trastornos de personalidad en muestras representativas de pacientes ingresados después de un acto autolítico mostrando el TLP como diagnóstico principal hasta en un 55% de los sujetos (1), (4)

Este criterio, bajo mi punto de vista, se interrelaciona de manera habitual con los criterios 1 (miedo al abandono), 2 (patrón de relaciones inestables), 4 (impulsividad), 6 (inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo), 7 (sentimientos de vacío) y 8 (ira inapropiada o dificultades para controlarla). Y en algunos casos, con el criterio 9 (ideación paranoide relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves). Una persona que teme ser abandonada puede “aprender” a relacionarse a través de amenazas e incluso pensar que el suicidio es la única salida a su situación (especialmente cuando piensa que “todos se acaban cansado de ella” y esto, se confirma con un nuevo abandono). El patrón de relaciones inestables puede hacer que una persona con este diagnóstico, recurra a las autolesiones o amenazas como una manera de “comunicarse” y relacionarse con otros; además, el cambio brusco en una relación (especialmente cuando la persona pasa de la idealización, a la devaluación o decepción) puede desencadenar sentimientos muy intensos de desesperación que activen los criterios 7 (sentimientos de vacío) y 8 (inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo), que a su vez activarán las reacciones intensas (entre ellas las amenazas suicidas o comportamientos autolesivos) como posible respuesta.

Acerca de este criterio considero, al igual que en el anterior, que está relacionado con la **dificultad para aprender de la experiencia** y la **falta de habilidades**. También estaría relacionado con la **dificultad para tolerar el malestar**, para confortarse a sí mismo, para **regular las emociones** y la dificultad para ver otras salidas al sufrimiento. En algunos casos también se encontrará relación con los **síntomas disociativos**. Para algunos autores, estas conductas podrían ser explicadas dentro de los procedimientos utilizados por los estados del self (pudiendo, las conductas observadas, representar la actuación de diferentes roles, por ejemplo, roles autocastigadores y abusadores hacia uno mismo).

Criterio 6 **Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días)**

Las personas con TLP suelen presentar una inestabilidad emocional que afecta a muchas de las áreas y que se puede manifestar mediante cambios bruscos en el estado de ánimo. El estado de ánimo básico de tipo disfórico, es decir la tendencia a sentirse triste o desmotivado, de las personas con un trastorno límite de la personalidad, suele ser interrumpido por periodos de ira, angustia o desesperación y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo (15).

Relacionado con este criterio es interesante mencionar el concepto de la *teoría de la mente*, que se refiere a la capacidad que tenemos todos de interpretar los gestos y las palabras de otros y transformarlos en términos de intenciones, conocimientos y creencias. Según Dammann, esta capacidad cognitiva compleja parece estar afectada en las personas con TLP pues considera que en los pacientes límite, existe un exceso de sensibilidad hacia los otros, pero sin poderse diferenciar de ellos o tener un concepto propio. Esto nos haría pensar en la interrelación existente entre los criterios 1 (esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado), 2 (patrón de relacio-

nes interpersonales inestables e intensas), 3 (alteración de la identidad) y 9 (ideación paranoide relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves).

También es importante tener presente que la percepción de algo amenazante puede hacer que la persona cambie por completo de opinión (puede pasar de pensar que su pareja se porta mal con ella y que no le conviene, a pensar que no podría vivir sin él ante la idea o amenaza de sentirse sola, por ejemplo) y que, afectada por la activación emocional, presente cambios bruscos de humor, de sentimientos y/o de comportamiento. Con estos intensos sentimientos o pensamientos de tipo negro/blanco, la desilusión a menudo se convierte en ira, que puede ser dirigida hacia otros, en forma de ataques verbales o físicos, o dirigida hacia uno mismo en intentos de suicidio o conductas autolesivas. En estas reacciones se puede observar la relación que existe entre los criterios 6 (inestabilidad afectiva debida a una reactividad del estado de ánimo) y 8 (ira inapropiada o dificultades para controlar la ira), y en algunos casos, con los criterios 1 (esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado), 2 (patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas), 4 (impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas) y 5 (comportamientos intensos, amenazas suicidas o comportamientos de automutilación).

Según Novella y Plumed la frecuente presencia de estados disfóricos o de intensa ira en estos pacientes pueden contemplarse desde la perspectiva de su frágil identidad lo que, bajo mi punto de vista, explicaría la interrelación de este criterio con el criterio 3 (alteración de la identidad).

Las personas que cumplen este criterio son especialmente vulnerables a los factores externos.

En este sentido es interesante mencionar a Linehan que considera que las personas con este diagnóstico son excesivamente sensibles a los estímulos emocionales y tienen reacciones muy intensas incluso frente a estímulos bajos. Para esta autora este criterio parece representar la “base” del trastorno.

A mi juicio, este criterio sería uno de los que tiene mayor **peso biológico** y mejor respuesta a los tratamientos farmacológicos pero no se puede obviar que la “tendencia reactiva” observada en la mayoría de las personas con este diagnóstico, suele estar relacionada con factores externos y relacionales. Es decir, el peso de la **crianza**, del **aprendizaje** y de la **experiencia vital** son aspectos a tener en cuenta. Una vez más, este criterio, al igual que los anteriores puede ser activado por emociones, recuerdos y experiencias **disociadas** que se manifestarán o no de manera extrema en función del “rol” y vivencia, activados en un determinado momento.

Criterio 7 Sentimientos crónicos de vacío

En el criterio 3 (alteración de la identidad) comentaba que muchas personas con este diagnóstico se aburren con facilidad y que están siempre intentando buscar algo que hacer, lo que en ocasiones les lleva a realizar actividades o comportamientos de riesgo, ya que las emociones más intensas pueden hacerles sentir vivos. Esa búsqueda, desesperada en muchas ocasiones, es una manera de buscar sentido a su vida y una forma de intentar llenar un vacío que describen como “brutal”, “desolador”, “imposible de llenar”.....

Algunos pacientes describen la sensación de vacío como un sentimiento muy intenso que “invade todo su ser”, otros refieren “que no hay nada que les llene ni que les aporte nada”, o hablan de “un dolor que les traspasa y los anula”. Otros la describen como “un pozo sin fondo en el que la angustia lo llena todo”.

La mayoría de los pacientes que presentan sentimientos de vacío hablan de la necesidad de atenuarlo y de intentos desesperados de “llenarlo”. Una manera habitual de manejar esta sensación “aplastante” para muchos es recurriendo a conductas dañinas con la intención de desconectar (criterio 4) incluso a autolesiones y en algunos casos, a intentos de suicidio (criterio 5). Por otra parte, la sensación de vacío les lleva a sentirse “incompletos” y afecta a la visión que tienen de ellos mismos y de los demás (es frecuente que idealicen a otros porque consideran que su vida “está más llena y es más merecedora de vivir que la suya”). Esto estaría relacionado con los criterios 2 (patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas), 3 (alteración de la identidad) y 4 (impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas) y en algunos casos, con el criterio 6 (inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del

estado de ánimo) pues es frecuente que los sentimientos de vacío produzcan sensaciones intensas de desesperanza, impotencia y de frustración. Además de esto, existen casos en los que esta sensación les hace sentir muy dependientes de otros (sintiendo que sólo los demás pueden llenar ese vacío). En estos casos, la interrelación con el criterio 1 (esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado) resulta evidente.

Cuando una persona necesita de los demás para sentirse más “lleno” o “menos vacío”, se sitúa en una postura muy vulnerable pues depende de factores externos para sentirse mejor.

Esto explicaría las desproporcionadas reacciones que podemos observar en algunos pacientes cuando temen ser abandonados (criterio 1) y a la vez la frágil identidad (criterio 3) que necesitan “capturar”, al mismo tiempo que necesitan absorber y alimentarse de las cualidades que observan en los demás para sentir que realmente existen y/o que son “alguien”.

Bajo mi punto de vista este criterio, está relacionado con **estilos de apego** determinados que pueden llevar a una persona a sentirse muy vacía en momentos en los que se manifiestan las **dificultades relacionales** y las **dificultades para regularse emocionalmente**.

Criterio 8 **Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)**

Algunas de las personas con este diagnóstico tienen respuestas impredecibles, consistentes en cambios bruscos de humor o repentinas explosiones emocionales. Estas explosiones pueden ser verbales, físicas o combinadas. También existe la tendencia, en algunos casos a alternar entre el tipo de explosión.

Los arranques de ira pueden ser aterradores. La persona puede dar la impresión de que está totalmente fuera de control, “desencajada” actuando por impulsos y sin importarle las consecuencias de su conducta. La realidad, es que en ese momento no lo puede evitar, aunque en muchas ocasiones sea consciente de que lo que está haciendo apartará aún más a las personas de su lado (15). Cuando se enfadan con alguien, es como si ese alguien dejase de ser una persona con sentimientos, se convierte en el objeto de su odio y la causa de su malestar; en el enemigo. Aunque algunas de las personas con este diagnóstico pueden ser emocionalmente (incluso físicamente) abusivas, es importante comprender que por lo general no intentan hacer daño. En muchas ocasiones lo que ocurre es que una emoción primaria (miedo por ejemplo) se convierte en una emoción secundaria (vergüenza por haber sentido miedo) y al no tener recursos más adaptativos, acaban utilizando mecanismos de defensa que en muchos casos no son conscientes de utilizar y que necesitan aprender a identificar para poder empezar a generar cambios. A veces, detrás de estas reacciones “incomprensibles”

Encontramos un temor al abandono (relacionado con el criterio 1), una búsqueda de aceptación o de interés (a veces lo que intenta la persona afectada es que la otra persona le tranquilice y garantice que va a seguir ahí, que no va a ser abandonada) y en ocasiones una dificultad para relacionarse de manera satisfactoria con los demás (criterio 2, relaciones interpersonales inestables e intensas).

Las expresiones de ira suelen ir seguidas de pena, remordimientos y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser “malos”, “descontrolados”, “egoístas” o “bichos raros”.

Las personas con TLP son conocidas por actuar de manera impulsiva, sin pararse a pensar en las consecuencias de sus acciones. Algunos se mueven por el deseo o la intensidad del momento, por la excitación de la situación o por la posible recompensa inmediata y/o ratificación. En otros casos, la persona se mueve por auténtica desesperación, por angustia y por sentirse incapaz de “frenar” una vez ha pasado “a la acción”. A veces la persona se da cuenta de lo que está haciendo y esto le frustra mucho más. Ejemplo “sabía que estaba metiendo la pata hasta el fondo, lo vi en sus ojos, sabía que estaba asustado y que no quería volver a verme pero no podía parar; darme cuenta de eso me activaba muchísimo más”. Este ejemplo sería un claro ejemplo de la dificultad para tolerar las emociones y para regularlas de manera efectiva.

Es importante mencionar que el enfado interfiere con la lógica pero es más llevadero que el miedo; les hace sentir menos vulnerables. Cuando una persona está alterada, no se puede esperar que actúe con lógica, no porque no quiera, sino porque no puede (15). Un simple enfado se puede manifestar de una manera tan intensa que resulta difícil distinguir entre un enfado y una situación crítica (de hecho, en ocasiones, un simple enfado puede acabar convirtiéndose en una crisis descontrolada en la que tanto el afectado como la familia o personas presentes, han olvidado el motivo por el que se ha iniciado la discusión).

Si tenemos en cuenta que la finalidad de los intentos autolíticos es diversa y que en algunos casos esta finalidad es la de “expresar ira” o liberarse de afectos que les desbordan, encontraremos la interrelación entre los criterios 5 (comportamientos intensos, amenazas suicidas o comportamientos autolesivos), 6 (inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo) y 8 (ira inapropiada o dificultades para controlarla). Si además de esto tenemos en cuenta que la agresión impulsiva puede ser uno de los factores que aumenten el riesgo de conductas suicidas en pacientes con TLP esta interrelación se intensifica.

Según lo anterior, considero que este criterio está relacionado con la **falta de habilidades**, la **falta de experiencias interpersonales favorables**, los estilos de **crianza** y el **aprendizaje** pues es frecuente que las personas con este diagnóstico tengan serias dificultades para regular sus estados emocionales y para confortarse a ellos mismos. Además de esto es frecuente que estén acostumbrados a “defenderse” como estrategia de aguante, incluso, de supervivencia. En algunos casos puntuales, la **sinomatología disociativa** podría explicar muchas de las reacciones de ira “inapropiada” pues una determinada experiencia emocional puede conectar con vivencias similares previas y activar el “modo de respuesta” aprendido en edades más tempranas. Este aspecto lo describe muy bien Anabel González, que comenta que en los trastornos límites, en muchas ocasiones, coexisten síntomas disociativos (criterio 9) como lapsus de memoria o amnesias más prolongadas, desconexión del cuerpo o del entorno y fragmentación de la identidad con distintos estados mentales que alternan en función de estímulos internos o externos (por ejemplo oscilar entre la dependencia extrema y la agresividad en una relación).

Criterio 9 **Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves**

Muchas de las personas con trastorno límite son extremadamente vulnerables y sensibles.

Algunos autores hablan de dificultades para regular los estados emocionales y de una hipersensibilidad a los estímulos en general. Esto explicaría la suspicacia que se puede observar en las personas con TLP cuando están activadas a nivel emocional. En los momentos de estrés elevado pueden llegar a pensar que los demás quieren hacerle daño y volverse extremadamente desconfiados.

Como anécdota comentar que muchos pacientes dibujan un “ojo” para describir la sensación de estar siendo observados y juzgados en todo momento.

Los síntomas disociativos graves suelen estar relacionados con experiencias tempranas y es frecuente encontrarlos en los pacientes que han sufrido abusos en la infancia.

Wilhem Reich describió a personalidades con un pobre control de impulsos que se caracterizaban porque sufrían intensas emociones disociadas entre sí respecto a una misma persona. Estas personalidades reflejarían la compleja interrelación que puede existir entre los criterios 3 (alteración de la identidad), 4 (impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas), 6 (inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo) y 9 (ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves).

Bajo mi punto de vista este criterio es clave pues como he comentado a lo largo de la explicación de los criterios diagnósticos, podría explicar muchas de las reacciones “aparentemente impredecibles” y “desproporcionadas” de las personas con este diagnóstico (especialmente en los casos en los que la persona ha sufrido abusos o negligencia). Este criterio reflejaría muy bien la expresión de los cambios de estado de conciencia que se pueden observar en algunos pacientes (en algunos casos no existe

memoria consciente de determinados eventos o vivencias pero sí “memoria emocional”).

La ideación paranoide transitoria, suele generar confusión en los profesionales y puede dar lugar a falsos diagnósticos positivos, especialmente con los Trastornos de Personalidad del grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico).

Resumiendo, el trastorno límite de la personalidad es un trastorno en el que predomina una inestabilidad emocional, una alta reactividad a factores externos, una sensación de vulnerabilidad casi permanente y una gran dificultad para funcionar de manera adaptada y/o efectiva por largos periodos de tiempo. La mayoría de las personas con TLP llevan vidas caóticas y tienen la sensación de no encajar en la sociedad. Esto se observa y refleja en las múltiples dificultades que manifiestan en sus relaciones con los demás, en su visión de los eventos, del entorno y en el variable y frágil concepto que tienen de ellos mismos.

La clasificación DSM, ha servido de utilidad como unificadora de criterios y facilita un mismo lenguaje, pero en muchos casos, ignora la riqueza patológica que presenta este trastorno. La génesis del TLP es una aglutinación de diversos factores y circunstancias genéticas, bioquímicas, neurofisiológicas y también aprendidas, transmitidas y moduladas de una forma dinámica desde la infancia a la edad adulta (18).

Para concluir este apartado me remito a los autores V. Rubio Larrosa, R. Molina Ramos y A.

Pérez Urdaniz que en un capítulo sobre Trastorno Límite de la Personalidad (16) se centran en aspectos observados en la clínica, señalando como “síntomas diana” los siguientes: la impulsividad, la inestabilidad emocional, la labilidad afectiva, las alteraciones cognitivas, la desorganización conceptual, los episodios micropsicóticos, los trastornos afectivos y la fijación al tratamiento. Aunque los episodios micropsicóticos suelen ir asociados con los episodios disociativos, considero importante incidir en la importancia de la identificación y abordaje de la sintomatología disociativa pues en ocasiones, es interpretada como manifestación de otros diagnósticos e incluso puede pasar desapercibida en las valoraciones.

4. EL TRASTORNO LÍMITE SEGÚN ALGUNOS AUTORES

Melitta Schmideberg (1947, 1959) caracterizó a los pacientes límite como sujetos incapaces de tolerar la rutina, y adquirir alguna introspección, con tendencia a llevar vidas caóticas y con capacidad empática deficiente. Para esta autora, el concepto límite representaba un nivel estable de funcionamiento en el que se unían características de normalidad, neurosis, psicosis y psicopatía (8). Stern pensaba que había un déficit básico en la organización de estos pacientes y que se concretaba en una baja autoestima. Para él, la “inseguridad orgánica” era una de las características más típicas de estos pacientes y la definía como la incapacidad constitucional de tolerar el estrés emocional. Knight (1953) consideraba la “debilidad del yo” como un elemento crucial de la estructura de la personalidad límite. Grinker y cols. (1968) sometieron los datos de 51 pacientes a un análisis de racimo y se agruparon las principales características comunes y diferenciales en cuatro subtipos principales. Entre los elementos que parecían ser compartidos por todas las variantes estaban la *ira* como único o principal afecto, los *defectos en las relaciones afectivas*, la ausencia de indicaciones de *identidad propia* y la *soledad depresiva* (8).

Gunderson, al intentar dar una comprensión global de los criterios diagnósticos actuales del TLP, sitúa la intolerancia a la soledad como el núcleo de la psicopatología del trastorno límite y la vincula a las teorías de Fairbairn y Bowlby, centradas en el apego, que sitúan lo específico del comportamiento humano en la unión afectiva con otro significativo. Según Plumed y Novella (1) esto estaría en oposición a aquellos autores, como Mahler, que resaltan el miedo a la fusión como un punto nuclear en el límite, que oscilaría entre un intenso deseo de unión y el pánico a fundirse con el otro.

Según Adler, la falla estructural que corresponde a las personalidades límite se debe a la dificultad que tienen para internalizar una imagen cariñosa y cuidadora de la madre en el momento evolutivo en el que esto debería ocurrir.

En el libro “Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV”, Millon agrupa los trastornos de la personalidad por dificultades principales (personalidades con dificultades para el placer, con problemas interpersonales, y con conflictos intrapsíquicos y

con déficits estructurales).

Bajo mi punto de vista, resulta curioso que Millon incluya al TLP en el subgrupo de personalidades con déficits estructurales y que lo excluya de los otros subgrupos pues las personas con TLP suelen tener dificultades en los otros aspectos, especialmente en las relaciones interpersonales. Esto reflejaría la idea que ha sugerido el Dr. Vicente Rubio Larrosa sobre la posibilidad de que el TLP sea en realidad un trastorno principal y que la mayoría de los otros trastornos de la personalidad sean manifestaciones diversas de un mismo trastorno, proponiendo, entre otras denominaciones para el TLP, la de *trastorno global o generalizado de la personalidad* (16). Para Millon, la característica principal de las personalidades límite es la intensidad y la variabilidad de los estados de ánimo. Para Linehan (1993), estos sujetos presentan “irregularidades emocionales” que son debidas a una combinación de vulnerabilidad emocional e incapacidad para regular el afecto que proviene de lo que denomina “entorno invalidante¹”.

En una línea similar a la de Linehan, Kroll (1993) sugiere una gran afinidad entre las dificultades que presentan estas personas y las que sufren un estrés postraumático. Si bien esto tiene mucho sentido y es cierto que muchos pacientes con TLP han sufrido abusos y se han criado en entornos caóticos, no podemos obviar que existe un amplio grupo de pacientes que a pesar de manifestar un TLP, no han sufrido abusos ni falta de atención adecuada durante la infancia.

Una vez comentado lo anterior recurriré a Kernberg, Gunderson, Gabbard, Beck y Freeman para enlazar muchos de los aspectos reflejados a lo largo de este artículo.

A pesar de la diversidad de formas que puede adoptar esta personalidad, según Kernberg (1979), los sujetos límite poseen ciertas características estructurales comunes, estables y duraderas entre las que figuran las siguientes:

- Serias dificultades en las relaciones interpersonales.
- Alteraciones de su experiencia de la realidad aunque conservando el juicio de la realidad.
- Falta de identidad clara
- Dificultades para la comprensión profunda de los demás 1 La tendencia familiar a responder de forma caótica o inapropiada a la experiencia privada y en particular a ser insensible (es decir, no dando respuesta a la experiencia privada). Los entornos invalidantes contribuyen a la desregulación afectiva: 1) no enseñando al niño a categorizar y modular la activación, 2) no enseñando al niño a tolerar el malestar, 3) no enseñando al niño a confiar en que sus respuestas emocionales son interpretaciones válidas de los acontecimientos y 4) enseñado activamente al niño a invalidar sus propias experiencias, lo que hace necesario que examine el entorno para encontrar pistas sobre cómo actuar y sentirse.
- Falta de control de impulsos
- Intolerancia a la ansiedad

Por otra parte, Gunderson y cols. describen las siguientes características para caracterizar al TLP:

- Afectividad intensa (ya sea en forma de estados depresivos o de hostilidad)
- Incapacidad para el placer
- Frecuentes despersonalizaciones
- Comportamientos impulsivos (que pueden incluir actos autolesivos como sobredosis de sustancias, alcoholismo o promiscuidad)
- Alteraciones de la identidad
- Episodios psicóticos breves
- Relaciones interpersonales que oscilan entre la superficialidad, la dependencia y la manipulación.

En otra línea, Gabbard (1994) proporciona una descripción de los procesos intrapsíquicos del trastorno, presentando especial atención a los que pueden ser observados en el contexto de las entrevistas terapéuticas y destaca lo siguiente:

- Percepciones casi delirantes de abandono por parte de los seres queridos
- Regresiones psicóticas en la transferencia cuando estos pacientes se sienten atacados por sus terapeutas (siendo los clínicos susceptibles de presentar intensas reacciones de contratransferencia, como fantasías de salvación, sentimientos de culpa, transgresiones de los límites profesionales, ira, ansiedad, terror y profundos sentimientos de impotencia)

Beck y Freeman trataron el TLP desde una perspectiva más cognitiva que afectiva y describen algunos elementos problemáticos del estilo cognitivo de estos sujetos:

- Intensidad en sus reacciones emocionales
- Variabilidad de sus estados de ánimo y la gran variedad de síntomas que presentan (explicando que pueden pasar súbitamente de un estado de ánimo depresivo a una agitación ansiosa o a una ira intensa)
- Tendencia a implicarse de forma impulsiva en acciones que más tarde reconocen como irracionales y contraproducentes
- Presentar tres creencias básicas: “el mundo es peligroso y malo”, “soy vulnerable y no tengo ningún poder” y “soy intrínsecamente inadecuado”
- Tendencia a pensar en términos dicotómicos (la tendencia a evaluar las experiencias en términos de categorías mutuamente excluyentes como bueno-malo, éxito-fra-caso, merecedor de confianza-traidor).

Estos autores establecen una relación entre el pensamiento dicotómico y las interpretaciones extremas de los sucesos, explicando que una visión dicotómica de las experiencias provoca fácilmente cambios repentinos.

V. Rubio Larrosa, elabora lo que denomina un *catálogo de síntomas “escondidos”* que presentan los pacientes con TLP, realizando una interesante descripción de síntomas “ocultos”, que divide en “síntomas escondidos consigo mismos” y “síntomas escondidos con los demás”. Entre los *síntomas escondidos consigo mismos*, que enumera se encuentran el autoengaño, el *miedo a sí mismos*, la toma de decisiones erróneas, los mecanismos de defensa, el remordimiento y la culpa y la somatización. Respecto a *los síntomas escondidos con los demás* enumera, entre otros, la discusión del pequeño detalle, la seducción y el encanto superficial, el miedo al compromiso, la sensación de que “nadie les entiende” y la búsqueda de “el mundo ideal” (18).

Considero que tanto Kernberg como Gunderson recogen, en sus definiciones, muchas de las dificultades señaladas por otros autores, que Gabbard añade unos matices interesantes sobre la contratransferencia, que Beck y Freeman ayudan a explicar las dificultades que se pueden observar en los pacientes límite y la interrelación entre los criterios 2, 4, 6 y 9 y que Rubio Larrosa, recoge una serie de situaciones que los pacientes experimentan habitualmente y que reflejan de manera muy acertada lo que este autor denomina las dificultades en la “*relación consigo mismos*” y con el entorno que les rodea. Todo lo anterior reafirma mi impresión de que los criterios y las características asociadas a los mismos (no sólo las descritas en el DSM), guardan una estrecha relación entre ellas, alimentándose en las interacciones del día a día.

5. CONCLUSIONES

El Trastorno Límite de la Personalidad es un diagnóstico que si bien es conocido desde hace años, está cobrando un progresivo interés entre los profesionales en la última década. Hace aproximadamente 5 años, al hacer una búsqueda en Internet sobre este trastorno aparecían unos pocos enlaces con información en castellano. En la actualidad, si hacemos una búsqueda en Yahoo, por ejemplo, encontramos unos 180.000 enlaces en este idioma. Esto es muy significativo y hace evidente el creciente interés que el TLP está despertando en España y en otros países de habla hispana. Este creciente interés ha propulsado investigaciones y publicaciones, facilitando el conocimiento y la posterior identificación del trastorno en las valoraciones clínicas. En los últimos años, se ha pasado de considerar estos cuadros como “incurables”, a asistir a una gran cantidad de propuestas de intervención que están ofreciendo resultados como mínimo prometedores. Evidentemente, un tratamiento que supone modificar aspectos básicos de la personalidad del sujeto no podrá ser breve, pero si posible y efectivo.

En la actualidad, el TLP sigue generando polémica y no existe unanimidad en torno a dónde estaría mejor ubicado dentro de los manuales clínicos. Aunque el objetivo de este artículo no es hacer un análisis exhaustivo sobre el TLP y su adecuada ubicación a nivel diagnóstico, considero interesante señalar que la divergencia de opiniones sobre este aspecto refleja la complejidad y variabilidad del cuadro clínico. Para Zanarini, por ejemplo, debería estar ubicado dentro del apartado de los trastornos de los impulsos, para Kroll y otros habría que ubicarlo con los trastornos post traumáticos y para Akiskal dentro de los trastornos afectivos.

Bajo mi punto de vista los Trastornos de la Personalidad representan una entidad propia y el TLP, concretamente, estaría ubicado en un lugar adecuado, mientras la alternativa propuesta sea la de situarlos y/o agruparlos con otros trastornos que difie-

ren en muchos aspectos clínicos y relacionales.

En el apartado 1 de este artículo comentaba que según el DSM-IV-TR los criterios generales para diagnosticar un trastorno de la personalidad requieren la presencia de un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura, cognición afectiva, afectividad, actividad interpersonal y control de los impulsos de cada persona. El patrón debe ser inflexible y persistente y cubrir una amplia gama de situaciones personales y sociales, que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Finalmente, el patrón ha de ser estable y de larga duración y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

En relación a lo anterior considero interesante señalar que la personalidad no es sólo lo que hace que cada persona sea esa persona, sino lo que hace a cada persona **distinta** de los demás, que la **individualidad** es el resultado de una historia **única** de transacciones entre factores biológicos y contextuales y que cada personalidad es un producto **singular**, por eso no puede entenderse mediante la aplicación de leyes universales. Por todo lo anterior, el entendimiento de la personalidad requiere una aproximación basada en el desarrollo que sea tan rica desde el punto de vista descriptivo como la propia historia de la persona, tan rica que, de hecho, sólo podría recibir el nombre de biográfica (8).

Los criterios mencionados a lo largo de este artículo, se basan en las dimensiones del rasgo (patrones de comportamiento, emoción y cognición que caracterizan a las personas). En este sentido es interesante tener presente el matiz de Beck y Freeman (1990) sobre la realidad de que los rasgos de personalidad no son por sí mismos patológicos; pueden ser adaptativos o desadaptativos, bajo diferentes circunstancias. Si bien es cierto que algunos criterios pueden ser observados en la población general y no representar la presencia de patología, es poco frecuente que 5 de los criterios del trastorno límite se manifiesten en una persona sin ocasionar serias dificultades en su funcionamiento diario. Es interesante señalar que para considerar cada uno de los criterios como significativos e indicativos de presencia de patología límite, estos no han de ser aislados ni puntuales (si esto fuese así, el diagnóstico sería erróneo).

No puedo finalizar este artículo sin hacer alusión a las posibles causas y/o posibles desencadenantes del Trastorno Límite pues es otro de los temas que ha generado y genera polémica. En relación a esto, destacaría las aportaciones de Linehan sobre la desregulación emocional y el entorno invalidante y las propuestas de Fonagy que retoman las ideas y descripciones de Gunderson sobre la importancia del apego en las personas con Trastorno Límite de la Personalidad pero me remito a Joel Paris, quien señala que los desequilibrios químicos, las adversidades psicológicas y los conflictos del ambiente no explican por sí mismos la aparición de psicopatología; explicando que en la etiología de cualquier trastorno mental participan numerosas interacciones de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Paris recurre al modelo diátesis-estrés de Monroe y Simons (1991) (una teoría general de la psicopatología no reduccionista e interaccional) para explicar que cada una de las categorías de los trastornos mentales se asocian con algún tipo de vulnerabilidad genética y para conceptualizar el modo en que la predisposición y los estresores interaccionan y dan forma a los trastornos de la personalidad. Explica que los mismos genes no son *las causas directas* de los trastornos mentales, sino que moldean la variabilidad individual en forma de temperamento y rasgos.

Para Paris, algunas de estas variantes del temperamento constituyen una vulnerabilidad a la psicopatología aunque matiza que en general los rasgos sólo se convierten en desadaptativos bajo unas condiciones ambientales específicas. En otras palabras, la predisposición se hace aparente cuando es expuesta a estresores. Coincido con las impresiones de este autor y con la afirmación que hace sobre la bidireccionalidad de las interacciones entre la predisposición y los estresores (la variabilidad genética influye sobre el modo como los individuos responden ante el ambiente, mientras que los factores ambientales determinan la expresión de los genes). Estas relaciones ayudarían a explicar por qué los acontecimientos vitales no causan siempre secuelas patológicas.

Por último, recordar que un diagnóstico debe realizarse siempre por un profesional y no debe ser basado en información recogida en un artículo o basado en contenidos de una página Web (15), ya que en muchas ocasiones otros cuadros clínicos,

como los trastornos disociativos, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad del Adulto, el Trastorno Bipolar o los Trastornos psicóticos, pueden tener formas de presentación similares, y es fundamental no quedarnos en los síntomas externos, sino entender bien cuál es el proceso subyacente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1. Trastorno Límite de la Personalidad.** Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. G. Cervera, G. Haro, J. Martínez-Raga y otros. Editorial Médica Panamericana, 2005
- 2. Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares.** Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, S.A. 2004.
- 3. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Texto revisado Masson, 2002
- 4. Personality disorders in parasuicide.** S. Soderberg, 2002.
- 5. Neurotic Styles.** D. Shapiro, Nueva York, Basic Books, 1965
- 6. Identity and the life cycle.** EH Erikson. Nueva York: WW Norton, 1980
- 7. Tratado de los Trastornos de la Personalidad.** John M. Oldham, Andrew E. Skodol, Donna S. Bender y otros. Elsevier Masson, 2007.
- 8. Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV.** Theodore Millon con Roger D. Davis, Masson, 1998
- 9. Trastorno Límite de la Personalidad. Profundizando en el caos.** Dolores Mosquera Ediciones Pléyades, S.A. 2007
- 10. Borderline states.** Bulletin of the Menninger Clinic, 1953
- 11. PTSD / borderlines in therapy.** Jerom Kroll, Norton, 1993.
- 12. Cognitive-behavioral tehrapy of borderline personality disorder.** Linehan, M. M, Guilford, 1993.
- 13. Two reviews of the literature on borderlines: An assessment.** Schizophrenia Bulletin. O. Kernberg, 1979.
- 14. La autolesión. El lenguaje de dolor.** Dolores Mosquera, Ediciones Pléyades, S.A. 2008
- 15. Folleto informativo de LOGPSIC.** www.centrologpsic.com
- 16. Trastorno Limite de personalidad,** V Rubio Larrosa, A Pérez Urdaniz, R Molina Ramos, en **Trastornos de Personalidad** V Rubio Larrosa y A Pérez Urdaniz, Ed. Elsevier, Barcelona 2003.
- 17. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.** Marsha M. Linehan. Guilfor Press, 1993.
- 18. Los síntomas “ocultos” en el TLP.** Vicente Rubio Larrosa. www.psiquiatria.com