

Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento

Tania Escribano Nieto

TFC, Departamento de Psicología, Universidad CEU San Pablo (Madrid, España)

RESUMEN

La incidencia de los trastornos de la personalidad en la sociedad actual nos ofrece cifras alarmantes. Se estima que entre un 10% y un 13% de la sociedad padece o padecerá este tipo de trastornos en algún momento de su vida. El presente trabajo tiene por objeto revisar la bibliografía publicada en relación al trastorno límite de la personalidad, por ser uno de los que produce un mayor deterioro en la vida del individuo, estimándose que el 70% de las personas que lo padecen realizarán al menos un intento de suicidio. Además, a la luz de los datos revisados planteamos una propuesta de intervención específica para este trastorno desde una perspectiva cognitivo-conductual, propuesta que más adelante evaluaremos en términos de eficacia.

Palabras clave: Trastornos de la personalidad. Trastorno límite de la personalidad. Suicidio. Terapia cognitivo-conductual.

ABSTRACT

The effect of the Borderline Personality disorder in the present society gives us alarming figures. It is estimated that between 10% and 13% of the society suffers or will suffer from this type of disorder sometime in their life. This project has the aim to check the bibliography published in relation to the Borderline Personality Disorder because it is the disorder that causes the biggest deterioration in the life of the person, it is estimated that 70% of the people that suffer from it will attempt suicide at least once. Once we have checked the figures, we suggest, from a cognitive-behavioural perspective, a proposal of specific intervention for this disorder. We will evaluate this proposal hereinafter in terms of efficiency.

Key words: Personality disorders. Borderline personality disorder. Cognitive-behavior therapy.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad constituyen un área de notable actualidad en el campo de la salud mental, ocupando un lugar preponderante en la Psicología Clínica y en la Psiquiatría. Esto se debe en gran parte, a la incidencia global de estos trastornos (entre el 10% y el 13%) entre la población, tanto en su presentación aislada como acompañados de forma comórbida con otros trastornos (Mosquera, 2004a; Quiroga y Errasti, 2001). En este sentido, el creciente interés refleja la necesidad de avanzar y progresar en un campo en el que todavía quedan muchos aspectos por estudiar.

A diferencia de otros trastornos, el trastorno límite de la personalidad es para muchos autores el trastorno de personalidad más complejo y frecuentemente uno de los más graves, como viene defendiendo Millon a lo largo de toda su obra (Millon y Davis, 1998; Millon y Escovar, 1996; Millon y Everly, 1994). Algunos autores llegan incluso a declararlo como el trastorno emocional más representativo de nuestro tiempo y como el resultado de una sociedad instalada en la inmadurez, la banalidad y la falta de cohesión (Cervera, Haro y Martínez-Raga, 2005). Además, no debemos olvidar que se trata de una trastorno que origina una fuerte presión de sufrimiento tanto en las personas que lo padecen como en su entorno

sociofamiliar. Por ello, consideramos oportuno plantear y analizar todo lo que aún es confuso en tan actual problemática.

Por todo ello, justificamos la realización de este trabajo, que tiene como objetivo principal hacer un estudio exhaustivo sobre lo que diferentes autores han investigado acerca del trastorno límite de la personalidad. Así como, plantear una propuesta de intervención adecuada al trastorno y su posterior evaluación. Para ello, situaré el trastorno límite de la personalidad bajo el prisma de los trastornos de la personalidad y en adelante trataré cada uno de los aspectos que encontramos en el trastorno que nos ocupa.

2. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los trastornos de la personalidad se han descrito desde hace miles de años, como se ilustra en la doctrina de los humores corporales propuesta por los antiguos griegos. En el siglo IV a. C. Hipócrates identificó cuatro temperamentos básicos: el colérico (irritable), el melancólico (pesimista), el flemático (apático), y el sanguíneo (optimista), todos ellos determinados por la proporción relativa de los cuatro humores corporales

(bilis amarilla, bilis negra, flema, y la sangre, respectivamente), reflejando así los actuales intentos por descubrir las bases biogenéticas de la personalidad. En este siglo, tuvo también lugar el estudio de los caracteres por Teofrasto, constituyendo uno de los primeros trabajos descriptivos de la personalidad (Caballo, 2004). No encontramos nada nuevo hasta el siglo XVIII con Francis Gall y su ciencia de la frenología, donde se establece relación entre las variaciones de nuestro cráneo y nuestro comportamiento. Es a principios del siglo XIX, cuando psiquiatras como Pinel, Esquirol, Rush, Prichard y Maudsley describieron los tipos de personalidad socialmente inadaptados que encontraban en situaciones clínicas. Concretamente, Prichard (1837) en su *Tratado sobre la locura*, definió el concepto de “*locura moral*” como una forma de desorden mental en el que se pervierten los valores morales, se extingue el autocontrol racional y se es incapaz para conducirse en la vida de forma adecuada (conocido hoy en día como trastorno antisocial de la personalidad). Más tarde, Maudsley (1868) describió una categoría similar caracterizada por la ausencia de capacidad para experimentar verdaderos sentimientos morales. A comienzos del siglo XX, Kraepelin (1905) describió estados mentales patológicos en los que lo fundamental son las inclinaciones y tendencias de la personalidad, considerando los trastornos de la personalidad como formas intermedias de psicosis, defendiendo la idea de la continuidad entre ésta y aquellos. En esta misma línea conceptual, Kretschmer (1926) propuso la existencia de una dimensión, que se extendía desde la esquizofrenia hasta la psicosis maniaco-depresiva, en la que se encontraban estadios intermedios de personalidades patológicas que variaban en gravedad dependiendo de su proximidad a uno u otro extremo. Posteriormente, Kurt Schneider (1923) entendió la personalidad anormal como desviación de la media, es decir, como una variación respecto a la personalidad normal y denominó a todos los diferentes trastornos de la personalidad como “personalidades psicopáticas”, caracterizadas por el egoísmo, la falta de veracidad y de remordimientos, y los trastornos de conducta, añadiendo que se tratan de personalidades anormales que sufren por sus anomalías o que hacen sufrir a los demás. Otros autores como Janet (1901), y Breuer y Freud (1905) definieron los rasgos de personalidad asociados a la histeria, la precursora del trastorno histriónico de la personalidad, reflejando un intento por describir tipos más específicos de la personalidad.

Mucho más recientemente, otros investigadores como Millon (1981), han proporcionado algunos de los principales argumentos sobre los que se asientan las actuales clasificaciones o criterios diagnósticos de los diversos trastornos de la personalidad, tal y como se sistematizan en las dos principales clasificaciones nosológicas de los trastornos mentales vigentes en la actualidad: el DSM-IV-TR (*Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, Texto revisado*, APA, 2002), avalada por la Asociación Americana de Psiquiatría, y la CIE-10 (*Clasificación*

Internacional de las Enfermedades, OMS, 1992), propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

Resulta interesante observar, tal y como señala Caballo (2004), cómo el sustrato teórico de las categorías del DSM para los trastornos de la personalidad ha ido cambiando a lo largo del tiempo. El DSM-I (APA, 1952) definía los trastornos de la personalidad como un conjunto de rasgos disfuncionales bajo situaciones estresantes y que producían un comportamiento inflexible y desadaptativo. El DSM-II (APA, 1968) caracterizó los trastornos de la personalidad por un comportamiento socialmente inadaptado, además de un significativo malestar subjetivo y deterioro funcional. El DSM-III (APA, 1980) realizó cambios en la conceptualización y clasificación de los trastornos de la personalidad, añadiendo criterios diagnósticos específicos y emplazando los trastornos de la personalidad en un eje separado (Eje II) para subrayar la gran relevancia diagnóstica que tienen y el papel contextual que desempeñan en el sistema multiaxial. Es a partir de este momento, cuando los clínicos deberán evaluar no sólo los síntomas actuales que presenta el paciente en el Eje I, sino también, todas las características recogidas en el Eje II que definen su patrón de personalidad, siendo por tanto posible que el paciente reciba un diagnóstico sólo en el Eje I, en el Eje II o en ambos ejes. Ediciones posteriores, como el DSM-III-R (APA, 1987) y el DSM-IV (APA, 1994), han ido incorporando datos encontrados en hallazgos empíricos tratando de aumentar la validez de la categoría de trastorno de la personalidad. En la actualidad quedan aún gran cantidad de aspectos por resolver, por lo que previsiblemente las descripciones actuales del DSM-IV-TR (APA, 2002) continuarán evolucionando con el paso del tiempo, a medida que aumente nuestro conocimiento acerca de estos trastornos.

2.2. LA PERSONALIDAD

Una cuestión importante antes de entrar en la descripción de los trastornos de la personalidad es plantearse qué es la personalidad. Desde el punto de vista histórico, el concepto de personalidad es un término que deriva del griego (*prósopon*) y del latín (*personare, persona*), que originalmente era sinónimo de “personaje”, y se designaba con ello la máscara utilizada por los actores de teatro que les permitía no sólo amplificar su volumen de voz, sino también ocultar su verdadero rostro (Polaino-Lorente, Cabanyes y Armentia, 2003). Según Millon y Davis (1998), su significación ha ido cambiando a lo largo del tiempo. El término persona perdió la connotación de ilusión y pretensión, y empezó a representar no la máscara, sino la persona real, sus características aparentes, explícitas y manifiestas. Con el paso del tiempo, el término de personalidad ha adquirido un último significado que se centraría en las características psicológicas más internas y ocultas del individuo, siendo este significado el más cercano a su uso contemporáneo. Aunque a lo largo de la historia se han propuesto numerosas definiciones de este constructo, en la actualidad parece existir un cierto consenso en que la personalidad podría considerarse como un patrón

complejo de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distinguen a las personas entre sí, que persisten a lo largo del tiempo y se manifiestan en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo (Caballo, 2001a; Caballo, 2004). Estos rasgos intrínsecos serían una compleja mezcla de factores temperamentales (determinados por la biología) y caracterológicos (determinados por el ambiente). Según el DSM-IV-TR, los rasgos de personalidad son “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (APA, 2002, p. 766).

Otra cuestión importante a considerar, sería establecer la diferencia entre una personalidad normal y una personalidad patológica. Desgraciadamente, en la actualidad aún no está clara esta línea divisoria. Millon y Escovar (1996) señalan que los individuos poseen una personalidad sana, cuando se muestran capaces de afrontar las exigencias ambientales de un modo flexible y cuando sus percepciones y conductas fomentan una mayor satisfacción personal. Por el contrario, podremos hablar de un patrón patológico o desadaptativo cuando las personas respondan a las dificultades de la vida de forma inflexible o cuando sus percepciones y conductas dan lugar a un malestar personal o una reducción de las oportunidades para aprender y crecer.

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), los rasgos de personalidad sólo pueden llegar a constituir un trastorno de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo en el individuo.

Pese a los intentos por lograr una definición óptima de personalidad, no debemos olvidar que se trata siempre de una explicación incompleta sobre el modo en que se conduce cada ser humano a lo largo de su vida, y es por esto, por lo que “el estudio de la personalidad *jamás podrá abarcar la totalidad de la persona estudiada.*” (Polaino-Lorente, Cabanyes y Armentia, 2003, p.27).

2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Para la clasificación de los trastornos de la personalidad seguiremos la estructura propuesta por el DSM-IV-TR (APA, 2002), aunque revisaremos también la información contenida en la CIE-10 (OMS, 1992). Es preciso señalar que existen muchas controversias y discusiones en la clasificación y diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Así, por ejemplo, se ha cuestionado por qué estos trastornos ocupan en el DSM-IV-TR un eje separado (Eje II) del resto de síndromes clínicos, proponiendo su traslado al Eje I. En cambio, otros autores como Derksen (1995), proponen que los trastornos de la personalidad se mantengan en un eje aparte pero se sustituya el término “trastorno de la personalidad” por el de “trastornos de la interacción”.

Otro tema de controversia es la consideración de los trastornos de la personalidad desde una perspectiva categorial o bien, desde una perspectiva dimensional. La

clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2002) adopta una perspectiva categorial y coloca a los trastornos de la personalidad en el Eje II, junto con el retraso mental. La inclusión de ambos conjuntos de trastornos en un eje común, diferente del primero de los ejes, responde probablemente al deseo de acentuar la invariabilidad y/o estabilidad a lo largo del ciclo vital.

De este modo, los trastornos de la personalidad aparecen reunidos en tres grupos, establecidos sobre la base de ciertas similitudes clínicas entre los trastornos del mismo grupo. El Grupo A, catalogado como el de los sujetos manifiestamente “raros” o “excéntricos”, incluye los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico, pertenecientes en mayor o menor grado a lo que se ha denominado el “espectro de la esquizofrenia”. El grupo B recibe el nombre de “dramático, emocional o inestable” y comprende los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. La inestabilidad emocional extrema y las dificultades para controlar los impulsos serían los elementos comunes al grupo. El grupo C, tercer y último conjunto, es el de “ansiedad” o “temor” e incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad y tienen en común el presentar un nivel de ansiedad y/o miedo exagerados, motivado en buena medida por el temor a perder el control en un sentido genérico (de uno mismo, de otros significativos, de las situaciones, etc.). Es conveniente no olvidar que este sistema de agrupamiento, tiene numerosas limitaciones y no ha sido validado de forma consistente, pese a que resulte muy útil a efectos de investigación o docencia, según el DSM-IV-TR (APA, 2002). Además, puede ocurrir que una persona cumpla criterios para varios trastornos de la personalidad pertenecientes a distintos grupos. Suponiendo que así fuera, el clínico deberá hacer constar todos los diagnósticos de los trastornos de la personalidad por orden de importancia.

La clasificación de los trastornos de la personalidad del DSM-IV-TR (APA, 2002) es en líneas generales similar a la clasificación de la CIE-10 (OMS, 1992), recogidas ambas en los cuadros I y II respectivamente. No obstante, se aprecian algunos aspectos divergentes de interés. Así por ejemplo, la sección de la CIE-10 en la que se ubican los trastornos de la personalidad es notablemente más extensa que la del DSM-IV-TR. De hecho, de los cinco grupos de trastornos considerados en la CIE-10, únicamente los trastornos específicos de la personalidad son equivalentes a la categoría de los trastornos de la personalidad del DSM-IV-TR. Además, mientras que en el sistema norteamericano los trastornos de la personalidad se encuadran en un eje diagnóstico diferente al del resto de los trastornos mentales, en la CIE-10 se integran como subconjunto más de aquellos. Pero pese a estas diferencias, la definición global de estos trastornos en ambos sistemas es prácticamente idéntica.

A nivel de los trastornos específicos de la personalidad, Caballo (2004) señala que las diferencias principales entre ambos sistemas de clasificación son las siguientes:

1. La CIE-10 (OMS, 1992) no incluye el trastorno esquizotípico como trastorno de la personalidad, sino que lo integra en un apartado relativo a "Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes", con lo que se enfatiza el hecho de que este trastorno se ubica claramente en el espectro de la esquizofrenia.
2. La CIE-10 (OMS, 1992) clasifica el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en dos tipos: tipo límite y tipo impulsivo. El primero es muy similar al trastorno límite de la personalidad descrito en el DSM-IV-TR (APA, 2002) mientras que el tipo impulsivo sólo compartiría algunos de los ítems.
3. La CIE-10 (OMS, 1992) no incluye el trastorno narcisista de la personalidad, sino que lo ubica en el apartado de otros trastornos específicos de la personalidad.
4. La CIE-10 (OMS, 1992) utiliza el nombre de trastorno anancástico de la personalidad como equivalente al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
5. La CIE-10 (OMS, 1992) añade otros apartados como Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad, Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad mental, Otros trastornos de la personalidad y del comportamientos adulto y Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto no especificado, que no mantienen una equivalencia con el DSM-IV-TR (APA, 2002).

Como se puede apreciar al comparar ambos sistemas, las diferencias significativas son básicamente en lo que se refiere a los grupos que se establecen y a los trastornos que se consideran posibles como trastornos de la personalidad.

Con respecto a los criterios diagnósticos generales del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad aparecen recogidos a continuación en el cuadro III. En síntesis, podemos decir que como criterios generales que definen los trastornos de la personalidad son básicamente los mismos que los contemplados en la CIE-10 (OMS, 1992).

2.3.1. MODELO CATEGÓRICO FRENTE AL DIMENSIONAL

Este tema, es otra cuestión de eterna controversia. El aspecto que se debate es, si los trastornos de la personalidad son formas de relacionarse distintas de la conducta psicológicamente sana (categorías) o por el contrario son versiones extremas de variaciones por lo demás normales de la personalidad (dimensiones) (Barlow y Durand, 2002). Ambas presentan ventajas e inconvenientes en el estudio de los trastornos de la personalidad. Según Millon y Davis (1998), una de las

ventajas del modelo categórico es que favorece la comunicación o el acuerdo entre profesionales, produciendo una descripción clara y sencilla, aunque menos cercana a la realidad, mientras que el modelo dimensional permite obtener información más precisa, pero a su vez más compleja y difícil.

Pese a estas diferencias, parece ser que un sistema dimensional podría resultar más apropiado ya que favorece la representación de la individualidad y reconoce la existencia de un continuo en la distinción de normal-anormal, más que considerarlos como fenómenos distintos y separados (Millon y Escovar, 1996). Es por ello, que algunos autores como Widiger (2000), han propuesto el cambio a un modelo dimensional e incluso otros como Livesly (2001), han cuestionado la ubicación de los trastornos de la personalidad en el Eje II del DSM-IV, proponiendo su traslado al Eje I.

No obstante, a pesar de las ventajas aparentes de los sistemas dimensionales, existe poco acuerdo entre sus defensores en lo que concierne a la naturaleza o número de rasgos necesarios para representar la personalidad de forma adecuada (Barlow y Durand, 2002).

Una tercera opción potencialmente útil para clasificar los trastornos de la personalidad, sería el modelo prototípico propuesto por Millon y Escovar (1996). El prototipo no sería una categoría ni una dimensión, sino una síntesis de ambas compartiendo tanto atributos categoriales como dimensionales y consistiría en las propiedades más comunes de los miembros de una categoría. De esta manera, las propiedades del prototipo caracterizarían al menos a algunos miembros de la categoría, pero ninguna propiedad sería necesaria ni suficiente para formar parte de una categoría. Siendo así, el constructo del prototipo reconocería la heterogeneidad explícita de los pacientes que sufren trastornos de la personalidad (Millon y Davis, 1998).

2.4. EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO

Los datos disponibles sobre la prevalencia de los trastornos de la personalidad son dispares y, en muchos de los casos, poco fiables. Esto puede deberse en parte, a la compleja tarea que supone definir un trastorno de la personalidad mediante una breve lista de síntomas específicos, y con una escasez de preguntas, la mayoría de ellas susceptibles del juicio del evaluador. Con todo, parece existir una elevada frecuencia de los trastornos de la personalidad en la población general, estimándose una prevalencia del 10% al 13% (Mosquera, 2004a; Quiroga y Errasti, 2001). Esta tasa aumenta de forma espectacular entre pacientes ambulatorios, llegando a cifras que oscilan entre el 30% y el 50% (Caballo, 2004).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), los trastornos de la personalidad suelen aparecer durante la adolescencia o principio de la edad adulta. Sin embargo, parece existir cierto consenso con respecto a que las características propias de estos trastornos se desarrollan durante la infancia y posteriormente se consolidan. Es por ello, que el curso de los trastornos de la personalidad es por lo general crónico, aunque se exacerba en los momentos vitales que precisan una implicación afectiva mayor.

Además, con mucha frecuencia suelen presentar síntomas asociados, ya sean depresivos y/o de ansiedad y, en menor frecuencia, síntomas psicóticos de breve duración. En todo caso, el patrón permanente de comportamiento problemático se encuentra desglosado según los tipos específicos de estos trastornos, los cuales algunos suelen atenuarse o remiten con la edad (p. ej. el trastorno antisocial y límite de la personalidad) mientras que no parece suceder así en otros tipos (p. ej. trastornos obsesivo-compulsivo y esquizotípico de la personalidad) (DSM-IV-TR, 2002).

2.5. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Hoy día disponemos de una serie de instrumentos que sirven para la evaluación de los trastornos de la personalidad, como entrevistas estructuradas y cuestionarios de autoinforme. Entre las primeras podemos encontrar la Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de Personalidad del DMS-IV (*Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders*; Zanarini et al., 1996), la Examen Internacional para los Trastornos de la Personalidad (*International Personality Disorder Examination, IPDE*; Loranger, 1999) o la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorder, SCID II*; First et al., 1997).

La cantidad de autoinformes es aún mayor, aunque menos fiables a la hora del diagnóstico de los trastornos de la personalidad (Caballo y Valenzuela, 2001). A pesar de la controversia habida en las últimas décadas acerca del valor del uso de procedimientos psicométricos objetivos en la evaluación de la personalidad normal y psicopatológica, estos continúan ocupando un lugar destacado en la práctica clínica y en la investigación (Ávila-Espada y Herrero, 1995).

El autoinforme más conocido para la evaluación de dichos trastornos es el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (*Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-II*; Millon, 1998). Permite la evaluación distintos desórdenes de la personalidad y síndromes clínicos diferentes, a partir de 22 escalas que se dividen en cuatro secciones principales: *escalas básicas de personalidad* (Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádica, Compulsiva, Pasivo-Agresiva y Autodestructiva); *escalas de trastornos de personalidad patológica* (Esquizotípica, Límite y Paranoide); *escalas de síndrome clínicos de gravedad moderada* (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Neurosis depresiva, Abuso de alcohol y Abuso de drogas) y *escalas de síndromes clínicos de gravedad severa* (Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante). Además, se recogen otras cuatro escalas (Validez, Sinceridad, Deseabilidad social y Alteración) que arrojan datos de interés relevante. El cuestionario consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso y un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos).

Sin embargo, actualmente la evaluación de los trastornos de la personalidad constituye una tarea plagada

de dificultades (Caballo, 2004; Caballo y Valenzuela, 2001). Los diversos problemas provienen de instrumentos mal contruidos y de las deficiencias en las descripciones de los trastornos de la personalidad, que plantean criterios diagnósticos que se solapan entre los distintos trastornos.

2.6. COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En consonancia con las líneas precedentes, los datos disponibles sobre el solapamiento existente entre los trastornos de la personalidad y algunos trastornos mentales del Eje I es relativamente elevada. Algunos autores proponen que estas altas tasas de co-ocurrencia entre los trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales pueden ser el resultado de que, el trastorno de la personalidad actúa como un factor de vulnerabilidad predisponente a padecer un trastorno mental, o bien porque el trastorno de personalidad es una secuela residual de un trastorno mental (Cervera et al., 2005).

Por otra parte, parece existir un alto índice de comorbilidad entre los distintos trastornos de la personalidad, en parte debido a que diversos síntomas aparecen en varios trastornos. Grove y Tellegen (1991) señalan que cerca de la mitad de las personas diagnosticadas encajan en los criterios de al menos un trastorno de personalidad adicional.

Teniendo en cuenta lo que se acaba de indicar, el diagnóstico diferencial de estos trastornos, resulta extremadamente complejo en muchos de los casos.

3. EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Dentro de los trastornos de la personalidad, el trastorno límite (en adelante TLP) es quizás uno de los trastornos de personalidad que ha cobrado mayor interés en la actualidad.

Sin embargo, el uso del término "límite", se utiliza hace ya muchos años para designar un trastorno que se suponía en el límite entre la neurosis y la psicosis. En sentido lingüístico, el término transmite un nivel moderado de gravedad o un grado intermedio del funcionamiento de la personalidad (Millon, 1969) o de la organización estructural (Kernberg, 1970). Desde este punto de vista, muchos autores lo consideran ineficaz para definir la característica básica o central que define el trastorno (Álvarez, 2001). Es por ello, por lo que algunos autores han sugerido otras denominaciones alternativas tales como personalidad inestable, personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad o trastorno lábil de la personalidad que podrían resultar más adecuadas (Millon y Davis, 1998).

No obstante, el TLP es hoy en día considerado como un síndrome complejo y heterogéneo que surge de la necesidad de categorizar un conjunto de pacientes que presentan un claro patrón de inestabilidad afectiva e interpersonal, una marcada impulsividad e ira inapropiada, que no encajan dentro de los síndromes tradicionales. Es por ello, que no debemos utilizar la categoría límite como un cajón sastre para los casos de

indecisión clínica, como solía utilizarse con anterioridad, pues en la actualidad se concibe como una entidad diagnóstica definida y válida.

3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde los primeros escritos de la literatura psicopatológica con autores tales como Homero, Hipócrates y Areteo, se han descrito pacientes en los que coexistía la ira impulsiva, la manía y la melancolía. Pero fue Bonet en 1684 quien unió la impulsividad y los estados de ánimo inestables en un síndrome que denominó la “folié maniaco-melancolique”. Posteriormente, autores como Falret y Baillarger (1854) acuñaron los términos “folie circulaire” y “folie a double forme” respectivamente, para representar el carácter variable y contrastado del síndrome, como resultado de más de 30 años de estudios con pacientes con depresión e ideas suicidas. Pero tal vez sea Kraepelin (1921) con su descripción de la “personalidad excitable”, quien se asemejó más a los síntomas de lo que hoy en día conocemos como TLP (Millon y Davis, 1998).

Del mismo modo, Schneider (1923) acuñó el término de “personalidad lábil” para las personas que exhibían este tipo de síntomas. Más tarde, Kretschmer (1925) proporcionó también algunos elementos adicionales del retrato actual del límite, enfatizando de nuevo la volubilidad emocional y su curso impredecible, considerando que estas personas manifestaban lo que él denominó un temperamento mixto cicloide-esquizoide. Igualmente, Reich (1925) describió a estas personas como sujetos que manifestaban una predominancia de agresión infantil, un narcisismo primitivo y con graves alteraciones del Superyó. Sin embargo, fue Adolf Stern en 1938 quien empleó por primera vez la designación de “el grupo límite de la neurosis”.

Desde entonces, se han realizado diversas conceptualizaciones del término. La *primera* de ellas está basada en el trabajo de Kernberg (1975), empleando el término “límite” para la mayoría de las formas severas de carácter patológico. La *segunda* surgió en la década de los sesenta, poniendo el énfasis en la tendencia de estos pacientes a experimentar episodios psicóticos breves, considerando el trastorno límite de la personalidad como parte del espectro de los trastornos esquizofrénicos. La *tercera* enfatizó la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límites durante la década de los ochenta, lo que llevó a pensar que se trataba de un trastorno afectivo. La *cuarta* definición aparece recogida en la obra de Gunderson (1984), en donde el término “límite” describe una forma específica del trastorno de la personalidad. De este modo, determina que los atributos claves de estos pacientes son la buena socialización, que los discrimina de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y un nivel bajo de logros que los diferencia de los pacientes con neurosis, quienes por lo general, muestran un buen historial de trabajo (Gómez, 2000). En sus formulaciones posteriores, llevadas a cabo con sus colaboradores (Zanarini, Gunderson y Frankenburg, 1989) propuso 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 (Millon y Davis, 1998). Las últimas conceptualizaciones sobre el término “límite” han surgido en los años noventa. Como señalan Millon y Davis (1998), autores como Zanarini (1993) opinan que el trastorno límite de la personalidad debería ser considerado dentro del espectro de los trastornos de los impulsos. En la misma línea, autores como Herman y van der Kolk (1987) sugieren que se trata de una variación crónica del trastorno postraumático, en ocasiones asociado a una sintomatología disociativa (Caballo, 2004).

3.2. DIAGNÓSTICO

Los criterios esenciales que considera el DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad son principalmente un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad, y una notable impulsividad. De la misma manera, la CIE-10 (OMS, 1992) recoge un trastorno similar pero denominado trastorno inestable emocional de la personalidad, tipo límite. En este caso, coincide en describirlo como un trastorno de la personalidad caracterizado por su inestabilidad en distintos ámbitos. Como podemos comprobar a partir de los cuadros IV y V expuestos a continuación, los criterios diagnósticos descritos por la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV-TR (APA, 2002) son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno.

3.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los sujetos con un trastorno límite de la personalidad presentan un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación. Al principio de una relación pueden sentirse mágicamente implicados, llegando incluso a idealizar a la otra persona, en cambio pasan rápidamente a devaluarla al sentirse decepcionados, en su gran mayoría por motivos que para otras personas pasarían inadvertidos, según el DSM-IV-TR (APA, 2002).

Como consecuencia de esta necesidad de sentirse vinculados tan estrechamente a nivel emocional, las personas con trastorno límite presentan un especial temor al abandono, hasta el punto de convertirse en una necesidad vital. Resulta habitual en estos pacientes distorsionar la percepción de las comunicaciones y de las acciones de los demás, lo que los lleva inevitablemente a intensificar la patología. Aún cuando mantienen relaciones muy seguras, el temor al posible abandono llega a imponerse a la realidad alcanzando niveles casi delirantes, como si la propia coherencia o la identidad del paciente pudiera llegar a disolverse si la relación terminase (Álvarez, 2001). Esto ocasiona que realicen esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado, pudiendo incluir actos impulsivos como los comportamientos de automutilación o suicidas, según el DSM-IV-TR (APA, 2002). Estas conductas

autodestructivas pueden ocurrir durante experiencias disociativas y paradójicamente les proporciona un sentimiento temporal de calma e incluso de euforia, por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir, a pesar de que posteriormente tengan el efecto contrario y generen un sentimiento de malestar y culpabilidad en el sujeto (Mosquera, 2004a).

Estas personas pueden presentar además, una alteración de la identidad caracterizada por una marcada y persistente inestabilidad en la imagen o sentido de uno mismo de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002). Esta variabilidad en la forma de percibirse, basada generalmente en cómo son percibidos por los demás, conlleva cambios de humor y pensamientos contradictorios acerca de uno mismo y de los demás, acompañados de sentimientos de vacío (Mosquera, 2004a).

Una consecuencia de la inseguridad y la inestabilidad de su propia identidad es que se vuelven excesivamente dependientes de los demás, llegando a ser extremadamente vulnerables a la separación de las fuentes externas de apoyo. Pese a esta incansable búsqueda de afecto y atención, en muchos de los casos actúan de un modo contrario y manipulativo, suscitando el rechazo de las demás personas y alimentando su sensación crónica de vacío (Caballo, 2004). Estas situaciones provocarán en estos sujetos momentos angustiosos de ansiedad, miedo e incluso depresión, y desencadenarán periódicas explosiones de ira descontrolada dirigidas hacia el resto de las personas, seguidas de autoreproches y autocríticas.

De este modo, son la imprevisibilidad y la impulsividad los pilares centrales del temperamento y las acciones de las personas con TLP (Millon y Davis, 1998). En este sentido, pueden llegar a aferrarse a lo más cercano en momentos de necesidad, oscilando entre el abuso de sustancias, atracones, prácticas sexuales no seguras, encuentros íntimos esporádicos o conducción temeraria (Mosquera, 2004a). Debido a esta falta de control y a la intensidad de sus estados emocionales, no debe sorprendernos la tasa tan elevada de suicidio consumado que presentan los sujetos diagnosticados con este trastorno, siendo ésta del 8% al 10% según el DSM-IV-TR (APA, 2002) y Virués (2004), lo que supone aproximadamente 400 veces la tasa de suicidio de la población general (Cervera et al., 2005). Igualmente las amenazas e intentos de suicidio son también muy frecuentes en estos sujetos, alcanzando cifras del 70%, con una media de tres intentos por paciente.

El estilo cognitivo de estos pacientes viene determinado por la profunda escisión de sus representaciones objetales. Su nivel cognitivo depende en gran medida de la estructuración del ambiente exterior. En este sentido el paciente es capaz de funcionar de forma adecuada en un ambiente estructurado, al tomar prestada la estructura del entorno y conseguir de este modo su propia organización. Sin esta estructura, la persona con trastorno límite de la personalidad efectuará una regresión a estados del yo más primitivos (Millon y Davis, 1998). Una de las principales distorsiones cognitivas que padecen estas personas, es su pensamiento profundamente

dicotómico. Utilizan de forma crónica categorías excluyentes, construyendo su mundo en términos de todo o nada. De este modo, las opiniones de los demás, de sí mismo y del mundo en general, tienden a ser completamente positivas o negativas (Mosquera, 2004a). Es en estas situaciones, la única posibilidad de supervivencia para estas personas, es pasar rápidamente de un extremo al otro, lo cual dada la intensidad de sus emociones explica la enorme variabilidad de estados emocionales intensos, aleatorios e irracionales que viven estos pacientes. Podemos entender por ello, que la mayoría de estos pacientes sienten con facilidad que su mundo emocional les desborda, manifestando características emocionales muy polarizadas.

3.4. EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), se calcula que la prevalencia del TLP es de aproximadamente un 2% de la población en general, aunque muchos autores señalan una prevalencia de entre el 1% y el 2% (Cervera, Haro y Martínez-Raga, 2005; Iglesias y Hernández, 2000). Este trastorno se diagnostica en el 10% de los pacientes de centros ambulatorios de salud mental y alrededor del 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados, según el DSM-IV-TR (APA, 2002).

Para algunos autores, el TLP es uno de los trastornos de la personalidad más frecuentes hoy en día, afectando aproximadamente entorno al 30% y 60% de los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad (Álvarez, 2001; Salavert, Cunill, Catalán, García y Vila, 2004; Soler, Camping, Pérez, Puigdemont, Pérez-Blanco y Álvarez, 2001). No obstante, otros señalan la posibilidad de una sobreestimación de tales tasas de este trastorno en comparación con otros trastornos de la personalidad, dado que los pacientes con este diagnóstico suelen frecuentar más los centros de la salud que otros pacientes, como por ejemplo una persona con diagnóstico de trastorno de la personalidad por evitación (Cervera et al., 2005).

Algunos autores señalan que la incidencia del TLP podría estar aumentando debido a la denominada por Leighton (1963) *desintegración sociocultural* asociada a mayores índices de patología. Según este autor, la lealtad llegará a ser sustituida por la individualidad, perdiendo así entre la juventud el sentido de pertenencia al grupo (Cervera et al., 2005). Esto asociado a las actuales rupturas de las familias por la movilidad geográfica, el divorcio y los rápidos cambios sociales incrementa el riesgo de la patología límite de acuerdo con Caballo (2004), al interferir en la transmisión generacional de valores. Igualmente, Paris (1996) ha hecho hincapié en la posible influencia de factores como la educación, el ambiente familiar, la estructura social en el desarrollo de este trastorno, o al menos, en la expresión del mismo.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), el riesgo de padecer este trastorno en familiares de personas diagnosticadas con TLP sería hasta cinco veces superior que el de la población en general.

Con respecto a la distribución por sexo, parece que el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad es

más frecuente en mujeres (aproximadamente el 75% de los casos) que en hombres (Álvarez, 2001; Caballo, 2001a). Este predominio del sexo femenino aparece en la mayoría de los estudios, tanto ambulatorios como hospitalarios, si bien habría que tener en cuenta que esta afirmación podría estar sesgada por la selección de la muestra y a que las mujeres demandan con más frecuencia ser atendidos por profesionales (Cervera et al., 2005).

El patrón habitual del curso de este trastorno comienza con una inestabilidad crónica al principio de la edad adulta, seguido por episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y recurrentes búsquedas de ayuda en centros de salud mental y general. Pero de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), el deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en el comienzo de la edad adulta y van desapareciendo de forma gradual con el paso del tiempo. Además, se constata también, que pese a que en estos sujetos tiende a persistir la impulsividad, la vivencia intensa de las emociones y las relaciones inestables a lo largo de su vida; aquellos pacientes que reciben tratamiento muestran con frecuencia una mejoría, que tiene su inicio durante el primer año, logrando incluso alcanzar una cierta estabilidad en sus relaciones y actividad profesional a lo largo de la cuarta y quinta década de sus vidas.

3.5. COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las personas con TLP sufren a menudo de trastornos del control de los impulsos (Carrasco, 2002), alteraciones del pensamiento, abuso de alcohol (Fernández-Montalvo y Landa, 2003) y otras sustancias (Sánchez, 2001), así como toda una variedad de problemas de ansiedad. Por su parte, autores como Zimmerman y Mattia (1999) encontraron que los pacientes con TLP estudiados presentaban de forma más frecuente diagnósticos de depresión mayor, trastorno bipolar, fobia social, fobia específica, trastorno pos estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos somatoformos. Igualmente, Skodol, Gunderson, Pfohl, Eidiger, Livesly y Siever (2002) encontraron que un 75% de los pacientes afectos de este trastorno manifiestan sintomatología disociativa e ideación paranoide no de tipo delirante, constituyendo los síntomas cognitivos-perceptivos más frecuentes de estas personas.

El solapamiento del TLP con otros trastornos del Eje II se presenta también de manera frecuente (Caballo, 2001a; Fernández-Montalvo y Landa, 2003; Iglesias y Hernández, 2000). La concurrencia parece ser habitual según para el trastorno narcisista, evitativo, pasivo-agresivo y paranoide, pero en mayor medida para el trastorno histriónico, antisocial, esquizotípico y dependiente. También se ha demostrado que hombres y mujeres con TLP exhiben patrones distintos de comorbilidad.

La presencia comórbida tanto de trastornos de Eje I como otros trastornos del Eje II en pacientes diagnosticados de TLP refleja la necesidad de establecer

claramente el diagnóstico diferencial. En primer lugar el clínico deberá analizar el patrón de comportamiento habitual, el inicio temprano de los síntomas y su curso, es decir, realizar un análisis longitudinal de los síntomas, no quedándose únicamente con un análisis transversal de los mismos.

De este modo, los trastornos del estado de ánimo son en la mayoría de los casos el grupo de trastornos con lo que resulta necesario realizar el diagnóstico diferencial, ya que las personas con TLP presentan variaciones importantes de su estado de ánimo, especialmente referido a síntomas depresivos pero también en relación a sintomatología maniaca o hipomaníaca, debido a que la excitabilidad general, la irritabilidad o la falta de control de los impulsos pueden hacer pensar al clínico que se encuentra ante una persona con trastorno bipolar. Por todo ello, es de especial importancia atender con detalle a la historia de desarrollo de la perturbación.

Con respecto al diagnóstico diferencial del Eje II, son varios los trastornos de la personalidad que según el DSM-IV-TR (APA, 2002) se pueden confundir con el TLP. A continuación se exponen las principales diferencias entre estos trastornos (ver Tabla 1.).

Tabla 1. Diagnóstico diferencial del TLP.

OTROS TRASTORNOS	CARACTERÍSTICAS	TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
Trastorno histriónico de la personalidad	Búsqueda de atención Comportamiento manipulativo Emociones rápidamente cambiantes	Autodestructividad Rupturas airadas en las relaciones interpersonales Sentimientos crónicos de profundo vacío y soledad
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Ideas paranoides	Ideas paranoides: Más pasajeras Interpersonalmente reactivos En respuesta a situaciones estresantes
Trastorno paranoide de la personalidad Trastorno narcisista de la personalidad	Reacciones coléricas a estímulos menores Relativa estabilidad de la autoimagen Relativa falta de autodestructividad, impulsividad y preocupaciones por el abandono	Reacciones coléricas a estímulos menores Inestabilidad de la autoimagen Autodestructividad Impulsividad Miedo al abandono real o imaginado
Trastorno antisocial de la personalidad	Comportamientos manipulativos: Dirigidos a obtener beneficios materiales	Comportamientos manipulativos: Lograr el interés de quien se ocupa de él
Trastorno de la personalidad por dependencia	Temor al abandono: Respuestas de sumisión Búsqueda urgente de una relación que reemplace la anterior	Temor al abandono: Respuestas de ira. Respuestas de rabia.

Como se refleja en la Tabla 1, mientras el trastorno histriónico se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes, el TLP se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad.

Sin embargo, las ideas paranoides pueden aparecer tanto en el TLP como en el trastorno esquizotípico de la personalidad, aunque en el TLP estos síntomas son más pasajeros y aparecen en respuesta a situaciones estresantes.

Asimismo, aunque el trastorno paranoide y el trastorno narcisista se pueden caracterizar por una reacción colérica a estímulos menores, la relativa estabilidad de la autoimagen, así como la falta de autodestructividad, impulsividad y las preocupaciones por el abandono, diferencian estos trastornos del TLP.

En cambio, los comportamientos manipulativos caracterizan tanto el trastorno antisocial de la personalidad como el TLP, si bien es cierto, la manipulación de los demás y la impulsividad de las personas con trastorno antisocial de la personalidad está más dirigida a obtener beneficios materiales, mientras que la persona con TLP tiene la finalidad de lograr el interés de quienes se ocupan de él.

Por otro lado, tanto el trastorno de la personalidad por dependencia como el TLP se caracterizan por el temor al abandono; sin embargo las reacciones de la persona con trastorno dependiente de la personalidad al abandono de los demás, no son de ira rabia, sino que tiende a la búsqueda urgente de una relación que reemplace la anterior.

3.6. ETIOLOGÍA

Recientemente, un importante número de estudios han tenido como objetivo tratar de descubrir los marcadores de riesgo para el desarrollo del TLP. Los

modelos etiológicos propuestos se pueden sintetizar en dos grandes grupos.

El primero de ellos reúne aspectos psicosociales, como la posible separación o pérdida parental, una implicación parental alterada y abuso físico, psicológico o sexual durante la infancia.

El segundo grupo incluiría factores genéticos, como historia familiar de antecedentes psiquiátricos, aspectos temperamentales y disfunciones neurobiológicas y/o bioquímicas (Díaz, 2001).

Con respecto a las investigaciones centradas en factores medioambientales, los datos actuales publicados al respecto sugieren una alta incidencia de abuso sexual en personas con este trastorno (Álvarez, 2001; Aramburú, 1996; Caballo, 2001a; Caballo, 2004). En esta línea, algunos autores han tratado de considerar el TLP como una variante del trastorno de estrés postraumático, por un lado porque estos pacientes suelen mostrar síntomas que se asemejan al de las personas con trastorno de estrés postraumático y por otro lado, porque en numerosas ocasiones tienen antecedentes de haber sufrido abuso sexual infantil. En cambio, un estudio actual revela que estos indicadores aparecían asociados también en otros trastornos de la personalidad y por tanto no se podía juzgar como causa específica (Golier, Yehuda, Bierer, Mitropoulou, New y Schmeidler, 2003).

Respecto a los factores de naturaleza más constitucional, actualmente existe evidencia suficiente de la transmisión familiar del TLP o de rasgos que forman parte de dicho trastorno, debido a que se ha observado una mayor frecuencia de este diagnóstico entre los familiares de pacientes con TLP que en los sujetos que no presentan esta patología. En este sentido, algunos autores han tratado de incluir el TLP dentro del espectro de la esquizofrenia, si bien la mayoría consideran este trastorno fuera tal espectro.

Desde un planteamiento evolutivo neurobiológico se ha sugerido la posibilidad de una asociación entre las repercusiones negativas que tiene sobre el niño la disfunción cerebral, y el desarrollo evolutivo de los futuros adultos con TLP. En este sentido, el resultado sería la presencia de dificultades en la relación afectivo-emocional y del control de los impulsos, que en algunos casos, daría lugar al desarrollo del TLP. Sin embargo, los datos disponibles sobre este tipo de planteamientos son, hasta ahora, equívocos y poco concluyentes. De este modo, como el TLP es en sí mismo un constructo difícil de estudiar como fenotipo biológico, la tendencia actual tiene como objetivo investigar la psicobiología de cada uno de los síntomas clave de este trastorno: la impulsividad y la labilidad afectiva. Con respecto al primer componente, se puede constatar una determinación genética para rasgos como la impulsividad o la ira. Además, los resultados bioquímicos parecen estar de acuerdo en que la función serotoninérgica central está claramente disminuida en las personas con TLP, en comparación con el resto de trastornos de la personalidad. Así mismo, parece existir cierto consenso con respecto a la existencia de niveles incrementados de la función noradrenérgica en aquellas personas diagnosticadas de

algún trastorno donde la impulsividad es un componente central de la patología. Paralelamente, por lo respecta al segundo componente, los estudios sugieren que la excesiva disponibilidad colinérgica puede jugar un papel importante en la disforia transitoria que presentan las personas con TLP. Sin embargo, resulta evidente pensar que al tratarse de marcadores biológicos referidos a síntomas muy concretos, es altamente probable que vayan a estar presentes en prácticamente la mayoría de síndromes clínicos que cursen con el mismo tipo de sintoma.

Por último, algunos autores parten de la constatación de un incremento innegable en la prevalencia de este trastorno en los últimos años. De este modo, se aluden a los numerosos cambios habidos en las últimas décadas, concretamente en lo que concierne a los modelos y hábitos de crianza, relaciones de pareja, cohesión familiar y estilos de ocio, para tratar de explicar éstos como una de las fuentes etiológicas del TLP con mayor responsabilidad en la actualidad. Desde este punto de vista, la estabilidad, organización y coherencia que manifiestan los miembros de una sociedad, es el reflejo de las transformaciones sociales habidas en la misma. No obstante, las fuerzas sociales no son suficientes para explicar el incremento importante del TLP, pero sin duda arrojan un ingrediente más al trío bio-psico-social de causas que contribuyen a su génesis.

En todo caso, resulta evidente la ausencia de criterios claros entre los investigadores y escuelas de pensamiento en torno a la etiología del TLP. Aunque la mayoría reconoce que en la génesis del trastorno coexisten factores de orden genético, constitucional, neurobiológico, de comportamiento y evolutivo, no existe acuerdo acerca de la primacía de unos factores sobre otros en la aparición del TLP. Se sugiere por tanto la necesidad de crear aproximaciones multifactoriales, dada la complejidad de la psicopatología del trastorno límite de la personalidad.

3.7. EVALUACIÓN

A pesar de la cantidad de instrumentos de evaluación existentes hoy en día para los trastornos de la personalidad, algunos como el *Millon Clinical Multiaxial Inventory: MCMI-II* (Millon, 1998) o el *Personality Diagnostic Questionnaire-V: PDQ* (Hyler, 1994) se han quedado insuficientes para la correcta clasificación de pacientes individuales, siendo considerados por algunos autores más útiles como método de cribado de sujetos que como método diagnóstico (Caballo, 2004; Caballo y Valenzuela, 2001).

Con la intención de desarrollar un instrumento con mayor fiabilidad y validez que los citados anteriormente, se crea el *Inventario de Personalidad límite: BPI* (Leichsenring, 1999) partiendo de la teoría estructural de la personalidad de Kernberg (1984), pudiendo distinguir en este sentido tres niveles organizados: el neurótico, el límite y el psicótico. El cuestionario consta de 53 ítems verdadero-falso y de varias escalas que principalmente características como la identidad difusa, los mecanismos primitivos de defensa, la evaluación de la realidad y el

miedo al compromiso, entre otras, que presentan los sujetos con este trastorno. Los resultados en cuanto a su validez discriminante informan de un alto porcentaje de éxito en el diagnóstico de estos pacientes.

Otros cuestionarios que evalúan la presencia de un TLP son la *Escala para el Trastorno Límite de la Personalidad: BDP* (Perry, 1982) y el *Índice del Síndrome Límite: BSI* (Conte et al., 1980).

Con respecto a las entrevistas semiestructuradas, la *Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite-Revisada: DIB-R*, elaborada inicialmente por el equipo de Gunderson en 1981, parece haber demostrado su fiabilidad, validez y consistencia interna suficiente como para resultar discriminante ante este tipo de pacientes (Caballo, 2004).

3.8. TRATAMIENTO

La terapia de pacientes con TLP constituye uno de los retos más importantes entre los profesionales de la salud mental (Aramburú, 1996). Por un lado movilizan sentimientos y actitudes en los terapeutas de forma muy intensa y por otro lado es factible, en parte de estos pacientes, lograr cambios estructurales de su personalidad, a diferencia de otros trastornos de la personalidad menos susceptibles de tratamientos psicoterapéuticos (Díaz, 2001).

3.8.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Con respecto al tratamiento farmacológico, los fármacos más utilizados en personas diagnosticadas con TLP han sido los siguientes:

- Antidepresivos, utilizados para reducir la disforia asociada al rechazo personal. Se muestran útiles para síntomas como la irritabilidad, la hostilidad y las autoagresiones que manifiestan las personas con TLP.
- Ansiolíticos, prescritos para reducir las crisis de ansiedad, los episodios de hostilidad y las alteraciones del sueño.
- Estabilizantes del estado de ánimo y anticonvulsivos, útiles para regular los cambios de humor, normalizando los estados de impulsividad y agresión.
- Antipsicóticos a bajas dosis, empleados para tratar las cogniciones alteradas, incluyendo la ideación paranoide, ilusiones, episodios de desrealización o síntomas de tipo alucinatorio.

En general, en el TLP, las farmacoterapias son utilizadas fundamentalmente con el objetivo de tratar tres grandes grupos de síntomas: síntomas afectivos, trastornos conductuales y de la impulsividad, y las alteraciones cognitivas perceptivas que presentan las personas con este trastorno, pero hasta la fecha no existe ningún fármaco que pueda considerarse de primera elección para todos los síntomas, sino que en función de los síntomas predominantes habrá que decidir el tratamiento farmacológico que mejor puede ayudar al paciente.

En cualquier caso, el uso racional y juicioso de psicofármacos puede obtener un alivio sintomático y controlar la impulsividad en estos pacientes, pero la psicoterapia individual siempre resulta crucial en este trastorno y a pesar de la multitud de sistemas utilizados en estos pacientes, parece razonable usar una prudente combinación de psicofármacos y psicoterapia para lograr los mejores resultados posibles (Álvarez, 2001).

3.8.2. TRATAMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

Aunque parece evidente que las psicoterapias constituyen en la actualidad un elemento fundamental en el tratamiento de los pacientes con TLP, existe todavía una gran heterogeneidad entre los distintos enfoques aplicados o diseñados específicamente para tal fin. Aun así y de acuerdo con Díaz (2001), los objetivos generales de las psicoterapias están encaminados a que el paciente logre mejorar sus relaciones interpersonales, disminuya la intensidad y prevalencia de conductas autodestructivas, así como una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales.

En cuanto a la investigación en el campo de las terapias psicoanalíticas, parece ser que uno de los enfoques más significativos en estos pacientes es la Psicoterapia de Apoyo. Se desarrolla a partir de 1940 debido a las dificultades de la aplicación de la técnica psicoanalítica en pacientes con TLP y su eficacia ha sido determinada en estudios de seguimiento (Díaz, 2001). Se trata de una terapia cara a cara entre el paciente y el terapeuta, focalizada en la facilitación de las relaciones interpersonales del paciente para un mejor funcionamiento adaptativo. El tratamiento se plantea a largo plazo, durante varios años e incluso indefinido en algunos casos.

De entre las modalidades psicoterapéuticas de orientación cognitivo conductual, la Terapia Dialéctica Conductual desarrollada por Lineham (1987) y su grupo de investigación es el tratamiento mejor estudiado y sobre el que existen más datos de eficacia clínica en el tratamiento del TLP (Aramburú, 1996; Caballo, 2001b; Soler et al., 2001). Se trata de una terapia específicamente dedicada a este trastorno y encaminada a trabajar aspectos especialmente problemáticos, como los comportamientos suicidas y autolíticos o la inestabilidad afectiva. En este sentido, es importante destacar que el tratamiento fue probado con un grupo relativamente homogéneo de mujeres muy disfuncionales y con conductas suicidas crónicas y por tanto no deberíamos generalizar los resultados a personas con TLP menos disfuncionales o no suicidas ni a los hombres con este trastorno (Aramburú, 1996). Además, tal como sugieren Quiroga y Errasti (2001), aunque los resultados que se desprenden de esta terapia son prometedores, de momento se trataría de un tratamiento "probablemente eficaz", al igual que la terapia de conducta, ya que modifican conductas muy problemáticas, como el suicidio, pero no el TLP en sí mismo.

Por otro lado, algunos autores proponen la terapia cognitiva de Beck y Freeman (1990-1995) como intervención de elección. Las primeras estrategias

terapéuticas van dirigidas a que el paciente pueda identificar y corregir los pensamientos distorsionados, las asunciones y los procesos cognitivos disfuncionales y desadaptativos. De este modo, los objetivos principales de la TC consistirían en la disminución de los pensamientos dicotómicos, la expresión de los sentimientos negativos de una moderada, el control de los impulsos de carácter autodestructivos y la construcción de un sentido de identidad definido. En cuanto a la eficacia de esta terapia, no existen estudios empíricos publicados hasta el momento que validen los efectos clínicos conseguidos en estos pacientes, aún cuando parece ser una modalidad terapéutica ampliamente acogida y difundida entre los profesionales (Quiroga y Errasti, 2001).

Una ampliación innovadora de la terapia cognitiva de Beck y Freeman (1990-1995), es la terapia focalizada en los esquemas, creada y desarrollada por Young (1994). Contiene algunos cambios importantes respecto a ésta, entre ellos un mayor énfasis en la relación terapéutica, en el funcionamiento emocional e interpersonal, y en los acontecimientos de la primera infancia como determinantes de la conducta adulta. En este sentido, Young propone actuar sobre el nivel más profundo de la cognición: los esquemas desadaptativos tempranos y precoces. Estos esquemas disfuncionales referidos al sí mismo y a los demás, poseen componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y conductuales. Entre ellos, los más significativos son: temor al abandono y a la pérdida, falta de amor, dependencia, desconfianza, escasa autodisciplina, miedo a perder el control, culpa excesiva y privación emocional. El mantenimiento de los esquemas se produce tanto por las distorsiones cognitivas, como por las conductas desadaptadas consecuentes, constituyendo un proceso circular. Es por tanto, el cambio de los esquemas desadaptativos y de los estilos de afrontamiento inadecuados, el foco central de la terapia.

Por último, cabe mencionar aquí la Terapia Icónica para la Estabilización Emocional que se lleva aplicando desde 1997 en la Unidad Funcional del TLP del Centro Asistencial de Málaga. Su principal objetivo es permitir a la persona impulsiva anticiparse a sus impulsos y facilitar el control de éstos. Se trata de un enfoque integrativo que recoge y ordena tanto técnicas cognitivas como conductuales.

Finalmente, creo necesario puntualizar, que el abordaje terapéutico del TLP requiere de un tratamiento individualizado, dada la naturaleza multifactorial de este trastorno y las múltiples combinaciones sintomáticas posibles, además del asesoramiento de familiares y personas próximas al paciente. Algunos autores llegan incluso a considerar obligadas las entrevistas familiares, cuando no necesario el tratamiento familiar, debido a la alta incidencia de patología en los padres de paciente con TLP (Díaz, 2001). Entre los objetivos de este tratamiento familiar hay que considerar la reducción de los procesos de escisión en el sistema familiar, lograr reducir las conductas oposicionistas estereotipadas y estructurar y reparar los límites entre los diferentes subsistemas familiares existentes (Álvarez, 2001).

Con todo, en la práctica parece existir consenso en que no sería la modalidad terapéutica el factor más relevante en el tratamiento, sino que esté cuidadosamente diseñado y estructurado a medida del tipo específico de paciente.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA UNA PERSONA CON TLP.

Dado que se considera la psicoterapia como el soporte principal del tratamiento para los pacientes con TLP, y puesto que son las modalidades psicoterapéuticas derivadas de la orientación cognitivo-conductual las que gozan de mayor soporte empírico, la propuesta de tratamiento se formula sobre la base de esta orientación.

La propuesta de intervención que planteo está sustentada en el modelo explicativo general de intervención expuesto por Caballo (2004), pero con aportaciones específicas para el tratamiento de pacientes con TLP. Se compone de cuatro fases: inicial, de construcción de hipótesis y selección de objetivos, de intervención propiamente dicha y de seguimiento.

4.1. FASE I. FASE INICIAL

Esta fase hace referencia a las primeras sesiones de la terapia que se tienen con el paciente.

Objetivos

- Identificación del paciente: nombre, edad, estado civil, estudios realizados, datos familiares, etc.
- Análisis del motivo de consulta: por qué ha solicitado ayuda terapéutica, historia de su problema o problemas, grado de importancia o preocupación sobre ellos, si viene voluntariamente, etc.
- Análisis de la motivación para la terapia: qué espera conseguir, qué está dispuesto a hacer, expectativas de resultado y eficacia con respecto a la terapia, si ha realizado tratamientos anteriores y la valoración que hace de ellos, si se ha dado plazos para obtener resultados, etc.
- Empatizar con el paciente.
- Que el paciente se encuentre cómodo durante las sesiones.
- Favorecer la aparición y la estabilidad de la alianza terapéutica.
- Determinar la sintomatología más característica que manifiesta el paciente.
- Especialmente importante la detección de posibles conductas autodestructivas, autolesiones e ideación suicida. Las personas con TLP son a menudo pacientes potencialmente suicidas y suelen manifestar comportamientos autolíticos que pueden poner en peligro su vida.
- Detectar situaciones críticas o de riesgo y seleccionar la actuación.

Técnicas y habilidades

- Habilidades de recepción del paciente: evidentemente a priori no podemos saber las características personales del paciente, por ello es mejor mostrarse respetuoso y agradable dentro de

las pautas socialmente establecidas entre dos desconocidos que pueden iniciar un trabajo en común (presentarse, saludar, sonreír, dar la mano). Mantener un tono general de asertividad, empatía y calidez.

- Habilidades de escucha activa, tanto a nivel verbal como no verbal: importantes para conocer la demanda del paciente, facilitar su comodidad y establecer las bases para una adecuada relación terapéutica.
- Habilidades para hacer preguntas: lo más frecuente es que el paciente venga por un trastorno del Eje I descrito en el DSM-IV-TR (APA, 2002). Durante las primeras sesiones debemos centrarnos en la evaluación de la demanda del paciente, sin embargo, en las próximas sesiones sería recomendable evaluar más ampliamente aspectos como cronicidad de los problemas, otras dificultades en el pasado, otros tratamientos, aspectos comunes de los problemas. Es decir, hábitos cognitivos, conductuales y emocionales que pueda estar presentes tanto en la historia de los problemas del paciente como en la actualidad y que, además, se den de forma generalizada.
- Habilidades pedagógicas: para poder explicar de modo riguroso y accesible al paciente cómo entendemos el comportamiento humano, cuál es nuestro método de trabajo, cómo es una primera aproximación. Podemos explicar sus dificultades y las actuaciones a realizar para intentar que aprenda a resolver sus problemas. Es importante que el paciente pueda verse reflejado en estas explicaciones y que las acompañemos de ejemplos que puedan hacer más accesible la información que le vamos dando.
- Conocimientos que facilitan la evaluación: conocer la posible comorbilidad entre los trastornos del Eje I y los del Eje II resulta necesario para realizar una evaluación adecuada y un diagnóstico correcto, dada la alta incidencia de la misma en los pacientes con TLP.
- Observación del estilo de expresión e interacción del paciente.
- Evaluación del riesgo de suicidio si detectamos ideación, intentos anteriores y desesperanza. Asimismo debemos evaluar la posibilidad de ocurrencia de episodios psicóticos, consumos de sustancias o utilización indiscriminada de fármacos, pertinencia de tratamiento farmacológico, etc.
- Autoobservación: detectar nuestras propias emociones en relación al paciente que nos permitan poder conocer nuestras ideas o nuestros pensamientos con respecto al mismo o a la terapia con ese paciente.
- Saber esperar: intentar no apresurarnos ni atosigar al paciente para que nos de un tipo de información determinada. Si el paciente se ve presionado a contar cosas que no quiere contar puede sentirse no entendido, incómodo y abandonar la terapia.

- Valoración de déficit cognitivo: de acceso a pensamientos o emociones, capacidad de atención, etc.

Dificultades

- Con respecto a la situación actual: tal y como hemos revisado durante la exposición del trabajo, no hay acuerdo sobre algunas cuestiones básicas del TLP y las teorías etiológicas en su gran mayoría están poco avaladas. Además, resulta escasa la investigación sobre las técnicas más prometedoras.
- Presencia comórbida de trastornos del Eje I, como del Eje II en estos pacientes, lo que puede dificultar la evaluación y detección del TLP. Por ello, resulta necesario realizar el diagnóstico diferencial del trastorno.
- El paciente con TLP puede manifestar múltiples combinaciones sintomáticas.
- Estos pacientes fomentan en ocasiones intensas reacciones de contratransferencia por parte del profesional, ya sea por las amenazas suicidas recurrentes en muchos de los casos, las continuas idealizaciones y devaluaciones e incluso las posibles reacciones agresivas que pueden llegar a tener. Tienen tendencia a cuestionar la competencia del terapeuta.

4.2. FASE II. FASE DE CONSTRUCCIÓN DE HIPÓTESIS Y SELECCIÓN DE OBJETIVOS.

Objetivos

- Lograr la aceptación del programa terapéutico por parte del paciente y de este modo facilitar su participación e involucración en el desarrollo del mismo.
- Aumentar el conocimiento del paciente sobre el método terapéutico.
- Psicoeducación específica sobre el TLP.
- Construcción de hipótesis de origen y mantenimiento del mapa cognitivo-conductual del paciente, según los principios del aprendizaje.
- Mantener y fomentar la motivación para el cambio, así como la alianza terapéutica.
- Selección y priorización de objetivos y metas de la intervención.
- Lograr el autocuidado del paciente: que logre recurrir a conductas alternativas a los comportamientos violentos y autodestructivos, si los hubiera.
- Lograr la autoobservación del paciente: que comprenda lo que le lleva a actuar de determinada manera y en qué situaciones ocurre.

Dificultades

- La falta de información que suele darse en estos casos puede dificultar o limitar la construcción de la hipótesis de origen y de mantenimiento del problema.
- El volumen de problemas y su cronicidad también hacen más difícil la organización de la información y la creación de un modelo explicativo que intente

abarcar o explicar el mayor número de problemas del paciente.

- Muy frecuentemente, una de las dificultades de esta fase es la selección de objetivos a trabajar prioritariamente. La gravedad y la frecuencia de la sintomatología y el interés del paciente son variables que nos ayudan a jerarquizarlos. Pero, aún así, a veces esta decisión es complicada y casi siempre decisiva.
- A veces, el paciente tiene dificultades para identificar o asumir que su comportamiento habitual, sus pensamientos y sus emociones son parte del problema y no acepta que sea un objetivo terapéutico.
- Motivar para el cambio va a ser una de nuestras mayores dificultades como terapeutas, sobre todo cuando le sugerimos al paciente modificar aspectos de su "personalidad" que no considera que sean problemáticos o que los asume como su "forma de ser":

Técnicas y habilidades

- Autorregistros en formato de análisis funcionales. Ayuda a los pacientes a identificar y concretar las *conductas problema* que manifiestan y así podrán ser conscientes de las condiciones o situaciones (antecedentes y consecuentes de las mismas).
- Utilización de cuestionarios: biográfico, Escala de Actitudes Disfuncionales, etc.
- Análisis de productos: autorregistros, verbalizaciones, cuestionarios, la propia entrevista, etc.
- Habilidades de negociación.
- Habilidades pedagógicas.
- Refuerzo de conductas orientadas o facilitadoras de cara a la implicación y motivación en la terapia y a la consecución de los objetivos.

4.3. FASE III. INTERVENCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

Objetivos cognitivos

- Reconstruir la autoimagen inestable que caracteriza a estos pacientes.
- Detección y modificación de los pensamientos automáticos.
- Modificación del pensamiento dicotómico que suelen manifestar estos pacientes.
- Análisis de la validez sociocultural de las creencias.
- Producir cambios en las creencias equívocas.
- Modificar las distorsiones cognitivas que caracterizan a las personas con TLP.
- Reinterpretar el esquema cognitivo del paciente con TLP, para pasar a modificarlo paulatinamente y de forma progresiva hasta llegar a completar un auténtico proceso de reconstrucción.
- Mejorar la capacidad para procesar la información.
- Evitar cuidadosamente la velocidad excesiva durante el proceso terapéutico. Los progresos

deben ser paulatinos, lentos y seguros. Imprimir una excesiva velocidad a los cambios en la vida de este tipo de pacientes es la causa de muchos fracasos terapéuticos.

Uno de los puntos iniciales del trabajo con los pacientes con TLP es que su falta de identidad les hace difícil perseguir objetivos concretos y mantener sus prioridades estables. Ante ello el terapeuta debe procurar centrarse en objetivos muy patentes y comprensibles, y contribuir a fortalecer el sentido de identidad del paciente. Debe esforzarse también por conseguir detallar lo que tienen en común los problemas que presenta, intentando mostrar al paciente la presencia de patrones cognitivos persistentes y de este modo pueda construir, conocer y utilizar su mapa cognitivo. Es decir, que aprenda a detectar sus pensamientos automáticos y así, identificar sus esquemas subyacentes y sus factores de vulnerabilidad cognitivos. Es importante también, confrontar ciertas ideas utilizando evidencias contrarias extraídas de la propia vida del paciente, y en ocasiones podemos defender una forma extrema del pensamiento del paciente, hasta que sea obvia la cualidad autoderrotista de éste. Aún así, el centro de atención cognitivo es disminuir el pensamiento dicotómico que suelen tener las personas con un TLP. Para ello, insistiremos en los procesos de reestructuración cognitiva y la implicación activa tanto por parte del terapeuta como del paciente. Es especialmente útil en muchos pacientes, la combinación de técnicas como la reestructuración cognitiva y la exposición en vivo para el manejo o el cambio de las distorsiones cognitivas y los pensamientos desadaptados.

Técnicas para lograr los objetivos cognitivos

- Reestructuración cognitivo-conductual sistemática de Bas y Andrés (1986).
- Técnica de reestructuración cognitivo-conductual sistemática presente-pasado-futuro de Bas (1990).
- Estrategias dialécticas de Lineham (1987): representar el "abogado del diablo", extremar el significado de las expresiones, formular y utilizar la paradoja, etc.
- Exposición en vivo.
- Exposición en imágenes.

Objetivos emocionales

- Descenso de la intensidad y la variabilidad de los estados emocionales.
- Buscar la estabilidad de la personalidad, evitando los extremos de rigidez y parálisis emocional por un lado y de flexibilidad excesiva e inestabilidad por el otro.
- Moderar las emociones inestables, variables y caprichosas.

La presencia de emociones contrarias caracteriza el mundo emocional de la persona con TLP, pero debemos tener presente que los pensamientos tienen influencia en las emociones y el estado anímico obviamente influye en

la forma de ser. En este sentido, siguen siendo de especial utilidad las técnicas de reestructuración cognitiva mencionadas con anterioridad, aunque evidentemente no serán las únicas.

El terapeuta debe ayudarle a comprender qué es una emoción, por qué se origina, además de explicarle la transitoriedad e intensidad de las mismas. El problema de muchas personas con TLP es que las emociones se sienten de forma muy intensa y tardan mucho en cambiar. Ayudar al paciente a entender que el malestar que pueda sentir es transitorio, así como animar a que exprese sus sentimientos de rabia y de ira de una forma controlada resulta imprescindible en personas con TLP.

Técnicas para lograr los objetivos emocionales

- Técnicas de relajación: Relajación progresiva de Jacobson y Relajación aplicada de Öst (1987).
- Técnicas de respiración controlada.
- Técnicas de reestructuración cognitiva mencionadas anteriormente.
- Entrenamiento en Inoculación de estrés de Meichenbaum (1987).
- Exposición en vivo.
- Exposición en imágenes.
- Entrenamiento en empatía.
- Entrenamiento en asertividad.

Objetivos conductuales

- Disminución o eliminación de la conducta suicida.
- Abordaje de conductas que interfieren con la terapia.
- Adquisición de habilidades conductuales de afrontamiento más adaptativas y moderadas.
- Control de la impulsividad.
- Lograr desarrollar la capacidad de afrontar los acontecimientos de una forma más tranquila.

El objetivo principal en el área conductual es que el paciente conozca cómo se originan y mantienen sus conductas y las consecuencias a corto, medio y largo plazo, así como el papel que tienen en el mantenimiento tanto de las propias conductas como del problema mismo. Se debe intentar que el paciente ponga todo de su parte para tratar de controlar sus conductas, especialmente las suicidas y las que interfieran con la terapia, y que sea honesto en la discusión de las mismas. El terapeuta y el paciente deberán trabajar conjuntamente para tratar de identificar las primeras señales de impulsividad a través de un entrenamiento de autoinstrucciones, evitando el paso al acto y la externalización mediante la búsqueda de otros medios y de respuestas más adaptativas para alcanzar el mismo fin. En este sentido, podemos también reforzar, extinguir o castigar aquellas conductas que consideremos de interés, teniendo en cuenta que estos pacientes suelen mostrarse muy sensibles a reforzadores a corto plazo.

Técnicas para lograr los objetivos conductuales

- Contratos conductuales.

- Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum (1987).
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Técnicas operantes: refuerzo positivo y coste de respuesta.
- Utilización de videos para mostrar al paciente sus conductas.
- Técnicas de reestructuración cognitiva.

No debemos olvidar, de cara a la mejoría del paciente, que en ocasiones determinadas personas de su entorno pueden estar contribuyendo al mantenimiento de su trastorno o de algunas de las conductas desadaptativas. Ante ello, deberemos realizar un trabajo adicional con ellas, explicándoles de qué manera su actuación puede estar influyendo en la repetición de comportamientos poco saludables por parte del paciente.

4.4. FASE IV. SEGUIMIENTO.

Esta fase cobra especial importancia en pacientes con TLP teniendo en cuenta la intensa inestabilidad que manifiestan, así como las frecuentes recaídas que a menudo sufren las personas con TLP. El objetivo principal es consolidar los aprendizajes efectuados y, sobre todo, la utilización y práctica de lo aprendido por parte del propio paciente. Por ello, consideramos que esta fase deberá ser larga, incluyendo sesiones mensuales, trimestrales y semestrales, estableciendo objetivos estructurados de trabajo, revisión de las estrategias utilizadas, evaluación constante de los resultados, análisis de las dificultades que pueden ir apareciendo a medida que avanza la terapia, además del análisis de las circunstancias que las desencadenan, y la prevención en recaídas ante potenciales estresores.

5. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Para poder considerar la propuesta de intervención como eficaz deberán cumplirse los objetivos terapéuticos. Para tal evaluación, se considera que el terapeuta deberá administrar mediante la técnica test-retest los cuestionarios que se comentan a continuación, con el fin de comparar los resultados obtenidos antes y después de la intervención terapéutica.

El primero de los instrumentos que consideramos, es el MCMI-II (Millon, 1998), basado en las prestigiosas teorías de Theodore Millon sobre la personalidad y la psicopatología, con el fin de conocer si la escala de personalidad patológica Límite, considerada en este cuestionario, se ha reducido significativamente. Según indica el manual del cuestionario, las puntuaciones de tasa de baremos, obtenidas a partir de las puntuaciones directas, inferiores a 40 no suministran información sobre un diagnóstico específico, como es el caso del TLP.

De este modo, será tras la nueva aplicación del MCMI-II y obteniendo una puntuación directa inferior de 41 en hombres españoles y de 42 en mujeres españolas cuando podremos concluir haber cumplido los objetivos

terapéuticos, al no seguir cumpliendo la persona todos los criterios diagnósticos para el TLP.

El siguiente autoinforme que proponemos administrar es el Inventario de Personalidad Límite (Leichsenring, 1999), incluida en el apartado de anexos. En este caso, trataremos de establecer una comparación objetiva cualitativa entre la sintomatología ofrecida por los resultados en la primera aplicación del cuestionario, y la información obtenida tras la nueva aplicación de la prueba. Esto nos permitirá determinar aquellos síntomas que han remitido tras la intervención terapéutica, pudiendo entonces considerar el éxito de la misma, si se evidencia la mejoría sintomática del paciente y un nivel de funcionamiento más próximo a la normalidad.

Con todo, se considerará que la propuesta de intervención ha sido eficaz, en la medida que el paciente con TLP obtenga en la escala de personalidad patológica límite del MCMI-II, una puntuación directa inferior a 41 en hombres y 42 en mujeres, así como una reducción cualitativa en la manifestación de la sintomatología, valorada a partir del Inventario de Personalidad Límite.

REFERENCIAS

- Álvarez, E. (2001). Terapia cognitivo-conductual del trastorno borderline de la personalidad. *Anales de Psiquiatría*, 17, 53-60.
- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4, 123-140.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Ávila-Espada, A. y Herrero, J. R. (1995). La personalidad y sus trastornos. Aproximación a la obra de Theodore Millon. *Clínica y Salud*, 6, 131-159.
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2001). *Psicopatología*. Madrid: Thomson.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V. (2001a). Una introducción a los trastornos de la personalidad del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 9, 455-469.
- Caballo, V. (2001b). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad en el siglo XXI. *Psicología Conductual*, 9, 579-605.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V., Buela-Casal, G. y Carroble, J. A. (1996). *Manual de psicopatología*, Vol. 2, capítulos 1 a 6. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. y Valenzuela, J. (2001). Evaluación de los trastornos de personalidad por medio de un instrumento de autoinforme: el CEPER. *Psicología Conductual*, 9, 551-564.
- Carrasco, J. L. (2002). La relación entre los trastornos de control de los impulsos, la personalidad y los trastornos de la personalidad. *Aula Médica Psiquiatría*, 4, 323-340.
- Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Médica panamericana.
- Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 51-70.
- Fernández-Montalvo, J. y Landa, N. (2003). Comorbilidad del Alcoholismo con los trastornos de la personalidad. *Clínica y Salud*, 14, 27-41.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S. y Schmeidler, J. (2003). The relationship of borderline disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal Psychiatry*, 160, 2018-2024.
- Gómez, C. (2000). ¿Quién es el paciente limítrofe?. *Salud Mental*, 23, 30-38.
- Grove, W. y Tellegen, A. (1991). Problems in the classification of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 5, 31-41.
- Iglesias, C. y Hernández, M. (2000). ¿Dónde está el límite?. *Anales de Psiquiatría*, 16, 48-53.
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the borderline personality inventory: a self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73, 45-63.
- Millon, T. y Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A.
- Millon, T. y Escovar, L. A. (1996). La personalidad y los trastornos de la personalidad: una perspectiva ecológica. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de*

6. CONCLUSIONES

La presente revisión acerca del TLP, pretende aclarar algunos aspectos del TLP, si bien, ha puesto de manifiesto cuestiones importantes pero todavía difíciles de explicar y por tanto necesarias como objeto de estudio en futuras investigaciones, con el fin de progresar y avanzar en el conocimiento de uno de los trastornos más severos de la personalidad y, por consiguiente, del ser humano.

Esperamos por tanto, que el presente trabajo haya servido de acercamiento al TLP y haya resultado las posibles dudas que pueda sugerir tan paradójico trastorno. Aún así, es evidente la necesidad de seguir profundizando en los aspectos comentados y de ampliar los estudios realizados al respecto, para descartar o confirmar las creencias actuales. No obstante, creemos preciso señalar que lo que hoy presentamos aquí puede variar de forma notable en un futuro cercano.

- psicopatología y trastornos psiquiátricos*, Vol. 2. Madrid: Siglo XXI, S.A.
- Millon, T. y Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mosquera, D. (2004a). *Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Madrid: Pléyades, S.A.
- Mosquera, D. (2004b). *Diamantes en Bruto II. Manual psicoeducativo y de tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Programa estructurado para profesionales*. Madrid: Pléyades, S.A.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Paris, J. (1996). Cultural factors in the emergence of borderline pathology. *Psychiatry*, 59, 185-192.
- Polaino-Lorente, A., Cabanyes, J. y Armentia, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid: Rialp, S.A.
- Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13, 393-406.
- Salavert, J., Cunill, R., Catalán, A. y Vila, M. A. (2004). Gravedad y asociación de la sintomatología disociativa en el trastorno límite de la personalidad con el antecedente de abuso sexual y maltrato físico. *Informaciones Psiquiátricas*, 3, 221-225.
- Sánchez, E., (2001). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en una muestra de adictos a opiáceos en tratamiento. *Revista de Psicología General Aplicada*, 54, 95-102.
- Skodoll, A., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T., Livesley, W. y Siever, L. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Soler, J., Camping, M. J., Pérez, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, F. y Álvarez, E. (2001). Olanzapina y terapia grupal cognitivo-conductual en trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 85-90.
- Virúés, J. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 207-232.
- Zimmerman, M. y Mattia, J. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.

ANEXO I.

Inventario de Personalidad Límite (Leichsenring, 1999).

1. Con frecuencia sufro crisis de pánico.
2. Últimamente no ha habido nada que me haya afectado emocionalmente.
3. A menudo me pregunto quién soy yo en realidad.
4. A menudo corro riesgos que me pueden causar problemas.
5. Me siento angustiado cuando otros se muestran preocupados de manera profunda por mí.
6. A veces aparece en mí otra persona que no reconozco.
7. He visto extraños personajes o visiones cuando en realidad allí no había nada.
8. A veces siento que la gente y las cosas que me rodean no son reales.
9. Mis sentimientos hacia otras personas cambian rápidamente hasta extremos contrarios (ej. De amor y admiración a odio y decepción).
10. Normalmente siento una sensación de inutilidad o desesperanza.
11. A menudo he malgastado el dinero o lo he perdido en el juego.
12. He oído voces que me hablaban cuando en realidad allí no había nadie.
13. En caso afirmativo marque la opción correspondiente:
Esas voces provenían de:
(a) fuera de mí: ()
(b) dentro de mí: ()
14. En las relaciones íntimas me siento herido una y otra vez.
15. A veces actúo o siento de una manera que no reconozco.
16. He tenido la sensación de haber sido dirigido o controlado por algo como si fuera una marioneta sostenida de un hilo.
17. He agredido a personas físicamente.
18. He tenido la sensación de que mis pensamientos son escuchados.
19. A veces me siento tan culpable como si hubiera cometido un crimen a pesar de no haberlo hecho.
20. Me he hecho daño físico intencionadamente.
21. A veces siento que la gente o las cosas cambian su apariencia cuando en realidad no lo hacen.
22. He tenido experiencias religiosas intensas.
23. En relaciones amorosas no tengo muy claro qué clase de relación quiero.
24. A veces siento que tengo un sentido especial del destino (ej. Como un profeta).
25. Si una relación se vuelve cercana me siento atrapado.
26. He sentido la presencia de otra persona cuando él o ella no estaban allí realmente.
27. A veces mi cuerpo o partes de mi cuerpo parecen extrañas o en cierto modo han cambiado en mí.
28. Si una relación se vuelve cercana a menudo tengo la necesidad de romperla.
29. A veces siento que otra persona vive dentro de mí.
30. A menudo he tomado drogas (hachis, LSD, etc.).
31. Me gusta tener control sobre alguien.
32. A veces siento que soy alguien especial.
33. A veces siento como si me alejara.
34. A veces es difícil para mí afirmar si algo ha pasado realmente o si ha ocurrido solo en mi imaginación.
35. A menudo actúo de manera espontánea sin pensar en las consecuencias.
36. A veces tengo la sensación que no soy real.
37. A veces tengo la sensación de que mi cuerpo se desintegra o de que pierdo alguna parte de mi cuerpo.
38. A menudo tengo sueños terroríficos.
39. A menudo tengo la sensación de que otros se ríen o hablan de mí.
40. A menudo la gente me parece hostil.
41. He tenido la sensación de que otra gente me ha inculcado sus pensamientos.
42. A menudo no se realmente lo que quiero.
43. He intentado suicidarme.
44. A veces creo que tengo una enfermedad grave.
45. He sido adicto al alcohol, drogas o pastillas.
En caso afirmativo, marque la opción correspondiente
(a) alcohol: 0 (b) drogas: 0 (c) pastillas: 0
46. A veces siento que estoy viviendo un sueño, o veo mi vida como si fuera una película.
47. A veces he robado cosas.
48. A veces he experimentado accesos de hambre que me han hecho devorar todo lo que estaba a la vista.

49. A menudo me siento inseguro sobre asuntos que me preocupan (por favor marcar)
- (a) política
 - (b) religión
 - (c) principios (lo bueno y lo malo)
50. A veces tengo ideas asesinas.
51. He tenido problemas con la ley.
52. ¿Alguna de las anteriores experiencias han tenido lugar bajo los efectos de las drogas?
En caso afirmativo, indique el número/os de la frase respectiva
Nº: _____
53. ¿Alguna de las anteriores experiencias han tenido lugar mientras se sometía a psicoterapia?
En caso afirmativo, indique el número/os de la frase respectiva
Nº: _____