
CAPÍTULO 13

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, CONSIDERACIONES GENERALES

Iván Arango de Montis¹

PERSONALIDAD, ASPECTOS GENERALES

La palabra “personalidad” tiene sus orígenes en el vocablo latino “persona” que se refería a la *máscara* que utilizaban los actores en el teatro clásico. Como la máscara asumida por el actor, el término *persona* sugería una pretensión de apariencia, es decir la pretensión de poseer rasgos distintos de los que caracterizaban realmente a la persona que hay detrás de la máscara.

Hipócrates propuso que los cuatro elementos de la naturaleza están representados en el hombre por cuatro fluidos o humores: sangre, bilis, bilis negra y linfa. Galeno consideró que la normalidad

¹ Médico cirujano, Universidad Autónoma Metropolitana, México. Especialidad en Psiquiatría (UNAM-Instituto Nacional de Psiquiatría). Terapeuta sexual (Asociación Mexicana para la salud Sexual). Médico adscrito a la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*. Miembro de: Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), International Society of Sexual Medicine (ISSM), Society for the Scientific Study of Sexuality (SSSS), Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC), Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG).

o salud resultaba de la justa proporción de los cuatro componentes y que el predominio de uno u otro causaban una desviación, un temperamento particular, y si era extremo, una enfermedad. Por ejemplo, un exceso de sangre conduce a un temperamento sanguíneo, optimista; el exceso de bilis amarilla causa el temperamento colérico e irascible; la bilis negra da el melancólico, triste; y el exceso de linfa conduce al temperamento linfático o sea el apático (Coolidge, 1998).

Abraham, partiendo del marco psicoanalítico sobre los instintos primarios, propuso que la detención en alguno de los tres estadios del desarrollo infantil (oral, anal y fálico) llevaba al desarrollo de los caracteres dependiente, obsesivo compulsivo e histérico, respectivamente.

La personalidad es el concepto que integra todas las funciones psicológicas y estructuras del individuo. Incluye la percepción del *self* y de los otros, tanto de manera transversal, en el tiempo, como de manera longitudinal y en distintas circunstancias a lo largo de la vida. La manera de relacionarse con los otros, con la realidad externa y consigo mismo le permite al individuo la adaptación o no al medio ambiente (Kernberg, 2005). Cuando hablamos de la personalidad es importante mencionar que ésta incluye distintas dimensiones: a) El Temperamento, es decir, la disposición genética que modula la intensidad perceptual, conductual, cognitiva y afectiva así como la reactividad a los estímulos internos y externos. b) El carácter, los comportamientos habituales que resultan de la combinación del temperamento y la internalización de las interacciones experimentadas y percibidas con los cuidadores primarios. La estructura del carácter supone un patrón estable y duradero de las funciones mentales que organiza el comportamiento del individuo, sus percepciones y su experiencia subjetiva. El carácter puede ser entendido también como la manifestación conductual de la identidad, a la sazón, la manera de pensar, de sentir y de relacionarse con el mundo. c) La inteligencia, es decir, el potencial para la evaluación cognitiva y d) Un sistema ético de valores que le ofrece cierta coherencia y posibilidad de cooperar con el contrato social.

Así pues, la personalidad es la estructura que organiza la experiencia del sujeto que incluye el temperamento, el carácter, la estructura cognitiva y los valores éticos.

Referirse a un trastorno de la personalidad supone una condición en la que se puede observar una manera de ser rígida, con patrones conductuales poco flexibles, con inhibiciones importantes en los comportamientos normales y con exageración de otros, con una alternancia caótica entre los patrones conductuales inhibitorios e impulsivos. Los trastornos de la personalidad tienen como consecuencia una reducción cuantiosa en las posibilidades de adaptación y cooperación tanto con el sí mismo (satisfacción de necesidades psicológicas internas, auto afirmación, sexualidad y dependencia) como con los otros.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

El término “límite” se ha empleado de diversas maneras. Al principio se utilizaba esta palabra cuando el clínico no tenía un diagnóstico seguro, porque el paciente presentaba una mezcla de síntomas neuróticos y psicóticos. Muchos clínicos pensaban que estos pacientes estaban en el límite entre la neurosis y la psicosis, por lo que empleaban esta denominación.

También se ha hablado de una “estructura límite de la personalidad” en la literatura, generada por los autores de orientación psicodinámica que se caracteriza por “una pobre integración de la identidad”, “defensas primitivas”, “límites relativamente firmes entre el objeto y el sí-mismo”, y una “prueba de realidad relativamente intacta” (Gunderson, 2009).

El Trastorno Límite es actualmente definido como un patrón duradero de percepción, relación y de pensamiento sobre el entorno y sobre sí mismo en el que hay problemas en diversas zonas: la conducta interpersonal, el estado de ánimo y la autoimagen. Los rasgos que más impresionan son la intensidad de los cambios en

el estado de ánimo y la gran variedad de síntomas que presentan. Pueden pasar abruptamente de un ánimo profundamente deprimido a un estado de agitación ansiosa o a una ira intensa; también emprenden de modo impulsivo acciones que más tarde reconocen como irracionales y contraproducentes. Lo típico es que presenten un patrón de problemas erráticos, incongruentes, impredecibles, y que puedan funcionar con competencia y eficacia en algunas zonas de la vida, mientras que tienen dificultades enormes en otras (Clonninger, 1987).

En la quinta versión del *Manual Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSMV) el Trastorno Límite es descrito como un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (por ejemplo: gastos de dinero, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios. Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo (por ejemplo: episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas, y rara vez más de unos días).

7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (por ejemplo: exhibición frecuente de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Las manifestaciones del Trastorno Límite de la Personalidad han sido asociadas con alteraciones en distintos procesos mentales que regulan la interacción con el sí mismo, con los otros y con el medio ambiente.

Uno de los fenómenos mentales tiene que ver con la *regulación emocional*. Las emociones surgen del tallo cerebral, en relación a la evaluación de la significancia que los estímulos pueden tener en función de las metas o necesidades del individuo. La re-evaluación de esta significancia depende de la interacción entre las regiones cingulares y prefrontales (involucradas en la posibilidad de controlar la velocidad de respuesta o inhibición de la misma al estímulo) y la amígdala (involucrada en la respuesta emocional). Los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen dificultades en el procesamiento de estímulos negativos de manera efectiva y eficiente (Silbersweig, 2017), tienen deficiencias en la reducción de afectos negativo por medio de la re-evaluación (Koenisberg 2009).

Otro fenómeno mental importante para la regulación afectiva es el *esfuerzo de control*, descrito como la habilidad para inhibir una respuesta dominante para poder ejecutar una respuesta subdominante (Posner, 2000). Los individuos con esfuerzo de control pueden activar, inhibir o cambiar el foco atencional de manera voluntaria y con ello modificar o modular el afecto subsecuente. Este proceso se lleva a cabo por la regulación que las estructuras cerebrales corticales ejercen sobre las estructuras subcorticales.

En la vida cotidiana hay una variedad de estímulos que compiten por la atención y esta competencia se ve influenciada por la prominencia emocional que las estructuras cerebrales subcorticales

ofrecen. Los estímulos con una carga afectiva negativa (afectos negativos, señales asociadas con amenazas) tienen una cualidad sobresaliente y requieren de esfuerzos cognitivos de control mayores para mantener la regulación emocional. Si la intensidad de los estímulos negativos no es balanceada por procesos cognitivos corticales de “arriba hacia abajo” que favorecen la regulación emocional, los afectos negativos pueden sensibilizar al individuo a posteriores fracasos en la auto regulación (Heatherton 2011) tanto en la percepción, como en la conducta, en el procesamiento de los estímulos sociales. Los afectos negativos contribuyen tanto a que los pacientes con trastorno límite de la personalidad desplieguen un patrón reactivo en vez de reflexivo en la cognición social, como con la incapacidad para procesar estímulos relacionados con experiencias de rechazo y con la mal interpretación en la representación mental que se genera de los estados mentales de los “otros”.

Esta representación distorsionada de la subjetividad propia y de los otros genera alteraciones en el *funcionamiento interpersonal*. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad con frecuencia sostienen creencias o modelos internos de trabajo como los de ser impotentes y vulnerables frente a un ambiente social malévolo (Beck, 2004), con lo cual existe una alta probabilidad de sesgar o distorsionar la apreciación que se tiene del entorno. Selectivamente recuerdan información con valencias afectivas negativas (Korfine, 2000) y demuestran un aumento en la conciencia que se tiene de las emociones de los otros (Fertuk, 2006). Lo anterior se asocia con que las personas con trastorno límite experimenten y participen en la generación de desavenencias, conflictos, confusiones, hostilidades, vacío y ambivalencia en sus interacciones sociales (Stepp, 2009).

Un aspecto central de la distorsión en la representación que se tiene del sí mismo y de los otros en las personas con el trastorno límite de la personalidad, se observa en la seria dificultad que tienen en lidiar con dos retos interrelacionados y propios de la interacción humana que son: a) la necesidad de confiar y cooperar con los otros y b) la necesidad de alcanzar la aceptación social y evitar el rechazo.

La experiencia de la *confianza interpersonal* es un logro del desarrollo. Para ello se requiere del reclutamiento de las regiones cerebrales que participan en las representaciones de los estados mentales de los otros. También se requiere de la activación de áreas cerebrales que modulan el funcionamiento social como la memoria, el aprendizaje, los estados mentales y conductas relacionadas al apego. Las personas con trastorno límite de la personalidad experimentan normas sociales atípicas en la percepción de los intercambios sociales que son consistentes con expectativas generalizadas de desconfianza, que no se modifican con la experiencia en la interacción social actual. Este tipo de sesgo en la percepción de los otros produce deficiencias en la capacidad para beneficiarse de la cooperación con las otras personas (King-Casas 2008).

La desconfianza se relaciona con otro fenómeno interpersonal llamativo que es la *sensibilidad al rechazo*. Ésta se define como la disposición para anticipar con ansiedad, percibir rápidamente y reaccionar intensamente (de forma negativa) a señales de rechazo) (Downey, 1996). Las personas con una elevada sensibilidad al rechazo pueden atribuir de manera automática disposiciones negativas en los otros y por lo tanto pueden percibir o experimentar rechazo incluso en situaciones en las que no lo hay. Esto participa en la generación de conflicto interpersonales (Ayduk, 2000). En el caso de las personas con trastorno límite de la personalidad le elevada sensibilidad al rechazo tiene que ver con la inhabilidad para procesar las interacciones sociales de una manera reflexiva y emocionalmente regulada.

Las variables asociadas a la generación de las alteraciones en el funcionamiento interpersonal, al déficit en el esfuerzo de control, a la desconfianza interpersonal, a la alta sensibilidad al rechazo, incluyen la hiperactivación límbica, la hipoactivación de la corteza prefrontal, la pérdida de la función reflexiva o colapso en la mentalización. Fenómenos todos que han sido vinculados a una cierta predisposición biológica (individuos con la versión corta del alelo 5HTTLPR, respuestas alteradas a la administración exógena

de oxitocina, alteraciones en el sistema de opiáceos endógenos) y a experiencias en la infancia temprana (apego inseguro de tipo desorganizado o no resuelto) (Levy, 2011).

El trastorno límite de la personalidad pone en peligro la vida. Las personas con ésta condición presentan tasas a lo largo de la vida de conductas autolesivas en un 70%, intentos de suicidio en un 80% y suicidio en un 10%. La prevalencia en la población general es del 0.5-1.4%, sin embargo en pacientes psiquiátricos ambulatorios la prevalencia es de 15% y 30% en pacientes hospitalizados. Los pacientes con éste diagnóstico requieren más servicios de salud que otros pacientes psiquiátricos; como citas en la consulta externa, días de hospitalización o visitas al servicio de urgencias (Lara, 1996).

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Existen diferentes mitos al respecto del tratamiento de las personas con trastorno límite de la personalidad: “*Los pacientes con TLP se resisten a tratarse*”. Sin embargo, muchos pacientes buscan tratamiento de manera activa para disminuir el dolor subjetivo. El tratamiento de los trastornos de personalidad requiere psicoeducación por parte de los clínicos; “*los pacientes con TLP atacan furiosamente a quienes los tratan*”. A este respecto habría que decir que la ira excesiva y la preocupación hacia los otros, especialmente hacia sus cuidadores, forman parte de sus síntomas (relacionado a aspectos transferenciales). “*Los pacientes con TLP raramente mejoran*”. La evidencia arroja que aproximadamente el 10% remite en 6 meses, 25% al año y 50% a los dos años.

En el caso del TLP, se ha demostrado que el tratamiento farmacológico puede reducir la depresión, ansiedad y agresión impulsiva (Lieb y cols., 2004). Así mismo diversas intervenciones psicoterapéuticas han demostrado efectividad en su tratamiento; sin embargo, sus impactos son moderados y los datos existentes

sobre su eficacia limitados (Bailey, 2009), por ejemplo: Tratamiento Basado en la Mentalización (Bateman y Fonagy, 2001), Terapia Centrada en el Esquema (Geisen-Bloo *et al.*, 2006), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (Clarkin *et al.*, 2001), y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) (Scheel, 2000).

Los modelos de tratamiento que empíricamente han demostrado eficacia comparten las características de ser manualizados, estructurados y basados en evidencia; requieren de supervisión de casos, pueden incluir el uso de psicofármacos, incluyen la configuración de un equipo de trabajo, así como el contacto con familiares para propósitos de su participación en el tratamiento e intervenciones de tipo psicoeducativo en alguna de las fases del tratamiento.

REFERENCIAS

- Ayduk O, Mendoza-Denton R, Mischel W, Downey G, Peake PK, Rodriguez M. *et al.* (2000). *Regulating the interpersonal self: strategic self-Regulation for coping with rejection sensitivity*. *J Pers Soc Psychol* 79, 776-792.
- Bailey, A., Mooney-Reh, D., Parker, L., y Temelkovski, S. (2009). *Beyond the fragmented self: Integrating acceptance and psychodynamic approaches in the treatment of borderline personality*. *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory, Research and Practice*, 281.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2001). *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up*. *American journal of psychiatry*, 158 (1), 36-42.
- Beck AT, Freeman A, Davis D. D. *et al.* (2004). *Cognitive Therapy for Personality Disorder* 2ª. ed. New York: Guilford.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., y Levy, K. N. (2001). *The development of psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change*. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 487.
- Cloninger, C. R. (1987). *A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal*. *Archives of general psychiatry*, 44 (6), 573-588.
- Coolidge, F. L., y Segal, D. L. (1998). *Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), 585-599.

- Downey G, Feldman S I. *Implications of rejection sensitivity for intimate relationships* *J Pers Soc Psychol* 6: 1327-1343, 1996 8667172
- Fertuck EA, Lenzenweger MF, Clarkin JF et al. *Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder*. *Clin Psychol Rev* 26 (3), 346-375, 2006 15992977
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van As-selt, T., y Arntz, A. (2006). *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy*. *Archives of general psychiatry*, 63 (6), 649-658.
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis*. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Heatherton Tf, Wagner D. D. *Cognitive neuroscience of self-regulation failure*, *Trends Cogn Sci* 15(3):132-139, 2011 21273114
- Kernberg O, Caligor E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In: *Major Theories of Personality Disorders*, 2ª ed. Eds. Clarkin y Lenzenweger. NY: Guilford, 115-156.
- King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L et al. *The rupture and repair of cooperation in borderlien persoanlity disorder*. *Science* 321 (5890): 806-810, 2008 18687957
- Koenisberg HW, Fan J, Ochsner K.N. et al. *Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate response t negative social cues: a study of patients with borderline personality disorder*. *Biol Psychiatry* 66 (9), 854-863, 2009 19651401.
- Korfine L, Holey J. M. *Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder*. *J Abnorl Psychol* 109 (2). 214-221,2000 10895559
- Lara, M. A., y Acevedo, M. (1996). *Patrones de utilización de los servicios de salud mental*. *Salud Mental*,(suplemento-abril), 14-18.
- Levy K, Beeney J, Tenes Ch. *Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder*. *Curr Psych Rep* 13: 50-59, 2011
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., y Bohus, M. (2004). *Borderline personality disorder*. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Posner MI, Rothbart MK. *Developing mechanism of self-regulation*. *Dev Psycho-pathol* 12 (3): 427-441,2000 11014746
- Silbersweig D, Clarkin J. F., Goldstein M. et al. *Failure of frontolimbic inhibitory function in the cnotext of negative emotion in borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry* 164(12): 1832-1841, 2007 18056238
- Scheel, K. R. (2000). *The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (1), 68-86.
- Stapp S. D., Pilkonis P. A., Yaggi KE et al. *Interpersonal and emotional experiences of social interactions in borderline personality disorder*. *J Nerv Ment Dis* 197(7): 484-491, 2009 19597355.