

# Trastorno Límite de personalidad: constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica

Teraiza E. Meza Rodríguez<sup>1</sup>

*Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año 16, Vol. 14, N° 2, noviembre de 2007, págs. 55 a 64.

## Resumen

Los avances en la neurociencia han permitido establecer un marco teórico con bases neurobiológicas de los trastornos de personalidad. Se identifican en los modelos propuestos hasta la actualidad, una dimensión ansioso-inhibitoria que regula el miedo y la evitación al peligro, así como una activadora-impulsiva que rigen la acción sobre el entorno. La correlación entre los síntomas y signos con la neurobiología, abre un campo de suma importancia para la psiquiatría. La presente revisión se fundamenta en la analogía neurobiológica y los constructos caracterológicos y fenomenológicos del Trastorno Límite de Personalidad, con algunas consideraciones en el abordaje farmacológico y psicoterapéutico.

## Palabras claves

Trastorno límite de personalidad, psicopatología, psicobiología.

## Summary

Advances in neuroscience they have allowed to establish a theoretical mark with neurobiologic bases of the disorders of personality. They are identified in the models proposed until the present time, one anxious-inhibitory dimension that it regulates the fear and the avoiding to the danger, one activator-impulsive that direct the action on the environment. The correlation between the symptoms and signs with the neurobiology, opens a field of supreme importance for the psychiatry. The present revision is based in the neurobiologic analogy and the characteristic and phenomenological of the Disorders Limit of Personality, with some considerations in the pharmacological boarding and psychotherapeutic.

## Key works

Disorders Limit of Personality, psychopathology, psychobiological

## Introducción

Rastrear la evolución del concepto de los trastornos de personalidad (TP), implica una búsquedas exhaustiva que va casi desde Hipócrates de Kíos, pasando por la denominada “personalidad autista” y “ciclotímica” de

---

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra Unidad de Higiene Mental Dr. Juan Tescaritt Chávez Acarigua edo. Portuguesa, M.S.D.S.

Kraepelin, incluso según algunos autores, hasta años antes con Griesinger<sup>(1)</sup>. Más tarde Kart Schneider, determina una serie de personalidades patológicas en su libro "Psicopatología clínica", sentando las bases para la clasificación actual de los TP.

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) o Trastorno Bordeline, el cual se encuentra ubicado en el grupo B de los TP<sup>2</sup>, plantea algunas dificultades diagnósticas, probablemente porque este rótulo era utilizado en sus inicios para definir a todos aquellos pacientes que no encajaban en ninguna caracterología conocida, o bien, los casos de difícil diagnóstico y tratamiento. Este trastorno se acompaña, por lo general, en las fases iniciales con uno o más síntomas del eje I y del eje II (comorbilidad con otros trastornos de personalidad). A partir del DSM III R (APA; 346-347) aparecen 8 ítems que describen el TLP, sin embargo, una definición acertada, sucinta y que recoge el rasgo más resaltante del trastorno es la realizada por Schmideberg (1959): son personas "establemente inestables". Debido a las características clínicas de estos sujetos como lo son el de ser extremadamente demandantes, exigentes, acrílicos consigo mismos, invasivos, y manipuladores; convierte a estos pacientes en casos de "difícil manejo".

### Aspectos clínicos

Los pacientes con un TLP se caracterizan porque su estado de ánimo es impredecible y caprichoso, exhiben frecuentes arrebatos de ira y violencia que termina en crisis emocionales intensas y autodestructivas, tienen baja tolerancia a la frustración, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables, tendencia a confundir intimidad con sexualidad. Los rasgos impulsivos se evidencian por alteraciones en el eje I: como juego

patológico, abuso de sustancias, gastos excesivos, trastornos alimentarios. La imagen corporal esta distorsionada. La percepción de si mismo y de los otros es dicotómica<sup>(2-3)</sup>. Dependiendo de la preponderancia de cada una de las dimensiones sintomáticas anteriores Oldham (2001) propone la existencia de 5 subtipos clínicos: Tipo 1: Afectivo. Tipo 2: Impulsivo. Tipo 3: Agresivo. Tipo 4: Dependiente. Tipo 5: Vacío

### Constructos caracterológicos (psicopatología)

La estructura de personalidad del TLP se caracteriza por tres componentes básicos:

1) Falta de un sentido claro de identidad (confusión respecto a las metas, prioridades y valores). 2) Defensas primitivas, como desvalorización, idealización, externalización, y proyección. 3) Congruente sentido de la realidad, el cual permanece intacto pero vulnerable a los cambios y a los fracasos (manifestándose por una mala adaptación a los mismos)<sup>(4)</sup>.

Complementando estos 3 factores, clínicamente se puede observar tres rasgos fundamentales: 1) Relaciones intensas e inestables. 2) Episodios de ira subida e incontrolada. 3) Conductas compulsivas, sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento o soledad<sup>(5)</sup>.

Según la teoría de Beck, los supuestos básicos del individuo juegan un papel central, al influir en la percepción e interpretación de los acontecimientos conformando la conducta y las respuestas emocionales. En los pacientes con TLP se encuentran tres supuestos que parecen desempeñar un papel relevante en el trastorno: 1) "El mundo es peligroso y malo" esta creencia lleva al individuo a la conclusión que es peligroso bajar la guardia, asumir riesgos, revelar la propia debilidad. Por lo cual aparece tensión, ansiedad crónica, actitud de

alerta. 2) “Soy impotente y vulnerable” ante un mundo que es peligroso y malo hace que el individuo límite no sea capaz de enfrentar con eficacia las exigencias de la vida cotidiana. Resolviendo esta situación tornándose dependientes. 3) Pero la opción de ser dependiente se ve bloqueada por una tercera creencia “Soy intrínsecamente inaceptable” lo que promueve conductas inadecuadas para evitar el rechazo<sup>(6)</sup>.

El dilema del individuo se plantea de la siguiente manera: convencidos de estar relativamente desamparados, en un mundo hostil, sin una fuente de seguridad, vacilan entre la autonomía y la dependencia sin confiar ni en una ni en la otra, forjando un pensamiento dicotómico, con distorsiones cognitivas, que hacen que evalúen en categorías mutuamente excluyentes, la experiencia vital.

Young y Swift (1988) desarrollaron una lista de lo que ellos mismos denominaron “esquemas inadaptados tempranos”; su enfoque difiere del modelo estándar de la terapia cogniti-

va, proponiendo que a través de una niñez, marcada por abusos sexuales y maltrato físico, se puede formar patrones de pensamiento extremadamente estables, capaces de generar pautas inadaptadas de conducta (Tabla I)<sup>(6)</sup>. Refieren que cuando estos esquemas son activados por acontecimientos que guardan relación con ellos, resultan distorsiones del pensamiento, fuertes respuestas emocionales, y conductas problemáticas. La amplia variedad de esquemas inadaptados tempranos presentes en el trastorno límite de personalidad, explica la extensa gama de síntomas que presentan estos pacientes<sup>(7)</sup>.

Los actos de autolesión (como los cortes en las muñecas) y los gestos de tipo suicida o los intentos reales de suicidio, son muy frecuentes en el TLP. Estos intentos requieren de un abordaje psicoterapéutico muy cuidadoso, he inmediato<sup>(8)</sup>. El carácter ego-sintónico de los gestos o de los actos suicidas, lo diferencia del sentimiento de dolor o de perturbación que se presentan en respuesta a los

**Tabla I:** Esquemas inadaptados tempranos:

| Esquemas inadaptados tempranos            | Expresión posible   |
|---|---|
| Abandono o pérdida                        | Siempre estaré solo, nunca podré contar con nadie                                     |
| No merecer ser amado                      | Nadie me amaría o querría estar cerca de mi si realmente me conociera                 |
| Dependencia                               | No puedo valerme solo. Necesito a alguien en quien pueda apoyarme.                    |
| Sometimiento, falta de individualización. | Debo someter mis deseos a los deseos de los otros, o ellos me abandonaran o atacaran. |
| Desconfianza                              | La gente me hará daño me atacaran, se aprovecharan de mi, tengo que protegerme.       |
| Autodisciplina inadecuada                 | No puedo controlarme o adoptar ninguna disciplina                                     |
| Miedo a perder el control emocional       | Debo controlar mis emociones o sucederá algo terrible                                 |
| Culpa, castigo                            | Soy una mala persona merezco ser castigado  |
| Privación emocional                       | Nunca hay nadie que satisfaga mis necesidades, que vele por mi, que me cuide          |

Adaptación de Schema-Focused Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. J. Young, 1987.

acontecimientos vitales de las personalidades no trastornadas. Los episodios de autolesión o de automutilación se ha definido por algunos autores como un mecanismo por el cual el paciente alivia los síntomas derivados de la tensión social existente y no requieren de hospitalización, por el contrario estaría contraindicada, solo se requerirá si el comportamiento suicida esta asociado a sentimientos de vacío crónico, desesperanza y/o episodio depresivo mayor.

### **Bases neurobiológicas del TLP**

La conexión entre los aspectos neurobiológicos y las características clínicas del TLP (cerebro/conducta), pueden proporcionar datos importantes que orienten a la presencia de una disregulación neuroquímica en la patogénesis del trastorno. Andrew E. Skodol y col. relacionaron las dimensiones de conducta más resaltantes del TLP como los son: la conducta agresivo-impulsiva y la inestabilidad afectiva, con cambios neurobiológicos; los cuales se describen a continuación:

#### **Conducta agresivo-impulsiva**

Múltiples autores han demostrado a través de estudios por adopción (Coccaro et al 1993), por test de laboratorio (Cherek 1997a; 1997b; LeMarquand et al 1999), y a través de los indicadores de la actividad serotoninérgica (Siever & Trestman 1993; Coccaro et al 1989), la relación existente entre las alteraciones neurobioquímicas y la conducta agresivo-impulsiva. La serotonina es considerada como el neurotransmisor de los impulsos, necesaria para mantener la cordura, y fundamental para ejercer un efecto inhibitorio sobre la conducta. Es conocido que los niveles de 5-HIAA metabolito de la serotonina; están reducidos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los pacientes que

curan con mayor incidencia e intentos de suicidio o actos impulsivos-agresivos; lo que sugiere una deficiencia de serotonina en ellos<sup>(10)</sup>. Estudios por imágenes detallan una reducción de la respuesta serotoninérgica en las áreas límbicas posterior a la descarga afectiva; al igual que en el corte orbito-frontal, cingulado y corte ventro-medial; posterior a la estimulación afectiva<sup>(11)</sup>.

Entre otras alteraciones descritas en la literatura se encuentra: reducción de la triptófano hidroxilasa, y del transportador de serotonina, cambio en los receptores 5-HT1b, 5-HT1a, 5-HT2a los cuales están asociados a impulsividad y neuroticismo (Lesch et al 1996, New et al 1998). Las modificaciones de los receptores 5-HT1b se correlaciona con los intentos de suicidio (New et al 2001). Por lo anterior se podría sugerir que la reducción de la serotonina y las transformaciones en el sistema serotoninérgico se encuentran implicados en la conducta impulsivo-agresiva de los pacientes límite.

Las experiencias vitales adversa tales como "abuso sexual y físico" crónico, pueden activar el sistema hipotálamo-pituitario-adrenal (Herman et al 1989). Los esteroides adrenales interactúan con el sistema serotoninérgico facilitando la formación de serotonina. Avallando lo anterior tenemos que los corticoesteroides producen un down-regulation de los receptores serotoninérgicos, (facilitando la formación de serotonina, regulando los receptores serotoninérgicos, suprimiendo la expresión del receptor 5-HT 1a en el gyrus dentado, y favoreciendo la inducción de los 5-HT2, en la corteza cerebral)<sup>(12)</sup>.

Otros autores han involucrado a los receptores D4 en la génesis de la conducta impulsiva, sin embargo los resultados no han sido concluyentes (Gelernter et al 1997; Malhotra et al 2000).

### **Inestabilidad Emocional**

En un estudio realizado por Steinberg et al 1997, en el cual se administro un inhibidor de la colinesterasa: la physostigmine, a un grupo de pacientes con TLP observaron un aumento en los ítems de depresión en la escala breve de evaluación psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS), comparado con el grupo control, y ningún cambio en los pacientes sin TLP (Steinberg et al 1997). Esta descrito que la procaína (anestésico local derivado del éster amínico terciario del ácido paraaminobenzoico PABA con acción parasimpaticolítica)<sup>(13)</sup> puede inducir síntomas disfóricos (depresión, tensión, ansiedad irritación agresividad verbal y física, y agitación psicomotora) y disociativos en los pacientes con TLP. Esta respuesta esta mediada por el sistema colinérgico en las regiones paralímbicas (Kellner et al 1987)<sup>(14)</sup>, sin embargo los resultados son ambiguos. El sistema noradrenérgico por si solo no juega un papel crítico en la modulación de la respuesta reactiva, lo que si parece ser importante en la inestabilidad afectiva vista en los pacientes con TLP, es un aumento de la actividad adrenérgica asociada a una reducción de la actividad serotoninérgica<sup>(14)</sup>.

### **Psicosis-reactiva breve (Trastorno Psicótico Agudo y Transitorio)**

Los pacientes con TLP pueden hacer una descompensación paranoica, con ideas delirantes de referencia, pensamiento mágico, y sospecha injustificada del otro. Realizan micro-episodios psicóticos, generalmente en el marco de una crisis interpersonal con sensación de abandono, sin embargo se describe que estas crisis son raras sin la comorbilidad de un trastorno esquizotípico de personalidad (TEP). El incremento de los metabolitos de la dopamina en el LCR se aprecian en el TEP con comorbilidad de TLP, más no se ha reportado

evidencia de un aumento de los mismos en los casos de TLP con comorbilidad de TEP (Siever al 1991)<sup>(15-32-33)</sup>.

La anfetamina puede inducir crisis psicóticas en los pacientes con TLP, particularmente si ellos tienen una comorbilidad con el Síndrome de Estrés Postraumático (Schulz al 1985; 1988). Las anfetaminas, son sustancias aminérgicas capaces de incrementar la transmisión de dopamina, produciendo psicosis tóxicas, que simulan y empeoran los síntomas positivos en la esquizofrenia<sup>(16)</sup>. Los estudios hasta la actualidad no son consistentes como para postular que la dopamina juegue un rol fundamental en las crisis psicóticas de los pacientes con TLP sin comorbilidad psicopatológica.

### **Comorbilidad**

Feinstein acuño el termino de comorbilidad y lo definió como “cualquier entidad clínica adicional bien diferenciada que existía previamente o que puede aparecer en el curso de la evolución clínica de un paciente que sufre la enfermedad estudiada”<sup>(16)</sup>. En psiquiatría cuando aparecen simultáneamente síntomas diferentes como ansiedad y depresión, la posibilidad de que esta asociación indique la presencia de dos entidades clínicas diferentes o bien señale la existencia de una sola enfermedad con dos componentes<sup>(17)</sup>, tiene que ver con las interrelaciones fisiopatológicas de las enfermedades mentales. Es raro encontrar un trastorno de la personalidad “puro” sin que existan elementos de otros. También se ha mencionado que los pacientes con trastorno de personalidad mas grave presentan muchas mas perturbaciones que aquellos con niveles mas leves<sup>(18)</sup>.

En el TLP dependiendo de la cantidad y subtipos de rasgos psicopatológicos acompañantes del trastorno, habrá un mejor o peor pronostico; por ejemplo los TLP acompañado

de rasgos depresivo-masoquistas pertenecen generalmente al grupo mas favorable (mostrando un mayor grado de introspección y motivación para la terapia); el TLP asociado a rasgos narcistas pertenece al grupo de pronostico intermedio y el TLP asociado a características antisociales constituyen generalmente el cuadro de tratamiento mas complejo y de peor pronostico<sup>(19)</sup>.

Los pacientes con TLP que mienten y que muestran una actitud general de falta de honestidad, plantean a menudo dificultades terapéuticas muy importantes, debido a que con este comportamiento tienden a ignorar o despreciar al terapeuta, más que a colaborar con el<sup>(20)</sup>. Entre los que presentan una comorbilidad paranoide cursan con celotipias, que lleguen incluso al borde del delirio, siendo difícil la argumentación lógica con ellos, ni aun a través de pruebas contundentes<sup>(21-33)</sup>.

Con respecto al eje I la comorbilidad que se presenta con mayor frecuencia son los trastornos del estado de animo, abuso de sustancias, trastorno de la conducta alimentaria (bulimia), trastorno de estrés postraumático, pánico, y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Gunderson, 2001).

### **Diagnostico diferencial**

#### **Trastorno Bipolar (TB)**

Clínicamente el TLP se diferencia del TB en que las oscilaciones del estado de ánimo son de tipo reactivo a acontecimientos vitales, desencadenándose básicamente por la sensación de fuertes sentimientos de rechazo; la crisis es menos duradera y mas cambiante que en el TB<sup>(34)</sup>.

#### **Trastorno depresivo (TD)**

Los síntomas depresivos en el TLP se caracteriza por sentimientos de vacío, temor al

abandono, desesperanza, y conductas autodestructivas, a diferencia del TD donde el síntoma mas importante es la anhedonia, con presencia de quejas psicósomáticas, falta de un desencadenante externo, e intensos sentimientos de culpabilidad (American Psychiatric Association, 2001; Gunderson).

#### **Distimia**

El diagnostico diferencial con la distimia también puede resultar difícil de dilucidar, distinguiéndose básicamente por la típica reactividad del estado de animo característica del TLP<sup>(22)</sup>, en contraparte a la falta de variabilidad de la distimia.

#### **Trastorno de Estrés Post-traumático**

Los sujetos con un síndrome de estrés post-trauma (SEPT) evitan por lo general los estímulos temidos e incluso reexperimentan de nuevo la situación traumática a través de los sueños, escenas retrospectivas o pensamientos intrusivos. En cambio a pesar de haber presentado una vivencia traumática importante, no evitan de manera activa el estímulo semejante, ni reexperimentación de el mismo (flash back)<sup>(23)</sup>.

### **Consideraciones del abordaje farmacológico**

En el caso muy particular del TLP la prescripción debe ser flexible (Zanarini 2004), el error mas común en el tratamiento del TLP es el de indicar ansiolítico, estabilizadores del estado de ánimo, antidepresivos y antipsicóticos; sumando a la antigua medicación la nueva, y nunca se sustituye o se revisa el esquema completo. Se debe permitir la suspensión del fármaco que no sea necesario, disminuir la dosis cuando la sintomatología decrece, indicarlo sólo por periodos breves, fundamental-

mente el grupo de los ansiolíticos y los antipsicóticos. Recordar que la sintomatología en muchas ocasiones es expresión de su necesidad de cuidado y acompañamiento y esta puede ser satisfecha sin la prescripción farmacológica.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2001) propone un abordaje farmacológico siguiendo las tres dimensiones sintomatológicas: síntomas afectivos, cognitivos, impulsividad y descontrol conductual<sup>(24)</sup>.

### Síntomas afectivos

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), son beneficiosos por su seguridad en caso de sobredosis y perfil de reacción adversa más benigno. La duración mínima es de 12 semanas (fluoxetina 20-80 mg, sertralina 50-200 mg, paroxetina 20-50 mg, fluvoxamina 50-300 mg, citalopram 20-60 mg). Si la respuesta no es adecuada a las dosis máximas, se puede cambiar por otro del mismo grupo, la falta de respuesta a una, no predice la falta de respuesta a otro ISRS (American Psychiatric Association, 2001). Los ISRS mejoran considerablemente los síntomas de ira intensa y la desinhibición de la conducta, la "disforia histeroide", la sensibilidad al rechazo, y la hostilidad. Los medicamentos de segunda línea que han mostrado eficacia en el manejo de los síntomas de inestabilidad emocional son: los IMAO, y los estabilizadores del estado de ánimo como el litio, la carbamazepina, el ácido valproico, y más recientemente se ha postulado el uso de la Lamotrigina (Pinto, 1998; Preston, 2004). En caso de ansiedad intensa se recomienda el uso de Benzodiazepinas de semivida prolongada como el clonazepam, recordando que en estos pacientes existe el riesgo de abuso, intoxicación por sobre

dosis, por lo que su uso debe restringirse al máximo.

### Impulsividad y descontrol conductual

Los ISRS son los fármacos de elección si el comportamiento está muy afectado y está en riesgo la vida del paciente. Se puede agregar un antipsicótico a dosis baja (haloperidol 1 a 2 mg, trifluoperazina 2 a 6 mg, Olanzapina 2,5 a 10 mg, Risperidona 1 a 2 mg, Clozapina a dosis baja de 50 mg.) cuando hay conductas autoagresivas y de automutilación al esquema previo.

Si la respuesta al ISRS es parcial se sugiere potenciar el efecto del antidepresivo con el carbonato de litio<sup>(22-24-31)</sup>.

### Síntomas cognitivos y perceptuales

La piedra angular es el tratamiento con antipsicóticos a dosis bajas, uso debe ser puntual utilizándose solo cuando los síntomas disfóricos y psicóticos ponen en riesgo al paciente. Retirándose tan pronto como los síntomas haya remitidos<sup>(22-24-25-31)</sup>.

### Consideraciones en el abordaje psicoterapéutico

Se debe recordar que esta patología evoluciona razonablemente bien con psicoterapia intensiva y estable, la más recomendada por la literatura es la terapia conductual-dialéctica, desarrollada por Linehan para los pacientes con conductas suicidas y los TLP<sup>(25)</sup>. Otra es la terapia cognitiva centrada en el esquema; que al igual que la anterior es un enfoque algo diferente al modelo estándar de la terapia cognitivo conductual, desarrollada por Young<sup>(25)</sup>.

Debido a las peculiaridades de los rasgos psicopatológicos del TLP se debe tener presente las siguientes acotaciones: 1) Determinar que se ha evaluado y tratado todo lo relacionado con el suicidio en todas sus formas (ideación, amenaza, gesto, e intento). 2) Abordar con prontitud cualquier intento de abandonar el tratamiento. 3) Tratar la sintomatología subyacente (angustia, disociación, bulimia, depresión, hipomanía, consumo de sustancia). 4) Permanecer alerta ante cualquier signo de ocultación, falsificación, y tendencias antisociales por parte del paciente. 5) Posterior a lo anterior se debe considerar los síntomas menos perturbadores (ansiedad y depresión leve). 6) Definir o identificar aquellos rasgos de personalidad que pueden causar problemas en el trabajo o en las relaciones interpersonales (hostilidad, agresividad, amargura, celos, manipulación). 7) Identificar los rasgos menos perturbadores para las personas que lo rodean y que son más problemáticos para el paciente

(timidez, masoquismo, servilismo, falta de autoafirmación). 8) Elaborar un proyecto de vida con objetivos reales tanto laboral, educativo, interpersonal a largo plazo; 9) Abordar la idoneidad de la selección de parejas y las actitudes hacia los miembros de la familia<sup>(26)</sup>.

### Escalas

Existe una escala desarrollada por el departamento de psicología médica y psiquiatría de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, la cual es el resultado de un trabajo de investigación psicométrica iniciado por Claridge, Broks, Muntaner y cols., en 1988. Ellos elaboraron una escala general de propensión a la psicosis, que intenta hacer predicciones psicopatológicas a partir de la teoría de rasgos y sirve para evaluar la predisposición para el TLP. El interés en esta escala es más de tipo psicopatológico que de diagnóstico<sup>(27)</sup>. Las preguntas son simples y puede ser autoaplicada (Tabla II).

TABLA II

| Ítems   | Verdadero | Falso |
|---|-----------|-------|
| 1 Tiene con frecuencia un fuerte impulso de gastar dinero más del que dispone                                 |           |       |
| 2 Pasa con frecuencia de querer mucho a no querer nada de una misma persona                                   |           |       |
| 3 Le cuesta empezar cualquier cosa  |           |       |
| 4 Odia estar solo   |           |       |
| 5 Siente con frecuencia una gran sensación de vacío   |           |       |
| 6 Siente con frecuencia la necesidad de hacer algo escandaloso o perjudicial                                  |           |       |
| 7 A veces le dan ataques de risa o de llanto que no puede controlar   |           |       |
| 8 Tiene temporadas en las que se siente tan inquieto que no puede estar sentado en una silla por mucho tiempo |           |       |
| 9 Juega dinero con frecuencia   |           |       |
| 10 Alguna vez ha visto la vida como sin esperanza   |           |       |
| 11 Siente a menudo la necesidad de pegarle a alguien  |           |       |
| 12 Alguna vez ha sentido la necesidad de hacerse daño a si mismo  |           |       |
| 13 Come demasiado o bebe alcohol con frecuencia   |           |       |
| 14 Le atrae lo contrario de lo que propone la gente, aun sepa que tiene razón                                 |           |       |
| 15 Piensa a menudo que la vida no tiene sentido   |           |       |
| 16 A veces siente deseos de romper cosas o de tirarlas  |           |       |
| 17 Alguna vez ha pensado en matarse   |           |       |
| 18 Tiene pensamientos o ideas sexuales extrañas o raras   |           |       |
| 19 En alguna ocasión ha creído oír a gente hablando cuando se trataba de un ruido cualquiera                  |           |       |

De claridge y Broks 1984. Versión española de Muntaner y cols., 1985, 1987 y 1988.

## Conclusión

El TLP es un cuadro clínico cuya prevalencia es baja con respecto al resto de los TP, aproximadamente el 1.16% de los TP<sup>(28)</sup> sin embargo el coste emocional, tanto para el individuo como para su entorno familiar y social, es alto. Las reiterativas conductas autolesivas y sus rasgos psicopatológicos de inestabilidad, los ubica en los pacientes de pronóstico reservado, con baja respuesta a la terapia y poca motivación para el cambio. Si bien es cierto que un alto porcentaje de los pacientes con TLP, señalan haber sido víctimas de abuso sexual o abandono durante su niñez<sup>(29)</sup>, cabría preguntarse si el abuso y su impacto destructivo sobre la víctima puede ser debido, al menos en parte, a cierto rasgo de personalidad previa del individuo o bien ser producto de un trauma emocional real<sup>(30)</sup>. El enfoque neuropsicopatológico apunta a que existe una alteración en la actividad serotoninérgica como responsable de la conducta agresivo-impulsiva del TLP. Así mismo señala que los sistemas serotoninérgico y noradrenérgicos son interdependientes funcionalmente y que la manipulación de un sistema conduce a cambios en el otro, este marco teórico facilita el manejo farmacológico inicial para yugular la crisis emocional y promover la iniciativa personal para que el paciente explore conductas más racionales, adultas y constructivas, por ende más satisfactorias, estables y socialmente aceptadas.

## Bibliografía

- 1.- Amparo Belloch, Bonifacio Sandín, Francisco Ramos, Manual de psicopatología. Mc Graw Hill (Madrid, España, 1995; Vol 2 cap 4, 16:570-594).
- 2.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>a</sup> Ed. TR (DSM IV TR) Washington, 2000.
- 3.- Silvia Wikinski, Gabriela Jufe El tratamiento farmacológico en psiquiatría, indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional Editorial Medica Panamericana (Argentina 2005; 11: 239-244).
- 4.- Torgersen S. Epidemiology. In Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds). Textbook of personality disorders, Washington: American Psychiatric Publishing, 2005; 129 – 41.
- 5.- Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD et al. Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152:571-8.
- 6.- Aaron T. Beck, Arthur Freeman. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Ediciones PAIDOS (Barcelona, España, 1992; 258-276)
- 7.- E. N. Shearin, M.M. Linehan; Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scand* 1994; 89 (suppl 379) 61-68.
- 8.- Barasch A, Frances A, Hurt S, Clarkin J, Cohen S (1985): The stability and distinctness of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 142:1484-1486.
- 9.- Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM, Douglas BJ: Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2003; 122:193-198
- 10.- Andrew E. Skodol, M.D. Larry J. Siever, M.D. W. John Livesley, Ph.D., M.D. John G. Gunderson, M.D. Bruce Pfohl, M.D. Thomas A. Widiger, Ph.D. The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and clinical course. New York State Psychiatric Institute, 2000: 3-30
- 11.- Rusch N, van Elst LT, Ludaescher P, Wilke M, Huppertz HJ, Thiel T, Schmahl C, Bohus M, Lieb K, Hesslinger B, Hennig J, Ebert D: A voxel-based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder. *Neuroimage*. 2003; 20:385-392
- 12.- Andrew E. Skodol, M.D. Larry J. Siever, M.D. W. John Livesley, Ph.D., M.D. John G. Gunderson, M.D. Bruce Pfohl, M.D. Thomas A. Widiger, Ph.D. The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and Clinical Course. New York State Psychiatric Institute, 2000: 3-30

- 13.- Arthur C. Guyton, MD. John E. Hall, Ph.D. Manual de fisiología medica decimal edición 2002 Mc Graw Hill (Madrid, España 60: 467-475).
- 14.- Andrew E. Skodol, M.D. Larry J. Siever, M.D. W. John Livesley, Ph.D., M.D. JohnG. Gunderson, M.D. Bruce Pfohl, M.D. Thomas A. Widiger, Ph.D. The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and clinical course. New York State Psychiatric Institute, 2000: 3-30
- 15.- Andrew E. Skodol, M.D. Larry J. Siever, M.D. W. John Livesley, Ph.D., M.D. JohnG. Gunderson, M.D. Bruce Pfohl, M.D. Thomas A. Widiger, Ph.D. The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. New York State Psychiatric Institute, 2000: 3-36
- 16.- Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970; 23: 455-468.
- 17.- Harold Alan P. James D. Rew, Jr. Michael B. First. Comorbilidad psiquiátrica: ¿mas es menos?. *World Psychiatry* 2004; 2:1: 18.
- 18.- Tyrer P. Jonson T. Establishing the severity of personality disorder, *Am. J. Psychiatry* 1996;153: 1593-7.
- 19.- Stone MH. Personality disorders: treatable and untreatable, Washington: American Psychiatryc Publishing. 2006.
- 20.- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality. New York: Wiley, 1999.
- 21.- Michael H. Stone Tratamiento de los Trastornos Límites de Personalidad; revisión de los abordajes psicoterapéuticos *World Psychiatry WPA* (Vol. 4 n° 1 abril 2006; 15-29).
- 22.- Silvia Wikinski, Gabriela Jufe El tratamiento farmacológico en psiquiatría, indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional Editorial Medica Panamericana (Argentina 2005 11: 239-244).
- 23.- Widiger TA, Frances AJ: Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. In: Tasman A, Hales RE, Frances AJ, editors. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 8*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989, pp 8-24.
- 24.- American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1-52
- 25.- R. Rosenberg Bordenline states: pharmacotherapy and psychobiology of personality. *Acta Psychiatric Scand* 1994; 89 (suppl 379): 56-60.
- 26.- Linehan MM Armstrong HE, Suarez A. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* (1991,48:1060-4).
- 27.- Antonio Bulbena Vilarrasa, Germán E. Berrios, Pedro Fernández de Larrinoa Palacios Medicación clínica en psiquiatría y psicología. Masson (Barcelona, España 2000: 413-417).
- 28.- Torgersen S. Epidemiology. In Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds). *Textbook of personality disorders*, Washington: American Psychiatric Publishing, 2005: 129 – 41.
- 29.- Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 1997; 154: 1101-6.
- 30.- Peter Tyrer, Erik Simonsen. Trastorno de la personalidad en la practica psiquiátrica. *World Psychiatry* 2003; 1:1: 41-43.
- 31.- Gaerdner DL., Cowdry RW. Alprazolam induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1985: 142: 98-100.
- 32.- Gunderson JG, Carpenter WT, Strauss JS (1975): Borderline and schizophrenic patients: A comparative study. *Am J Psychiatry* 132:1257-1264.
- 33.- Jacobsberg I, Hymowitz P, Barasch, Frances AJ (1986): Symptoms of schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry* 143:1222-1227.
- 34.- Kay JH, Altshuler LL, Ventura J, Mintz J (1999): Prevalence of axis II comorbidity in bipolar patients with and without alcohol use disorders. *Annals of Clinical Psychiatry* 11:187-195.