

Personalidad limítrofe (borderline): información general

La autora del artículo se dedica desde hace muchos años a ayudar a pacientes con trastornos de la personalidad, sobre todo a aquellos con diagnóstico de personalidad limítrofe. Presenta el conocimiento actual en este ámbito respaldado por una gran experiencia clínica. Menciona la definición del propio concepto de personalidad limítrofe, su posición dentro de las clasificaciones psiquiátricas actuales, así como su etiología. A continuación, presenta un enfoque psicoanalítico de los trastornos tratados, que es especialmente útil a la hora de comprender a estos pacientes y colaborar con ellos.

¿Qué es la personalidad limítrofe?

Es una traducción del término inglés *borderline personality*, que fue introducido por Robert Knight a mediados del siglo XX para definir a las personas cuyos trastornos psíquicos se situaban entre los trastornos psicóticos (esquizofrénicos) y neuróticos (neurosis). Sin embargo, las personas de este grupo no desarrollan síntomas lo suficientemente graves para poder establecer el diagnóstico de esquizofrenia. A pesar de que su estado emocional cambia constantemente, al mismo tiempo permanece estable; dicho estado se denomina "inestabilidad estable". Es uno de los subtipos de trastornos de la personalidad que —a menudo de manera equivocada— suele identificarse con todos ellos.

¿Cuándo se puede afirmar la presencia de trastornos de la personalidad?

Podemos hablar de la presencia de los trastornos de la personalidad cuando se observan rasgos de la misma que no se someten a cambios y dificultan la adaptación adecuada. Esto conduce a un deterioro significativo del funcionamiento social y profesional, o a un malestar subjetivo. Las personas con trastornos de la personalidad a menudo tienen problemas relativos al trabajo (p. ej. múltiples cambios de empleo o trabajo en puestos por debajo de su potencial) o experimentan dificultades en sus relaciones sociales (p. ej. despiertan emociones intensas, tales como ataques de ira, en los demás). Muchas veces presentan también menor tolerancia al estrés y puede que busquen ayuda sobre todo para limitar la influencia de los factores externos que lo producen; es decir, quieren cambiar el entorno en vez de a sí mismos. La manera en la que los trastornos de la personalidad se manifiestan siempre afecta a otras personas.

¿Qué significa el diagnóstico de trastornos de la personalidad?

En primer lugar, cabe destacar que **los trastornos de la personalidad no deben considerarse en términos de una enfermedad** como, por ejemplo, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia o gripe. Esto es así porque la personalidad funciona como un cierto nivel de organización de la psique de cada individuo, en el que se integra el impacto de los factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan el estado mental general. La personalidad controla los procesos de afrontamiento y condiciona las posibilidades de adaptación psicológica o su ausencia.

Los problemas psicológicos y ambientales (estresores) pueden compararse con los factores patógenos, mientras que la personalidad, con el sistema inmunitario, cuya condición decide si —p. ej. en el caso del contacto con un agente patógeno— se producirá o no una infección (p. ej. gripe). Igualmente, la estructura de la personalidad decide si en una persona dada, bajo la influencia de varios estresores, van a

manifestarse síntomas de trastornos mentales, p. ej. síntomas de ansiedad o depresión. Así consta en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition), un sistema de clasificación psiquiátrica que no considera los trastornos de la personalidad en la misma categoría que otros trastornos mentales, como la esquizofrenia o la depresión mayor.

En algunos países, los trastornos de la personalidad se codifican según la, utilizada con fines contables y estadísticos, Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, la cual sitúa los trastornos de la personalidad en el mismo nivel que otras enfermedades, como las ya mencionados anteriormente: trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia o gripe.

El reconocimiento de los denominados aspectos sanos de la personalidad permite tratar eficazmente a los pacientes con trastornos de la personalidad. Los aspectos sanos son aquellos que no se someten al proceso destructivo. De nuevo se puede recurrir al sistema inmunitario para explicarlo: una enfermedad autoinmune no significa que todo el sistema inmunitario esté enfermo o alterado; así sucede también con la personalidad, ya que no se puede afirmar que toda la personalidad esté enferma por completo. Se debe prestar atención a los aspectos sanos del sistema inmunitario que permiten hacer frente al agente patológico y, por ejemplo, intentar eliminar las células neoplásicas. Algo semejante sucede con la personalidad: es imprescindible determinar sus aspectos sanos (no psicóticos).

Por lo tanto, según los autores, considerar los trastornos de la personalidad limítrofe en términos de una enfermedad lleva a una declaración concreta según la cual toda la personalidad está "enferma", lo que afecta negativamente al proceso terapéutico. En este punto nos referimos al proceso de tratamiento en sí mismo, y a comprender la dinámica y los fenómenos que lo componen. La experiencia obtenida hasta el momento respecto a la terapia de los pacientes con personalidad limítrofe demuestra que solo teniendo en consideración los aspectos sanos de su personalidad se consigue el tratamiento.

Trastorno límite de la personalidad y otros trastornos de la personalidad

Lo más habitual para un individuo con personalidad limítrofe es experimentar un deseo muy intenso de tener una relación cercana y exclusiva con otra persona y, al mismo tiempo, sufrir miedo de carácter ambiguo. Primero, es el miedo a ser "absorbido" por la otra persona y, segundo, a ser abandonado por ella. Esto conduce a un estado de fuerte tensión emocional. A menudo sucede que, durante este estado de tensión emocional, dichas personas intentan suicidarse, se cortan y experimentan estados psicóticos transitorios (p. ej. delirios persecutorios).

Otros síntomas observados con frecuencia son: estados de ansiedad (p. ej. ataques de pánico), trastornos del estado de ánimo (principalmente de carácter depresivo), compulsiones y síntomas de varias enfermedades somáticas, tales como dolor de diferentes partes del cuerpo o síntomas neurológicos que no permiten determinar su base orgánica. También debe mencionarse el abuso de sustancias psicoactivas, trastornos alimenticios y perversiones sexuales. Cabe destacar que los síntomas descritos también pueden manifestarse en el caso de otros trastornos mentales.

Lo que más claramente diferencia los trastornos límite de la personalidad de otros trastornos de la personalidad es, sobre todo, la dificultad para percibir simultáneamente los aspectos "positivos" y "negativos" de otras personas. Dichos aspectos suelen percibirse de manera extrema y la actitud hacia los demás cambia a menudo: desde

la admiración y la idealización hasta el odio y el desprecio. Esto resulta especialmente difícil y doloroso para los "destinatarios" de estos sentimientos: tanto para la familia, amigos y conocidos, como para los médicos o terapeutas. En los familiares pueden alternarse fantasías orientadas a salvar al paciente, sentimiento de culpa, sensación de ira o aversión o impotencia. En el caso de los profesionales de salud mental, pueden presentarse conductas que violan los límites de la ética profesional. Las dificultades para mantener relaciones con personas con trastornos límite no solo se aplican a las relaciones más cercanas. Van mucho más allá del ámbito de la psiquiatría y la psicoterapia.

Tal como se ha mencionado anteriormente, en dichas personas pueden manifestarse múltiples y diferentes conductas y síntomas, que les inducen a buscar ayuda no solamente entre los psiquiatras y psicoterapeutas, sino también entre otros especialistas: médicos de cabecera, internistas, toxicólogos, neurólogos, cirujanos, etc. A menudo causan confusión, tanto en el ámbito hospitalario y dentro de la relación terapéutica, como en las relaciones familiares y de amistad. Es así porque el caos interno que acompaña a las personas con trastorno límite de la personalidad llega a manifestarse y se traslada al entorno más cercano.

¿Cuándo se diagnostica la personalidad límite? Criterios de clasificación de la personalidad límite

Clasificación CIE-10

La clasificación CIE-10 diferencia la personalidad emocionalmente inestable que abarca dos subtipos: impulsivo (F60.30) y límite (F60.31).

Entre las características del tipo impulsivo de la personalidad emocionalmente inestable se incluyen la susceptibilidad a los conflictos y la belicosidad. Además, para establecer el diagnóstico es necesaria la presencia de, como mínimo, dos de las siguientes características:

- predisposición a actuar de un modo impulsivo,
- facilidad para reaccionar con ira o violencia,
- dificultades para seguir con las actividades que no proporcionen satisfacción rápida,
- estado de ánimo inestable y caprichoso.

El tipo límite de la personalidad emocionalmente inestable, es decir, *borderline*, tiene que cumplir con tres de las siguientes características:

- confusión acerca de la imagen propia,
- ausencia de objetivos y preferencias precisos (también sexuales),
- implicación en relaciones intensas y poco estables que llevan a crisis emocionales,
- intentos de evitar un potencial abandono,
- intentos o amenazas suicidas o de automutilación,
- sensación crónica de vacío.

Clasificación DSM-IV

Los autores de la clasificación DSM-IV no contemplaron la división en los subtipos descritos en la CIE-10. En este caso la personalidad límite se define como un esquema de conducta dominado por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autovaloración y las emociones, y con una explosividad bien marcada. Establecer su diagnóstico está justificado si se presentan por lo menos cinco de las características siguientes:

- esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado,
- relaciones interpersonales inestables, pero intensas (idealización o devaluación extremas),
- trastornos de la identidad: imagen propia o autoestima consolidada y claramente anormal, alterada o inestable,
- impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (vida sexual, desperdicio de dinero, uso de sustancias psicoactivas, conducción temeraria, atracones de comida),
- comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes,

- automutilación,
- inestabilidad emocional provocada por una excesiva reactividad del estado de ánimo,
- sensación crónica de vacío,
- ira inapropiada a la situación o falta de control sobre ataques de ira,
- ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos pronunciados.

En el diagnóstico, es útil una entrevista clínica estructurada destinada a la valoración de los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV —la SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders)— que incluye, entre otros, las siguientes preguntas: *¿Se ha asustado con frecuencia al pensar que alguien a quien quería podía abandonarle?, Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere, ¿tienen muchos altibajos extremos?*

¿Qué dicen las estadísticas sobre la personalidad límite? ¿Con qué frecuencia y en qué personas suele diagnosticarse?

Los estudios epidemiológicos aportan diferentes datos acerca de la prevalencia de la personalidad límite. Algunos autores estiman que el índice de prevalencia en la población general para las sociedades europea y estadounidense es de 0,7-1,8 %. Otros, sin embargo, indican un porcentaje de 0,2-2,8 % de la población general. A modo de comparación, la prevalencia de esquizofrenia en la población general es de un 1 %.

No obstante, entre los pacientes sometidos a hospitalización psiquiátrica, el índice de prevalencia de este trastorno se encuentra en un rango entre el 15 y 25 %; su diagnóstico constituye la mitad de todos los casos en los que se diagnostican trastornos de la personalidad.

Los estudios previos sugerían que el trastorno límite de la personalidad afectaba con una frecuencia considerablemente mayor a las mujeres que a los hombres. Se indicaba que las mujeres constituían un 70-75 % de las personas con este diagnóstico. Se sugería que la coexistencia de los trastornos de la alimentación era más frecuente en mujeres que en hombres. En cambio, en hombres se observaban más a menudo características de la personalidad antisocial y abuso de sustancias psicoactivas. Sin embargo, los resultados actuales de estudios epidemiológicos realizados en la población estadounidense indican que la prevalencia de este trastorno a lo largo de la vida es del 5,9 %, con porcentajes semejantes tanto para las mujeres (6,2 %) como para los hombres (5,6 %). Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo coexisten con una similar frecuencia en ambos sexos. Refiriéndose a los datos mencionados más arriba, cabe observar que los estudios epidemiológicos respecto a la prevalencia de trastornos de la personalidad resultan especialmente problemáticos. (...) Además, todos los investigadores están de acuerdo de que es necesario realizar más estudios epidemiológicos en este ámbito.

Los resultados indican también que el 3-10 % de las personas de este grupo han cometido suicidio.

Métodos de tratamiento de los pacientes con la personalidad límite

Simplificando mucho, los métodos de tratamiento utilizados pueden dividirse en farmacológicos y psicológicos. Normalmente se emplean ambos a la vez. La intervención farmacológica normalmente es de carácter temporal y se emplea para reducir la gravedad de los distintos síntomas, p. ej. ansiedad, depresión, cambios bruscos del estado de ánimo. Por lo tanto, a diferencia de otros trastornos (p. ej. la "depresión endógena"), los trastornos de la personalidad no pueden curarse con fármacos. Además, la eficacia de los medicamentos es diferente en cada persona. Los que se utilizan con más frecuencia son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI), los denominados "fármacos estabilizadores del ánimo" (p. ej. carbamazepina, ácido valproico) o los antipsicóticos a dosis bajas

(p. ej. olanzapina, quetiapina, risperidona). Debido a la predisposición de estas personas a la dependencia de las sustancias psicoactivas, normalmente no está indicado el uso de tranquilizantes, sobre todo de los derivados de benzodiazepinas.

De los métodos psicoterapéuticos disponibles, se suele considerar como más eficaz a la psicoterapia psicoanalítica junto con sus derivados, tales como la terapia basada en la mentalización (TBM), creada por Fonagy y Bateman, y la psicoterapia centrada en la transferencia de Kernberg (*transference focused therapy*, TFP). Otro método de eficacia demostrada mediante estudios científicos es la desarrollada por la Dra. Linehan terapia dialéctica conductual (*dialectical behavior therapy*), que deriva de la corriente de la terapia cognitivo-conductual.

En el caso del trastorno límite de la personalidad, es de gran ayuda la comprensión psicoanalítica, tanto del desarrollo de la patología de la personalidad, como de la dinámica del proceso terapéutico.

Causas de la aparición de la personalidad límite: conocimiento actual

Se considera que un factor etiológico importante es la negligencia por parte de los cuidadores, tanto la madre como el padre. Las personas con este diagnóstico a menudo perciben a su madre como distante, desinteresada o conflictiva. Ello suele ir acompañado de una ausencia física o psicológica del padre en la familia de estos pacientes, y la propia situación familiar suele ser caótica e incoherente.

Las personas afectadas a menudo experimentaban separación y pérdida de familiares, violencia física y abuso sexual. Estas experiencias afectan muy negativamente al vínculo del niño con su cuidador. Entonces se crea el denominado "patrón de apego inseguro", lo que conduce al deterioro de la capacidad de mentalización, es decir, de poder comprender la psique, primero del cuidador y, después, de los demás. Asimismo, es la facultad de reflexionar y comprender todo aquello que esté pasando, que permite analizar y superar los daños psicológicos ocurridos. Los pacientes con personalidad límite normalmente no son capaces de reflexionar sobre el contenido de la propia mente ni de la de los demás. En consecuencia, se produce un deterioro significativo de su capacidad para superar experiencias difíciles.

Estas personas se sienten privadas de la posibilidad de influir en las relaciones con los demás. Crean una actitud de hipervigilancia hacia su entorno, que consideran hostil y acosador. Un número de datos cada vez mayor indica que las experiencias traumáticas reflejan en la estructura y el funcionamiento del cerebro de las personas afectadas. Por lo tanto, el miedo de estos pacientes y sus familiares respecto a la irreversibilidad de los cambios está justificado. De esta manera, es extremadamente

importante recibir una psicoterapia específica, combinada con un tratamiento exhaustivo. En este punto cabe destacar que ya hay informes que notifican cambios que se producen a nivel de la neurotransmisión cerebral ante una interacción psicológica prolongada (al igual que sucede con el tratamiento farmacológico).

También debe mencionarse el denominado modelo biopsicosocial de los trastornos de la personalidad, en el que se destacan tres factores etiológicos principales respecto a la personalidad límite: un temperamento de base biológica, un entorno familiar traumático y caótico que condiciona el funcionamiento psicológico de la persona, y un factor ambiental relacionado con los eventos desencadenantes de los "síntomas" (p. ej. intentos de crear una relación íntima o independizarse). Dichos factores interactúan entre sí durante toda la vida y pueden tener diferente importancia causal en distintas personas.

Bibliografía:

1. First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L. y cols., *Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości z osi II DSM-IV*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2010.
2. Gabbard G.O., *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2009.
3. Grant B. y cols., Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *J. Clin. Psychiatry*, 2008, 69(4): 533-545.
4. Kiejna A. y cols., Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP - Polska - metodologia badania, *Psychiatr. Pol.*, 2015, 49(1): 5-13.
5. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 1998.
6. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 1997.
7. Millon T., Davis R., *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2005.
8. Widiger T.A., Weissman M.M., Epidemiology of borderline personality disorder, *Hosp. Community Psychiatry*, 1991, 42 (10): 1015-1021.

autor:
Aleksandra Wieczorek (MD)