



Universidad
de La Laguna

ESTUDIO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Autora: Beatriz Carpena Moril

Tutor: Pablo García Medina

Departamento: Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Trabajo Fin de Grado

Grado en Psicología

Universidad de La Laguna

Curso 2016-2017

Índice

1. Resumen.....	1
2. Evolución del concepto del Trastorno Límite de Personalidad.....	2
2.1 Conceptualizaciones del término.....	3
2.2 Problemas de denominación.....	5
2.3 Problemas de delimitación de características.....	5
2.4 Conclusión.....	6
3. Definición y criterios diagnósticos del Trastorno Límite de Personalidad.....	6
4. Epidemiología.....	8
5. Comorbilidad.....	9
6. Diagnóstico diferencial.....	11
7. Conclusiones finales.....	15
8. Referencias.....	17

RESUMEN

El Trastorno Límite de Personalidad es una de las patologías más estudiadas y con una prevalencia bastante elevada. Los pacientes diagnosticados de esta patología representan del 30% al 60% de las poblaciones clínicas con trastornos de personalidad, y la tasa de suicidio se sitúa aproximadamente en el 9% de la población. Sin embargo, existe mucha confusión a la hora de su diagnóstico por su complejidad a la hora de clasificarlo (por compartir sintomatología con otros trastornos), por su severidad (por las características de los pacientes diagnosticados) y por la variabilidad de los síntomas presentados en las distintas personas que lo padecen. Dada su importancia, el presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica del trastorno desde diferentes perspectivas psicológicas y su evolución a través del tiempo, además de compararlo con otros trastornos.

ABSTRACT

The Borderline Personality Disorder is one of the most studied diseases and it has a quite profound prevalence. The diagnosed patients of this disease represent amongst the 30% and 60% of the clinical population with personality disorders, and the suicide rate is approximately 9% of this population. However, there is a lot of confusion when it comes to diagnose it because of its complexity when classifying it (because it shares symptoms with other disorders), its severity (because of the characteristics of diagnosed patients) and the variability of the present symptoms in different people who suffer it. Due to its importance, the present work is to perform a bibliographic review of the disorder from different psychological perspectives and its evolution over time, in addition to comparing it with other disorders.

1. Evolución del concepto del Trastorno Límite de Personalidad

El estudio de la personalidad ha sido de gran importancia a lo largo de la historia de la salud mental. Desde la antigüedad de la literatura psicopatológica, autores como Homero, Hipócrates o Areteo describían pacientes en los que coexistía la ira impulsiva, la manía y la melancolía. Pero fue Bonet (1684) quien unió la impulsividad y los estados de ánimo inestables en un síndrome al que llamo “folié maniaco-melancolique”. Ya en el siglo XIX, Baillager y Falret (1854) observaron durante más de 30 años a grupos de pacientes que mostraban un curso depresivo con ideas suicidas interrumpido intermitentemente por irritabilidad, cólera, euforia y normalidad, características semejantes al trastorno de personalidad límite que hoy en día conocemos. Estos dos autores acuñaron los términos “folie circulaire” y “folie a doublé forme” para representar el carácter del síndrome descrito.

En 1884 Hughes usó por primera vez el término “borderline” para definir a las personas que pasaron toda su vida en un lado u otro de la línea de neuroticismo-psicoticismo. Pero fue Kraepelin (1921) con su término de “personalidad excitable” quien se acercó más a los síntomas de lo que conocemos hoy como trastorno límite de personalidad, ya que realizó una clasificación diagnóstica con las características de impulsividad, inestabilidad afectiva en las relaciones con los demás, autolesiones y una ira intensa (Millon y Davis, 1998). También Schneider (1923) propuso el término de “personalidad lábil” para los individuos que mostraban este tipo de síntomas, caracterizados por cambios rápidos y súbitos del estado de ánimo, y en 1951 se aproximó al trastorno afirmando que las personalidades anormales debían ser separadas de las psicosis ciclotímicas y esquizofrénicas.

Posteriormente, Freud (1923) con el desarrollo de la teoría psicoanalítica propuso la personalidad como estructuras intrapsíquicas que entran en conflicto entre sí mismas o

entre alguna de ellas y la realidad externa, generando un patrón de comportamiento interno y externo permanente en el tiempo. A partir de su teoría estructural (yo, ello, super-yo), describió tres organizaciones específicas de personalidad; neurosis, perversión y psicosis.

Más tarde, Kretschmer (1925) sumó algunas características adicionales a las conocidas hasta el momento; enfatizó la labilidad emocional y su curso impredecible, considerando que las personas que padecían este trastorno manifestaban lo que llamó “temperamento mixto cicloide-esquizoide”. Reich (1925) describió a estas personas como sujetos que manifestaban una predominancia de agresión infantil, un narcisismo primitivo y con graves alteraciones del superyó.

A pesar de todas estas aportaciones, no fue hasta la aparición de Adolf Stern (1928), en una publicación psicoanalítica, que empleó y formalizó por primera vez la designación de “el grupo límite de la neurosis”.

Por último, cabe destacar a Eysenck (1967) que creó un modelo basado en tres formas de funcionamiento psicológico; neuroticismo, introversión-extroversión y psicoticismo. Este modelo de la personalidad fue muy influyente en la formación de psicoterapeutas y enseñado por la mayoría de escuelas de psicología y psiquiatría para diferenciar las características de cada trastorno. Dentro de este modelo, durante años lo que se llamaría Trastorno Límite de la Personalidad (“TLP”) se ubicó en la frontera entre la neurosis y la psicosis. Con frecuencia, su diagnóstico se realizó más bien con una técnica de descarte; quien no cumplía con los criterios definidos para la psicosis y se alejaba de los criterios de la neurosis padecía dicho trastorno.

1.1 Conceptualizaciones del término

Desde entonces, se han realizado varias conceptualizaciones del término, que pueden resumirse en seis:

- La primera de ellas se basa en el trabajo de Kernberg (1975), donde empleó el término límite para describir la mayoría de las formas severas de carácter patológico.
- La segunda surgió entre los años sesenta y setenta, centrada en la tendencia de los pacientes que sufrían este trastorno a experimentar episodios psicóticos breves o transitorios, considerando el trastorno límite como parte del espectro de los trastornos esquizofrénicos (Zanarini et al, 1997).
- La tercera agrupó muchas investigaciones de los años ochenta; enfatizó la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límite, lo que llevó a pensar que se trataba de un trastorno afectivo (Stone, 1980; Zanarini et al, 1997).
- La cuarta se encuentra en la obra de Gunderson (1984), donde el término “límite” describe una forma específica del trastorno de personalidad que puede ser distinguida de un gran número de otros trastornos, diagnosticándose al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos. En sus formulaciones posteriores, llevadas a cabo con sus colaboradores (Zanarini, Gunderson y Frankenburg, 1989) propusieron una serie de características distintivas: automutilación, comportamientos suicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Zanarini y Frankenburg, 1994; Millon y Davis, 1998).
- Las conceptualizaciones quinta y sexta surgen durante los años noventa. Autores como Zanarini opinaban que el trastorno límite debería estar dentro de los trastornos impulsivos (como los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, el antisocial de la personalidad o los de alimentación) y no una forma atenuada o atípica de uno de esos trastornos. En esta línea, destacan autores como

Herman y Van Der Kolk (1987), que sugirieron que el trastorno se trata de una variación crónica del trastorno postraumático, en ocasiones relacionado con problemas disociativos.

1.2 Problemas de denominación

Por otra parte, el uso del término “límite” como designación para un síndrome siempre ha ocasionado polémica, puesto que lingüísticamente el término “límite” transmite un nivel moderado de gravedad o un grado intermedio del funcionamiento de la personalidad (Millon, 1969). A través de los años, se han ido proponiendo otros términos para representar rasgos distintivos de este trastorno; personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad, etc. El concepto “límite” solía utilizarse exclusivamente cuando el clínico, a la hora de diagnosticar, no estaba seguro de que el cuadro de síntomas perteneciera a un trastorno u otro. Este uso provenía de la creencia de que las personas con trastornos debían estar situadas en uno de los polos de la dicotomía entre neurosis (ligeramente enfermos) y psicosis (muy enfermos). Esta problemática siempre ha suscitado debates, retrasando la delimitación del trastorno límite de personalidad.

1.3 Problemas de delimitación de características

Otro aspecto problemático a lo largo del tiempo ha sido la delimitación de las características clínicas que debería tener la persona para diagnosticarle trastorno límite, ya que se asemeja a otros muchos trastornos. Esto ha llevado a muchos autores a considerarlo como perteneciente al espectro de los trastornos del estado de ánimo. Actualmente, la categoría límite se considera un patrón de comportamiento y funcionamiento alterado de forma estable y duradera, con características propias; en 1980 se incorporó por primera vez el “trastorno límite de la personalidad” como entidad definida en el DSM-III. A pesar de las numerosas críticas y propuestas alternativas, se

ha mantenido en sus posteriores revisiones. Actualmente, en la CIE-10 se incorporó como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo.

1.4 Conclusión

A pesar de las numerosas formas de denominar el trastorno, la validez de “trastorno límite de la personalidad” se encuentra hoy en día generalmente aceptada, mientras que otros aspectos como su etiología o tratamiento están aún en proceso de investigación y experimentación, reflejando así la necesidad de un estudio acerca del mismo.

2. Definición y criterios diagnósticos del Trastorno Límite de Personalidad

A pesar de que el término “trastorno límite” se utiliza desde mediados del siglo pasado, no fue reconocido formalmente como un trastorno diagnóstico hasta 1980, donde apareció por primera vez en el DSM-III, el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales. En él, lo catalogaban de trastorno de personalidad donde hay inestabilidad en una variedad de áreas (se encuentra incluido en el eje II; trastornos de personalidad). Se asocia frecuentemente con otros trastornos de personalidad, como la esquizofrenia, el trastorno histriónico, antisocial o narcisista. Se diagnostica más comúnmente en mujeres. En el siguiente cuadro se exponen los criterios diagnósticos del DSM-III.

Cuadro 1. Criterios Diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad (DSM-III)

Criterios Diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad

Las siguientes son características del funcionamiento a largo plazo del individuo, no se limitan a episodios de enfermedades, y causan un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional o angustia.

A. Se requiere al menos cinco de los siguientes:

1. Impulsividad o imprevisibilidad en al menos dos áreas que son potencialmente auto-dañinas, por ejemplo gastos, sexo, juego, uso de sustancias, robo en tiendas, comer en exceso, actos físicamente dañinos.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, por ejemplo cambios marcados de actitud, idealización, devaluación, manipulación (consistentemente usan a otros para sus propios fines)
3. Cólera inapropiada e intensa o falta de control de la ira, por ejemplo exhibiciones frecuentes de temperamento o ira constante.
4. La perturbación de la identidad manifestada por la incertidumbre sobre varias cuestiones relativas a la identidad, como la autoimagen, identidad de género, metas, patrones de amistad, valores o lealtad.
5. Inestabilidad afectiva: Cambios marcados del estado de ánimo normal a la depresión, irritabilidad o ansiedad, generalmente con una duración de unas horas y rara vez más de unos pocos días, con un retorno al estado de ánimo normal.
6. Intolerancia de estar solo, por ejemplo esfuerzos frenéticos para evitar estar sólo o deprimirse al estarlo.
7. Actos físicamente dañinos para sí mismos, por ejemplo ideas suicidas, automutilación, accidentes recurrentes o peleas físicas.
8. Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.

B. Si es menor de 18 años, no cumple con los criterios para un trastorno de identidad.

En la siguiente edición, el DSM-III-R no se produjo ningún cambio respecto a este trastorno. En 1994 aparece el DSM-IV, donde desaparece el criterio B aunque se especifica que normalmente aparece en la edad adulta, sin descartar que pueda aparecer durante la adolescencia. También se incluye un nuevo criterio (9) que podemos ver en el siguiente cuadro, donde se exponen los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Cuadro 2. Criterios Diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad (DSM-IV)

Criterios para el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

En las siguientes ediciones (el DSM-IV-TR, publicada en el 2000 y el DSM-V) no se incluyen cambios respecto a los criterios diagnósticos. Por lo tanto, podemos concluir que la definición actual del trastorno límite sería un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que normalmente se inicia en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y se manifiesta por cinco (o más) de los criterios anteriormente definidos.

3. Epidemiología

Existe una elevada incidencia del trastorno límite en la actualidad; afecta entre 1-2% de la población general y es el trastorno de personalidad con mayor prevalencia en las

poblaciones clínicas con trastornos de personalidad, ya que representan entre un 30-60% (Caballo, 2004). Además, se presentan en un 10% de pacientes atendidos en centros ambulatorios y en un 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados, ya que existe una alta comorbilidad con trastornos como por ejemplo el de ansiedad, afectivos o por uso de sustancias. No cabe duda de que los porcentajes aumentarían si el nivel de conocimiento sobre este trastorno en la población aumentasen ya que, en múltiples ocasiones, no se trata adecuadamente confundiendo con otras patologías (Quaderns de salut mental, 2006). Por otro lado presentan elevadas tasas de conductas autolesivas (entre un 60-80%) y tasas de suicidio, y son el motivo más frecuente de hospitalización en estos pacientes, situándose su tasa de suicidio alrededor del 10%, especialmente en menores de 30 años (Espinosa, Blum-Grynberg y Romero-Mendoza, 2009). Con respecto a la distribución por sexos, parece que el diagnóstico de este trastorno es más frecuente en mujeres (aproximadamente un 75%) que en hombres (Caballo, 2004). Esta diferencia aparece en la mayoría de estudios, aunque podría estar sesgada por las muestras de tales estudios y que las mujeres demandan con más frecuencia ser atendidas por profesionales.

4. Comorbilidad

Como consecuencia de la variada sintomatología que presenta, muchos trastornos pueden darse conjuntamente con el Trastorno Límite de Personalidad (TLP en lo sucesivo). Si a ello se le suma la inestabilidad afectiva y la disminución de control características de dicho trastorno, puede provocarse la aparición periódica o permanente de diferentes trastornos del Eje I. En la siguiente tabla (Quaderns de salut mental, 2006) queda representada la comorbilidad junto a otros trastornos del Eje I.

Cuadro 3. Comorbilidad del TLP con trastornos del Eje I

- Trastornos afectivos: 93%
 - Depresión mayor: 38 %
 - Distimia: 9 %
 - Bipolares II: 9%
- Trastornos de ansiedad: 88%
 - Trastorno por estrés postraumático: 56% (61% mujeres y 35% hombres)
 - Trastorno de pánico: 48%
 - Fobia social: 46%
 - Fobia simple: 32%
 - Trastorno obsesivo-compulsivo: 16%
 - Trastorno por ansiedad generalizada: 13%
 - Agorafobia: 12%
- Trastorno por uso de sustancias: 64% (65% hombres y 41% mujeres)
 - Abuso de alcohol: 52%
 - Abuso de otras sustancias: 46%
- Trastornos del comportamiento alimentario: 53%
 - Bulimia: 26% (30% mujeres y 10% hombres)
 - Anorexia: 21% (25% mujeres y 7% hombres)

Respecto a los trastornos del Eje II, hay pocos sujetos límite que no tienen el diagnóstico de otro trastorno de la personalidad, de ahí la relevancia a la comorbilidad, especialmente importante para los trastornos histriónico, dependiente, antisocial y esquizotípico, y en menor medida para el narcisista, el evitativo, el pasivo-agresivo y el paranoide (Caballo, 2004).

5. Diagnóstico diferencial

Dados los numerosos trastornos del Eje I y del Eje II que pueden darse junto con el TLP es necesario establecer un diagnóstico diferencial. Es importante resaltar que si se cumplen características de dos o más trastornos al mismo tiempo, se procederá al diagnóstico de todos ellos.

Respecto a los trastornos del Eje I, la diferencia más destacable reside en la historia del desarrollo de la perturbación; los trastornos del estado de ánimo suelen tener un inicio brusco, mientras que el TLP es progresivo. Otra distinción son los estímulos desencadenantes; mientras que en el TLP parecen depender de déficits internos sin demasiada afectación con eventos ambientales, los trastornos de ánimo si se caracterizan por desencadenantes ambientales. Además, los síntomas de los trastornos de ánimo son más egodistónicos (conductas, pensamientos, impulsos y actitudes no característicos del Yo de una persona) que los del TLP. Los más destacados serían:

- La distinción entre TLP y bipolaridad, que a pesar de compartir muchas características (en especial con el bipolar tipo II) también tienen diferencias; los cambios de ánimo de las personas con TLP suelen ser menos duraderos y reactivos a alguna situación, especialmente de abandono o rechazo. También se diferencian en que en el bipolar lo único que cambia es su estado de ánimo, mientras que un TLP presenta una inestabilidad que afecta a todas las áreas de su vida y es extremadamente rara la euforia, característica común en los bipolares; los TLP tienen constante impulsividad mientras que los bipolares sólo presentan impulsividad en las fases maníacas/hipomaníacas. Los TLP buscan relaciones empáticas con gran efusividad, mientras que los bipolares son indiferentes a ello. Por último, una persona con TLP mantiene siempre el contacto con la realidad, mientras que el bipolar (en casos graves) puede perderlo.

- También se puede distinguir de los trastornos de depresión mayor. Aunque la sintomatología depresiva está en ocasiones presente en el trastorno límite, existen diferencias. La fundamental se encuentra en que en el trastorno límite la sintomatología depresiva es menos severa y duradera, ya que se trata de un estado de ánimo permanentemente bajo y mantenido en el tiempo, mientras que en los trastornos depresivos mayores la sintomatología depresiva suele cursar de manera crónica, episódica y caracterizada por frecuentes recaídas y mayor severidad. Otros aspectos diferenciales en personas con TLP son la rabia, la intolerancia a la frustración, el sentimiento de vacío, la elevada reactividad emocional y la influencia de factores externos en la depresión propia del trastorno límite que no se presentan en la depresión mayor.
- Existe también gran confusión entre el TLP y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ya que muchos de los pacientes diagnosticados de TLP han sido víctimas de abusos físicos, psicológicos o sexuales, sobretudo en la primera infancia. Dichos hechos traumáticos habrían llevado a que los síntomas experimentados se hubieran convertido en elementos constituyentes de la personalidad del sujeto, como consecuencia de haberse experimentado el trauma en fases de la personalidad en la que no ha adquirido suficiente consistencia, alterándose el desarrollo normal de la personalidad del sujeto. Esto ha derivado a que en ocasiones algunos profesionales de la salud hayan considerado el TLP como un subtipo del TEPT. Como características comunes destacan las conductas autodestructivas como automutilaciones, ideación o intentos de suicidio, experiencias disociativas y la reexperimentación del trauma a través de imágenes intrusivas Sin embargo, existen diferencias como, por ejemplo, que las demandas excesivas de atención o protección y las expresiones de ira producto

de sentimientos de abandono y frustración son característicos de un trastorno límite. En contraposición, una tendencia a actuar de forma paranoide en las relaciones personales a diferencia de las impulsividad expresada por TLP, es característica del TEPT.

- Respecto a la diferencia con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), hay que destacar el solapamiento parcial de síntomas (en especial a la inestabilidad emocional e impulsividad). Sin embargo, la presencia de déficits atencionales, de organización y planificación y la presencia de hiperactividad, despistes diarios o sensación de inquietud es característico únicamente del TDAH. Aunque en ambos casos está presente un elevado componente de impulsividad, las características y naturaleza de ésta es diferente. En el TDAH tiene lugar una impulsividad relacionada con la precipitación, impaciencia e hiperactividad, mientras que en el TLP guarda relación con emociones negativas como la frustración o ansiedad que tienen como resultado conductas autolesivas. También es un aspecto esencial la edad de inicio de los trastornos, ya que el TDAH puede diagnosticarse desde la infancia y el TLP puede observarse a partir de la adolescencia pero en especial en la edad adulta.

Con respecto al diagnóstico diferencial de los trastornos del Eje II hay algunos trastornos que pueden confundirse con los del TLP (APA, 2000):

- En el trastorno histriónico de la personalidad, al igual que el trastorno límite, la persona busca atención acompañada de un comportamiento manipulador y emociones cambiantes con rapidez. Sin embargo, el TLP se diferencia por la autodestructividad, alteración de la identidad y sentimientos de vacío y soledad, mientras que en el trastorno histriónico no existen dichas características.

- En el trastorno esquizotípico de la personalidad surgen también ideas paranoides y problemas en las relaciones interpersonales. En primer lugar, las ideas paranoides en el TLP son más pasajeras y aparecen en respuesta a situaciones estresantes o miedo al abandono, mientras que en el trastorno esquizotípico es característica la existencia de estas ideas de forma casi permanente. Respecto a los problemas en las relaciones interpersonales; en el TLP hay un fracaso en ellas, y en el trastorno esquizotípico hay una falta de interés por ellas.
- El trastorno narcisista de la personalidad y el TLP tienen similares reacciones de ira ante críticas o desprecios, pero vienen dadas por motivos diferentes. En el TLP son consecuencia del miedo al abandono o una amenaza a su personalidad, mientras que en el trastorno narcisista, la humillación desemboca en sentimientos de inferioridad. Se diferencian principalmente en que la persona con trastorno narcisista tiene un mayor control de sus impulsos, mayor integración de su autoconcepto, ausencia de conductas autolesivas y del miedo al abandono.
- En el trastorno paranoide, aunque puedan observarse comportamientos similares del TLP, las conductas difieren en las razones manifiestas. Tanto las reacciones de ira y los problemas interpersonales que están presentes en ambos trastornos emergen por diferentes motivos. En el TLP los ataques de ira tienen lugar como consecuencia de miedo al abandono y amenaza a la identidad, mientras que en el trastorno paranoide tiene su origen en la desconfianza generalizada. En cuanto a los problemas interpersonales, en el TLP están influidos por la labilidad emocional, mientras que en el trastorno paranoide se derivan de la desconfianza que tanto caracteriza esta patología.

- Respecto al trastorno antisocial, éste y el TLP tienen en común el comportamiento manipulador, pero la persona con TLP busca el interés de sus seres queridos y el antisocial busca obtener beneficios. También, aunque ambos trastornos presentan un gran componente agresivo, no se manifiesta de la misma forma; en el trastorno antisocial de la personalidad es una agresividad planificada, meditada y exteriorizada hacia los demás, mientras que en el TLP esta agresividad es producto de una elevada impulsividad en la cual no existe planificación, cuya rabia no pretende ser “descargada” contra nadie y normalmente es dirigida hacia sí mismo a partir de conductas autolesivas.
- Por último, tanto el trastorno de personalidad por dependencia como el TLP tienen un miedo exagerado al abandono, pero este último reacciona con un vacío emocional, rabia y exigencias hacia la otra persona, mientras que la persona con trastorno por dependencia reacciona con un aumento de la sumisión y una búsqueda urgente de alguien que reemplace la relación anterior.
- También debe distinguirse de los síntomas que pueden aparecer en relación a un consumo crónico de sustancias, ya que un amplio rango de población con trastornos adictivos está diagnosticado de TLP (en especial por su afán por experimentar formas variadas de realidad en busca de su propia identidad).

6. Conclusiones finales

En primer lugar, se ha realizado un breve repaso por las definiciones de diversos autores sobre el trastorno límite. Posteriormente se ha profundizado en la descripción y diagnóstico del trastorno límite del DSM a través de sus diferentes versiones. También se ha expuesto la epidemiología del trastorno para poder conocer su elevada incidencia en la población general y clínica, que suponen cifras alarmantes. Por otro lado se ha indagado en la elevada comorbilidad del TLP con otros trastornos, tanto del Eje I como

del Eje II (siguiendo la clasificación del DSM-V) ya que las características comunes implican una peor detección, evolución y tratamiento del trastorno. Por último, es importante la realización de un adecuado diagnóstico diferencial, ya que la sintomatología compartida con otras patologías, la dificultad de clasificación y delimitación y la comorbilidad con otros trastornos promueve que la mayoría de pacientes con TLP reciba un mayor número de diagnósticos. Además, para que el tratamiento de la patología resulte eficaz, debería ser interdisciplinar y personalizado a cada paciente dependiendo del momento en que se encuentre y sus características individuales, ya que como hemos visto se muestran de forma diferente. Resumiendo, es necesario establecer una adecuada delimitación y diagnóstico del trastorno, tener en cuenta los diversos factores que se interrelacionan para su aparición y conocer la coexistencia con otras patologías y sus características diferenciales, favoreciendo de esta manera la prevención, detección y tratamiento del TLP.

Referencias

APA (1984). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III*.

Barcelona: Masson. ISBN: 9788431103217

APA (1988). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III-R*.

Barcelona: Masson. ISBN: 9788431104474

APA (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV*.

Barcelona: Masson. ISBN: 8445802976

APA (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-*

TR. Barcelona: Masson. ISBN: 9788445810873

APA (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V*.

Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN: 9788498358100

Caballo, V.E. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad. Descripción,*

Evaluación y Tratamiento. Madrid: Síntesis. ISBN: 9788497562102

Cervera G, Haro G. Martínez-Raga J. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad.*

Paradigma de la Comorbilidad Psiquiátrica. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

ISBN: 9788479031671

Escribano Nieto, T. (2006). Trastorno límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento.

Intelligo, 1 (1), (4-20). ISSN: 18858023

Espinosa, J.J., Blum Grynberg, B. & Romero Mendoza, M.P. (2009). Riesgo y

Letalidad Suicida en Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), en un

Hospital de Psiquiatría. *Salud Mental*, 32 (4), (317-325). ISSN: 01853325

Eysenck, H.J. (1967). *Biological Basis of Personality*. Springfield: Thomas. ISBN: 0398061114

Francia López, M. & Rodríguez Fernández, M.I. (2008). *Trastorno de estrés postraumático crónico y trastorno límite de la personalidad ¿Es posible una distinción clara entre ambos trastornos?*. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/congreso/2008/otras/articulos/34329/>

Freud, S. (1924). *Neurosis y Psicosis. Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. ISBN: 9503185758

Fossa, P. (2010). Organización Limítrofe de Personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (1), (32-52). ISSN: 2145-6569

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.

Gunderson, J. G. (1984). *Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press. ISBN: 9781585624607

Herman, JL, Van Der Kolk, BA, & van der Kolk, BA (1987). Psychological Trauma. *Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.*, 111-126.

Kenberg, O.E. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Nueva York: Jason Aronson. ISBN: 9780876681770

Kretschmer, E. (1925). *Physique and Character*. Londres: Kegan Paul. ISBN: 9781406744972

Millon, T. (1969). *Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning*. Filadelfia, PA: Saunders. ISBN: 9780721663852

Millon, T y Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A. ISBN: 8445805185

Quaderns de salut mental. Consejo asesor sobre asistencia psiquiátrica y salud mental. (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)*. Barcelona: Edición CatSalut. ISBN: 8439364938

Reich, W. (1949). *Análisis del Carácter*. Buenos Aires: Paidós. ISBN: 9788449317736

Schneider, K. (1923). *Psychopathic Personalities*. Londres: Casell.

Stone, M. H. (1980). *The Borderline Syndromes: Constitution, Personality and Adaptation*. Nueva York: McGraw-Hill. ISBN: 9780070616851

Zanarini, M.C. y Frankenburg, E.R. (1994). Emotional Hypochondriasis, Hyperbole, and the Borderline Patient. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 25-36.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G. y Frankenburg, E.R. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderline: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.

Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C., Marino, M. F, Levin, A., Yong, L. y Frankenburg, F.R. (1997). Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.