



Psicología desde el Caribe

ISSN: 0123-417X

psicaribe@uninorte.edu.co

Universidad del Norte

Colombia

Caballo, Vicente E.; Camacho, Silvia  
EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: CONTROVERSIA ACTUALES  
Psicología desde el Caribe, núm. 5, enero-julio, 2000, pp. 31-55  
Universidad del Norte  
Barranquilla, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: CONTROVERSIAS ACTUALES

Vicente E. Caballo\*, Silvia Camacho\*\*

### *Resumen*

Los trastornos de personalidad representan hoy día una de las áreas de mayor desafío para la psicología científica. Aunque los principales sistemas de clasificación de la psicopatología (DSM-IV y CIE-10) les dedican un considerable espacio, son, quizás, unos de los grupos de síndromes más desconocidos a todos los niveles: epidemiología, etiología, evaluación, tratamiento, etc. En el breve trabajo que aquí presentamos intentamos describir brevemente diversos aspectos de uno de los trastornos de personalidad más representativos actualmente: el trastorno límite de la personalidad (TLP). A pesar de que este síndrome comparte con el resto de los trastornos de personalidad una escasez de conocimiento, es, probablemente, uno de los más investigados y sobre el que se han desarrollado una variedad de terapias cognitivo-conductuales. A lo largo de este trabajo planteamos también algunas de las controversias actuales más candentes y resaltamos la necesidad de una mayor y más sistematizada investigación sobre el TLP.

**Palabras claves:** Tests psicológicos, psicología como profesión.

Fecha de recepción: Mayo de 2000

---

\* Doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. Profesor de Psicopatología de la Universidad de Granada (España). (*e-mail: caballo@a++global.net*).

\*\* Doctoranda de la Universidad de Granada. (*e-mail: silviacu@eresma.com*).

### *Abstract*

Personality disturbances represent today one of the most challenging areas of Scientific Psychology. Although the Psychopathology main classification systems (DSM-IV and CIE-10) give them a considerable space, personality disturbances are one of the groups of syndromes more unknown at all levels: epidemiological, etiological, evaluative and treatment. In our brief report we try to describe diverse aspects of one of the most representative personality disturbances at present: limit personality disturbance (LPD). Although this syndrome is as unknown as the rest of personality disturbances, it is probably one of the most investigated and a variety of cognitive behaviorist therapists have been developed. In our work, we present some of the current controversy about this syndrome, and we claim for the need for further and more systematic investigation on LPD.

**Key words:** Psychological test, Psychology as a profession

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de personalidad constituyen un conjunto de problemas psicológicos agrupados habitualmente bajo una sección específica de los sistemas de clasificación internacionales, el DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (OMS, 1992) y separada del resto de los trastornos clínicos. Aunque nunca han sido muy bien comprendidos y, por consiguiente, siempre han tenido un tratamiento difícil, hoy día parece resurgir el interés y el atractivo por este tipo de problemas.

El DSM-IV agrupa los distintos trastornos de personalidad en 3 secciones: a) los sujetos extraños o excéntricos, b) los dramáticos o impulsivos, y c) los ansiosos o temerosos. El trastorno límite de la personalidad (TLP) se encuentra incluido en el segundo de estos grupos, quizás el más heterogéneo de todos ellos, y el mismo trastorno está caracterizado también por la heterogeneidad de sus síntomas. Este trabajo muestra de forma sucinta algunos de los aspectos actuales más sugestivos del TLP y plantea a lo largo de las siguientes páginas algunas de las cuestiones más controvertidas hoy día sobre dicho trastorno.

Ya el término «límite», a pesar de su breve historia, ha tenido diferentes significados. Su uso como designación para un síndrome formal ha suscitado polémica, ya que desde un sentido lingüístico, *límite* transmite un nivel moderado de gravedad o un grado intermedio del funcionamiento de la personalidad (Millon, 1969) o de la organización estructural (Kernberg, 1970). De este modo, aunque ya en el DSM-III se incluye como entidad diagnóstica oficial, el término «límite» no connota un patrón comportamental que describa unas características estilísticas distintivas (Perry y Klerman, 1978). A través de los años se han ido proponiendo otros términos para representar a todo un conjunto de rasgos sindrónicamente distintivo, como son: *personalidad cicloide*, *trastorno ambivalente de la personalidad*, *trastorno impulsivo de la personalidad*, *trastorno lábil de la personalidad*, etc. No obstante, el término «límite» se ha mantenido, aunque se ha reforzado la noción de que se trata de una entidad diagnóstica específica, que describe un nivel avanzado de disfunción.

Otro aspecto problemático hace referencia a las características clínicas, ya que hay quienes han considerado al trastorno límite de la personalidad dentro del espectro de los trastornos afectivos, asimilándolo en cierto modo al síndrome esquizotípico. Este uso incorrecto de la designación «límite» descansa en la falsa creencia de que los pacientes deben hallarse en uno de dos polos, bien en el «ligeramente enfermos» (neurosis) o bien en el «muy enfermos» (psicosis). Sin embargo, la patología de la personalidad debe concebirse como un continuo. De este modo, la categoría «límite» no debería considerarse un cajón de sastre para los casos de indecisión clínica, sino un patrón duradero –nivel habitual– de conducta y funcionamiento alterados, donde reside la inestabilidad combinada con la búsqueda de aceptación y aprobación, configurando un único trastorno «límite estructuralmente defectuoso» (Millon, 1998).

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Antes de adentrarnos en los inicios y evolución de este trastorno es conveniente señalar dos aspectos. El primero de ellos se refiere a la amplia literatura existente sobre síndromes que aunque no son denominados «límite» presentan características clínicas similares. Y el segundo es la enorme cantidad de términos y desacuerdos en cuanto a los atributos fundamentales del

síndrome (Perry y Klerman, 1978), por lo que será considerado de modo diferente según nos situemos desde el punto de vista de los teóricos psicoanalistas (configurado dentro, y a medio camino, de la personalidad neurótica/psicótica), las orientaciones biológicas (englobado en los trastornos afectivos), las perspectivas cognitivas, culturales, etc. La primera publicación importante que empleó la designación «límite» apareció en 1938, escrita por el psicoanalista Adolf Stern; sin embargo, las referencias a este término se dan mucho antes, y ya en 1684 Bonet se atreve a unir en un único síndrome la impulsividad y los estados de ánimo inestables, lo que denominó como *folie maniaco-melancolique*. Un antecedente importante lo encontramos igualmente en una descripción realizada por Kraepelin (1921) que reúne los principales criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad (DSM-IV): impulsividad, inestabilidad de la afectividad y de las relaciones interpersonales, ira intensa e inapropiada y actos autolesivos.

Durante los años posteriores fueron elaborándose diferentes formulaciones para describir las manifestaciones del paciente límite. Así, tenemos a Kretschmer (1925, citado en Millon, 1998), quien considera que se trata de un temperamento mixto cicloide-esquizoide (melancolía agitada, actitud hostil e hipocondriaca, nerviosismo, respuesta afectiva insuficiente). Una descripción de la personalidad «lábil» la encontramos en Schneider (1950), caracterizada por cambios rápidos y súbitos del estado de ánimo con una tendencia constitucional hacia las reacciones esporádicas de irritabilidad. Por su parte, Reich (1925, citado en Millon, 1998) clasificó a estas personas como sujetos que manifiestan una predominancia de agresión infantil, un narcisismo primitivo y con graves alteraciones del superyó.

Desde entonces, se han ido realizando diversas conceptualizaciones del término que podríamos resumir, básicamente, en seis. La *primera* está basada en el trabajo de Kernberg (1975), en que empleó el término «límite» para describir la mayoría de las formas serias del carácter patológico. La *segunda* surgió en los años sesenta y setenta, y estuvo centrada en la tendencia de los pacientes límite a tener experiencias transitorias psicóticas. Desde esta perspectiva se creyó que el trastorno límite pertenecía al espectro de los desórdenes esquizofrénicos (Wender, 1977; Zanarini *et al.*, 1997). La *tercera* agrupó muchas de las investigaciones empíricas durante los años ochenta, enfatizó la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límite,

y llevó a pensar que se trataba de un trastorno afectivo (Akiskal, 1981; Stone, 1980; Zanarini *et al.*, 1997).

La *cuarta* definición se refleja en la obra de Gunderson (1984), en la que el término «límite» describe una forma específica del trastorno de personalidad que puede ser distinguida de un número sustancial de otros trastornos del Eje II. De este modo, se diagnosticó al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos, y se propusieron así las siguientes características distintivas: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasipsicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Zanarini y Frankenburg, 1994; Millon, 1998).

Las conceptualizaciones *quinta* y *sexta* sobre la psicopatología límite han surgido durante los años noventa. Zanarini (1993) piensa que es más correcto concebir el trastorno límite dentro de los trastornos de los impulsos (por ejemplo, similar a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, con el trastorno antisocial de la personalidad y, quizás, con los trastornos de la alimentación). Desde esta posición, el TLP no es una forma atenuada o atípica de uno de estos trastornos del impulso, sino que sugiere que se trata de una forma específica de trastorno de personalidad pero que aparece junto con otros trastornos del control de impulsos (Zanarini y Frankenburg, 1997). En la misma línea, Herman y van der Kolk (1987) sugieren que se trata de una variación crónica del trastorno postraumático, relacionado con problemas disociativos, incluyendo el trastorno disociativo de identidad.

Ahora bien, a pesar de las numerosas caracterizaciones, la validez del trastorno límite de la personalidad se encuentra hoy día generalmente aceptada, mientras que otros aspectos, como su etiología o tratamiento, están aún en un proceso de investigación y experimentación.

## DIAGNÓSTICO

El TLP es caracterizado en el DSM-IV (APA, 1994) por la inestabilidad de las conductas interpersonales, de la imagen de uno mismo y de los afectos y por una notable impulsividad. Para que se pueda diagnosticar el trastorno

se han de cumplir al menos cinco de nueve criterios que versan sobre: a) esfuerzos titánicos para evitar un abandono real o imaginario, b) patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, c) amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos automutilantes, d) impulsividad en al menos dos áreas, que puede ser potencialmente peligrosa para el sujeto, e) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla, f) inestabilidad afectiva, g) sensaciones crónicas de vacío, h) trastorno de la identidad o imagen inestable de sí mismo, e i) ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos graves. En este grupo de síntomas se encuentran representados los tres tipos de respuesta de un individuo. Por un lado, la esfera comportamental, caracterizada por la impulsividad y las conductas autolesivas; por otro, el ámbito cognitivo, con ideas paranoides y con una autoimagen e identidad deterioradas; y, finalmente, un patrón fisiológico inestable. Como iremos viendo, el ámbito personal y afectivo es otro de los puntos fundamentales que se deben considerar en el diagnóstico.

Por lo que respecta a la CIE-10 (OMS, 1992), incluye un trastorno similar al límite pero denominado «*trastorno emocionalmente inestable de la personalidad*». En este caso, la categoría es dividida en dos tipos que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la existencia de inestabilidad afectiva, poca capacidad para planificar las cosas y episodios de ira intensa y comportamientos explosivos. Las dos variedades se denominan: a) *tipo impulsivo*, donde se manifiesta inestabilidad emocional y falta de control de los impulsos, comportamientos amenazadores y explosiones violentas, y b) *tipo límite*, que presenta una imagen de sí mismo alterada y poco definida, sentimientos crónicos de vacío, implicación en relaciones intensas e inestables que desencadenan crisis emocionales frecuentes, miedo al abandono y comportamientos autolesivos o amenazas suicidas.

Las clasificaciones anteriores se han propuesto como una guía de criterios a la hora de diagnosticar el TLP. Sin embargo, las dificultades surgen cuando nos enfrentamos ante determinada población con unas características particulares, como, por ejemplo, en el caso de los adolescentes; aquí parece complicado discernir entre un TLP y la considerable fluidez de trastornos conductuales y afectivos propios de esta etapa. Con este planteamiento, Garnet *et al.* (1994) realizaron un estudio con 21 adolescentes

diagnosticados con trastorno límite de la personalidad para comprobar tanto la especificidad como la estabilidad a lo largo del tiempo. Los resultados mostraron que mientras la sensibilidad (la probabilidad de que, dada la presencia de un diagnóstico de TLP a los dos años de seguimiento, los síntomas ya estuviesen presentes en la línea base) era alta (84%), la especificidad (la probabilidad de que, dada la ausencia del TLP tras el seguimiento, los síntomas estuviesen ausentes al comienzo del estudio) resultaba muy baja (18%). Así, sólo siete sujetos mantuvieron el diagnóstico a lo largo del tiempo, siendo los síntomas más estables la sensación de vacío/soledad o la apatía/aburrimiento (100%) y una ira intensa e inapropiada (86%), seguido por un afecto inestable (71%), problemas de identidad (71%) y conductas suicidas (67%). Los menos estables, por el contrario, fueron unas relaciones inestables e intensas (50%) y la impulsividad (57%).

Con base en estos datos no podemos afirmar, sin embargo, que la ausencia de los síntomas más estables prediga la ausencia de dicho trastorno, o viceversa, pero sí puede alertar (más que otros criterios propuestos inicialmente), al clínico respecto a un posible TLP en el joven.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesario establecer un buen diagnóstico diferencial, puesto que los pacientes límite manifiestan gran variedad de trastornos asociados, ya correspondan al Eje I o al Eje II. Los pacientes raras veces acuden a la clínica por un trastorno de personalidad; un episodio depresivo, psicótico o tensiones interpersonales suelen ser las causas más frecuentes que les llevan a buscar ayuda.

Para empezar, merece una atención especial discriminar entre los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos del Eje I y los diferentes patrones de la personalidad límite, pues, como ya mencionamos en el diagnóstico, son frecuentes en estos sujetos las ideas paranoides y los síntomas disociativos. Como apunta Millon (1998), la principal diferencia reside en la historia de desarrollo, la cual tiene un inicio rápido en el caso de los trastornos del estado del ánimo con síntomas psicóticos. Además, estos pacientes son capaces de mantener un equilibrio psíquico durante largos períodos de tiempo frente al nivel de funcionamiento inferior de las perso-

nalidades límite. La segunda distinción se refiere al tipo de desencadenante; así, mientras que en los trastornos con síntomas psicóticos el comportamiento desadaptativo puede explicarse por factores externos o ambientales, en los pacientes límite la alteración es producto de déficits internos de personalidad.

Por otro lado, existe también la necesidad de hacer una distinción entre el trastorno límite y la depresión mayor, pues, como ya hemos dicho, ésta suele ser una de las causas más comunes por las que los pacientes límite buscan ayuda. La clave para la discriminación se encuentra en analizar el tipo de comentarios a los que se refiere el sujeto. Mientras que la depresión típica se basa en la culpa y la pérdida, la depresión del estilo límite de personalidad se basa normalmente en problemas de identidad y en conflictos de dependencia-independencia (Turner, 1996). Los últimos intentos para diferenciar la depresión mayor del trastorno límite se han realizado a través de las teorías del procesamiento de la información. Parece ser que los sujetos límite procesan la información a una velocidad diferente que los sujetos psicóticos y controles (Schubert, Saccuzzo y Braff, 1985), se preocupan más por información emocional, y tienen pensamientos impactantes que les llevan a la distraibilidad y a distorsiones en la memoria y la percepción (Kroll, 1988). Pero quizás lo más importante del estilo cognitivo de estos sujetos sea el predominio de creencias negativas y pensamientos dicotómicos. Aunque esto último es característico también de los depresivos, los sujetos límite poseen actitudes negativas particularmente hacia estímulos cuyos matices emocionales son ambiguos, controvertidos, o afectivamente neutrales (Kurtz y Morey, 1998). Así, los estudios revelan una mayor frecuencia de interpretaciones malévolas ante la evaluación de estímulos ambiguos en sujetos con un TLP comparados con sujetos que sufren una depresión mayor (Westen, 1991; Kurtz y Morey, 1998). Basándose en la hipótesis de que los pacientes límite muestran una mayor frecuencia de expresiones negativas hacia el ambiente que los sujetos deprimidos (que tendrían una actitud negativa dirigida más hacia ellos mismos), Kurtz y Morey (1998) realizaron una investigación con ambos grupos de pacientes. Mediante un procedimiento experimental, se presenta una serie de palabras con varios contenidos emocionales ante las cuales los sujetos deben emitir un juicio de agrado o desagrado. Los resultados confirman la hipótesis, ya que los sujetos límite producen más respuestas de «desagrado» ante estímulos neutrales

y ambivalentes. Estos datos podrían explicar algunas de las manifestaciones comportamentales del sujeto con trastorno límite de personalidad, como las ideas paranoides, los enfrentamientos continuos con el resto de las personas, la ira o la hostilidad recurrentes y una visión del mundo vacía y sin significado.

Así mismo, la alta impulsividad junto con la labilidad emocional, unas relaciones violentas y frecuentes episodios depresivos asociados al trastorno límite de personalidad, han llevado a muchos investigadores (Akiskal, 1994; Akiskal *et al.*, 1985) a creer que tales síntomas son variaciones del trastorno bipolar; además, se basan en que los sujetos límite muestran alteraciones en el sueño y en otros marcadores neurofisiológicos, característicos de los sujetos bipolares. Sin embargo, otros autores (p.ej., Harrison *et al.*, 1983) piensan que, aunque ambos trastornos puedan coexistir, el TLP no constituye un trastorno bipolar. Dada esta controversia, Atre-Vaidya y Hussain (1999) realizaron un estudio en el que evaluaron características temperamentales (evitación del daño, búsqueda de novedad, dependencia, persistencia, autoinstrucciones, cooperación y autolimitaciones) en sujetos diagnosticados con un TLP y en sujetos con trastorno bipolar. Sus hallazgos demostraron que era posible distinguir entre ambos grupos: las puntuaciones de los sujetos con trastorno bipolar en un inventario para evaluar el carácter temperamental (TCI) no se desviaban de los datos normativos, lo que sí ocurría en los sujetos con trastorno límite de la personalidad. Por lo tanto, según este estudio, la ubicación del trastorno límite continuaría en el espectro de los trastornos de personalidad y no en el de los trastornos del estado del ánimo.

El trastorno por estrés postraumático, el trastorno por pánico y el trastorno por ansiedad generalizada –como se verá en el punto referido a la etiología– son también síndromes que deben diferenciarse claramente del TLP.

No obstante, entre los trastornos de personalidad, quizás sea el límite el que presente mayor grado de solapamiento con el resto de los síndromes del Eje II. Existen estudios incluso que afirman que el trastorno límite es indistinguible de los otros trastornos de su mismo grupo dramático/impulsivo, es decir, de los trastornos narcisista e histriónico de la personalidad

(Akiskal *et al.*, 1985; Paris, 1997; Atre-Vaidya y Hussain, 1999). Nurnberg *et al.* (1991) realizaron una investigación para comprobar el solapamiento y la covariación entre los diferentes trastornos de personalidad y especialmente con el trastorno límite. Los datos señalan que para la mayoría de los trastornos de personalidad no se realiza un único diagnóstico (el número medio de diagnósticos por paciente era de 2,3), por lo que se presentan niveles muy elevados de comorbilidad e interrelación de síntomas y diagnósticos de cada trastorno de la personalidad, en especial para el trastorno límite.

Ante tal panorama, son tres las posibles dificultades que podríamos subrayar y cuya solución necesitaría de una mayor investigación: 1) los trastornos de personalidad se localizan en dimensiones ortogonales diferentes y son independientes unas de otras; 2) el TLP y los otros trastornos de personalidad se encuentran en una misma dimensión, y el primero está en un puesto extremo; y 3) tanto el trastorno límite como el resto de los trastornos de personalidad contienen rasgos altamente correlacionados de la misma dimensión y son característicos del mismo trastorno, y se puede aplicar más de uno (Nurnberg *et al.*, 1991).

No obstante, y siendo conscientes de la dificultad para realizar un diagnóstico diferencial, se han propuesto algunos intentos, y con este fin describiremos algunas de las características más peculiares de cada trastorno, con lo cual ofrecemos, de algún modo, una ayuda para futuras investigaciones.

En primer lugar, se observa que a veces los patrones de personalidad límite y esquizotípica se manifiestan juntos. La clave consiste en que mientras en el esquizotípico las patologías de la percepción y el pensamiento le llevan al aislamiento social, en el sujeto límite lo característico es la inestabilidad del estado de ánimo y la ambivalencia, junto a unos síntomas psicóticos más transitorios y reactivos a sucesos externos. De modo similar, la labilidad emocional asociada a manipulaciones interpersonales y búsqueda de atención, se producen tanto en el sujeto con un trastorno histriónico de la personalidad como en aquél con un TLP, sólo que en este último, además, se producen arranques de cólera en las relaciones interpersonales y sentimientos repetidos de vacío y soledad.

Por el hecho de reflejar los pacientes límite defectos estructurales graves, el TLP debe separarse de la personalidad paranoide, que presenta una gran consistencia y rigidez en su comportamiento, ausente en el límite; éste muestra, más bien, una sensación de soledad y de autodestrucción. Respecto a la personalidad antisocial, también manipuladora, hay que señalar que ésta busca aprovecharse y obtener poder de sus acciones, mientras que la límite lo que pretende es descargar las emociones y suscitar atención o cuidado de los demás. Sin embargo, ante la aparente falta de intención, algunos autores, y entre ellos Coid (1998), llaman la atención sobre una posible relación entre determinados comportamientos seriamente agresivos, que incluso pueden llevar al crimen, y la personalidad límite. Dicho autor se apoya en la intensa ira, inapropiada y difícilmente controlable que padecen dichos sujetos, que jugaría un papel fundamental en la motivación para la agresión, al igual que lo harían los pensamientos de abandono, las ideas paranoides o la misma impulsividad a la autolesión.

Para finalizar, tanto las personalidades límite como las dependientes temen el abandono; sin embargo, los dependientes suelen implicarse en acciones sumisas y apaciguadoras, frente a los actos impulsivos y coléricos que muestran los límite, y llegan incluso a apartarse de la persona deseada con el fin de llamar la atención.

En resumen, en este apartado hemos pretendido no sólo conocer las diferencias entre el TLP y otros trastornos con características similares, sino también profundizar en aquello que no es el TLP, considerado muchas veces un cajón de sastre, con una denominación pobre y dada a malas interpretaciones. Con ello nos queremos sumar a la postura que pretende concebir a la personalidad límite como una designación con significado propio, con unas características estructurales comunes, estables y duraderas, sin olvidar todas las dificultades que se plantean, alegando un mayor esfuerzo en superar los problemas metodológicos, pero sobre todo conceptuales.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Como hemos visto a través de las páginas anteriores, surgen numerosos problemas a la hora de ofrecer unas características relativamente consensuadas

para el trastorno límite de la personalidad. No por ello han disminuido los estudios que afrontan tan ardua tarea, por lo cual contamos con una amplia literatura al respecto.

Puesto que los pacientes límite manifiestan una variedad inusualmente amplia de síntomas clínicos, citaremos, en primer lugar, algunos aspectos generales sobre los que han surgido cierta polémica y, posteriormente, enumeraremos las características principales y más comunes, agrupadas bajo las tres modalidades de respuesta: la dimensión conductual, la cognitiva y la fisiológica.

Como se ha comprobado en algunos estudios (Shearer, 1994), los sujetos con un trastorno límite de la personalidad suelen presentar un elevado número de experiencias disociativas, lo cual informa sobre experiencias traumáticas y sus síntomas postraumáticos, falta de control comportamental, numerosas conductas autolesivas y abuso en el consumo de alcohol. De modo que las experiencias de aprendizaje tempranas adquieren gran importancia, y pueden mostrar características semejantes al trastorno postraumático.

Levine, Marziali y Hood (1997), preocupados por el impacto que pudiera ejercer el área emocional y afectiva, realizaron un estudio en el que se evaluaba el procesamiento emocional y la regulación del afecto en un grupo de 30 sujetos diagnosticados con un TLP. La conclusión a la que llegaron es que dichos sujetos mostraban bajos niveles de conciencia emocional, poca capacidad para coordinar sentimientos de valencia mixta, baja precisión en reconocer expresiones faciales de emoción, y respuestas más intensas a emociones negativas que los sujetos controles. En respuesta a los resultados anteriores, Zanarini *et al.* (1998) han indicado que los estados afectivos encontrados en estos pacientes no son específicos del trastorno límite, sino que la mayoría de los aspectos más específicos son de carácter cognitivo, alterados por representaciones internas asociadas a eventos traumáticos en la infancia. De este modo, podrían explicarse, en gran medida, los elevados niveles de disforia que, según Zanarini, conformarían el aspecto crucial y discriminativo en los pacientes con un TLP.

Otro de los aspectos centrales se refiere a la impulsividad como caracte-

rística estable y predictiva, tanto de los niveles de psicopatología límite como de la persistencia o transitoriedad del trastorno a lo largo de los años (Links, Heslegrave y Hood, 1999). A partir de esta afirmación, algunos autores (p.ej., Zanarini, 1993; Zanarini, Kimble y Williams, 1994) sugieren conceptualizar el trastorno límite de la personalidad como un trastorno específico del control de los impulsos. El apoyo de dicho planteamiento se halla en los estudios de tipo metodológico y de historia familiar, en los cuales se ha demostrado una fuerte relación entre el trastorno límite de la personalidad y ciertos trastornos de los impulsos, tales como los trastornos del abuso de sustancias, de la personalidad antisocial y de la alimentación.

#### ASPECTOS COMPORTAMENTALES

Algunos de los síntomas conductuales más llamativos presentes en los sujetos con un TLP son los siguientes: a) niveles elevados de inconsistencia e irregularidad, b) patrones de apariencia cambiante y vacilante al igual que su voz, c) niveles de energía inusuales provocados por explosiones inesperadas de impulsividad, d) estados de ánimo contrarios y su equilibrio emocional se halla constantemente en un tira y afloja, e) comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio (debidos a cambios repentinos y endógenos de sus impulsos), f) conducta paradójica en sus relaciones interpersonales (a pesar de buscar la atención y el afecto, lo hacen de un modo contrario y manipulativo, lo cual suscita el rechazo), g) excesivamente dependientes de los demás, h) sentimiento aterrador acerca de la soledad, i) comportamientos frecuentes dirigidos a protegerse de la separación, j) frecuentes chantaje emocional y actos de irresponsabilidad (suicidio, juego patológico, abuso de sustancias psicoactivas), y k) recurrentes comportamientos autolesivos y amenazas o intentos de suicidio.

#### ASPECTOS COGNITIVOS

A continuación describimos brevemente algunos aspectos cognitivos frecuentes en el TLP: a) emociones contrarias, pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia los demás e incluso hacia sí mismo, b) falta de propósitos para estabilizar sus actitudes o emociones, c) incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento, lo cual produce una regresión a un pensamiento cuasipsicótico, con ideas paranoides y síntomas

disociativos, d) falta de un sentido estable de quiénes son, e) sentimientos de vacío, pensamientos anticipatorios de abandono y todo lo que implica tener una autoimagen insegura, f) temor excesivo a que les desprecien, g) las personas significativas para los sujetos con un TLP se mueven entre la idealización y la devaluación repentina, h) suelen regresar a etapas anteriores del desarrollo cuando se ven en situaciones estresantes (así los niveles de tolerancia a la ansiedad, el control de impulsos y la adaptación social se vuelven inmaduros), i) frecuentes autorreproches, autocastigos y autocríticas, j) inestabilidad emocional, k) dificultades para mantener un sentido estable de su identidad, con sensaciones crónicas de vacío y aburrimiento, y l) constante predicción del abandono por parte de alguien querido, lo cual les lleva a manifestar ansiedad, culpa, depresión y hostilidad.

### ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Dentro del apartado de aspectos fisiológicos podríamos incluir los siguientes: a) frecuentes cambios, desde la normalidad a la depresión o a la excitación, desde la euforia a la apatía más intensa, es decir, no adaptan sus estados de ánimo a la realidad, b) el estado de ánimo dominante suele ir acompañado por sus correspondientes reacciones fisiológicas, como, por ejemplo, la apatía o el abatimiento, pero cuando pierden el control dan paso a expresiones contrarias, como agitación o excitación física, y c) la característica central es la impulsividad; tanto el temperamento como las acciones presentan un carácter voluble e irreflexivo, con síntomas de hiperactividad, labilidad y distraibilidad extremas.

La funcionalidad de separar los síntomas en estas tres categorías tiene su utilidad en que, dependiendo de predominio o presencia de unos síntomas u otros, las estrategias de intervención serán diferentes. Así, por ejemplo, para los individuos que tienen más problemas con su afectividad, el estilo de afrontamiento deberá contemplar aspectos específicos y distintivos frente a aquellos que muestren mayor problemática con comportamientos autolesivos o parasuicidas.

### EPIDEMIOLOGÍA

A causa de los recientes cambios de definición del TLP –y la problemática

que suscita este trastorno, como citamos en la introducción—, las tasas de prevalencia no han sido muy investigadas, por lo que deberemos considerar los siguientes datos como estimaciones y no como un reflejo fiel de la realidad.

Las primeras tasas del TLP se remontan a 1963. Lo que realmente el *Stirling County Study* (Leighton, 1963) estaba midiendo por entonces se denominaba trastorno de la personalidad emocionalmente inestable y, más tarde, trastorno del carácter emocionalmente inestable. Las tasas de prevalencia fueron, respectivamente, del 1,7 % y del 2,2%. No obstante, se ha considerado que estas denominaciones representan sólo una aproximación del actual TLP según el DSM-IV.

Kaplan, Sadock y Grebb (1994) estiman que el trastorno límite de la personalidad representa un 15-25% del total de las enfermedades psiquiátricas y de los que son diagnosticados con tal trastorno, el 70-77% son mujeres; un dato alarmante es que cerca del 10% de los pacientes con dicho diagnóstico se suicidan (Paris, 1993; Nehls, 1999).

No obstante, las encuestas realizadas hasta ahora no llegan a ponerse de acuerdo en el porcentaje de casos existentes, el cual oscila entre el 0,2 % y el 4% de la población. Aunque lo que sí parece estar más claro es la prevalencia del trastorno en las mujeres, respecto a los hombres, de aproximadamente una razón de 2:1.

## ETIOLOGÍA

Los primeros intentos de explicar el desarrollo del TLP provinieron de la comunidad psicoanalítica, cuyas formulaciones más notables pusieron el énfasis en tres aspectos: 1) el papel de la «separación-individuación» y la ambivalencia que ello creaba; 2) una concepción de «insuficiencia» donde la clave era la presencia muy deficiente de la madre; y 3) la realización de abusos durante los años de formación del niño. Hoy día siguen manteniéndose algunas de las hipótesis propuestas por entonces, aunque con matices diferentes. Son muchas las teorías que resaltan el papel de los abusos sexuales o la ausencia de roles en la infancia, entre otros, en un posterior desarrollo del trastorno.

En los últimos años se ha venido realizando un amplio número de estudios con el fin de identificar marcadores de riesgo o de vulnerabilidad en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad. Los factores etiológicos propuestos se pueden sintetizar en seis grupos; tres corresponderían a una naturaleza medioambiental: 1) separaciones en la infancia, 2) compromiso o implicaciones parentales alteradas, y 3) experiencias de abuso infantil; los otros tres tendrían que ver más con una naturaleza constitucional: 1) temperamento vulnerable, 2) tendencia familiar a padecer ciertos trastornos psiquiátricos, y 3) formas sutiles de disfunción neurológica y/o bioquímica (Zanarini *et al.*, 1997).

Las investigaciones centradas en los grupos propuestos de naturaleza medioambiental ofrecen los siguientes datos:

- 1) *Separación o pérdida parental*: Entre un 37% y un 64% de los pacientes límite informan haber vivido importantes separaciones o pérdidas en la infancia, lo cual, además de ser un aspecto común entre los sujetos con un TLP, parece ser también un factor discriminativo entre pacientes psicóticos, pacientes con trastornos afectivos o pacientes con otros trastornos de la personalidad.
- 2) *Implicación parental alterada*: Los pacientes con un trastorno límite de la personalidad normalmente perciben la relación con sus madres como altamente conflictiva, distante o sin ningún compromiso o entrega afectiva. Sin embargo, la ausencia del padre o su falta de implicación es un aspecto incluso más decisivo que los problemas que pueda tener el niño con su madre. Por otro lado, el hecho de no mantener relaciones adecuadas con ninguno de los padres, es un factor más específico y patogénico para el trastorno que tener enfrentamientos con uno solo.
- 3) *Abuso en la infancia*: Tanto el abuso físico como sexual en la infancia son relativamente comunes en pacientes diagnosticados con el trastorno límite, aunque, en general, el primero de ellos no es significativamente más frecuente al compararse con sujetos controles. No ocurre lo mismo con el abuso sexual, ya que éste aparece, de forma consistente, con una significativamente mayor frecuencia entre los pacientes límite respecto a sujetos depresivos o con otros trastornos de la personalidad.

Respecto a los grupos derivados de una naturaleza más constitucional, nos encontramos con los siguientes planteamientos:

- a) *Historia familiar de trastornos psiquiátricos:* A pesar de que la mayoría de los estudios varían considerablemente en su metodología, todos ellos indican poca o nula relación entre el TLP y la esquizofrenia y/o el trastorno esquizotípico de la personalidad. También son consistentes a la hora de afirmar que el trastorno afectivo, particularmente el trastorno afectivo unipolar, es muy común entre los familiares de primer grado de los individuos límite; sin embargo, también encuentran que la depresión unipolar parecer ser muy común entre los familiares de los sujetos controles. Pero quizás lo más importante es que se ha hallado que el trastorno es significativamente más común entre los familiares de pacientes límite que entre los controles. Como es obvio, sólo los estudios en los que se incluyan hermanos gemelos o adoptados podrán señalar cualquier herencia genética. Así, los resultados mencionados pudieran estar indicando la presión o el papel que desempeña criarse en un ambiente con enfermos psiquiátricos, más que la tendencia subyacente biológica a desarrollar cualquiera de los trastornos.
- b) *Aspectos temperamentales:* Según estudios recientes, el TLP estaría asociado con un temperamento caracterizado por un alto grado de neuroticismo (p.ej., sufrimiento o inquietud emocional) y un bajo nivel de conformidad o armonía (p.ej., fuerte individualidad). Además, el TLP es el único de los trastornos del Eje II que se asocia con un alto nivel tanto de la evitación del daño (p.ej., compulsividad) como de búsqueda de novedades (p.ej., impulsividad).
- c) *Disfunciones neurobiológicas y/o bioquímicas:* Desde hace ya varios años, algunos autores propusieron que determinados sujetos con un TLP estaban respondiendo a un tipo de disfunción orgánica (Andrulonis *et al.*, 1981). Los datos arrojaron cifras de que un 14% de los pacientes límite habían sufrido trauma craneal, encefalitis o epilepsia, y que el 26% presentaban el trastorno por déficit de atención y/o dificultad en el aprendizaje; sin embargo, el interés en esta área desapareció hasta hace relativamente poco tiempo, cuando un estudio (van Reekum *et al.*, 1993) encontró que el 44% de una muestra, en su mayoría constituida por

varones con TLP, tenía una historia de déficit en el desarrollo, y un 58% mostraba una lesión-agresión adquirida en el cerebro. No obstante han surgido datos contradictorios al respecto (Zanarini *et al.*, 1994; Kimble *et al.*, 1996), de modo que resultados provenientes de los estudios electroencefalográficos encontraban niveles superiores en el EEG de los pacientes límite comparados con los pacientes deprimidos (Cowdry *et al.*, 1985-1986), y en otras ocasiones no se hallaban diferencias entre pacientes con el TLP y pacientes controles del Eje II (Cornelius *et al.*, 1986; Zanarini *et al.*, 1994). Igualmente, con respecto a los estudios con neuroimágenes, siguen apareciendo datos contradictorios, y no se distingue entre pacientes límite y sujetos normales o con otros trastornos del Eje II (Lucas *et al.*, 1989; Zanarini *et al.*, 1994).

Hasta ahora apenas existen estudios que hallan evaluado los resultados de las exploraciones neurológicas en pacientes con el TLP; sin embargo, cada vez más aumenta el consenso con respecto a la presencia de numerosos indicios de anormalidades neurológicas en comparación con sujetos controles. Además, los resultados bioquímicos parecen estar de acuerdo en que los sujetos con un TLP manifiestan una actividad serotoninérgica disminuida (Coccaro, 1998; Hollander *et al.*, 1994); por tanto, dicho déficit sería responsable, en parte, de los problemas de impulsividad en estos pacientes.

Son muchas las teorías que continúan proponiendo vías alternativas con el fin de desenmascarar los caminos a través de los cuales se desarrollaría un TLP. Aunque la mayoría, en general, destacan como factores fundamentales los seis grupos arriba mencionados, difieren en el papel otorgado a cada uno, en la organización y/o en las relaciones entre cada uno de ellos.

Uno de los planteamientos pioneros de mayor relevancia al caso que nos ocupa es el modelo de *diátesis-estrés* propuesto por Stone en 1980, según el cual, cuanto más vulnerable es una persona a desarrollar el TLP, menor presión ambiental será necesaria para desarrollar el trastorno. Y a la inversa, cuanto menos vulnerabilidad innata tenga la persona, mayor presión ambiental tendrá que darse para desarrollar el trastorno. Sin embargo, otros autores (Zanarini *et al.*, 1994; Zanarini *et al.*, 1997) sugieren que cualquier modelo debería ser de naturaleza multifactorial, vista la complejidad de la

psicopatología límite, con lo cual plantean que la sintomatología y sus manifestaciones comórbidas son el final y el producto de un conjunto complejo de temperamento innato, experiencias difíciles durante la infancia, y formas relativamente sutiles de alteraciones neurológicas y bioquímicas (lo cual podría deberse a las secuelas de esas experiencias en la infancia o a las vulnerabilidades innatas).

Con ello, podemos concluir que existen varios subgrupos de pacientes con el trastorno límite de la personalidad debido a las diversas combinaciones y/o interacciones entre todos los factores de riesgo mencionados.

## TRATAMIENTO

El TLP constituye uno de los retos más difíciles en el campo de la salud mental y la terapia resulta, en la mayoría de los casos, frustrante, por lo cual es abordada con cierta aprensión por los clínicos (Caballo, 1998). El pronóstico es muy decepcionante, e incluso pueden esperarse graves complicaciones médicas y sociales una vez comenzado el tratamiento. Por otro lado, la conducta autodestructiva que presentan estos pacientes, unido al porcentaje de sujetos que mueren durante la intervención, dificulta aún más el tratamiento (Aramburú, 1996).

Quizás la primera pregunta que deberíamos plantearnos a la hora de planificar la intervención con un sujeto límite sería a qué subgrupo pertenece, o bien, cuáles son las características particulares que presenta dicho individuo en concreto. Ya avanzamos esta cuestión cuando se describieron las características clínicas, y es que no todos los pacientes con un TLP manifiestan los mismos problemas o repercusiones. Por ende, el tratamiento deberá adaptarse a cada paciente. Por ejemplo, un subgrupo evidente lo formarían aquellos sujetos que repetidamente muestran comportamientos suicidas. En este caso, la terapia más adecuada parece ser la propuesta por Linehan (1993). Si, por el contrario, el paciente se caracteriza por una actitud dependiente, con un elevado consumo de sustancias psicoactivas y con fuertes arranques de ira o impulsividad, el tratamiento oportuno sería el de Marzili y Munroe-Blum (Clarkin, 1998). Así, aunque lo que concierne a la definición y a los subgrupos del TLP pueda parecer trivial, podría ser la

solución a todos los desacuerdos existentes entre los teóricos sobre la intervención en este campo.

Son pocos los estudios que han evaluado la eficacia de los tratamientos psicosociales para el TLP. Además, los resultados encontrados sugieren un pronóstico bastante pesimista. No obstante, Linehan, en 1991, diseñó un estudio en el que puso a prueba la eficacia de su terapia dialéctica conductual. La autora parte de que, aunque algunos estudios demuestran cómo la intervención psicosocial mitiga diversas conductas suicidas, ninguno se ha centrado en trabajar con una muestra específica de pacientes con intentos suicidas, que presentan, a su vez, los criterios diagnósticos del TLP. De tal modo, Linehan y su grupo de investigación desarrollaron la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) aplicada a un grupo de mujeres con intentos recurrentes de suicidio y diagnosticadas de un TLP. Las metas del tratamiento eran: 1) reducción de las conductas suicidas o de alto riesgo para la supervivencia, 2) disminución de los comportamientos que obstaculizan el proceso terapéutico, y 3) reducción de las conductas que interfieren seriamente con la calidad de vida del sujeto. Con todo ello se estaría disminuyendo la frecuencia y la duración hospitalaria a medida que transcurre la intervención, lo cual servirá como medida del éxito de la intervención.

Después de un año de tratamiento, donde se combinaron la terapia individual, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia grupal con formato psicoeducativo, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: en primer lugar, una reducción significativa en la frecuencia y en el riesgo médico del comportamiento suicida en aquellas mujeres a las que se les había aplicado la terapia dialéctica comparadas con las que no habían recibido esta intervención (1,5 frente a 9 intentos suicidas por año); en segundo lugar, se demostró un gran efecto de adherencia al tratamiento (sólo 4 de las 24 pacientes abandonaron a lo largo del año); en tercer lugar, los días de hospitalización psiquiátrica fueron menores para las mujeres tratadas con la terapia dialéctica (8,46 días frente a 38,86 días por año); y, finalmente, estos efectos debidos al tratamiento ocurrieron a pesar de que la Terapia Dialéctica Conductual no presentaba una eficacia diferencial en cuanto a la mejora de las pacientes en depresión, desesperanza, ideas suicidas o razones para vivir. Por lo tanto, no se conocen bien cuáles serían los factores de éxito, aunque se postula el modo en que se lleva a cabo la tera-

pia, combinando sesiones individuales y de grupo muy estructuradas, con una importante priorización de objetivos y apoyo terapéutico (Linehan *et al.*, 1991; Linehan 1993).

En lo que respecta a las terapias cognitivo-conductuales, otro autor importante es Turner (1994), quien se centra en los componentes impulsivos y de ira. Integra métodos tan diversos como estrategias dinámicas para clarificar y modificar los esquemas hasta técnicas conductuales como el entrenamiento en solución de problemas, sin olvidar, en ningún momento, la importancia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento humano, y considera a la relación terapéutica como la principal vía para el tratamiento. Aún hoy, a pesar de algunos estudios realizados por el autor que muestran su eficacia, no parecen ser datos muy fiables todavía, por lo que sería necesario más investigación.

Dado que los pacientes con un TLP presentan serios déficits cognitivos junto con un inadecuado control de sus emociones, muchos autores proponen la terapia cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) como intervención de elección. El objetivo central consistiría en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales, atendiendo a los errores básicos del pensamiento.

En relación con los factores etiológicos relacionados con experiencias traumáticas en la infancia, una de las terapias propicia sería la de Young (1994). Lo que intenta este autor es identificar y cambiar los esquemas desadaptativos formulados durante la infancia sobre el miedo al abandono, la falta de amor, la desconfianza, la escasa autodisciplina, etc.

Por último, hablaremos brevemente de los tratamientos farmacológicos. El TLP es altamente complejo y difícil de tratar, ya que se caracteriza por una importante falta de regulación en múltiples dominios. Aunque los medicamentos psicotrópicos se prescriben con frecuencia, no existe en particular uno eficaz para el tratamiento de estos individuos. Incluso cuando se acompaña de tratamiento psicosocial, el uso de medicación psicotrópica es complicado, bien sea por sus efectos secundarios, por la incapacidad para cumplir el régimen prescrito o por el alto porcentaje de suicidio debido a sobredosis.

Algunos de los fármacos más utilizados han sido los siguientes (Dimeff, McDavid y Linehan, 1999): a) antipsicóticos, empleados para tratar las cogniciones alteradas, incluyendo la paranoia, las ideas de referencia, las disociaciones y las alucinaciones, b) antidepresivos, prescritos sobre todo para reducir la disforia asociada al rechazo personal, c) estabilizantes del estado de ánimo y anticonvulsivos, para regular los intensos cambios de humor, y normalizar los estados de impulsividad y agresión, y d) benzodiazepinas, dirigidas a reducir la ansiedad, los episodios de hostilidad y las alteraciones del sueño.

Respecto a las conclusiones a que se llegan en los estudios sobre tratamiento, muchos de ellos están de acuerdo en combinar el tratamiento farmacológico con otro tipo de intervención cognitivo-conductual. Además, parece que los efectos provocados por la medicación psicotrópica no son específicos, y en muchos casos se manifiestan graves efectos secundarios. Tampoco se debe olvidar el peligro letal que entrañan por sí solos algunos medicamentos si se hace mal uso de ellos.

## CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

En este breve trabajo hemos revisado sucintamente algunas cuestiones actuales relativas al TLP. Hemos visto algunos antecedentes históricos, nos detuvimos brevemente en el diagnóstico, en especial en los problemas existentes con el diagnóstico diferencial, describimos algunas de sus principales características clínicas, pasamos rápidamente por la epidemiología, nos centramos más profundamente en aspectos etiológicos y, por último, repasamos algunas formas de intervención. No obstante toda esta información, la impresión que nos queda de los trabajos publicados sobre el TLP, al igual que sucede con la mayoría de los trastornos de personalidad (Caballo, en prensa), es que todavía falta mucho por conocer sobre este síndrome. Aunque cada vez se tienen más datos, parece que es mucho más lo que resta por descubrir y construir que lo que actualmente se sabe sobre el TLP. Los psicólogos cognitivo-conductuales sólo recientemente parecen haber prestado atención al campo de los trastornos de personalidad, incluyendo especialmente el TLP, y decimos «especialmente» porque éste es uno de los trastornos del Eje II que más terapias cognitivo-conductuales ha generado. Pero

todavía queda mucho por hacer, y las investigaciones futuras nos ayudarán a abordar este trastorno con más conocimiento y más eficacia.

## Referencias

- AKISKAL, H. S. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 32-37.
- (1981). Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the «borderline» realm. *Psychiatric Clinics of North America*, *4*, 25-46.
- AKISKAL, H., CHEN, S., GLENN, D., PUZANTIAN, V., KASHGARIAN, M. y BOLINGER, J. (1985). Borderline: an adjective in search of a noun. *Journal of Clinical Psychiatry*, *46*, 41-48.
- ARAMBURÚ FERNÁNDEZ, B. (1996). La terapia dialéctica-conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, *4*, 123-140.
- AMERICAN Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª ed. (DSM-IV). Washington, DC.: Autor.
- ANDRULONIS, P. A., GLUECK, B. C., STROEBEL, C. F., VOGEL, N. G., SHAPIRO, A. L. y ALDRIDGE, D. M. (1981). Organic brain dysfunction and the borderline syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, *4*, 47-66.
- ATRE-VAIDYA, N. y HUSSAIN, S. M. (1999). Borderline personality disorder and bipolar mood disorder: two distinct or a continuum? *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*, 313-315.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. y EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- CABALLO, V. E. (1998). «Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad». En: V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2 (p. 509-549). Madrid: Siglo XXI.
- (en prensa). *Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- CLARKIN, J. F. (1998). «Treating borderline personality disorder. An overview». En: *Session-Psychotherapy in Practice*, *4*, 109-114.
- COCCARO, E. F. (1998). «Neurotransmitter function in personality disorders». En: K. R. Silk (dir.), *Biology of personality disorders* (p. 1-25). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- COID, J. W. (1998). «Axis II disorders and motivation for serious criminal behavior». En: A. E. Skodol (dir.), *Psychopathology and violent crime* (p. 53-97). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- CORNELIUS, J. R., BRENNER, R. P., SOLOFF, P. H., SCHULZ, S. C. y TUMULURU, R. V. (1986). EEG abnormalities in borderline personality disorder: Specific or nonspecific. *Biological Psychiatry*, *21*, 977-980.
- COWDRY, R. W., PICKAR, D. y DAVIES, R. (1985-1986). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *International Journal of Psychiatric Medicine*, *15*, 201-211.

- DIMEFF, L. A., MCDAVID, J. y LINEHAN, M. (1999). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: a review of the literature and recommendations for treatment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *6*, 113-138.
- GARNET, K. E., LEVY, K. N., MATTANAH, J. J. F., EDELL, W. S. y MCGLASHAN, T. H. (1994). Borderline personality in adolescents: ubiquitous or specific? *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1380-1382.
- GUNDERSON, J. G. y SABO, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interphase between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 19-27.
- GUNDERSON, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- HARRISON, P., JONAS, J., HUDSON, J., COHEN, B. y GUNDERSON, J. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *40*, 23-30.
- HERMAN, J. L. y VAN DER KOLK, B. A. (1987). «Traumatic antecedents of borderline personality disorder». En: B. A. van der Kolk (dir.), *Psychological trauma* (p. 111-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- HOLLANDER, E., STEIN, D., DECARIA, C. M., COHEN, L., SAOUD, J. B., SKODOL, A. E., KELLMAN, D., OSNICK, L. y OLDHAM, J. M. (1994). Serotonergic sensitivity in borderline personality disorders: preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 277-280.
- KAPLAN, H., SADOCK, B. y GREBB, J. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- KERNBERG, O.F. (1970). Factors in the psychoanalytic therapy of narcissistic patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *18*, 51-85.
- KERNBERG, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Nueva York: Jason Aronson.
- KRAEPELIN, E. (1921). *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edimburgo: Livingstone.
- KIMBLE, C. R., OEPEN, G., WEINBERG, E., WILLIAMS, A. A. y ZANARINI, M. C. (1996). «Neurological vulnerability and trauma in borderline personality disorder». En: M. C. Zanarini (dir.), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (p. 165-180). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- KROLL, J. (1988). *The challenge of borderline patient: competency in diagnosis and treatment*. Nueva York: Norton.
- KURTZ, J. E. y MOREY L. M. (1998). Negativism in evaluative judgments of words among depressed outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *12*, 351-361.
- LEICHSENTRING, F. (1999). Development and first results of the borderline personality inventory: a self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, *73*, 45-63.
- LEIGHTON, D. H. (1963). *The Stirling Country Study of psychiatric disorder and socio-cultural environment*. Nueva York: Basic Books.

- LEVINE, D., MARZIALI, E. y HOOD, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*, 240-246.
- LINEHAN, M. (1993). *Cognitive-behavioral therapy of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- LINEHAN, M., ARMSTRONG, H., SUÁREZ, A., ALLMON, D. y HEARD, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives General of Psychiatry*, *48*, 1060-1064.
- LINKS, P. S., HESLEGRAVE, R. y VAN REEKUM, R. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *13*, 1-9.
- LUCAS, P. B., GARDNER, D.L., COWDRY, R. W. y PICKAR, D. (1989). Cerebral structure in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *27*, 111-115.
- MILLON, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Filadelfia: Saunders.
- (1999). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- NEHLS, N. (1999). Borderline personality disorder: The voice of patients. *Research in Nursing & Health*, *22*, 285-293.
- NURNBERG, H. G., RASKIN, M., LEVINE, P. E., POLLACK, S., SIEGEL, O. y PRINCE, R. (1991). The comorbidity of personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1371-1377.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 10ª ed. (CIE-10). Madrid: Meditor.
- PARIS, J. (1993). The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long-term outcome. *Canadian Journal of Psychiatry*, *38*, 28-34.
- (1997). Antisocial and borderline personality disorders: two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology? *Comprehensive Psychiatry*, *38*, 237-242.
- PERRY, J. C. y KLERMAN, G. L. (1978). The borderline patient. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 141-150.
- SABO, A.N. (1997). Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: conceptual and clinical implications. *Journal of Personality Disorders*, *11*, 50-70.
- SANSONE, R. A., WIEDERMAN, M. W. y SANSONE, L. A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI). Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *54*, 973-983.
- SCHNEIDER, K. (1950). *Psychopathic personalities*. Londres: Cassell.
- SCHUBERT, D.L., Saccuzzo, D.P. y Braff, D.L. (1985). Information processing in borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *173*, 26-31.
- SHEARER, S. L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 324-328.
- STERN, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, *7*, 467-489.
- STONE, M. H. (1980). *The borderline syndromes: constitution, personality and adaption*. Nueva York: McGraw-Hill.

- TURNER, R. M. (1994). «Borderline, narcissistic and histrionic personality disorders». En: M. Hersen y R. T. Ammerman (dirs.), *Handbook of prescriptive treatments for adults*. Nueva York: Plenum.
- . (1996). «El grupo dramático/impulsivo del DSM-IV: los trastornos límite, narcisista e histriónico de la personalidad». En: V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (p. 63-84). Madrid: Siglo XXI.
- VAN REEKUM, R., CONWAY, C., GANSLER, D., WHITE, R. y BACHMAN, D. L. (1993). Neurobehavioral study of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 18, 121-129.
- WENDER, P.H., (1977). «The contribution of adoption studies to an understanding of the phenomenology and etiology of borderline schizophrenia». En: P. Hartocollis (dir.), *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient* (pp. 255-269). Nueva York: International Universities Press.
- WESTEN, D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin*, 109, 429-455.
- YOUNG, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Exchange.
- ZANARINI, M.C. y FRANKENBURG, F. R. (1994). Emotional hypocondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 25-36.
- ZANARINI, M.C. y FRANKENBURG, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.
- ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., DELUCA, C. J., HENNEN, J., KHERA, G. S. y GUNDERSON, J. G. (1998). The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 201-207.
- 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.
- ZANARINI, M. C. (1993). «BPD as an impulsive spectrum disorder». En: J. Paris (dir.), *Borderline personality disorder: etiology and treatment* (pp. 67-85). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- ZANARINI, M.C., KIMBLE, C.R. y WILLIAMS, A. A. (1994). «Neurological dysfunction in borderline patients and Axis II control subjects». En: J. K. Silk (dir.), *Biological and neurobehavioral studies of borderline personality disorder* (p. 159-175). Washington, DC: American Psychiatric Press.