

Psicopatología y Personalidad

Los trastornos de personalidad - ¿A quién le pasa lo que pasa?

Lic. Hernán Villar – 2016

Resumen:

El objetivo del presente trabajo es introducir al lector en el papel que tiene la personalidad en la etiología, desarrollo y evolución de la psicopatología, centrando la mirada en los trastornos de personalidad, entendiendo a estos como un grupo de afecciones o perturbaciones en las que los individuos muestran patrones de pensamiento, emociones, afectividad, motivación y relaciones sociales que son disfuncionales para él mismo y su entorno. El trastorno presupone experiencias y comportamientos que difieren de las expectativas y normas sociales, siendo apartadas de la cultura de cada individuo. Su investigación, diagnóstico y tratamiento, nos permiten entender el desarrollo, evolución y comorbilidad de múltiples psicopatologías, y avanzar en el adecuado tratamiento de pacientes cada vez más complejos. A su vez, describimos el trastorno límite de la personalidad, por su prevalencia y le necesidad de desarrollar tratamientos eficaces para el mismo por su elevado coste y presencia en los sistemas de salud.

Palabras Clave: personalidad - trastorno - experiencia - CIE - DSM - desregulación emocional – impulsividad - egosintonía - comportamiento - self.

Quienes ejercemos la clínica, solemos dedicar una buena parte de nuestro tiempo y esfuerzo a identificar ciertos aspectos de lo que le pasa a nuestros pacientes. Nos preguntamos en reiteradas ocasiones “¿qué le está pasando a este paciente?”, “¿cuál es su diagnóstico?”, o “¿en qué situación se encuentra y qué es lo que está en la base de su padecimiento? ¿Cuál es su forma de ser y en qué medida disfunciona siendo fuente o factor retroalimentador de su padecimiento? En definitiva, cuando pensamos en la personalidad y el modo de funcionar de nuestros pacientes, ***cambiamos la pregunta ¿qué le está pasando al paciente? por ¿a quién le está pasando lo que pasa?***

Cuando recibimos un paciente o formulamos un caso clínico, debemos señalar cómo los síntomas de una persona, su estado mental, su tipo de personalidad, su historia

personal y sus circunstancias **forman un conjunto de sentido**. Es el punto de partida para la toma de decisiones en la clínica y la comprensión del paciente en torno al concepto de situación clínica.

Uno de los mayores desafíos para los psicoterapeutas es poder diferenciar aspectos situacionales o de estado, de aquellos rasgos de personalidad que persisten como característica del paciente a lo largo de su vida y en la actualidad.

A lo largo de la historia se ha puesto el foco en el modo de funcionar de las personas.

Ya desde el siglo V a.C. se aceptó que el ser humano desarrolla un patrón característico de conducta que es razonablemente persistente y previsible a lo largo de la vida. Hipócrates propuso que las variedades de la conducta humana podrían organizarse en "...amplios patrones descriptivos de conducta identificados por características fácilmente reconocibles, típicas y predominantes", y que la mayoría de las personas podrían agruparse en estas extensas categorías.

En la actualidad, Los TP afectan a cerca del 12% de la población general y muestran una extrema disfunción social sumada a una elevada utilización de los sistemas asistenciales de salud. La prevalencia de los distintos tipos de trastornos de personalidad en base a la mayoría de los estudios existentes es la siguiente:

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| -Obsesivo Compulsivo 2% | -Evitativo 2.4% |
| -Paranoide 2% | -Histriónico 2% |
| -Antisocial 1 - 5 % | -Límite 2 - 3 % |
| -Esquizoide 1% | -Dependiente 0,5 % |
| -Esquizotípico 1% | -Narcisista 0,5 % - 1 % |

¿Qué es la personalidad y a qué denominamos trastorno de personalidad?

Eysenck (1994) describe a la personalidad como la organización más o menos estable del carácter, el temperamento, la inteligencia y el físico de una persona, que determina su forma de adaptación al medio ambiente. Eysenck a su vez distingue y diferencia conceptos asociados a lo duradero y estable, como carácter (asociado a lo volitivo), temperamento (asociado a lo emocional), intelecto (asociado a la inteligencia y lo cognitivo) y físico (asociado a la configuración corporal e investidura neuro-endócrina). Todos ellos conceptos a los que podríamos sumarles los de inteligencia emocional, self, inteligencias múltiples, etc.

Uno de los mayores problemas con el que nos encontramos los clínicos para trabajar con los trastornos o disfunciones de la personalidad, es que éstos son egosintónicos para el paciente, que en general concurre a la consulta por sintomatología que no asocia al núcleo del problema (ansiedad y depresión prevalentemente), o que articulan con problemas de orden interpersonal a causa de los problemas de otros y no de ellos mismos. Por ejemplo, el caso de un paciente con personalidad obsesivo compulsiva que se lavaba 35 veces por día sus manos, pero que consultó por un problema de pareja: “vengo por problemas de pareja. Tengo problemas con mi mujer y me dice que si no cambio o empiezo una psicoterapia, nos separamos...”. En este caso el paciente hace una atribución interpersonal, aduciendo un problema de pareja sin articular su motivo de consulta con su personalidad obsesivo-compulsiva.

La clasificación, diagnóstico, evaluación y estudios epidemiológicos de los trastornos de personalidad revisten por razones que expondremos más adelante una complejidad creciente y plantea la necesidad de un esfuerzo mayor en la precisión y el uso de la información.

En el DSM-5 se define al trastorno de personalidad como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, siendo un fenómeno generalizado y poco flexible, y que tiene su inicio en la adolescencia o edad adulta temprana, siendo estable en el tiempo y dando lugar a malestar o deterioro clínicamente significativo.

Tanto DSM IV TR como el DSM 5, contemplan 10 trastornos de personalidad, además de una categoría residual (No especificado), para incluir casos que, aun no cumpliendo con criterios completos o suficientes para el diagnóstico de un TP específico, presentan características clínicas de alteración de la personalidad importantes. También permite incluir aquí otros dos trastornos, el depresivo y el pasivo-agresivo o negativista, cuyas características se presentan en un apéndice aparte, recogiendo propuestas para estudios posteriores. Desaparecieron otros presentes en el DSM III-R (1987), por ejemplo la personalidad sádica o masoquista, sin que se especificara con claridad las razones de su ausencia. Los 10 trastornos principales **aparecen entonces agrupados en tres grupos**, establecidos en base a ciertas similitudes clínicas:

Grupo A): los raros o excéntricos. Agrupa al Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico. Presentan gravedad y persistencia de los síntomas por un lado, y por otro en la pauta generalizada de déficits sociales y relacionales, ámbito donde las personas con estos TP presentan sus mayores problemas.

Grupo B): los dramáticos, emocionales o erráticos. Agrupa al Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista. Se caracterizan por la inestabilidad emocional extrema y las dificultades para controlar los impulsos.

Grupo C): los ansiosos y temerosos. Agrupa a los trastornos por Evitación, Dependencia y Obsesivo-Compulsivo, que tiene en común presentar un monto de ansiedad o miedo exagerados motivados por el miedo a perder el control (de uno mismo, de otros significativos o de las situaciones, etc.).

En la CIE-10, los TP se agrupan en cinco módulos: los Trastornos Específicos de la Personalidad, los Mixtos y otros trastornos de la personalidad, Transformaciones persistentes de la personalidad no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral, Otros trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos, y Trastornos de la personalidad y el comportamiento del adulto no especificado.

Es interesante poder pensar la epidemiología de los Trastornos de Personalidad y la literatura científica sobre los mismos, sobre todo a partir del DSM-III donde adquieren una importancia significativa. Blashfield e Intoccia (2000), revisan el crecimiento experimentado en las publicaciones científicas sobre los TP entre 1966 y 1995. Contrariamente a lo esperado, a partir del DSM III se produjo una disminución significativa de las publicaciones sobre TP. Llama la atención que mientras las publicaciones sobre el TPL (Trastorno de Personalidad Límite) crecen exponencialmente a partir de 1980 junto a

los trastornos antisocial y esquizotípico, las publicaciones sobre los demás trastornos disminuyen drásticamente.

Se estima que la prevalencia de estos TP en la población general es elevada (entre un 6 y un 14 %), y esa tasa aumenta considerablemente en la población que presenta algún trastorno mental (entre 20 y 40%). En la mayor parte de los estudios se constata un ligero predominio en mujeres frente a hombres, aunque los datos varían en función del trastorno. Los trastornos Límite, por Dependencia, Evitador y Esquizotípico presentan las cifras más elevadas de prevalencia.

Los Trastornos de Personalidad son tanto o más prevalentes que los síndromes clínicos del eje 1 como depresión y trastornos de ansiedad, con alta presencia en la población general. Todos los datos coinciden en que los TP constituyen un serio problema de salud mental pública. Los incluidos en el grupo C, Evitador, Dependiente y Obsesivo-Compulsivo son los que mayor presencia tienen en la población general junto al Límite.

Sin embargo, autores como Paris (2005), plantean dudas en torno a estos datos y los dos sistemas diagnósticos de referencia, DSM y CIE. Se pregunta si es cierto que entre 8 y 14 de cada 100 tienen un TP. Plantea que no hay puntos de corte claros entre lo que se considera la personalidad normal y la trastornada, hecho que ha sido ampliamente demostrado por investigadores como Livesley (2003).

Paris pone de ejemplo al Trastorno Obsesivo Compulsivo de la personalidad, y plantea que rasgos como el perfeccionismo, la preocupación por los detalles y la organización, la dedicación excesiva al trabajo, el ser reacio a delegar en otros y la incapacidad de tirar o desprenderse de objetos gastados o inútiles, todos ellos criterios para el diagnóstico de este trastorno, son, así formulados, extraordinariamente comunes en nuestra sociedad y no por ello se tiene un TP. Es decir que Paris y otros autores plantean la utilidad o no de criterios diagnósticos excesivamente genéricos sin puntos de corte claros, basados en características o rasgos presentes en la mayoría de la población. Ahí se introduce entonces la problemática del diagnóstico que abordaremos más adelante, articulándola con las perspectivas categoriales y dimensionales.

Pero pese a esto último, no podemos dejar de lado el hecho de que la comorbilidad entre los trastornos del eje I y los TP sea significativamente elevada. Algunos informes recientes dan cuenta de que cerca de un 23% de pacientes mentales presenta un trastorno de personalidad. Constatan además que los del grupo A se asocian a esquizofrenia, los del B a abuso de alcohol y sustancias, y los del C a cuadros de ansiedad.

En algunos casos, como el TOC, el TAG, el trastorno de angustia, la depresión, o incluso la distimia, las tasas de comorbilidad con TP son especialmente altas. En diversos estudios publicados en los últimos diez años, en torno al 50-65% de personas con uno de los trastornos mencionados presenta además un TP. Trastornos del estado del ánimo (23,6%), trastornos de ansiedad (19,9%) y abuso de sustancias (18,8%).

Los trastornos de personalidad son extraordinariamente comórbidos con cualquier trastorno mental de los incluidos en el eje 1 y es muy probable que ello sea el resultado de que los TP actúan como potente factor de vulnerabilidad a padecer un trastorno mental del eje 1. Desde esta perspectiva, los TP no serían sólo trastornos mentales sino que habría que considerarlos como agentes causales primarios de cualquier forma de psicopatología. Tampoco podría descartarse la idea inversa, y es que los TP sean secuelas residuales o formas subclínicas de un trastorno mental del eje 1 no diagnosticado o tratado. Ambas opciones plantean la idea de una posible continuidad y nosología común o articulación entre ambos ejes, clínico y de personalidad.

Resulta ineludible reconocer que en la práctica, existe un notable solapamiento entre los distintos TP. Algunos síntomas aparecen en varios trastornos, por ejemplo el aislamiento social, y en parte, los rasgos nucleares de personalidad son comunes también a muchos trastornos, como por ejemplo el neuroticismo.

El estudio de Torgersen (2001) indica que este grupo de entidades todavía no está bien definido, y por lo tanto las dificultades para investigar su etiología, especificidad diagnóstica, y pautas para su evaluación y tratamiento están todavía lejos de ser las adecuadas, habiendo mucho por hacer.

En el DSM IV se introdujo por primera vez una serie de criterios para definir qué es un TP. Se subrayaron factores como:

-el inicio precoz.

-el carácter primario.

-la duración en el tiempo.

-la persistencia y la naturaleza transituacional, así como la presencia de malestar clínicamente significativo o de deterioro laboral, social, o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

John Livesley (1998) propone que **los dos elementos clave para una revisión de TP** podrían ser:

-Las dificultades crónicas en las relaciones interpersonales.

-Los problemas con la percepción e interpretación del sí mismo.

Amparo Belloch Fuster (2010) nos dice que **un TP es un modo de ser y comportarse que:**

-Es omnipresente: se pone de manifiesto en casi todas las situaciones y abarca un amplio rango de comportamientos, sentimientos y experiencias.

-No es producto de una situación o acontecimiento vital concreto.

-Es inflexible, rígido.

-Dificulta la adquisición de nuevas habilidades y comportamientos, especialmente en el ámbito de las relaciones sociales.

-Hace al individuo frágil y vulnerable ante situaciones nuevas.

-No se ajusta a lo que se espera según su contexto sociocultural.

-Produce un alto nivel de malestar al individuo o a quienes lo rodean.

-Posee ciertas características de manera extrema que propician un modo poco adaptativo.

El problema del diagnóstico no es menor. Se han llevado a cabo notables esfuerzos para encontrar un sistema consistente de diagnóstico para los TP. El debate gira en torno a la controversia entre categorías y dimensiones y cuál de las dos capta mejor el ámbito de las diferencias de personalidad y su psicopatología.

El sistema categorial mostró falencias importantes:

-Las perturbaciones de la personalidad forman un continuo que dificulta la inclusión de muchos casos en una categoría determinada.

-Muchas personas presentan signos que representan a distintas clases. Es difícil identificar trastornos puros y sobra la comorbilidad. De ahí la superpoblación de “no especificados”.

-Las categorías en sí mismas no son suficientemente estables, por ej. TP Depresivo y el TP Pasivo-Agresivo en la CIE-10, así como otros, han tenido un rumbo errático en su clasificación.

En la búsqueda de nuevos modos surgen **las propuestas dimensionales** basadas en un enfoque que asume que los trastornos mentales no son diferentes cualitativamente de la normalidad o salud mental sino que representan un extremo por exceso o déficit o gradaciones en el mismo sentido de un conjunto de características presentes en la normalidad mental. Los TP serían entonces expresiones disfuncionales del modo de ser de los individuos.

Se necesita de una concepción dimensional que permita al mismo tiempo establecer relaciones entre los rasgos del funcionamiento normal y la psicopatología de la personalidad. Una vez conceptualizados los TP como cuadros con un funcionamiento extremo e intenso por lo tanto desadaptativo, el desafío es pensar un esquema que refleje esa continuidad dimensional e incluya tipos o rasgos de la personalidad normal. Se plantea entonces el problema de saber cuál es el mejor sistema o modelo de dimensiones de personalidad, tanto en su coherencia interna (conceptual y metodológica) como en su desarrollo empírico y su utilidad clínica.

Amparo Belloch Fuster (2010) presenta una revisión de los principales modelos de dimensiones de la personalidad, resaltando los siguientes:

- el modelo de los cinco grandes factores de Costa y Mc Crae
- el enfoque psicobiológico de Cloninger
- el modelo de Livesley
- el modelo de bipolaridades de Millon

Distintos modelos establecen los siguientes **criterios para identificar un TP:**

- a) Cristaliza al final de la adolescencia. Si bien puede rastrearse en parte en la infancia se requiere completar la fase evolutiva básica.
- b) Es un trastorno global y extendido en la conducta del paciente.
- c) Afecta la forma de ser del paciente y se presenta de modo plurisintomático.
- d) Guarda continuidad con la experiencia funcional de la que constituye una forma exagerada (por exceso o defecto)

Las características con que se suele definir a los TP son:

- Complejidad
- Cronicidad

- Alteración de la identidad
 - Desadaptación
 - Alteración de las relaciones interpersonales
 - Egodistonia (por su sintomatología, no en la demanda respecto al cuadro pues su registro es egosintónico – por eso en gran medida la consulta es condicionada e impulsada por terceros)
 - Elevada comorbilidad (especialmente ansiedad y trastornos del estado de ánimo)
- (Fernández Alvarez-Opazo, 2004)

En las últimas décadas se registran varios intentos para diseñar dispositivos y tratamiento para los TP.

En el modelo psicodinámico se destacan dos propuestas que han presentado informes y estudios empíricos con resultados favorables en el tratamiento de los TPL:

-El tratamiento basado en la Mentalización (Bateman y Fonagy, 2004): consiste en un programa de 18 meses. Psicoterapia individual y grupal. Centrado en la capacidad de mentalización para pensar en los estados del sí mismo y de los demás, separados de las acciones pero con efecto causal sobre ellas.

Los autores consideran *la dificultad de mentalizar como un defecto básico* de los pacientes con TPL (Trastorno de personalidad límite).

-La terapia focalizada en la transferencia (Clarkin, Levy, Lenzenwegwer y Kernrberg, 2004), desarrollada por el grupo de la Universidad de Cornell liderado por Otto Kernrberg tiene su base en la teoría de las relaciones objetales y el concepto de organizaciones limítrofes (Kernrberg, 1989). Tiene por objetivo la **integración de las primitivas relaciones objetales**. Se basa en el **análisis de la transferencia y de los mecanismos de defensa** activados en el aquí y ahora de la consulta.

Una tendencia que nace del tronco cognitivo comportamental de los TP pero con una inclinación hacia la integración interpersonal y dinámica es la **Terapia Centrada en los Esquemas (Jeffrey Young, 1990)**. **Produjo un salto conceptual pues apuntó a los patrones básicos o aspectos nucleares de la disfunción y lo denominó Esquemas Disfuncionales Tempranos (EDT)**, que son patrones emocionales y cognitivos derrotistas, altamente

disfuncionales, que comienzan muy temprano y se reiteran a lo largo de la vida. EDT son necesidades emocionales básicas que quedaron sin cubrir en los primeros momentos de la vida: apego seguro, autonomía, competencia y sentido de identidad, espontaneidad y juegos, límites y autocontrol.

El movimiento cognitivo tuvo un desarrollo importante en cuanto al diseño de abordajes. Los que han adquirido mayor relevancia han sido:

-La Terapia Dialéctico-Conductual (Linehan 2003), conocida como TDC o DBT (Dialectical Behavioral Therapy) es un tratamiento específico para TPL con tendencia suicida y autolesiones. Pone su acento en las estrategias de cambio, sabiendo que el cambio es difícil de aceptar para los pacientes pues lo ven como una crítica o invalidación de su sufrimiento. Entonces la TDC intenta equilibrar las **estrategias de CAMBIO con las técnicas de ACEPTACION**. La TDC teoriza que los problemas conductuales del TPL se deben a la desregulación emocional y que esta es el resultado de dos factores, la vulnerabilidad emocional y el contexto invalidante.

-La terapia cognitivo-analítica (Ryle y Kerr, 2006) es un modelo que combina principios de la terapia cognitiva con un enfoque psicodinámico. Surge en Reino Unido, nació pensada para una duración de 16 semanas y extiende su campo a patologías más severas y variedad de dispositivos asistenciales.

-La Terapia Interpersonal Metacognitiva fue desarrollada en el Terzo Centro de Terapia Cognitiva de Roma, liderado por Semerari. Contribuyó significativamente a la clínica y la investigación de los TPL explorando el papel de los procesos metacognitivos, la representación de la propia mente, la de los otros, descentramiento y confrontación.

-Dentro de los dispositivos grupales destacamos el programa de Edmonton (1996) en Canadá. Es para pacientes con trastornos afectivos y TP. Con intervenciones grupales de base dinámica combinadas con otras cognitivas logran una marcada mejoría en los aspectos interpersonales, síntomas en general, satisfacción vital, autoestima y severidad del trastorno.

-También hay **propuestas psicosociales** más que psicoterapéuticas dirigidas a ajustar el entorno a las necesidades del paciente (Tyrer). Fue bautizada como nidoterapia (Tyrer, Sensky, Mitchard, 2003) y se utiliza para pacientes con patología mental severa y TP. Parece ser de gran utilidad en pacientes altamente crónicos y resistentes.

John Livesley, en su libro Tratamiento Integral para los trastornos de Personalidad (2016), hace una revisión de los distintos tratamientos propuestos para los mismos, y

plantea una crítica basada en que todos ellos han centrado su mirada en algunos de los factores que intervienen en la disfunción de la personalidad, dejando de lado otros igualmente relevantes. Cuestiona la idea de un tratamiento en particular, y propone que todo clínico que oriente su labor en la dirección correcta, puede ser igualmente o más exitoso en sus objetivos terapéuticos. Plantea cuatro niveles de trabajo con una complejidad creciente, trazando un eje en el que a medida que uno avanza el tratamiento es más consistente y sus resultados más duraderos. Ellos son:

- El trabajo con la sintomatología presente.
- El trabajo sobre la desregulación emocional.
- El trabajo sobre el modo de relacionarse interpersonalmente de manera disfuncional.
- La integración del self.

Cada uno de los tratamientos anteriormente mencionados ha enfocado la mayor parte de sus esfuerzos particularmente en uno de estos ejes sin centrarse en los otros, generando condiciones para resultados parciales y no del todo duraderos.

En síntesis, para trabajar con trastornos de personalidad, es importante tener en cuenta diferentes factores (sintomatología, desregulación emocional, relaciones interpersonales, integración del self, entre otros), y en cuanto al proceso terapéutico, será esencial la conformación de una buena alianza terapéutica.

Trastorno Límite de la Personalidad

Es el trastorno que más atención ha recibido en la literatura científica especialmente desde la publicación del DSM-III en 1980.

La característica esencial de un Trastorno Límite de la Personalidad es un patrón persistente de inestabilidad de las relaciones interpersonales, el afecto, la autoimagen, y un escaso control de los impulsos. Estas características se manifiestan fuertemente al inicio de la edad adulta y abarcan muchos ámbitos de la vida del individuo. Encontramos las primeras manifestaciones de este trastorno en la adolescencia. Los síntomas se atenúan con la edad y alrededor de los 40 o 45 años declinan marcadamente los relacionados con la impulsividad. Al llegar a este punto de la vida la mitad de los pacientes se habrán estabilizado, y la otra mitad se aislará progresivamente y es muy probable que acabe con un severo deterioro personal y relacional.

El TPL es el más prevalente de los TP. Se estima que la prevalencia es del 2% en la población general y alcanza al 10% de los pacientes ambulatorios, 20% de los pacientes ingresados y entre 30/60 % de los pacientes diagnosticados con TP. Afecta más a las

mujeres que a los hombres, en relación 3:1. Su mayor incidencia se haya entre los 19 y los 34 años de edad y se encuentra presente en todas las culturas del mundo.

Hay una enorme **desproporción entre el elevado coste** personal, familiar, social y de recursos sanitarios asociados con el TPL **y los escasos recursos** de tratamiento e investigación que se dedican al trastorno para mejorar su conocimiento, detección precoz, desarrollar programas y dispositivos asistenciales, aun cuando claramente se ha investigado más que otros tipos de trastorno de la personalidad.

Para la psiquiatría psicoanalítica, la expresión límite remitió inicialmente a un subconjunto de pacientes neuróticos que no respondían al tratamiento mediante el análisis dinámico, es decir que no eran analizables en sentido estricto.

Estos pacientes eran los únicos no psicóticos que no mostraban respuesta terapéutica al análisis dinámico tradicional. El considerarlos límites entre neurosis y psicosis preservaba la utilidad del psicoanálisis como tratamiento de elección en la neurosis.

Puede ser pensado como límite por:

-estar en la frontera entre dos psicopatologías diferentes, asumiendo síntomas de ambas pero configurando una entidad nosológica nueva.

-estar en el punto medio de un continuo normalidad /psicopatología.

-estar al borde mismo del fracaso o la ruptura mental.

-estar en el nivel más bajo de organización o estructura de la personalidad.

El aplicar estos criterios conlleva que:

- a) Se considere límite porque se asocia con mucha frecuencia con otros trastornos, según Millon y Davis (1996) con los Disociativos (en especial histeria y personalidad múltiple), el TP Esquizoafectivo y los Trastornos Afectivos. Y, según el DSM IV-TR, con el TP Esquizotípico.
- b) Aparece ya en etapas tempranas y, dependiendo de su gravedad y de la presencia de “incidentes críticos” puede dar lugar a traspasar el límite de “la normalidad” y derivar hacia la presencia de psicopatologías.

- c) Actúa como elemento de vulnerabilidad precipitante de psicopatologías graves (psicosis, depresión mayor, etc.) sin que para ello sea necesario un “incidente crítico”.

Kraepelin describió cuatro condiciones sub-afectivas de personalidad: “...hay ciertos temperamentos que pueden concebirse como los rudimentos de la locura maniaco depresiva...” y entre ellos citó lo que denominó como “el temperamento irritable o la personalidad excitable”, en la que los pacientes presentan desde muy jóvenes fluctuaciones extraordinariamente grandes en su equilibrio emocional. Kasanin los etiquetó como “esquizaafectivos”.

Los individuos con TLP se caracterizan por sus actitudes cambiantes, emociones erráticas o carentes de control, impulsividad y ser impredecibles.

Otras dos características distinguen a estos pacientes: una competencia social deficiente y la aparición de episodios psicóticos o pseudo-psicóticos transitorios y reversibles (Millon y Davis, 1996). Estos episodios implican la pérdida del contacto con la realidad acompañados por ausencia de control cognitivo y emocional.

Estos procesos de caída / recuperación contrastan con otros trastornos más graves en los que la caída o el deterioro es irreversible.

El DSM IV-TR y la CIE-10

La CIE 10 indica únicamente cinco criterios para el diagnóstico en el subtipo límite, los que sólo se requieren dos para formalizarlo más otros tres del subtipo impulsivo. La CIE-10 caracteriza al TPL como una sub-categoría de un trastorno más general: el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: tipo límite.

La inestabilidad emocional, entendida también como **DESREGULACION EMOCIONAL** es el elemento que más consenso aglutina entre los expertos como factor característico del cuadro y a tener en cuenta para el diseño de tratamientos independientemente del sistema diagnóstico por el que se guíen. Es considerada la característica psicopatológica nuclear del TPL (Glenn y Klonsky, 2009; Rosenthal, 2008).

De los 9 criterios que el DSM IV-TR utiliza para caracterizar el trastorno al menos 3 (inestabilidad afectiva, sentimientos de vacío, ira inadecuada y dificultades para controlarla) hacen referencia directa a dificultades con la regulación de las emociones, y al menos otros 3 (intentos suicidas, esfuerzo para evitar abandonos, relaciones

interpersonales inestables) pueden ser entendidos como consecuencias directas de la desregulación emocional de base.

Según el DSM IV-TR la segunda característica nuclear del TPL es la impulsividad. Sin embargo este aspecto no se encuentra en la caracterización de la OMS (CIE-10), lo que revela una diferencia notable entre ambos sistemas diagnósticos.

La impulsividad ha sido muy estudiada por la investigación biológica, mientras que la desregulación emocional es el elemento nuclear sobre el que se centran las investigaciones psicológicas. En ambas, impulsividad y desregulación emocional, sumadas a la integración del self, parece centrarse el desarrollo de los modelos de tratamiento en desarrollo y por venir.

Bibliografía:

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed. Revisada). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM Convergencias y divergencias. Revista Uruguaya de Psiquiatría, 74(2), 179-205.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004) Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., y Associates (2004). Cognitive Therapy of Personality Disorders. (2ªEd.) The Guildford Press.
- Clark, L.A. (2007) Assessment and diagnosis of Personality Disorder: Prenial issues and emerging reconceptualization. Annual Review of Clinical Psychology. 58, 227-257.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1994). Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.
- Fernández Álvarez, Héctor (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapias. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Álvarez, Héctor y Opazo, Roberto (2004). La integración en psicoterapias.

Buenos Aires: Paidós.

-Fernández Álvarez, Héctor (2008). Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008. Editorial Desclée.

-Fernández Álvarez, Héctor y Belloch Fuster, Amparo (2010). Tratado de Trastornos de la personalidad. Editorial Síntesis.

-Fernández Álvarez, Héctor (compilador) – (2011). Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, Aplicaciones y Procedimientos. Editorial Polemos.

-Fiorini, H. (1987). Teoría y técnica en psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión.

-Fiorini, H. (1987). El campo teórico y clínico de las Psicoterapias Psicoanalíticas. Bs. As.: Tekné.

-Fiorini, H. (1993). Estructuras y abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas. Buenos Aires: Nueva Visión.

-Fiorini, H., (1999). Nuevas líneas en Psicoterapias Psicoanalíticas. Teoría, Técnica y Clínica. Madrid: Psimática.

-Livesley, J., Clarkin J.F., Dimaggio, G. (2016) Integrated Treatment for Personality Disorders. A Modular Approach.

-Menéndez, P. (1992). Concepto de situación. Focalización y psicoanálisis. Montevideo: Roca Viva.

-Organización Mundial de la Salud (1993,1994) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Ginebra: World Health Organization. Madrid, Meditor.

-Paris, J. (2005) Outcome and epidemiological research on personality disorders: implications for classification. Journal of Personality Disorders, 19, 557-562.