

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
"DR. RAMON DE LA FUENTE"

"TRANSTORNO LIMITE DE LA
PERSONALIDAD, TEMPERAMENTO Y
CARACTER"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA

PRESENTA

MARIO TORRUCO SALCEDO



ASESOR TEORICO:

DR. CARLOS BERLANGA CISNEROS

ASESOR METODOLOGICO:

DR. ROGELIO APIQUIAN GUITART

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

MEXICO, D, F,

MARZO DE 2004



V. B.

Alejandro Diaz Martinez
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE GENERAL.

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	12
III. JUSTIFICACIÓN.....	18
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
V. OBJETIVOS.....	19
VI. HIPÓTESIS.....	19
VII. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
I. DISEÑO.....	20
II. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	20
III. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	20
IV. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:.....	20
V. VARIABLES.....	20
VI. INSTRUMENTOS.....	21
VII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	21
VIII. RESULTADOS.....	23
IX. DISCUSIÓN.....	32
X. CONCLUSIONES.....	37
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	40

A mi familia:
por apoyar,
por empujar,
por jalar,
por sostener,
por alentar,
por dar ejemplo.
Gracias:
Isabel, Geney,
Sitlali y Anahí.

A las familias
Roiz Torruco,
Albores Roiz y
Durán Zacatecas,
por todo el cariño y apoyo.

A ti Raquel,
por ser y estar.

A mis maestros:
guía, ejemplo y camino,
con cariño, admiración y respeto.

A mis pacientes:
libros inacabables,
compromiso inquebrantable,
motivo de fuerza y
alimento.

I. Introducción.

El vocablo “personalidad” (del latín *persona* = máscara) se aplicó originalmente para designar a los personajes que representaban los antiguos actores al hablar a través de una máscara (Wolf, 1986). Cada máscara, con determinada expresión, simbolizaba cierto carácter. Así, desde los inicios del pensamiento científico el hombre percibió que tenía características propias que lo diferenciaban de los demás, la forma como pensaba, actuaba, hablaba o sentía, podían ser distintas a las de sus semejantes. Su “personalidad” era diferente a la del prójimo, de la misma manera como podía distinguirse por su apariencia y cualidades físicas.

Ha existido un gran desacuerdo en la definición del término “personalidad”. Wolf (1986) resume las diferentes aproximaciones en cuatro incisos:

“a) La mayor parte de los psicólogos están de acuerdo en un punto que se refiere a la conducta, por ejemplo: “La personalidad puede ser ampliamente definida como la cualidad total de la conducta de un individuo”,

b) También se ha tomado como criterio no ya los efectos de la personalidad sobre el ambiente, sino los de éste sobre aquélla, pudiendo entonces ser definida la personalidad como “la manera habitual del organismo de adaptar sus impulsos egocéntricos a las exigencias del ambiente”,

c) Algunos psicólogos definen la personalidad como todo lo que una persona es: “Personalidad es la suma total de todas las disposiciones biológicas innatas, impulsos, tendencias, apetitos e instintos del individuo, así como las tendencias y disposiciones adquiridas”, y

d) Tales definiciones son estáticas, mientras la personalidad es un sistema dinámico, como se expresa en la siguiente definición: “La personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente”.

Como se observa en estas definiciones, se ha debatido si los rasgos de personalidad provienen del ambiente o de la herencia. Y en cuanto a esto, se observan tres teorías fundamentales. “Un punto de vista extremo es el de Locke, quien expresaba que el hombre llegaba a la vida como un papel en blanco que se iba cubriendo con las sucesivas experiencias o jeroglíficos de la vida hasta formar la textura de la personalidad. El extremo opuesto lo forma la teoría de que el hombre nace como un libro ya escrito y el proceso vital consiste en ir pasando las páginas. La tercera teoría es una combinación de las dos anteriores. La personalidad está en el hombre como el árbol en la semilla, pero del mismo modo que el árbol se desarrolla de distinto modo según las condiciones del suelo y del cima, así las disposiciones innatas de la personalidad se desenvuelven de acuerdo con las condiciones del ambiente” (Wolf, 1986).

En un taxonómico afán, el hombre ha hecho clasificaciones de la personalidad, intentando agrupar a los individuos dentro de categorías previamente descritas, y así, desde Hipócrates se ha intentado clasificar estos atributos para utilizarlos en el tratamiento de patologías, de esta forma, en el contexto de la teoría de los humores, este médico griego clasificó a los sujetos de acuerdo al humor predominante. Vicente Espinel, a principios de siglo XVII, expresó en relación con lo anterior que: “Los grandes médicos que yo he conocido y conozco, en llegando al enfermo, procuran con gran cuidado saber el origen, causa y estado de la enfermedad, y el humor predominante del paciente, para no curar al

colérico como al flemático, y al sanguíneo como al melancólico: y, aún, si es posible, aunque no hay ciencia de particulares, saber la calidad oculta del enfermo, y de esta manera se acierta la cura y se acreditan los médicos" (Vida del escudero Marcos de Obregón. Descanso IV, citado en Surós y Surós, 1994).

Con el mismo objetivo, Kretschmer catalogó a los individuos dentro de cuatro categorías de acuerdo al somatotipo: 1) pícnicos: estos se relacionaban con el temperamento ciclotímico con predisposición a la locura maniaco-depresiva y resistencia a la esquizofrenia y la epilepsia; 2) leptosomáticos o asténicos: estos fueron relacionados con el temperamento esquizotímico y abocaban con frecuencia a la esquizofrenia; 3) atléticos: se relacionaban con el temperamento *viscoso*, cuyo rasgo más peculiar era la escasa reacción a los estímulos, así como la adherencia o perseveración en el funcionamiento psíquico, eran propensos, como los pícnicos, a la locura maniaco-depresiva y a la epilepsia, aludían a un carácter más tosco, amorfo y masivo que el que correspondía a la construcción pícnica; y 4) displásicos, en donde se reunían los *inclasificables* (Surós y Surós, 1994). Sheldon y Stevens, con los mismos criterios, formaron tres grupos: 1) endomorfos: su característica fundamental era que la vida parecía girar en ellos alrededor del instinto de nutrición, siendo su mayor placer el de la hora de las comidas, simpáticos para todo el mundo eran de gran sociabilidad, siendo escasa su combatividad y agresividad, precisando ayuda de los demás para resolver problemas de cierta gravedad, deseaban cubrir sus necesidades con el mínimo esfuerzo, por lo que su ideal consistía en vivir siempre en la infancia, la sexualidad ocupaba en ellos un lugar secundario; 2) mesomorfos: giraban vitalmente alrededor del instinto del poder, su placer estribaba en el hacer, en desplegar una actividad máxima, de una agresividad competitiva manifiesta, carecían de piedad y presentaban una gran resistencia para el dolor físico y también un instinto sexual poderoso

y sin inhibiciones; y 3) ectomorfos: tenían tendencia a la soledad, a la intimidad, escaseaban en comunicabilidad sentimental, tratando de orientarse más en la relación histórica que con la actualidad, de pensamiento profundo, gustaban de disquisiciones sobre el sentido de la vida, estructura del universo y problemas de este tipo, de psicosexualidad precoz y viva, la cual adquiría un predominio sobre los instintos de poder y nutrición, ocasionándoles perturbaciones juveniles por las inhibiciones y timidez propias que dificultaban el trato con lo femenino. Siendo estos tipos combinables entre sí (Surós y Surós, 1994).

El término “personalidad” se confunde a menudo con el término “carácter”. La personalidad encierra todos los rasgos del hombre vistos desde un punto de vista objetivo y descriptivo, mientras el carácter abarca un cierto conjunto de rasgos de valor moral. El carácter sería, por tanto, el aspecto moral de la personalidad. El origen de la palabra carácter es ilustrativo desde un punto de vista psicológico. Se deriva de la palabra griega *charaso*, esculpir, es decir, “lo que es grabado o esculpido”, indicando la idea de que los rasgos del hombre no son una mezcla accidental continuamente en fluctuación, sino que están como estampados (Wolff, 1986). Y a pesar del trasfondo moral, dentro del psicoanálisis, “carácter” se refiere a los patrones de funcionamiento persistentes y típicos de una persona. Freud relacionó ciertos rasgos del carácter con las etapas psicosexuales. Por ejemplo, las personas que por problemas en su desarrollo se han quedado fijadas en la etapa anal, tienen propensión a ser ordenados, obstinados y avaros. Freud se enfrentó al reto de diferenciar los síntomas neuróticos de los rasgos del carácter. Postuló que estos últimos eran el resultado final de un exitoso uso de la represión y otras defensas, particularmente la formación reactiva y la sublimación. El desarrollo de un modelo

estructural le permitió expandir el entendimiento de la formación del carácter, incluyendo la identificación como una defensa. Observó que una persona puede ser capaz de renunciar a un objeto de apego solamente mediante un proceso de identificación, en el cual el objeto perdido es firmemente introyectada al ego. A través de una serie de identificaciones, los niños desarrollan su propio carácter. La formación del superego es un proceso de identificación relacionado que también contribuye al resultado final de una única estructura del carácter (Gabbard, 1996).

En resumen, podríamos definir a la personalidad como el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y que son relativamente estables y predecibles (Kaplan y Sadock, 1999). Sin embargo, cuando este conjunto supone una variante que va más allá de lo habitual en la mayoría de las personas, y los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, puede hablarse de un trastorno de la personalidad (TP). Ha existido un permanente debate entre dos métodos para aproximarse a los TP: dimensional o categórico. Cada uno de estos posee ventajas y desventajas. No puede negarse que el observar a los TP como grupos bien definidos, ha mejorado la comunicación y el entendimiento, promoviendo los avances en este campo del conocimiento. La historia de la clasificación de los TP, desde un punto de vista categórico, podemos seguirla a través de la evolución del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) editado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). En su primera edición (APA, 1952), clasificaba los TP dentro de las siguientes categorías: (a) desórdenes de los patrones de la personalidad; (b) desórdenes de los rasgos de personalidad; (c) desórdenes de personalidad sociopática, y (d) reacciones con síntomas

especiales. Además, había una quinta categoría para desórdenes breves, titulada trastornos de la personalidad en situaciones transitorias, algunos de los cuales son análogos a lo que ahora se conceptualiza como trastornos de adaptación. En el DSM-II (APA, 1968), algunos trastornos como la enuresis y las desviaciones sexuales, que se encontraban dentro de las categorías antes mencionadas del DSM-I, fueron sacadas del reino de los TP, dejando 12 TP, en comparación con los 27 de la primera edición. Para la tercera edición (APA, 1980) hubo grandes cambios, algunos de los más importantes fueron: a) el énfasis en los rasgos descriptivos, b) la especificación de criterios diagnósticos, y c) el cambio a un sistema multiaxial en donde la patología de la personalidad representa todo un eje. Había 14 TP, y adicionalmente, la conceptualización de personalidad normal y anormal. En la revisión de esta tercera edición se dividió a los TP en tres grupos. Los TP fueron los mismos, a excepción del mixto, atípico y otros, que se reunieron en una sola categoría conocida como TP no especificado. Hubo un total de 12 TP (con los TP autoderrotado y sádico en la sección de investigación). Además, cambiaron algunos de los criterios diagnósticos. Las críticas a esta edición fueron la superposición de diagnósticos y la escasez de validez. Para la cuarta edición (APA, 1994) el TP pasivo-agresivo fue puesto en la sección de investigación, al igual que el Trastorno depresivo de la personalidad, dejando 10 TP divididos en los mismos tres grupos. De acuerdo a esta última edición, los criterios necesarios para hacer el diagnóstico de un TP son:

- “A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
 - 1) cognición
 - 2) afectividad
 - 3) actividad interpersonal
 - 4) control de los impulsos
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.”

Sin embargo, los detractores de la clasificación categórica de los TP arguyen que tiene varios contras: 1) se observa un alto grado de comorbilidad y diagnósticos múltiples; 2) los diagnósticos específicos tienen una gran inestabilidad temporal, comparados con la patología general de la personalidad y los rasgos de personalidad; 3) la escasez de umbrales claros para distinguir entre pacientes con y sin un TP específico; 4) una marcada heterogeneidad de los síntomas, y 5) el escaso acuerdo de una adecuada conceptualización de los TP (Clark, 1999).

Estas desventajas han sido observadas en diversas investigaciones, así, Alnæs y Torgersen (1988), al evaluar a 298 pacientes psiquiátricos externos consecutivos con la Entrevista Estructurada para Trastornos de Personalidad del DSM-III, encontraron que el 81 % reunía criterios suficientes para diagnosticar TP (77 % de las mujeres y 90 % de los hombres), y el número de TP se distribuyó de la siguiente manera: 27 % tuvieron un trastorno, 24 % tuvo 2, 16 % tuvo 3 y 14 % tuvieron entre 4 y 7 trastornos. De esta forma, el 54 % de los pacientes tuvieron más de un diagnóstico de TP. Las mujeres tuvieron una media de 1.9 TP y para los hombres este parámetro fue de 2.3. Por otro lado, Oldham y cols. (1995), evaluaron a 100 pacientes internos con dos entrevistas semiestructuradas: la Entrevista Semiestructurada del DSM-III-R para el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (SCID-II) y el Examen de Trastornos de la Personalidad (PDE); encontrando que 86 pacientes tenían por lo menos un diagnóstico en eje II por cualquiera de los dos

métodos, y estos tenían un total de 290 diagnósticos de TP de acuerdo al SCID-II y 249 de acuerdo al PDE.

Uno de los sistemas dimensionales que más éxito ha tenido, es el modelo psicobiológico de la personalidad de Cloninger. Este autor, basado en estudios de gemelos y familiares, de desarrollo longitudinal, neurofarmacológicos y neuroconductuales de aprendizaje en humanos y otros animales, propone un modelo en el que divide a la personalidad en siete dimensiones. Cuatro que involucran respuestas automáticas y preconceptualizadas a estímulos perceptuales, las cuales son heredables y genéticamente independientes unas de otras. Estas se conocen como temperamento, y son definidas en términos de diferencias individuales del aprendizaje asociativo en respuesta a la novedad, el daño o castigo y a la recompensa. Las cuatro dimensiones del temperamento son: la búsqueda de la novedad (BN), la evitación del daño (ED), la dependencia a la recompensa (DR) y la persistencia (PE). Nuestras respuestas automáticas e inconscientes para iniciar, mantener o detener las conductas son inicialmente determinadas por los factores del temperamento, pero estos pueden ser modificados y condicionados como resultado de cambios y la significancia de los estímulos que son determinados por los conceptos de nuestra identidad (Cloninger y cols., 1993). Se identifican tres aspectos en el desarrollo de los autoconceptos, y se distinguen de acuerdo a como una persona se identifica a si mismo como (1) un individuo autónomo, (2) una parte integral de la humanidad o sociedad y (3) una parte integral de la unidad de todas las cosas. Cada uno de estos aspectos del autoconcepto corresponde a una de las tres dimensiones del carácter que han sido llamadas: (1) autodirección (AD), (2) cooperatividad (CO) y (3) autotranscendencia (AT), respectivamente (Cloninger et al., 1993).

Se ha visto que la combinación de ambos sistemas (dimensional y categórico) puede brindarnos más información acerca de un paciente, y esta puede ser utilizada para complementar el diagnóstico categórico de los TP, para el beneficio de los clínicos e investigadores; lo cual podría facilitar la búsqueda de si los rasgos normales y maladaptativos involucran las mismas estructuras psicológicas y biológicas (Loranger, 1999).

De esta forma, basados en el modelo de Cloninger, Svrakic y cols. (1993) han propuesto utilizar las dimensiones de la personalidad para hacer un diagnóstico diferencial de los TP; así, en un estudio realizado con 136 pacientes consecutivos internos en el Hospital Barnes de la Universidad de Washington, en Sn. Luis, Mo., hicieron el diagnóstico dimensional de TP con la Entrevista Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-III-R en su versión revisada (SIDP-R) y los diagnósticos dimensionales con el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). Encontraron que 66 sujetos con TP reunían criterios para 139 diagnósticos, con un promedio de 2.1 por caso. A su vez, 34 tuvieron un TP, 12 tuvieron 2, 10 tuvieron 3, 4 tuvieron 4, 2 tuvieron 5, 3 tuvieron seis y uno tuvo 7. Con respecto al ITC se halló que los pacientes sin diagnóstico de TP registraron puntajes mayores en CO y DR en comparación con la población general, y los pacientes con TP tuvieron calificaciones menores en AT. De la misma forma los pacientes con TP en los grupos A, B y C se diferenciaron de los otros grupos por baja DR, alta BN y alta ED, respectivamente.

Desde este estudio se han realizado otras investigaciones para replicar dichos resultados. Mulder y cols. (1994) evaluaron a 108 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), de acuerdo al SCID-I del DSM-III-R, con la SCID-II del DSM-III-R y el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad versión 3 (TPQ-3), el cual fue la versión

anterior al ITC, en donde sólo se evaluaban la BN, la DR y la ED, incluyéndose la PE dentro de la ED. Encontraron que sólo 55 pacientes tuvieron uno o más TP, siendo el promedio por paciente de 2.8. El diagnóstico más común fue el de Trastorno evitativo de la personalidad, seguido por el límite, paranoide, autoderrotado, obsesivo-compulsivo y dependiente. También hallaron que la baja DR predijo muchos de los síntomas individuales de personalidad, en especial los del grupo A. Y de la misma forma, el grupo B fue predicho por alta BN y baja dependencia a la recompensa y el grupo C, de forma menos consistente, fue predicho por alta ED.

En otra investigación encabezada por Battaglia (1996), se evaluaron a 164 pacientes externos consecutivos y 36 controles en el Departamento de Psiquiatría del Hospital San Rafael en Milán, Italia. Para el diagnóstico en eje I se utilizó la Cédula de Entrevista Diagnóstica para el DSM-III-R (DIS-III-R), para el diagnóstico de los TP se utilizó la versión italiana de la SIDP-R y para valorar las dimensiones del temperamento y carácter se aplicó el TPQ-3. Los resultados demostraron que la baja DR distingue a los TP del grupo A y a la ausencia de trastornos en el eje I; la alta BN caracteriza a los TP del grupo B y a pacientes con Trastornos de la alimentación, abuso de alcohol y abuso de sustancias, y la alta ED caracteriza a los TP del grupo C y a pacientes con trastornos ansiosos y afectivos.

Dentro del mismo intento por hacer diagnósticos de acuerdo a diferentes sistemas, Mulder y cols. (1999) estudiaron a 256 pacientes con diagnóstico de TDM o Bulimia Nervosa, de acuerdo al DSM-III-R. Fueron evaluados con el ITC, el Cuestionario de Estilos de Defensa y el SCID-II del DSM-III-R, encontrando que el 52 % de los pacientes tuvieron por lo menos un TP. Además, los TP del grupo A se correlacionaron con baja DR, alta ED y bajas AD y CO; los TP del grupo B se relacionaron con alta BN y bajas AD y CO, y los TP del grupo C estuvieron relacionados con alta ED y bajas BN y AD.

Como vemos hasta aquí, ante la dificultad para delimitar adecuadamente los TP, se han realizado intentos en los cuales se estudian estos padecimientos desde diversos sustentos teóricos; y podemos comprobar que la información de uno de ellos enriquece al otro, llevándolos a complementarse en vez de rechazarse o contradecirse. Del mismo modo, se observan correlaciones importantes entre los componentes de cada sistema, y estas a su vez aumentan o confirman la validez del complementario. Es por esto que propondremos adelante el empleo de dos sistemas para el estudio de un TP en particular, con lo cual esperamos obtener los beneficios aquí subrayados.

II. Antecedentes.

Uno de los TP que ha sido objeto de más estudio es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP); y aunque el concepto de personalidad límite ha sido por muchos años un diagnóstico desacreditado, han habido muchos investigadores interesados en definir criterios para identificar a los pacientes con esta patología del carácter. El primero que encontramos es Stern (1938, citado en Egan, 1988), quien propuso diez criterios operacionales para las condiciones limítrofes, incluyendo narcisismo extremo, hipersensibilidad, una tendencia a reacciones terapéuticas negativas, problemas con la prueba de realidad y un prominente uso de mecanismos proyectivos. Posteriormente Zilboorg (1941, citado en Egan, 1988) propuso el término “esquizofrenia ambulatoria”, sugiriendo una condición crónica y no incapacitante. De la misma forma, Helene Deutsch (1942, citado en Egan, 1988) enfatizó los problemas en la identidad de estos pacientes y sugirió el término personalidad “como si” para enfatizar los niveles de identidad fluidos y fluctuantes. Por su parte, Schimberg acuñó los términos de “establemente inestable” y “predeciblemente impredecible”, y en 1964 Frosch enfatizó los aspectos caracterológicos de estos trastornos (Egan, 1988). Además, el concepto de limítrofe ha sido (a) usado como una indicación de la falla en la empatía del terapeuta; (b) hipotetizado como un trastorno subafectivo o una sobreposición entre la patología de trastornos afectivos y de la personalidad, y (c) empleado como una categoría “cesto de basura” sin importancia (Higgit y Fonagy, 1992).

Kernberg, apoyado por la mayoría de los autores psicoanalíticos, relaciona el concepto de limítrofe con un nivel de funcionamiento psíquico referido como una

organización límite de la personalidad, donde continúa los desarrollos teóricos de Klein y Rosenfeld. De acuerdo con Kernberg (1976a y 1976b), este tipo de organización de la personalidad descansa en cuatro rasgos estructurales: a) manifestaciones no específicas de debilidades del yo que incluyen pobre capacidad para tolerar la ansiedad y controlar los impulsos o para desarrollar modos socialmente productivos para canalizar la energía (sublimación), b) una propensión para girar hacia patrones de ensoñación irracional, en un contexto de prueba de realidad intacta, c) predominio de defensas psicológicas evolutivamente menos maduras, tales como escisión, proyección e identificación proyectiva, y d) difusión de identidad y la correspondiente patología de las relaciones objetales. El concepto límite de Kernberg incluye un amplio rango de desórdenes de la personalidad, tales como personalidades infantiles, narcisistas, antisociales, personalidades “como si” y esquizoides. Este amplio uso del término es visto por muchos autores como inútil. Por su definición, probablemente más del 10 % de la población adulta en un rango entre 18 y 45 años de edad podría ser caracterizada como límite (Stone, 1977). Para Higgitt y Fonagy (1992), el término límite es un artificio heurístico para compensar la falta de un modelo psicológico comprehensivo.

De acuerdo a la última edición del DSM, el TLP es definido como:

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

- 1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado
- 2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- 3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- 4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo

- 5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
- 6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo
- 7) sentimientos crónicos de vacío
- 8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira
- 9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.”

El TLP se ha detectado en 10 % de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, en 20 % de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y entre el 30 % al 60 % de las muestras de pacientes con TP, de los cuales 75 % son mujeres y 25 % son varones (APA, 1994).

Con el objetivo de validar el concepto de TLP fuera de las culturas occidentales, se han realizado estudios en países orientales, como el estudio realizado en una clínica psiquiátrica universitaria en Ankara, Turquía, con una muestra de 738 pacientes consecutivos, donde se encontró que el 10.2 % de ellos reunían criterios para un TLP de acuerdo al DSM-III-R, evaluados con el SCID-II (Senol y cols., 1997). De estos, el 90.7 % y el 37.3 % tenían algún trastorno afectivo (TA) o de abuso de sustancias, respectivamente; el 71.1 % reportó por lo menos un intento suicida y tuvieron una puntuación promedio de 40.86 en la Escala de Evaluación Global.

Otro ejemplo lo tomamos de una investigación llevada a cabo en Bulgaria, en tres diferentes clínicas psiquiátricas, en donde, de una muestra de 160 pacientes, se halló que 60 de ellos reunían criterios para un TLP de acuerdo al Examen de Trastornos de la Personalidad, y que los síntomas que mejor discriminaron a los pacientes limítrofes fueron las sensaciones de aburrimiento y vacío y la inestabilidad emocional (Onchev y Ganev, 2000).

En México se ha encontrado una prevalencia de 2 % en las mujeres y de 1.7 % en los hombres entre la población general (Caraveo-Anduaga y cols., 1996). Y en la ciudad de

México, al realizarse un estudio piloto para detectar TP con el Cuestionario para el Diagnóstico de Trastornos de la Personalidad, versión revisada (PDQ-R), se encontró que el TLP se presentó en 24.5 % de 98 sujetos entrevistados (Páez y cols., 1997). Además, Grain y Lemus (1999) hallaron en la población clínica psiquiátrica del Hospital Central Militar una prevalencia de 35.7 %.

El enfoque categórico del TLP conlleva las desventajas antes mencionadas para este tipo de aproximaciones, lo cual se ha podido observar en varias investigaciones. La comorbilidad con trastornos del eje I es frecuente, encontrándose relaciones estrechas entre el TLP y TA, ansiosos, de la alimentación o abuso de sustancias (Zanarini y cols., 1989; Gunderson y Phillips, 1991; Jackson y cols., 1991; Oldham y cols., 1995); incluso se ha propuesto que adolescentes con rasgos limítrofes tienen un mayor riesgo de presentar recurrencias de TDM (Lewinsohn y cols., 2000). En cuanto a la comorbilidad con otros TP, se ha observado que el TLP se sobrepone en algunos casos con otros trastornos del grupo B, sobre todo con el Trastorno histriónico de la personalidad (Oldham y cols., 1992), lo cual lleva a la pregunta de cuál de los dos trastornos es el válido. Otro ejemplo de esta sobreposición la encontramos en el estudio encabezado por Nurnberg (1991), donde se evaluaron 110 pacientes externos sin un diagnóstico mayor en eje I de acuerdo al DSM-III-R por medio del método LEAD (longitudinal, expert and all data), encontrándose que el 62% de los pacientes tuvieron un diagnóstico de TP en eje II, el 20 % tuvieron un TLP, 42 % tuvieron otro TP y 38 % no reunieron criterios suficientes para un diagnóstico en eje II. Además, se diagnosticaron un total de 154 TP para los 68 pacientes con TP, para un promedio de 2.3 TP por paciente: 3.7 diagnósticos por paciente con TLP y 1.6 diagnósticos por paciente con cualquier otro TP. En otro estudio con 504 pacientes internos admitidos

entre marzo de 1991 y diciembre de 1995 al Hospital McLean de Belmont, Ma., evaluados con la Entrevista Diagnóstica para Límitrofes en su versión revisada y la Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de Personalidad del DSM-III-R (DIPD-R), se encontró que 379 pacientes reunían criterios con ambos métodos para un TLP y 125 reunían los criterios de la DIPD-R para cualquier otro TP no límite. También se observó que los pacientes con TLP tuvieron un mayor porcentaje de comorbilidad con cuatro trastornos: paranoide, evitativo, dependiente y autoderrotado; y con dos grupos: evitativo y ansioso, en comparación con los pacientes no límites (Zanarini et al., 1998).

Sin embargo, se han realizado intentos de combinar los sistemas dimensional y categórico para poder explicar mejor el concepto de TLP. Uno de los primeros intentos fue el de Snyder y cols. (1982), quienes reunieron 26 pacientes con diagnóstico de TLP y 19 con Trastorno distímico de acuerdo a los criterios del DSM-III; y al comparar sus perfiles del Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota, encontraron que los pacientes límitrofes tuvieron puntajes más altos en las subescalas de infrecuencia, desviación psicopática, masculinidad-feminidad y esquizofrenia, y más bajos en la de sinceridad. Este perfil indica que los sujetos límitrofes se encuentran en un torbellino psicológico, propensos al enojo y la proyección para defenderse contra sentimientos de ser maltratados, y tienen relaciones interpersonales superficiales y nulos apegos cálidos; además de estar más conflictuados acerca de la identidad sexual, tener una mayor propensión hacia las conductas homosexuales, ser más impulsivos y sentirse con aburrimiento y vacío más intensamente que los pacientes distímicos.

Con otro sustento teórico, varios autores han combinado los criterios del DSM-IV y el Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad, aplicando el NEO-PI (Neuroticism, Extraversion and Openness Personality Inventory) para distinguir patrones entre pacientes limítrofes. En general, han hallado que los pacientes limítrofes obtienen calificaciones más altas en la escala de neuroticismo y más bajas en las de aceptación, extraversión y conciencia; además, puntúan más alto en las subescalas de enojo-hostilidad e impulsividad de neuroticismo, y significativamente más bajo en las tres subescalas de extraversión y aceptación y en una de conciencia (Clarkin y cols., 1993; Zweig-Frank y Paris, 1995; Wilberg y cols., 1999).

Al combinar las categorías del DSM-IV y las dimensiones de temperamento y carácter de Cloninger, se han encontrado datos interesantes en cuanto al TLP. Svrakic y cols. (1993), encontraron que los pacientes limítrofes, de acuerdo a los criterios del DSM-III-R evaluados con el SIDP-R, puntuaban más alto para la BN y ED, y más bajo para la AD y CO. Estudio que ha sido replicado por otros investigadores, corroborando los hallazgos antes mencionados (Maggini y cols., 2000; Svrakic y cols., 2002).

Como podemos observar, al combinar dos sistemas para describir el TLP, encontramos información importante, la cual nos permite obtener un concepto más amplio de este padecimiento, sin que los datos sean excluyentes, sino provocando un sinérgico constructo en el que el resultado es más que la suma de las partes.

III. Justificación.

La dificultad para clasificar a los pacientes con un TP dentro de una sola categoría, ha propiciado la búsqueda de nuevos enfoques. Para los pacientes con TLP se ha intentado utilizar diversos sistemas diagnósticos, tanto dimensionales como categóricos, para identificar distintas características de su personalidad, y de esta forma tener mejores opciones de diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como para determinar la etiología del mismo. Por lo tanto, si encontráramos diferencias entre los pacientes con TLP basadas en las dimensiones de temperamento y carácter, podríamos formar subgrupos de límites, esto nos llevaría a definirlos de una manera más amplia y clasificarlos con mayor especificidad, lo cual disminuiría los errores diagnósticos y mejoraría la eficacia y el éxito de los tratamientos; por lo que seríamos capaces de ofrecer alternativas terapéuticas superiores y nuevas a los pacientes, siempre de acuerdo a sus características y necesidades particulares.

IV. Planteamiento del problema.

¿Existen subgrupos de pacientes límites de acuerdo a sus características particulares de temperamento y carácter? Es de esperarse que el uso combinado de dos sistemas diagnósticos aclare y brinde mayor información al respecto, comparándolo con el empleo de un solo método.

V. Objetivos.

1. Determinar los patrones de temperamento y carácter en pacientes con TLP.
2. Encontrar la asociación entre los patrones de temperamento y carácter de los pacientes limítrofes y la cantidad de rasgos de personalidad de los diferentes grupos de TP: A, B y C.

VI. Hipótesis.

1. La cantidad de rasgos de la personalidad del grupo A es inversamente proporcional a los puntajes de DR en los pacientes limítrofes.
2. La cantidad de rasgos de la personalidad del grupo B es directamente proporcional a los puntajes de BN en los pacientes limítrofes.
3. La cantidad de rasgos de la personalidad del grupo C es directamente proporcional a los puntajes de ED en los pacientes limítrofes.

VII. Material y Métodos.

i. Diseño.

Se reclutaron todos los pacientes masculinos y femeninos que acudieron a los servicios de preconsulta, consulta externa u hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente” entre los meses de septiembre del 2001 y marzo del 2003, en los que, a juicio del médico tratante, se sospechó la presencia de un TLP.

ii. Criterios de inclusión:

1. Diagnóstico en eje II de TLP de acuerdo a la (SCID-II).
2. Edad entre 18 y 60 años.
3. Que aceptaran participar en el estudio.

iii. Criterios de exclusión:

1. Pacientes con un cuadro agudo de psicosis, manía, depresión o demencia.

iv. Criterios de eliminación:

1. Pacientes que no finalizaron la evaluación.

v. Variables.

Las variables que se utilizaron fueron los diagnósticos de TP obtenidos con la SCID-II y las puntuaciones de las siete dimensiones de temperamento y carácter obtenidas con el ITC. Ambas evaluaciones fueron aplicadas por el tesista en un solo día. Además de variables demográficas como sexo, edad, estado civil, ocupación y escolaridad, las cuales

se recolectaron el día que se aplicaron los cuestionarios antes mencionados, también se utilizaron los diagnósticos en eje I y III, de acuerdo a lo hallado en el expediente de cada paciente, donde se consideraron estos diagnósticos por el criterio clínico del médico tratante y los estudios pertinentes, respectivamente.

vi. Instrumentos.

1. SCID-II. Esta es una entrevista estructurada conformada por 148 ítems valorados por preguntas abiertas, con las cuales se evalúan nueve probables diagnósticos de TP, el Trastorno de la Personalidad No Especificado y dos diagnósticos propuestos para investigaciones posteriores: Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y Trastorno depresivo de la personalidad.

2. ITC. Consta de 240 preguntas con opciones de falso o verdadero, con las cuales se evalúan las cuatro dimensiones del temperamento y las tres del carácter. Se utilizó la versión traducida al español por Sánchez de Carmona y cols. (1996), en la que, desde el punto de vista psicométrico, se comportó en forma similar a la reportada para la versión original. Otras versiones castellanas como la de Gutiérrez y cols. (2001), tienen el mismo comportamiento que la original, por lo cual se considera que la versión utilizada es válida y confiable.

vii. Análisis estadístico.

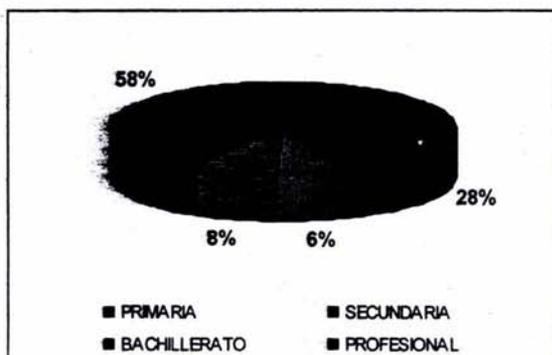
Se realizaron medidas de estadística descriptiva para las variables demográficas. Del SCID-II se obtuvieron el número de rasgos totales y se los dividió a su vez por grupos de TP en rasgos A, B y C. Del ITC se obtuvieron los puntajes de las siete dimensiones de Temperamento y Carácter. Se realizó una correlación con la prueba de Pearson entre el

número de rasgos por grupo y los puntajes de las siete dimensiones antes citadas. Se consideró a las correlaciones como estadísticamente significativas cuando se obtuvo una $p < 0.05$.

VIII. Resultados.

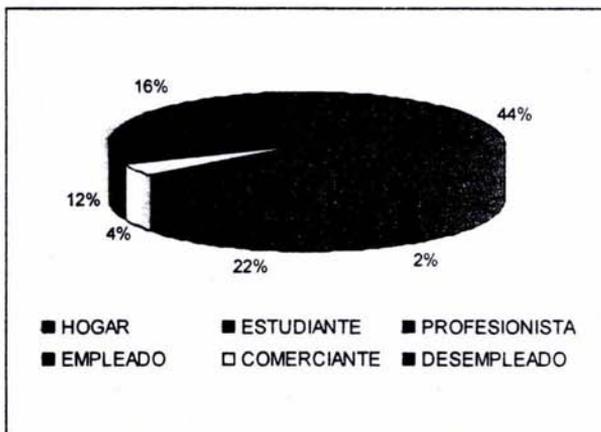
Se entrevistaron 72 pacientes (2 hombres y 70 mujeres). de los cuales, 51 reunieron criterios para un TLP de acuerdo al SCID-II (1 hombre y 50 mujeres). Se decidió eliminar del estudio al paciente masculino por cuestiones estadísticas. Las 50 pacientes restantes tuvieron una edad promedio de 26.46 ± 7.88 años cumplidos al momento de la entrevista. El 58 % (29) tuvo una escolaridad de bachillerato y sólo 28 % (14) habían terminado una carrera profesional (Ver Gráfica 1). En cuanto a la ocupación, el 44 % (22) eran estudiantes, y sólo 2 % (1) se dedicaban a actividades relacionadas con su profesión (Ver Gráfica 2). De acuerdo al estado civil, el 76 % (36) fueron solteras, y sólo 2 % (1) eran viudas o separadas (Ver Gráfica 3).

Gráfica 1. Distribución por escolaridad.

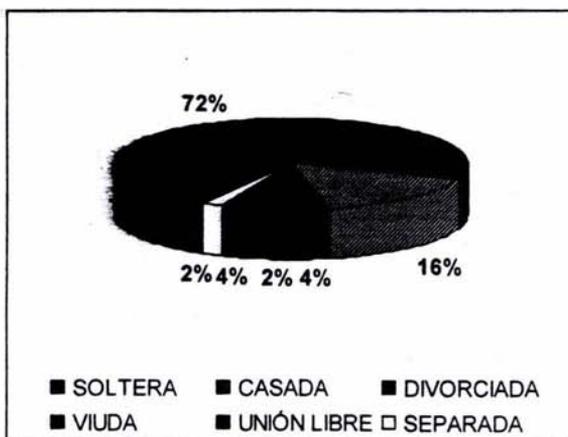


Hubo un total de 98 diagnósticos en eje I, dando un promedio de 1.96 diagnósticos por paciente. Sólo 4 % (2) no tenían diagnóstico en eje I, y 64 % (32) tuvieron dos o más diagnósticos en el mismo eje (Ver Gráfica 4). El 94 % (47) habían

Gráfica 2. Distribución por ocupación.

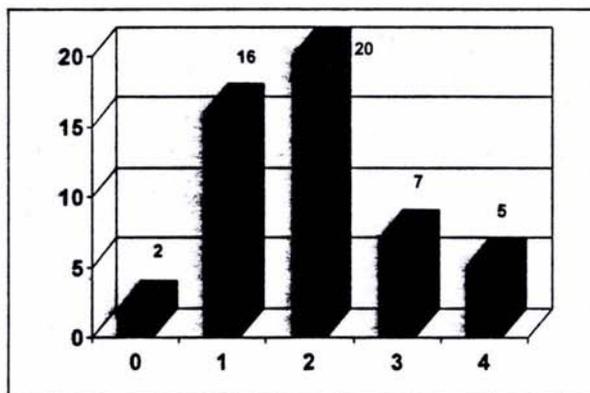


Gráfica 3. Distribución por estado civil.

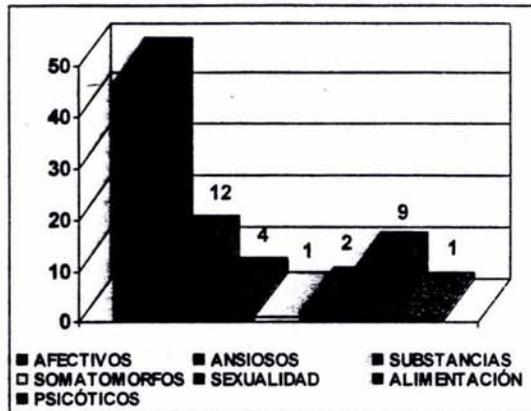


tenido algún TA, y sólo el 2 % (1) había tenido algún Trastorno psicótico o somatomorfo de acuerdo al criterio del médico tratante (Ver Gráfica 5). Los TA más frecuentes fueron el TDM y la Distimia de Inicio Temprano, los cuales se presentaron en el 88 % (44) y 44 % (22) de las pacientes. De los Trastornos de ansiedad, el más frecuente fue el Trastorno de ansiedad generalizada, el cual se diagnosticó en el 10 % (5) de las pacientes. Y para los Trastornos de la alimentación, el más habitual fue la Bulimia Nervosa con una prevalencia del 12 % (6).

Gráfica 4. Distribución por número de diagnósticos en Eje I.

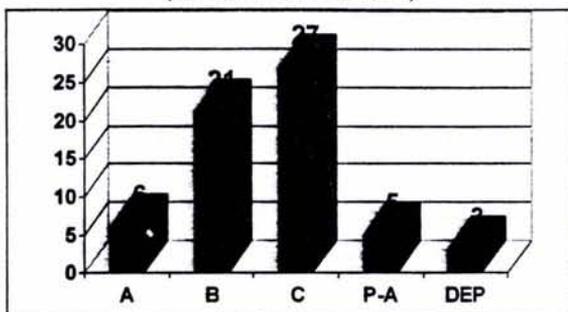


Gráfica 5. Número de pacientes por Trastornos de Eje I.



En cuanto a la comorbilidad en eje II, se dieron un total de 112 diagnósticos, para un promedio de 2.24 TP por paciente; tomando en cuenta el diagnóstico de TLP. De estos, 6 fueron del grupo A, 21 del B, 27 del C y 5 y 3 de los Trastornos Pasivo-Agresivo y Depresivo, respectivamente (Ver Gráfica 6); sin contar el diagnóstico de TLP para cada una de las pacientes. Solamente el 40 % (20) de las pacientes tuvieron exclusivamente el diagnóstico de TLP, y sólo el 6 % (3) cumplió criterios para 4 ó más diagnósticos en eje II aparte del TLP (Ver Gráfica 7). La incidencia de diagnósticos en eje II se muestra en la Tabla 1. Como se menciona en el apartado de análisis estadístico, se correlacionarán el número de rasgos por grupo de TP, estos tuvieron una frecuencia de acuerdo a como se muestra en la Tabla 2.

Gráfica 6. Número de diagnósticos por grupo de Trastornos de la Personalidad.
(sin considerar el TLP)



Gráfica 7. Distribución de pacientes por número de diagnósticos en Eje II.
(sin considerar el TLP)

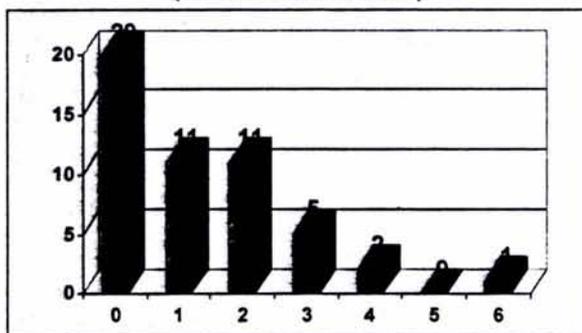


Tabla 1. Incidencia de diagnósticos en Eje II.

Diagnóstico en Eje II	Frecuencia
PARANOIDE	5
ESQUIZOIDE	1
ESQUIZOTIPICO	0
ANTISOCIAL	6
HISTRIONICO	5
NARCISISTA	10
EVITATIVO	10
DEPENDIENTE	5
OBSESIVO-COMPULSIVO	12
PASIVO-AGRESIVO	5
DEPRESIVO	3
Total	62

Tabla 2. Rasgos por grupo de Trastornos de la Personalidad.

	Media (DE)	Rangos
Rasgos grupo A	3.46 (2.40)	0 - 10
Rasgos grupo B	11.48 (4.28)	5 - 24
Rasgos grupo C	5.94 (3.92)	0 - 19

El 40 % (20) de las pacientes presentaron algún diagnóstico en eje III, de los cuales el de mayor frecuencia fue la presencia de paroxismos en el 24 % (12) de los sujetos. En la Tabla 3 observamos la incidencia de diagnósticos en este eje.

Tabla 3. Incidencia de diagnósticos en Eje III.

Diagnóstico en Eje III	Frecuencia
asma bronquial	1
crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas	1
colon irritable	1
disfunción frontotemporal izq.	1
hiperplasia suprarrenal congénita	1
hipotiroidismo	1
migraña	1
obesidad	1
paroxismos	12
urticaria crónica	1

Al comparar las puntuaciones de las escalas de Temperamento y Carácter de las pacientes en estudio con las obtenidas por Sánchez de Carmona y cols. (1996), se observó que nuestros sujetos tuvieron puntuaciones significativamente mayores en las escalas de BN y ED, y menores en las de CO y AD (Ver Tabla 4).

Al realizar la correlación entre el número de rasgos por grupo de TP y la puntuación en las escalas de Temperamento y Carácter con la prueba de Pearson, se observó que hubo correlaciones inversamente proporcionales entre la BN y los rasgos C ($r^2 = -0.473$, $p = 0.001$), la DR y la CO con los rasgos A ($r^2 = -0.382$, $p = 0.006$ y $r^2 = -0.363$, $p = 0.009$, respectivamente), y la CO con los rasgos B ($r^2 = -0.597$, $p < 0.000$). Y una correlación directamente proporcional entre la ED y los rasgos C ($r^2 = 0.388$, $p = 0.005$).

Tabla 4. Escalas de Temperamento y Carácter basadas en el ITC.

ESCALAS DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER	PUNTUACIONES. MEDIA (DE)	POBLACIÓN NORMAL.* MEDIA (DE)	Significancia bilateral (p =)
PERSISTENCIA	4.88 (1.88)	4.7 (1.8)	0.502
BÚSQUEDA DE LA NOVEDAD	22.62 (5.83)	20.2 (5.1)	0.005
EVITACIÓN DEL DAÑO	23.72 (7.63)	12.6 (7.1)	0.000
DEPENDENCIA A LA RECOMPENSA	14.66 (3.98)	13.9 (4.1)	0.183
COOPERATIVIDAD	22.12 (8.07)	28.22 (9.9)	0.000
AUTOTRASCENDENCIA	15.54 (6.43)	16.4 (6.2)	0.349
AUTODIRECCIÓN	17.6 (7.45)	29.9 (10.8)	0.000

* Tomado de Sánchez de Carmona y cols., 1996.

Tabla 5. Correlación entre el número de rasgos por grupo de Trastornos de la Personalidad y la puntuación en las escalas de Temperamento y Carácter.

	RASGOS A	RASGOS B	RASGOS C
PERSISTENCIA	0.058	- 0.191	0.093
BÚSQUEDA DE LA NOVEDAD	- 0.107	0.172	- 0.473 **
EVITACIÓN DEL DAÑO	0.055	- 0.097	0.388 *
DEPENDENCIA A LA RECOMPENSA	- 0.382 *	- 0.109	- 0.162
COOPERATIVIDAD	- 0.363 *	- 0.597 ***	- 0.198
AUTOTRASCENDENCIA	0.068	- 0.220	- 0.143
AUTODIRECCIÓN	- 0.071	- 0.187	- 0.196

Significancia bilateral = * p < 0.01
 ** p < 0.005
 *** p < 0.001

Al comparar las puntuaciones en las escalas de Temperamento y Carácter, entre las pacientes con y sin comorbilidad, se encontró una tendencia a que aquellos con uno o más diagnósticos de TP del grupo A o B tuvieran puntajes inferiores en la escala de CO, en

comparación con los que no tuvieron trastornos de este grupo ($t = 2.517$, $gl = 7.809$, IC 95 % = $0.54 - 12.99$, $p = 0.37$ y $t = 4.172$, $gl = 33.459$, IC 95 % = $4.29 - 12.44$, $p < 0.000$, respectivamente). De la misma forma, en aquellos que no tuvieron algún diagnóstico de TP del grupo C, se observó una tendencia a presentar calificaciones mayores en las escalas de BN y DR ($t = 2.789$, $gl = 39.6$, IC 95 % = $1.21 - 7.58$, $p = 0.008$ y $t = 2.705$, $gl = 39.259$, IC 95 % = $0.74 - 5.12$, respectivamente).

En cuanto a la comorbilidad en Eje I, se halló una tendencia a que los sujetos con algún TA tuvieran puntajes menores en las escalas de PE y AD ($t = -5.493$, $gl = 5.368$, IC 95 % = $-3.43 - -1.28$, $p = 0.002$ y $t = -5.542$, $gl = 3.154$, IC 95 % = $-19.64 - -5.56$, $p = 0.01$, respectivamente). Del mismo modo, para las pacientes con un Trastorno de la alimentación se vio una tendencia a que obtuvieran calificaciones mayores en la escala de ED y menores en la de AD ($t = -3.471$, $gl = 18.59$, IC 95 % = $-10.98 - -2.71$, $p = 0.003$ y $t = 2.979$, $gl = 15.29$, IC 95 % = $1.85 - 11.08$, $p = 0.009$, respectivamente).

IX. Discusión.

De acuerdo a los datos obtenidos de esta muestra de pacientes, observamos que la paciente típica estaba en la tercera década de la vida, con escolaridad terminada de bachillerato, dedicándose al momento de la entrevista a estudiar y con un estado civil de soltera. Aunque algunos investigadores no han hallado relación entre el sexo y el padecer un TLP (Reich 1987 y Golomb y cols., 1995), la poca presencia del sexo masculino en los pacientes referidos para este estudio, podría explicarse por lo hallado en la literatura, donde se tiene constancia de que el TLP es más frecuente entre el sexo femenino (Grilo y cols., 1996).

Es de notable interés el señalar que prácticamente todas (97 %) las pacientes habían tenido o tenían algún TA, predominantemente un TDM. Algunos autores no han encontrado relación entre el TLP y los TA (Oldham y cols., 1995), sin embargo en varios estudios se ha observado un mayor riesgo de presentar algún TA, principalmente TDM o distimia, cuando se posee un TLP (Zanarini y cols., 1989 y Jackson y cols., 1991). Ante este hallazgo común, Gunderson y Phillips (1991), proponen cuatro hipótesis: I. la depresión es primaria y puede producir signos y síntomas de un TLP; II. el TLP es primario y puede producir signos y síntomas de un TA; III. no están relacionados, y IV. están relacionados de una manera inespecífica. Para las cuatro hipótesis hay sustento teórico, clínico y empírico, pero lo que más se ha aceptado es que los pacientes con TLP pueden presentar un TA con características distintas a los sujetos sin ese diagnóstico.

En cuanto a los Trastornos de la alimentación, se ha observado que uno de los TP más frecuentes entre pacientes con Bulimia Nervosa, es el TLP. Como ejemplo podemos citar el estudio encabezado por Bulik (1995), quien halló que el 37 % de las pacientes con este diagnóstico presentaban un TLP, lo cual puede explicarse por la distorsión de la imagen corporal en los sujetos con bulimia y la inestabilidad en el autoconcepto de los pacientes limítrofes.

La presencia de una fuerte comorbilidad en eje II coincide con lo visto en otras investigaciones (Numberg y cols., 1991, Oldham y cols., 1995 y Becker y cols., 2000). La alta incidencia de TP del grupo "ansioso", coincide con lo observado en otros estudios como el de Zanarini y cols. (1998), en donde se encontró que el 75 % de los pacientes limítrofes reunía criterios para un TP de este grupo. El más frecuente, en nuestro caso, fue el Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP), el cual se presentó en el 24 % (12) de las pacientes, y en el estudio citado se encontró que el 20 % de los pacientes con TLP presentaban un TOCP. Estos hallazgos se correlacionan bien con la clínica, pues es bien sabido que los pacientes limítrofes oscilan entre ser altamente dependientes y tratar de huir o evitar la cercanía, así como tener conductas derrotistas o autodestructivas, además de lo contrario: tendencias pasivo-agresivas.

Al ver los TP desde un punto de vista dimensional, es esperable que los pacientes tengan más diagnóstico del grupo B, lo cual se observa en nuestra muestra, pues el 30 % (15) de los sujetos tuvieron otro diagnóstico de personalidad de este grupo aparte del de TLP. Se sabe que estos trastornos comparten algunos rasgos como la impulsividad, la irritabilidad, la agresividad y la despreocupación por sí mismo u otros, en el caso del

Trastorno antisocial, y la envidia, la explotación interpersonal y los ideales ilimitados, en el caso del Trastorno narcisista (Holdwick y cols., 1998).

Al observar la Tabla 3, donde se describe la incidencia de diagnósticos en eje III, resalta la presencia del 24 % (12) de los pacientes con paroxismos, además de sendos casos de crisis convulsivas tónico clónicas y disfunción fronto-temporal izquierda; lo cual nos arroja un total de 28 % (14) de los sujetos con alguna alteración electroencefalográfica. Este dato coincide con lo hallado en la literatura (Andrulonis y cols., 1980 y Streeter y cols., 1995). Incluso Andrulonis y cols. (1982) han propuesto tres subcategorías para los pacientes limítrofes: a) limítrofes sin historia de organicidad; b) limítrofes con historia de una disfunción neurológica secundaria, adquirida por trauma, epilepsia o encefalitis, y c) limítrofes con historia de déficit neurológico durante el desarrollo. Esto coincide con lo observado en la clínica, donde muchas veces, debido a la impulsividad, agresividad y labilidad emocional, debe hacerse el diagnóstico diferencial con algún trastorno secundario a causa médica.

Al observar las calificaciones en las escalas de Temperamento y Carácter, nos percatamos de que nuestros pacientes poseen el patrón ya descrito para este TP en específico: una alta BN y ED y bajas CO y AD (Svrakic y cols., 1993, Goldman y cols., 1994, Maggini y cols., 2000 y Svrakic y cols., 2002) al compararlas con una muestra de la población general (Sánchez de Carmona y cols., 1996). Este patrón de Temperamento y Carácter describe a los pacientes de esta muestra como excitables, extravagantes, hipotímicos, neuróticos, fácilmente estresables, conflictivos, indecisos, aprehensivos y cautos, además de ubicarlos dentro del carácter melancólico, el cual se caracteriza por egoísmo, inmadurez y reactividad emocional, con oscilaciones entre la miseria y avaricia,

ver la vida como una difícil competencia con adversarios hostiles, lo cual los lleva a un inevitable sufrimiento, y por esto generalmente tienen sentimientos de vergüenza, odio y miseria, además de que raramente tienen emociones positivas (Cloninger y cols., 1999). Estas características nos describen perfectamente al paciente limítrofe típico, con la tendencia antes mencionada a tener síntomas depresivos y la dificultad para establecer relaciones interpersonales maduras.

De acuerdo al objetivo principal de este trabajo se realizó la correlación entre las dimensiones de Temperamento y Carácter con el número de rasgos por grupo de TP; con los resultados obtenidos podemos establecer que de acuerdo al predominio de rasgos tipo A, B o C se distinguen tres subgrupos con características temperamentales y caracterológicas diferentes. En el primero vemos a los pacientes limítrofes con preponderancia de rasgos tipo A; en ellos, la presencia de estos rasgos establece una relación inversamente proporcional con la DR y la CO, lo cual nos hace pensar que entre más rasgos de personalidad característicos del grupo A, en comparación con los pacientes de los otros dos grupos, se agudizarían cualidades como el ser socialmente aislados, fríos, prácticos, cerrados y emocionalmente independientes, se diferenciarían por responder a recompensas prácticas como el dinero, pero ser insensibles a reforzamientos sociales y rápidamente hacerse indiferentes, y terminarían actividades o relaciones que no son gratificantes; y caracterológicamente tenderían a ver al mundo y a los demás como enemigos y ajenos a ellos (Cloninger y cols., 1993 y Cloninger y cols., 1999). En estos pacientes podríamos suponer la presencia de algunos rasgos limítrofes como las relaciones

personales inestables, la inestabilidad afectiva y probablemente una mayor propensión a desarrollar síntomas disociativos o micropsicóticos.

En el segundo grupo podríamos encuadrar a los sujetos con predominio de rasgos tipo B, los que acorde con los resultados obtenidos en esta muestra, presentan únicamente una relación inversamente proporcional con la escala de CO, esto es que conforme aumenten cuantitativamente dichos rasgos, la CO sería menor. Esto, de acuerdo a lo visto en otros estudios, acrecentaría la probabilidad de que exista de un TP (Svrakic y cols., 1993), o se incrementaría la gravedad del diagnóstico de TLP, comparados con los sujetos de los otros dos grupos.

Y en el tercer grupo, observamos un patrón diferente al esperado, en donde para los pacientes limítrofes, conforme se elevan los rasgos tipo C, aumenta la ED y disminuye la BN. Lo cual nos indica que podrían ser descritos como más fatigables, inhibidos, pasivos, inactivos, pacientes, callados, introvertidos, estoicos, precavidos, tensos, aprensivos, temerosos, tímidos, reflexivos, rígidos, leales, sobrios, ordenados, persistentes y preocupones, caracterizándose por preocuparse con frecuencia de detalles pequeños y necesitar de un tiempo considerable para tomar decisiones (Cloninger 1987), en comparación con los sujetos de los otros dos grupos. Dentro de este grupo podríamos esperar una menor incidencia de síntomas como impulsividad, autolesiones e ira inapropiada, lo cual coincide con lo propuesto por Cloninger (1988, citado en Skodol y cols., 2002), quien sugiere que lo observado clínicamente como impulsividad-agresividad es una combinación de alta BN y baja ED.

X. Conclusiones.

La dificultad para establecer clasificaciones bien definidas y válidas de la personalidad, nos ha llevado a buscar innumerables aproximaciones, todas las cuales han tenido ventajas y desventajas, dejándonos siempre con la inquietud de llegar a una definición resistente a cualquier argumento contrario. Dentro de este contexto ubicamos el presente trabajo: como un intento más para hallar un enfoque diferente de los TP.

Los datos obtenidos dan argumentos positivos a la teoría propuesta sobre la existencia de subgrupos dentro de los pacientes limítrofes, y nos lleva a confirmar la idea de que al combinar sistemas diferentes para la evaluación de los TP se obtiene una información más amplia de los pacientes. En este caso, al utilizar una aproximación categórica como la del DSM-IV y una dimensional como el modelo psicobiológico de Cloninger, distinguimos que aún en los sujetos que comparten un mismo diagnóstico (el TLP), podemos encontrar diferencias temperamentales y caracterológicas significativas, las cuales pueden llevarnos a considerar diferentes opciones etiológicas, terapéuticas e incluso pronósticas al momento de evaluarlos y tratarlos. Basándonos en estos resultados podríamos aventurarnos a proponer estudios en los que se prueben distintos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos de acuerdo al subgrupo donde se ubiquen determinados pacientes. Por ejemplo, utilizar inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en aquellos donde se observa una ED aumentada, o una aproximación psicoterapéutica para aquellos en los que la única dimensión disminuida, comparándola con los mismos pacientes limítrofes, es la CO. O evitar la psicoterapia grupal en este mismo subgrupo de pacientes, pues una de las

subescalas de la CO es la empatía, lo cual dificultaría la dinámica grupal para este tipo de sujetos.

Una de las limitaciones más importantes del presente estudio es el pequeño número de pacientes, lo cual nos impide realizar un análisis más detallado de otros factores que podrían influir en la presencia o ausencia de los rasgos de personalidad, como podrían ser la comorbilidad en Eje I o el estudiar la relación entre los rasgos del TLP de cada paciente y los de tipo A, B y C. Pero podría ser una propuesta para estudiar este diagnóstico desde otro punto de vista, con lo cual esperaríamos encontrar más información del mismo y mejores opciones de diagnóstico y tratamiento.

Un aspecto importante de los estudios en los que se intenta validar los subtipos y categorías diagnósticas es la persistencia de estos a través del tiempo, por lo que sería importante hacer una evaluación longitudinal, donde se valore la persistencia de los diagnósticos, tanto el de TLP, los otros TP y las características temperamentales y caracterológicas, con lo cual se fortalecerían los hallazgos de este estudio y se confirmaría de nuevo nuestra hipótesis o nos harían ver los cambios en cada sujeto. De la misma forma, para confirmar las cualidades de cada subgrupo, podríamos incluir dentro del análisis los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos proporcionados a cada paciente, además de la respuesta a los mismos. También sería relevante observar la evolución en cuanto a gravedad y consecuencias del padecimiento, tomando en cuenta algunos parámetros como número de hospitalizaciones, persistencia o cambios en los diagnósticos de eje I, intentos suicidas y conductas autolesivas.

Otra aproximación interesante sería el observar las variaciones en rasgos específicos de la personalidad, como la impulsividad-agresividad, inestabilidad afectiva o síntomas disociativos y micropsicóticos, de acuerdo a los mismos subgrupos encontrados.

También podría formarse otro subgrupo con los pacientes que no cumplen con los criterios para un TLP pero que presentan algunos rasgos limítrofes y compararlo con cada uno de los subgrupos propuestos, lo cual podría aportar argumentos a la validación de nuestro modelo y al TLP en particular.

En fin, pensamos que los hallazgos abren opciones para el estudio de los pacientes con TLP y contribuyen a esclarecer las diferencias propias de los sujetos con este padecimiento, además de brindar ideas para dilucidar la etiología de este trastorno.

XI. Bibliografía.

1. Alnæs, R. y Torgersen, S. DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr. Scand.* 1988; 78 : 348 – 355.
2. Andrulonis, P. A., Glueck, B. C., Stroebel, C. F. y Vogel, N. G. Borderline personality subcategories. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1982; 170: 670 – 679.
3. Andrulonis, P. A., Glueck, B. C., Stroebel, C. F., Vogel, N. G., Shapiro, A. L. y Aldridge, D. M. Organic brain dysfunction and the borderline syndrome. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1980; 4: 47 – 66.
4. Asociación Psiquiátrica Americana. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, D.C. 1952.
5. Asociación Psiquiátrica Americana. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-II. Washington, D.C. 2a ed. 1968.
6. Asociación Psiquiátrica Americana. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III. Washington, D.C. 3a ed. 1980.
7. Asociación Psiquiátrica Americana. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III-R. Washington, D.C. 3a ed. Revisada. 1987.
8. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Ed. Masson. Barcelona, España, 1994.
9. Battaglia, M., Przybeck, T. R., Bellodi, L. y Cloninger, C. R. Temperament Dimensions Explain the Comorbidity of Psychiatric Disorders. *Comp. Psychiatry* 1996; 37(4): 292 – 298.
10. Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S. y McGlashan, T. H. Comorbidity of Borderline Personality Disorder With Other Personality Disorders in Hospitalized Adolescents and Adults. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 2011 – 2016.
11. Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Joyce, P. R. y Carter, F. A. Temperament, Character, and Personality Disorder in Bulimia Nervosa. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995; 183: 593 – 598.
12. Caraveo-Anduaga, J., Medina-Mora, M.E., Rascón, M.L., Villatoro, J., Martínez-Velez, A. y Gómez, M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental* 1996; 19 (3): 14 –21.
13. Clark, L. A. Dimensional Approaches to Personality Disorder Assessment and Diagnosis: En: *Personality and Psychopathology*. (Cloninger, C. R. ed.). American Psychiatric Press. Washington, D.C. 1999.
14. Clarkin, J. F., Hull, J. W., Cantor, J. y Sanderson, C. Borderline personality disorder and personality traits: A comparison of SCID-II BPD and NEO-PI. *Psychological Assessment* 1993; 5 (4): 472 – 476.
15. Cloninger, C. R. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. A Proposal. *Arch. Gen. Psychiatry* 1987; 44: 573 – 588.
16. Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. A psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50: 975 – 990.
17. Cloninger C. R., Svrakic, D. M., Bayon, C. y Przybeck, T. R. Measurement of Psychopathology as Variants of Personality. En: *Personality and Psychopathology*. (Cloninger, C. R. ed.). American Psychiatric Press. Washington, D.C. 1999.

18. Egan J. Treatment of Borderline Conditions in Adolescents. *J. Clin. Psychiatry* 1988; 49 (9 supl.): 32 – 35.
19. Gabbard, G.O. *Psychoanálisis*. En: Kaplan & Sadock's. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7ª ed. en CD-ROM.
20. Goldman, R. G., Skodol, A. E., McGrath, P. J. y Oldham, J. M. Relationship Between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R Personality Traits. *Am. J. Psychiatry* 1994; 151: 274 – 276.
21. Golomb, M., Fava, M., Abraham, M. y Rosenbaum, J. F. Gender Differences in Personality Disorder. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 579 – 582.
22. Grain, P. y Lemus, V. Prevalencia del trastorno limite de la personalidad. Tesis de licenciatura. Universidad Intercontinental. México, 1999.
23. Grilo, C. M., Becker, D. F., Fehon, D. C., Walker, M. L., Edell, W. S. y McGlashan, T. H. Gender Differences in Personality Disorders in Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 1089 – 1091.
24. Gunderson, J. G. y Phillips, K. A. A Current View of the Interface Between Borderline Personality Disorder and Depression. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 967 – 975.
25. Higgitt, A. y Fonagy, P. Psychotherapy in the borderline and narcissistic personality disorders. *Br. J. Psychiatry* 1992; 161: 23 – 43.
26. Holdwick, D. J., Hilsenroth, M. J., Castlebury, F. D. y Blais, M. A. Identifying the Unique and Common Characteristics Among the DSM-IV Antisocial, Borderline, and Narcissistic Personality Disorders. *Comp. Psychiatry* 1998; 39 (5): 277 – 286.
27. Jackson, H. J., Whiteside, H. L., Bates, G. W., Bell, R., Rudd, R. P. y Edwards, J. Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 83: 206 – 213.
28. Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica*. Ed. Médica Panamericana, Madrid, España, 1999. 8a ed. 1589 pp.
29. Kernberg, O. Borderline personality organization. *J. Am. Psychoanalytic Ass.* 1976a; 24: 641 – 685.
30. Kernberg, O. Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *J. Am. Psychoanalytic Ass.* 1976b; 24: 795 – 829.
31. Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N. y Gotlib, I. H. Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder in a Community Sample: Predictors of Recurrence in Young Adults. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 1584 – 1591.
32. Loranger, A. W. *Categorical Approaches to Assessment and Diagnosis of Personality Disorders*. En: *Personality and Psychopathology*. (Cloninger, C. R. ed.). American Psychiatric Press. Washington, D.C. 1999.
33. Maggini, C., Ampollini, P., Marchesi, C., Gariboldi, S. y Cloninger, C. R. Relationships Between Tridimensional Personality Questionnaire Dimensions and DSM-III-R Personality Traits in Italian Adolescents. *Comp. Psychiatry* 2000; 41 (6): 426 – 431.
34. Mulder, R. T., Joyce P. R. y Cloninger, C. R. Temperament and Early Environment Influence Comorbidity and Personality Disorders in Major Depression. *Comp. Psychiatry* 1994; 35(3): 225 – 233.
35. Mulder, R. T., Joyce, P. R., Sullivan, P. F., Bulik, C. M. y Carter, F. A. The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psych. Med.* 1999; 29: 943 – 951.

36. Nurnberg, G., Raskin M., Levine, P. E., Pollack, S., Siegel, O. y Prince, R. The Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Other DSM-III-R Axis II Personality Disorders. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148 (10): 1371 – 1377.
37. Onchev, G. y Ganey. K. Borderline Personality Disorder in Bulgaria: Period Prevalence, Síndrome Validity, and Comorbidity. *Eur. J. Psychiat.* 2000; 14 (1): 26 – 31.
38. Oldham, J. M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Doidge, N., Rosnick, L. Y Gallaher, P. E. Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152 (4): 571 – 578.
39. Oldham, J. M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Rosnick, L. Y y Davies, M. Diagnosis of DSM-III-R Personality Disorders by Two Structures Interviews: Patterns of Comorbidity. *Am. J. Psychiatry* 1992; 149: 213 – 220.
40. Páez, F., Rodríguez, R., Pérez, V., Colmenares, E., Coello, F, Apiquián, R., Dickinson, M. E., Ponce Rosas, R. y Nicolini, H. Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad. Resultados de un estudio piloto. *Salud Mental V.* 1997; 20 (supl. Oct.): 19 – 23.
41. Reich, J. Sex Distribution of DSM-III Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *Am. J. Psychiatry* 1987; 144: 485 – 488.
42. Sánchez de Carmona, M., Páez, F., López, J. y Nicolini, H. Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental* 1996; 19 (sup): 5 – 9.
43. Senol, S., Dereboy, C. y Yuksel, N. Borderline disorder in Turkey: a 2 to 4-year follow-up. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1997; 32: 109 – 112.
44. Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B. y Widiger, T. A. The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol. Psychiatry* 2002; 51: 951 – 963.
45. Snyder, S., Pitts, W. M., Goodpaster, W. A., Sajadi, C. y Gustin, Q. MMPI Profile of DSM-III Borderline Personality Disorder. *Am. J. Psychiatry* 1982; 139: 1046 – 1048.
46. Stone, M.H. The borderline syndrome: evolution of the term, genetic aspects and prognosis. *Am. J. Psychotherapy* 1977; 331: 345 – 365.
47. Streeter, C. C., Van Reekum, R., Shorr, R. I. y Bachman, D. L. Prior Head Injury in Male Veterans with Borderline Personality Disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995; 183: 577 – 581.
48. Surós Batlló, J. y Surós Batlló, A. *Semiología médica y técnica exploratoria*. Ed. Salvat, México, D.F., 1994. 7ª ed. 1070 pp.
49. Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R. y Cloninger, C. R. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 106: 189 – 195.
50. Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R. y Cloninger, C. R. Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50: 991 – 999.
51. Wilberg, T., Urnes, O., Friis, S., Peclersen, G. y Karterud, S. Borderline and avoidant personality disorders and the five-factor model of personality: A comparison between DSM-IV and NEO-PI. *J. Personality Disorders* 1999; 13 (3): 226 – 240.
52. Wolff, W. *Introducción a la psicología*. Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1986. Tdr.: Pascual del Roncal, F. 22ª reimpresión. 369 pp.

53. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E.D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. y Reynolds, V. Axis II Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Comp. Psychiatry* 1998; 39 (5): 296 – 302.
54. Zanarini, M. C., Gunderson, J. G. y Frankengurg, F. R. Axis I Phenomenology of Borderline Personality Disorder. *Comp. Psychiatry* 1989; 30 (2): 149 – 156.
55. Zweig-Frank, H. y Paris. J. The five-factor model of personality in borderline and nonborderline personality disorders. *Can. J. Psychiatry* 1995; 40 (9): 523 – 526.