



Álvaro Frías  
(Editor)

VIVIR CON  
*una persona con*  
TRASTORNO  
LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD

Una guía clínica para familiares y allegados

3<sup>a</sup> edición

*Serendipit*

DESCLÉE DE BROUWER

Álvaro Frías Ibáñez  
(Editor)

VIVIR CON UNA PERSONA  
CON TRASTORNO LÍMITE  
DE LA PERSONALIDAD

Una guía clínica para familiares y allegados

3ª edición

**Desclée De Brouwer**

1ª edición: marzo 2019

2ª edición: marzo 2020

3ª edición: enero 2022

© Editor: Álvaro Frías Ibáñez, 2019

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2019

Henao, 6 – 48009 Bilbao

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

[info@edesclée.com](mailto:info@edesclée.com)

[info@edesclée.com](mailto:info@edesclée.com)

Facebook: EditorialDesclée

Twitter: @EdDesclée

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –[www.cedro.org](http://www.cedro.org)–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

*Printed in Spain*

ISBN: 978-84-330-3042-9

Depósito Legal: BI-352-2019

Impresión: Grafo, S.A. - Basauri

# ÍNDICE

Colaboradores .....	13
Prólogo .....	17
PARTE I: CONOCER EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL FAMILIAR .....	21
Características clínicas .....	23
<i>Álvaro Frías, Carol Palma, Helena Hidalgo y Meritxell Antón</i>	
Funcionalidad socio-familiar y otras áreas de desarrollo vital .....	29
<i>Álvaro Frías, Helena Hidalgo, Laia Solves e Inés Muñoz-Cobos</i>	
Papel de la familia en el origen y curso del trastorno .....	39
<i>Álvaro Frías, Mariona Roca, Helena Hidalgo y Laia Solves</i>	
Rol e implicación de la familia en el tratamiento .....	53
<i>Álvaro Frías, Inés Muñoz-Cobos, Mariona Roca, Isabel Alonso y Anna Horta</i>	

PARTE II: IMPACTO EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES Y ESTRATEGIAS DE AUTOGESTIÓN. . . . .	63
Culpabilidad . . . . .	65
<i>Álvaro Frías, Ferrán Aliaga, Mariona Roca y Elena Aluco</i>	
Negación y represión emocional. . . . .	75
<i>Álvaro Frías, Carol Palma y Elena Aluco</i>	
Miedo e irritabilidad . . . . .	87
<i>Álvaro Frías, Núria Farriols y Ferrán Aliaga</i>	
Agotamiento emocional . . . . .	101
<i>Álvaro Frías, Ana Salvador y Elena Aluco</i>	
Pena, enfado y ambivalencia emocional . . . . .	111
<i>Álvaro Frías, Ana Salvador y Ferrán Aliaga</i>	
Trastornos mentales en los familiares . . . . .	121
<i>Álvaro Frías, Carol Palma y Meritxell Antón</i>	
PARTE III: SITUACIONES PROBLEMÁTICAS COMUNES Y PAUTAS DE AFRONTAMIENTO . . . . .	127
Pensamiento y conducta (para)suicida. . . . .	129
<i>Álvaro Frías, Carol Palma y Sara Navarro</i>	
Agresividad manifiesta y conductas pasivo-agresivas . . . . .	139
<i>Álvaro Frías, Carol Palma y Ana Salvador</i>	
Crisis de pánico y conversivas. . . . .	151
<i>Álvaro Frías, Ferrán Aliaga y Meritxell Antón</i>	



## ÍNDICE

Picos depresivos.....	159
<i>Álvaro Frías, Carol Palma y Sara Navarro</i>	
Restricción alimentaria y/o atracones .....	171
<i>Álvaro Frías, Carol Palma y Pilar Liria</i>	
Dependencia y vínculo ambivalente .....	181
<i>Álvaro Frías, Ferrán Aliaga y Pilar Liria</i>	
Secuelas postraumáticas por abuso sexual infantil.....	193
<i>Álvaro Frías, Ana Salvador y Pilar Liria</i>	
Bibliografía .....	205



## COLABORADORES

**Isabel Alonso Fernández**

Médico psiquiatra

Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró  
(Barcelona)

**Ferrán Aliaga Gómez**

Psicólogo clínico

Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró  
(Barcelona)

**Elena Aluco Sánchez**

Psicóloga clínica

Servicio de Salud Mental y Adicciones. Consorci Sanitari de Terrassa  
(Barcelona)

**Meritxell Antón Soler**

Psicóloga interna residente

Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró  
(Barcelona)



**Núria Farriols Hernando**

Psicóloga clínica y doctora en Psicología. Profesora titular de Psicología, FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon Llull (Barcelona)

Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró (Barcelona)

**Helena Hidalgo Culubret**

Psicóloga general sanitaria

Doctoranda en FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon-Llull (Barcelona)

**Anna Horta Llovet**

Médico psiquiatra

Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró (Barcelona)

**Pilar Liria Plañiol**

Psicóloga general sanitaria

Consulta privada (Valencia)

**Inés Muñoz-Cobos Liria**

Psicóloga y psicoterapeuta sistémica

Consulta privada (Valencia)

**Sara Navarro Gómez**

Psicóloga general sanitaria

Doctoranda en FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon-Llull (Barcelona)

**Carol Palma Sevillano**

Profesora de Psicología y doctora en Psicología

FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon-Llull (Barcelona)

Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró (Barcelona)





## COLABORADORES

### **Mariona Roca Santos**

Psicóloga general sanitaria

Doctoranda en FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon-Llull  
(Barcelona)

### **Ana Salvador Castellano**

Psicóloga clínica

Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) – Parc de Salut Mar  
(Barcelona).

### **Laia Solves Parera**

Psicóloga interna residente

Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró  
(Barcelona)



## PRÓLOGO

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un problema mental grave que afecta al 2% de la población general adulta. Los síntomas son muy variados y generan sufrimiento al que lo padece y a las personas que le rodean. Los familiares y allegados cercanos al paciente suelen sentirse desconcertados por lo que sucede, no sabiendo además cómo actuar ante las diferentes situaciones que se presentan, muchas de ellas de una gran complejidad (por ej., amenazas suicidas). A su vez, el entorno puede arrastrar sus propios problemas emocionales (por ej., cuadros ansiosos) o bien desarrollarlos como consecuencia de la gestión de esta difícil coyuntura familiar. Estos padecimientos pueden limitar el adecuado y sano afrontamiento de las difíciles situaciones que se plantean en la convivencia con alguien diagnosticado de TLP.

Siendo esta una realidad suscrita por una mayoría de clínicos, lo cierto es que, hasta el momento, la familia ha quedado relegada a un segundo plano por parte de los tratamientos empíricamente validados para el TLP. Esto no quiere decir que, en el día a día, el entorno no participe de alguna manera en la psicoterapia convencional (por



ej., grupos de familiares), pero ciertamente dista mucho de ocupar el papel que le corresponde considerando su relevancia en la evolución del trastorno del allegado. Es importante resaltar que los familiares que acuden en algún momento a la psicoterapia de una persona con TLP representan una parte del espectro total de allegados. Básicamente, son lo que podría denominarse familiares cuidadores, los cuales han mostrado en algún momento preocupación e interés en querer ayudar al familiar con TLP, independientemente de la mayor o menor fortuna en su empeño. Este perfil de familiares dista mucho de otros miembros potenciales del entorno que pudieran estar alejados del paciente desde hace mucho tiempo por multitud de causas. Partiendo de esta distinción, el presente texto nace de la necesidad de dotar a estos familiares y allegados cuidadores de una herramienta adicional que les ayude a entender y/o solucionar una mayor parte de las cuestiones planteadas en consulta. En concreto, este libro pretende dar respuesta a tres grandes objetivos: informar sobre el TLP desde un punto de vista científico-práctico, dar pautas para la autogestión emocional y, por último, aportar estrategias específicas para hacer frente a las situaciones clínicas cotidianas. La necesidad de responder a estas cuestiones es perentoria considerando que las familias de los pacientes con TLP apenas disponen de libros que les doten de una guía clínica a partir de la cual poder contribuir positivamente a la evolución del trastorno. Con todo, debe quedar claro que este texto no pretende ser un sustituto de los consejos y asesoramiento que los familiares puedan recibir por parte del psicoterapeuta del allegado con TLP. Más bien deseamos que sea un complemento adecuado para el tratamiento estándar, dadas las limitaciones temporales que la psicoterapia convencional concede a las familias en una mayor parte de los casos que se abordan en la práctica clínica, a excepción de planteamientos teóricos de tipo sistémico.

En base a este marco conceptual, el presente texto se ha dividido en diferentes secciones. En el primer apartado se aporta infor-



mación específica acerca del TLP (psicoeducación), especialmente en los ámbitos en los que se pueden ver involucrados los familiares de alguien con TLP (por ej., ¿cuál es el papel de la familia en el origen del TLP?). En el segundo apartado se describen los diferentes problemas emocionales que pueden ser experimentados por el familiar en el contexto de su convivencia con el paciente (por ej., culpa, irritabilidad). Del mismo modo, se aportan pautas tanto para su autogestión como para que no repercutan de manera negativa en el curso del trastorno del paciente. En el tercer apartado se tratan diversas situaciones complejas que pueden acontecer en el día a día con un familiar con TLP (por ej., amenazas suicidas). Al respecto, se ofrecen estrategias para su manejo, incidiendo tanto en lo que conviene como en lo que no conviene hacer. A lo largo del libro, se ha hecho uso de un lenguaje claro, específico y didáctico con la finalidad de que los familiares tengan muy presente su actuación valorando el qué, cómo, cuándo y para qué. Con ello, lo que buscamos es que sean cada vez más expertos en manejar los diferentes retos que plantea la convivencia con una persona con TLP. No queremos dotar de sabiduría sin más, sino aportar consejos realistas y prácticos para los problemas de su día a día.

Esperamos que este texto pueda resultar de interés para una mayoría de familiares y allegados. Si con ello os ayudamos a que tengáis más conocimiento, apoyo, esperanza y herramientas para la convivencia diaria, habremos hecho realidad la motivación que nos ha llevado a escribirlo.

Álvaro Frías, julio del 2018



# I

## CONOCER EL TRASTORNO LÍMITE DESDE LA PERSPECTIVA DEL FAMILIAR

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico que afecta en torno al 2% de la población general adulta. Su prevalencia en muestras psiquiátricas es todavía mayor, representando el 10% de los pacientes ambulatorios que son atendidos en los centros de salud mental, así como el 20% entre los pacientes agudos que son tratados en unidades de hospitalización psiquiátrica. Se cree que no hay diferencias de género en cuanto a su prevalencia en la población general adulta. Sin embargo, suele ser más diagnosticado en mujeres que en hombres (8:1) entre aquellos usuarios que son atendidos en los centros de salud mental. Una hipótesis planteada para explicar esta discrepancia sería que muchos hombres con TLP “grave” presentarían rasgos antisociales adicionales (por ej., falta de empatía, actos delictivos), siendo por ello su presencia más prominente en prisiones (muestras penitenciarias) que en muestras psiquiátricas ambulatorias.

El diagnóstico de TLP debe ser realizado por especialistas clínicos (psicólogos, psiquiatras) mediante el uso de entrevistas clínicas. El paciente debe cumplir unos criterios clínicos, tal y como son defi-



nidos en las manuales de referencia. Los principales sistemas de clasificación vigentes son la *International Classification of Diseases, chapter V* (ICD-10, 1992) y la *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5, 2013). En ambos tipos de manuales, el TLP queda englobado en los denominados trastornos de la personalidad. Partiendo de que todo ser humano tiene una forma de ser (rasgos o estilo de la personalidad), hablaríamos de trastorno de la personalidad cuando la manera habitual de actuar, pensar y sentir genera sufrimiento a uno mismo y/o a los que le rodean, a la par que le comporta limitaciones en la consecución de vínculos sanos y en el desarrollo adaptativo de otros hitos vitales (por ej., trabajo).

La diferencia entre una personalidad saludable (estilo/rasgos de la personalidad) y otra no saludable (trastorno de la personalidad) es, ante todo, una cuestión de grado. Todos tendemos a ser de una manera determinada pero, dependiendo de la intensidad y rigidez de esa manera de ser, nos hallaremos dentro o fuera del rango patológico. Por ejemplo, ser algo impulsivo puede ser sumamente adaptativo en muchas esferas vitales (por ej., para ligar o conocer gente nueva, al actuar en trabajos que requieren determinación o decisión); sin embargo, ser demasiado impulsivo o no discriminar entre ambientes puede ser absolutamente desadaptativo (por ej., conducir rápido en una carretera mojada, enfrentarse al jefe sin meditar las palabras).

Cuando hablamos, además, de TLP estamos indicando que esa manera de ser desadaptativa tiene unas particularidades que la diferencian de otros trastornos de la personalidad. En general, los estudios vienen a señalar que las características clínicas generales que representan el TLP son: alta inestabilidad emocional (por ej., alterancia entre estados emocionales, incluso en cuestión de horas), impulsividad extrema (incluyendo otros problemas asociados como el abuso de drogas, compras compulsivas, atracones de comida, etc.) y un patrón alterado en la manera de vincularse con los demás (por



ej., dependencia emocional, desconfianza, relaciones basadas en la alternancia entre la idealización y la devaluación).

Algunos autores incluyen una cuarta característica denominada problemas de identidad. Esta variable viene a representar mejor que ninguna otra la complejidad, inconsistencia y aparente contradicción de la mente de una persona con TLP. Básicamente, estas personas tienden a no tener una visión coherente e integrada de los otros (por ej., “la gente es buena”) y de ellos mismos (por ej., “soy listo/a”). Popularmente se diría que tienen “múltiples personalidades”, pero los expertos tienden a llamarlo estados del Yo, disociación estructural o escisión. Cada uno de estos estados del Yo comprende un conjunto de pensamientos, sentimientos y maneras de actuar determinados. Según la situación del momento, un estado del Yo se puede activar, mientras que al cabo de unas horas, puede sucederse otro. A los ojos del familiar, un estado del Yo puede resultar propio de alguien dócil, accesible y que busca cariño. Sin embargo, al cabo de unas horas, la persona con TLP puede “mostrar otra cara” mucho más autosuficiente, arisca y despreciativa. Como consecuencia de esta inconsistencia temporal, generalmente los familiares acaban desconcertados y sienten que, hagan lo que hagan, no es suficiente. Además, dos (o más) estados del Yo pueden solaparse y lidiar entre ellos en relación a un “objeto” en el mismo momento (por ej., pueden amar y odiar a un familiar a la vez). En conjunto, todo ello hace que el entorno perciba a las personas con TLP como individuos impredecibles, caóticos, contradictorios, capaces de lo mejor y de lo peor, apasionados, sufridores, etc.

Siguiendo la DSM-5, actualmente, el diagnóstico de TLP puede realizarse en adolescentes de entre 15 y 17 años, siempre y cuando los síntomas se presenten durante, al menos, un año seguido y no puedan ser completamente explicados por otro trastorno mental. No obstante, conviene ser precavido con su etiquetaje en esta rango de edad, ya que, en al menos un tercio de dichos pacientes, los síntomas se autolimitan a la adolescencia y principios de la adultez





temprana. Por norma, las características propias de la adolescencia (por ej., rebeldía ante la autoridad, dependencia del grupo de iguales, conductas de riesgo) pueden parecerse en un grado menor al TLP. De hecho, no son pocos los autores que se refieren a este trastorno como una especie de adolescencia patológica perpetua. Con todo, el objetivo de un diagnóstico precoz no es tanto encasillar al menor en cuestión, como implementar intervenciones preventivas para reducir el riesgo de cronicidad una vez entrada la adultez. Este propósito es muy relevante considerando que la demora en recibir un diagnóstico certero de TLP se extiende habitualmente a unos 7-10 años desde la primera visita realizada en Salud Mental.

Con frecuencia, diagnósticos tales como la depresión mayor, los abusos de drogas y los trastornos de la conducta alimentaria esconden y acompañan la realidad de alguien que lleva arrastrando desde tiempo atrás un TLP. Se ha demostrado que la demora en el diagnóstico es un factor de mal pronóstico, ya que no facilita el acceso inmediato a los recursos psicoterapéuticos para hacer frente a este problema. Es sabido que la presencia de otros trastornos mentales es la norma y no la excepción en personas con TLP, representando muchas veces la punta de dicho *iceberg*. Por otro lado, conviene referir que las personas jóvenes (16-30 años) con TLP suelen ser mucho más impulsivas que sus homólogos de más edad (50 años o más). Esto, básicamente, se explica por los cambios biológicos dependientes del periodo madurativo, de manera que se produce un decaimiento de la impulsividad a medida que se van cumpliendo años, sobre todo a partir de los 50 años. Por el contrario, la inestabilidad emocional y el patrón alterado en las relaciones interpersonales suele ser más crónico y se observa igualmente en las personas con TLP de edad avanzada. Esto no quiere decir que alguien diagnosticado con TLP en la adultez temprana obligadamente siga cumpliendo criterios DSM-5 o ICD-10 en la adultez avanzada. De hecho, una mayoría de los estudios de seguimiento a largo plazo viene a señalar que al menos el



50-70% de las personas que reciben inicialmente este diagnóstico no lo presentan cuando son reevaluadas al cabo de 10-15 años.

Con todo, la realidad clínica viene a puntualizar que una cosa es no cumplir criterios diagnósticos y otra cosa muy distinta es seguir presentando síntomas subclínicos a largo plazo, intermitentes o continuos, que igualmente pueden generar una importante limitación funcional, máxime si no son tratados con psicoterapia prolongada. Por tanto, conviene diferenciar entre recuperación clínica (sintomática) y recuperación funcional. Desde esta perspectiva, hay que considerar el TLP como un trastorno a “gestionar” durante toda la vida, pero del que puede obtenerse una relativa estabilidad, especialmente aquellas personas que no tienen complicaciones severas con otros trastornos psiquiátricos y gozan de una cierta estabilidad en el núcleo primario de apoyo (pareja, hijo/as, padres, amigo/as).

El diagnóstico de TLP ha sido y es objeto de controversia. Muchos debates científicos y pseudocientíficos han planteado la inexistencia de este trastorno psiquiátrico, sosteniendo que es una especie de cajón de sastre. Otros especialistas y bastantes pacientes no dudan de su existencia, pero cuestionan su actual ubicación nosológica. Sobre esta cuestión, se ha señalado que los pacientes que presentan características propias del TLP pertenecerían realmente, al espectro de trastornos bipolares más que al grupo de trastornos de la personalidad *per se*. Como crítica a este planteamiento, cabría señalar que la inestabilidad emocional observada en una persona con TLP suele depender mayoritariamente de la gestión de las relaciones interpersonales, en comparación al curso relativamente autónomo de los cambios anímicos propios de las personas con trastorno bipolar. No obstante, para complicar esta diferenciación, hay que advertir que el 10-15% de las personas con TLP pueden presentar un diagnóstico comórbido (simultáneo) de trastorno bipolar.

