



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD LÍMITE ¿HERENCIA O AMBIENTE?

Francisco Miguel Fenollar Iváñez; Virginia Redondo Redondo; Ana Belén Martí Martínez; María Paz Castillo Alarcón; Mehdi Ziadi Trives; Purificación Carricajo Lobato; Cristina García Núñez.

Hospital General Universitario de Elche, Alicante

francisco.fenollar@hotmail.es

RESUMEN:

Nos planteamos hacer una revisión sobre el tan controvertido tema de la influencia de la genética y el ambiente en la génesis de un trastorno de la personalidad, a partir de un caso de una paciente de 15 años que llega a la Unidad de Hospitalización Infantojuvenil con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad tras un gesto autolítico por ingesta medicamentosa. Como antecedentes personales psiquiátricos destacamos que ha realizado cinco gestos autolíticos previos, cuatro con ingesta de fármacos y uno con cortes en miembros superiores. Como antecedentes familiares destaca que seis miembros de su familia tanto materna como paterna, se han suicidado, cinco ahorcados y uno precipitado, su abuela materna ha tenido depresiones resistentes que han requerido de TEC, un tío tiene esquizofrenia. En la entrevista la paciente está colaboradora, adecuada, abordable, reconoce que tiene muchos problemas para contener la impulsividad y sus repentinos cambios de ánimo. Este funcionamiento le ha llevado a la lo largo de su vida a realizarse autolesiones de forma frecuentes y no tolerar la frustración. En el trabajo se explicará el manejo hospitalario y el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de la paciente en detalle, así como una discusión de cómo ha podido influir la familia tanto por herencia genética como por las conductas inculcadas en la paciente tanto de forma directa como indirectamente.

A pesar del interés que ha despertado la personalidad a lo largo de la historia, se ha progresado poco en la comprensión de los trastornos de la personalidad, es decir, aquellos patrones de conducta que se caracterizan por un profundo y persistente malestar emocional, alteración de las relacionales interpersonales, del funcionamiento laboral y alta comorbilidad con otras patologías psiquiátricas. Estas alteraciones provocan un gran consumo de recursos sanitarios tanto a nivel de urgencias hospitalarias, como a nivel de alta frecuentación de los centros de salud mental. Es por ello que suscita nuestro interés, y a partir de un caso que tratado en nuestra Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantojuvenil, nos planteamos la necesidad de realizar una revisión acerca del Trastorno Límite de Personalidad, centrándonos principalmente en la influencia de la genética y del ambiente o entorno en la génesis de dicho trastorno.

La descripción adecuada de las interacciones gen-ambiente requiere conocer como el riesgo relativo de presentar la enfermedad es modificada por la presencia o ausencia de cada uno de los factores.

Descrito ya el motivo de nuestro estudio, nos adentramos a describir el caso en cuestión que nos ha llevado a realizarlo. La paciente es una adolescente de 15 años de edad que llega a la Unidad de Hospitalización Infantojuvenil con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad tras un gesto autolítico por ingesta medicamentosa.

Como antecedentes personales observamos un parto y desarrollo psicomotor normal, no objetivamos enfermedades médicas ni quirúrgicas de interés.

Como antecedentes psiquiátricos destacamos que ha realizado cinco gestos autolíticos previos, cuatro con ingesta de fármacos y uno con cortes en muñecas, durante el último año; un alto nivel de impulsividad y mucha dificultad en las relaciones interpersonales que han llevado el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

La unidad familiar está constituida por los padres (desarrollando ambos una actividad laboral poco cualificada) y dos hermanos mayores de 17 y 20 años. Como antecedentes familiares destaca que seis miembros de su familia tanto materna como paterna, se han suicidado, cinco ahorcados y uno precipitado, su abuela materna ha tenido depresiones resistentes que han requerido de TEC, un tío padece Esquizofrenia.

En el curso clínico observamos que durante el último año la paciente ha presentado grandes dificultades de integración en su ámbito escolar, gran nivel de agresividad verbal con su familia directa y con su entorno más próximo, cinco gestos autolíticos como ya se ha descrito con anterioridad, gran impulsividad e inestabilidad anímica.

En la entrevista la paciente está consciente y orientada en las tres esferas, colaboradora, adecuada, abordable, reconoce que tiene muchos problemas para contener la impulsividad y sus repentinos cambios de ánimo. No se objetivan alteraciones en el estado de ánimo en el momento actual. No existe ideación autolítica ni heteroagresiva. No existen alteraciones en la forma, en el contenido ni en el curso del pensamiento. No se objetivan tampoco alteraciones sensorio-perceptivas o alteraciones de la vivencia del yo.

Como rasgos caracteriales se identifican alta impulsividad, importante intolerancia a la frustración, actitudes demostrativas, insinuaciones con el personal de la clínica y sensación de vacío emocional.

Ante los antecedentes personales descritos nos planteamos en primer lugar revisar los elementos que conocemos acerca de la herencia en los trastornos límite de personalidad.

La teoría biosocial de la personalidad propone a la personalidad como una combinación de rasgos temperamentales y caracteriales. Los rasgos temperamentales implicarían una fuerte base neurobiológica con una gran influencia genética y comprenderían dimensiones tales como búsqueda de novedades, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia. El carácter supondría una descripción de la mente de las personas como estructuras auto-conceptuales y relaciones objetales que están moduladas por el conocimiento de uno mismo y por el simbolismo. Su desarrollo depende del aprendizaje introspectivo y de la reorganización de los autoconceptos. Se

caracterizaría porque sus dimensiones se heredan en una medida muy escasa, están influidas por el ambiente sociocultural y familiar, están reguladas por el hipocampo y neocórtex y sus dimensiones se ven consolidadas a través del desarrollo y nuestra relación con el entorno. Las dimensiones del carácter son autodirección, cooperación y autotrascendencia.

La dimensión temperamental parece estar relacionada con la actividad de ciertos sistemas de neurotransmisión cerebral. La impulsividad está asociada a un déficit de la función serotoninérgica cerebral, manifestada por bajos niveles raquídeos del ácido 5-Hidroxiindolacético (5-HIAA) y por respuestas disminuidas de prolactina a los agonistas serotoninérgicos en los individuos impulsivos. Una disminución de la MAO plaquetaria está asociada tanto a la impulsividad como al rasgo exploratorio y la necesidad de excitación. La inestabilidad afectiva podría estar en relación con alteraciones de la función noradrenérgica y las peculiaridades cognitivas de los pacientes del grupo I del DSM IV podrían asociarse a disfunciones dopaminérgicas

Un estudio publicado recientemente describe una asociación significativa entre el gen que codifica el transportador de la serotonina (HTT) y algunos rasgos de personalidad, evaluados mediante el "Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire" (ZKPQ), en individuos con TLP ([Pascual et al., 2007](#)). En este estudio se determinó la relación entre la puntuación de la Escala de Temperamento y Carácter, en particular el ítem evitación del daño, y la sensibilidad del receptor 5-HT_{2a} en 49 voluntarios sanos. Se observó la existencia de una correlación negativa significativa entre la evitación del daño y la EC₅₀ (concentración de 5HT necesaria para producir la mitad de la respuesta máxima de Calcio), sugiriendo una mayor sensibilidad del receptor 5-HT_{2a} en los individuos con conductas de evitación del daño. En otro estudio, el número de receptores 5HT_{2a} obtenidos en 22 pacientes diagnosticados de uno o más trastornos de personalidad no difiere del obtenido en 12 controles sanos, obteniéndose sin embargo una correlación positiva entre el número de receptores y la puntuación en la escala de hostilidad.

Otros estudios también han demostrado que algunas dimensiones básicas de la personalidad tienen un marcado componente hereditario. Así, el rasgo neuroticismo es en un 55% heredable y el rasgo extroversión lo es en un 50% (1). En gemelos monocigóticos, la correlación entre las diferentes escales del MMPI es significativamente mayor que en gemelos dicigóticos, especialmente en la escala de introversión social.

En los estudios categoriales, existen datos que indican que la concordancia para los trastornos de la personalidad del DSM-IV es mayor para los gemelos monocigóticos que para los dicigóticos. En el mismo sentido, los estudios daneses de adopción encontraron que la prevalencia de trastornos de personalidad del grupo A (esquizoide y paranoide) es mayor en los niños con familiares biológicos esquizofrénicos pero no en los adoptados por padres esquizofrénicos. Ambos hallazgos sugieren un papel dominante para la transmisión genética sobre la transmisión ambiental. Algo parecido ocurre para el trastorno antisocial y límite de la personalidad, que incide con mayor frecuencia en los hijos biológicos de padres antisociales (adoptados por otras familias), pero no en los niños con padres adoptivos antisociales. El trastorno antisocial en varones aparece relacionado con la aparición de trastorno por somatización en mujeres de la misma familia y con la presencia de alcoholismo familiar, sospechándose que pudieran tener un origen genético común.

Siguiendo la evolución de nuestro caso tras un mes de ingreso en el que la paciente ha tomado tratamiento psicofarmacológico con Paroxetina a dosis de 40 mg al día, Oxcarbacepina 900 mg al día y durante 5 días Agomelatina a dosis de 25 mg día que la paciente no ha tolerado por presentar mareo, y psicoterapia de apoyo fundamentalmente cognitivo-conductual, observamos que durante el periodo de ingreso la paciente no ha presentado ningún problema de manejo ni en el transcurso de la estancia en la unidad, ni durante los permisos domiciliarios coincidiendo con el periodo vacacional de Navidad; solo en dos ocasiones al inicio del ingreso ante la visión de unas tijeras refirió aumento de ansiedad y fobia de impulsión ante la posibilidad de autolesión, aunque el episodio fue controlado por ella misma. Ha seguido presentando actitudes demostrativas con ciertas actitudes seductoras y manipulativas con el personal sanitario.

En este caso objetivamos que nuestra paciente en condiciones controladas, no ha manifestado las

conductas y actitudes desadaptativas propias del Trastorno Límite de Personalidad, que durante el año anterior habían predominado en su devenir diario. A continuación y ya descritas las evidencias genéticas vinculadas a la génesis de los trastornos de la personalidad, plantemos la importancia de la influencia ambiental en la misma.

La concordancia entre las teorías biologicistas y psicodinámicas acerca de la estructura de la personalidad se establece en los años 60s en La Teoría del Apego de Bowlby.

El apego y la relación que se establece con las figuras de referencia para el niño establecen un modelo de seguridad para el manejo de las situaciones y las emociones que las acompañan o por el contrario, si son inconsistentes, indiferentes, poco atentas a las necesidades del niño, pueden alterar los lazos afectivos del individuo, de manera que se establecen vínculos ansiosos, agresivos, libidinosos, y una baja autoestima personal. El individuo establece defensas, reacciones personales para sobrevivir -adaptarse- a las situaciones que van repitiéndose a lo largo de la vida.

Concluimos que los factores genéticos juntamente con experiencias infantiles adversas pueden producir disregulación emocional e impulsividad, que conducen a conductas disfuncionales, conflictos y déficits psicosociales, que a su vez, refuerzan la disregulación emocional y la impulsividad ([Torgersen, 2000](#)).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pascual J, Soler J, Baiget M, Cortés A, Menoyo A, Barrachina J, Ropero M, Gomà M, Alvarez E, Perez V. Association between the serotonin transporter gene and personality traits in borderline personality disorder patients evaluated with Zuckerman-Zuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Actas Esp Psiquiatr*. 2007 Nov-Dec;35(6):382-6.
2. Torgersen S. Genetics of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000 Mar;23(1):1-9
3. Ni X, Chan K, Bulgin N, Sicard T, Bismil R, McMain S, Kennedy JL. Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*. 2006 Aug;40(5):448-53. Epub 2006 May 11.
4. Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A, Kolachana B, Fera F, Goldman D, Egan MF, Weinberger DR. Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*. 2002 Jul 19;297(5580):400-3.
5. Palomo T, Jiménez-Arriero MA. *Manual de Psiquiatría*. Grupo ENE S.A. 2009
6. Barral C, Ferrer, Andión O, Calvo N. Programa de Trastornos Límites de Personalidad del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.
7. Wiener JM, Dulcan MK. *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Ed. Masson. 2006
8. Carrasco Perera JL, Díaz-Marsá M, Cavero Alvarez M, Fombellida Velasco C. *Trastornos de la personalidad*. Universidad de Salamanca.
9. Kendler, Kenneth S, et al. Rorcommon Family Study. *Walsh, Dermot FRCPI Volume 50 (10)*, October 1993, pp 781-788.