



El Trastorno Límite de Personalidad desde una perspectiva estructural

Dustin Ezequiel Amador Jiménez

El Trastorno Límite de Personalidad desde una perspectiva estructural

Borderline Personality Disorder from a structural perspective

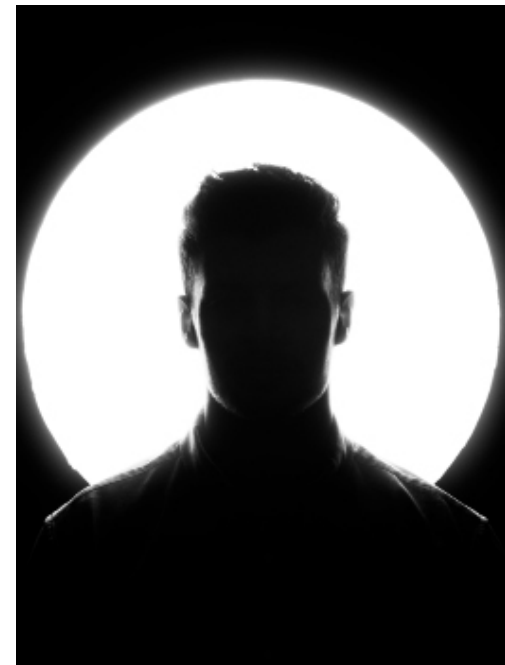
Dustin Ezequiel Amador Jiménez

Master en Psicología Clínica y de la Salud
Licenciado en Psicología
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua)
Departamento de Psicología
<https://orcid.org/0000-0001-6894-4997>
dustin_amador@live.com



Copyright © 2021 UNAN-Managua
Todos los Derechos Reservados.

Recibido: 20/06/2021
Aprobado: 18/09/2021



Resumen

La personalidad se puede entender como un complejo patrón de características psicológicas que se expresan muchas áreas del funcionamiento psicológico, implica una gama de procesos psicológicos internos, como patrones de pensamiento y sentimiento, formas de experimentarse, a sí mismo y a los demás, formas de afrontamiento y motivos. En el trastorno de la personalidad, la psicología de la persona es rígida y genera una angustia significativa a sí misma o a los demás. El Trastorno Límite de Personalidad (TLP), consiste en un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, marcada impulsividad, que comienza en la edad adulta temprana y se presenta en una variedad de contextos. Tiene una etiología multifactorial y pueden identificarse tres factores con un papel importante en su desarrollo, como la presencia de un temperamento vulnerable y sensible de base biológica; un entorno familiar caótico y traumático y eventos ambientales desencadenantes, generalmente asociados a relaciones interpersonales. El modelo estructural de Otto Kernberg, propone que el TLP se encuentra en una Organización Limítrofe de la Personalidad, el cual se caracteriza una prueba de realidad conservada aunque vulnerable en estados afectivos intensos, el predominio de defensas en torno a la escisión y difusión de identidad moderada a severa.

Palabras claves

Personalidad, Trastorno Límite de Personalidad, Organización Limítrofe de Personalidad

Abstract

Personality, can be understood as a complex pattern of psychological characteristics that are expressed in many areas of psychological functioning, involves a range of internal psychological processes, such as patterns of thinking and feeling, ways of experiencing oneself and others, ways of coping and motives. In the personality disorder, the psychology of the person is rigid or inflexible and generates significant anguish to himself or to others. Borderline Personality Disorder (BPD) consists of a pattern of instability of interpersonal relationships, self-image and affections, marked impulsivity, which begins in early adulthood and occurs in a variety of contexts. It has a multifactorial etiology and three dominant factors can be identified that play an important role in its development, such as the presence of a vulnerable and sensitive biologically based temperament; a chaotic and traumatic family environment and triggering environmental events, generally associated with interpersonal relationships. Otto Kernberg's structural model proposes that BPD is found in a Borderline Organization of Personality, which is characterized by a test of reality that is conserved but vulnerable in intense affective states, the predominance of defenses around splitting and identity diffusion moderate to severe.

Palabras claves

Personality, Borderline Personality Disorder, Borderline Personality Organization

INTRODUCCIÓN

Aunque no existe una definición universalmente aceptada de la personalidad, se puede entender "como un complejo patrón de características psicológicas que se expresan muchas áreas del funcionamiento psicológico" (Labbé et al., 2020, p. 373). La personalidad implica una gama de procesos psicológicos internos, como patrones de pensamiento y sentimiento, formas de experimentarse a sí mismo y a los demás, formas de afrontar situaciones y los diferentes motivos, entre otros (Lingiardi y McWilliams, 2017). Por otra parte, el término "trastorno" denota un grado de rigidez que causa una disfunción, sufrimiento o impedimento significativo (Lingiardi y McWilliams, 2017). Por lo tanto, en el trastorno de la personalidad la psicología de la persona es rígida o inflexible y genera una angustia significativa.

Existe un consenso de que el funcionamiento de la personalidad se presenta en un continuo, desde un nivel saludable hasta un nivel gravemente alterado. Este continuo se ha dividido en niveles de organización de la personalidad "saludable", "neurótico", "límite" y "psicótico", donde el TLP sería una variante específica de la organización de la personalidad límite (Lingiardi y McWilliams, 2017). El término límite fue propuesto por Adolph Stern en 1938 cuando identificó un grupo de pacientes que no encajaban en el grupo psicótico ni en el neurótico, y son muy difíciles de manejar con psicoterapia tradicional (Videler et al., 2019). Se hicieron esfuerzos por capturar el estado "intermedio" típico de estos pacientes con su patrón sintomático característico centrándose en varias deficiencias en el funcionamiento del yo, incluida la incapacidad para planificar de manera realista, la incapacidad para defenderse de los impulsos primitivos y el predominio del

pensamiento del proceso primario sobre el pensamiento del proceso secundario. Grinker y col. (1968, citado en Gabbard, 2017) intentaron identificar denominadores comunes en el síndrome límite con las siguientes características clave: 1) la ira como afecto principal, 2) problemas en las relaciones interpersonales, 3) falta de una autoidentidad y 4) depresión generalizada. Uno de los principales aportes de estos autores fue encontrar que estos pacientes no se deterioran hacia una esquizofrenia y son establemente inestables durante el curso de la patología.

Otto Kernberg (1975, citado en Gabbard, 2017) caracterizó a los pacientes límite empleando un enfoque de relaciones psicológicas del yo con el objeto (personas), utilizó el término "organización límite de la personalidad para abarcar a un grupo de pacientes que mostraban patrones característicos de debilidad del yo, operaciones defensivas primitivas y relaciones de objeto problemáticas" (p. 429), describiendo una variedad de síntomas como ansiedad, obsesiones y compulsiones, fobias, disociación, hipocondría, síntomas conversivos, tendencias paranoides, sexualidad polimorfa y abuso de sustancias.

La clarificación y comprensión de esta psicopatología es importante debido a su alta prevalencia y a la alta comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos relacionados con sustancias, entre otros, además de la alta letalidad del trastorno debido a las constantes conductas suicidas y parasuicidas, con las consecuentes implicaciones psicoterapéuticas. El objetivo del texto es realizar una caracterización general del TLP y posteriormente desde el enfoque estructural propuesto por Otto Kernberg, con el fin de generar una mayor comprensión de la fenomenología y desarrollo del trastorno desde una perspectiva psicodinámica.

Desarrollo

El TLP fue incluido en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en 1980, actualmente se considera que este trastorno se caracteriza por problemas en diversas áreas del funcionamiento psicológico que incluyen "emociones negativas extremas e intolerables que se activan rápidamente y cambian de un momento a otro, típicamente en el marco de relaciones inestables con otras personas, caracterizadas por una sensibilidad extrema al rechazo y temores intensos al abandono" (Behn y Fischer, 2021), también se presentan problemas crónicos en la identidad, comportamientos impulsivos, agresividad y conductas suicidas, incluyendo las autolesiones sin intención suicida que se realizan para evitar el dolor emocional intenso (Behn y Fischer, 2021), se busca establecer relaciones exclusivas uno a uno sin riesgo alguno de abandono, lo que abruma y aliena a los demás (Gabbard, 2017).

La adolescencia es una fase sensible para el desarrollo del TLP (Bozzatello et al., 2019) donde diferentes procesos pueden contribuir a la aparición temprana del trastorno de personalidad que involucran diversos factores de riesgo. El TLP frecuentemente inicia durante la adolescencia y contribuye en la presencia de problemas en las áreas de la escuela y las relaciones, y al consiguiente debilitamiento psicosocial (Wall et al., 2021), además, durante este periodo los síntomas son más graves, más intensos y más peligrosos que en la adultez (Behn y Fischer, 2021), Aunque en algunos casos, la adolescencia puede ser un proceso difícil para algunas personas, la sintomatología grave del TLP en adolescentes es distinguible de los problemas propios de este período del desarrollo,

donde la impulsividad temprana es un factor de riesgo para las dificultades con la regulación de las emociones (Crowell et al., 2009; Videler et al., 2019). De hecho, aunque existe evidencia que sugiere que el TLP diagnosticable no surge hasta finales de la adolescencia, existe evidencia sobre el desarrollo que vincula el temperamento temprano con la personalidad posterior (Crowell et al., 2009). En contraste, muchos clínicos consideran que no se debe diagnosticar con TLP a un adolescente y que es un diagnóstico que sólo se puede hacer en adultos (Behn y Fischer, 2021), en concordancia con esta posición, diversos estudios sugieren que el TLP no se puede diagnosticar de forma confiable en adolescentes jóvenes y que rara vez se diagnostica entre adolescentes mayores (Crowell et al., 2009).

En cuanto a su epidemiología, el TLP afecta a un 3% de la población general, entre 15 y 28% de los usuarios de servicios de salud ambulatorios, y 20% de los pacientes en hospitalización psiquiátrica (Behn y Fischer, 2021). Mientras que la prevalencia de TLP en adolescentes es similar a la de poblaciones adultas, 1-3% en muestras de viviendas comunitarias, 33-49% en muestras clínicas y 11% en muestras de pacientes ambulatorios (Bozzatello 2019; Videler et al., 2019).

Descripción clínica

En la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) presenta los criterios diagnósticos para el TLP, los cuales incluyen “un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, marcada impulsividad, que comienza en la edad adulta temprana y se presenta en una variedad de contextos” (p. 663), para reconocer dicho patrón, la persona debe cumplir con cinco o más de los siguiente indicadores (APA, 2014): 1) Esfuerzos para evitar un abandono real o imaginario; 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas; 3) Alteración de la identidad; 4) Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente autodestructivas (como el consumo de sustancias); 5) Comportamiento suicidas o de automutilación recurrentes; 6) Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del estado de ánimo; 7) Sentimientos crónicos de vacío; 8) Ira intensa e inapropiada o dificultad para controlarla; 9) Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Las personas con TLP se caracterizan por “dificultades crónicas para tolerar y regular el afecto, e implica considerar a las figuras de apego como objetos de seguridad y de miedo” (Lingiardi y McWilliams, 2017, p. 53), lo que hace que sean tratados con un apego confuso, hostilidad y desesperación ante el abandono. A mediados de la adolescencia, existen características identificables y conductas de afrontamiento desadaptativas que generan un mayor riesgo de TLP posterior, como la impulsividad, el consumo de sustancias o las autolesiones, por lo que los individuos que desarrollan TLP pueden distinguirse de los que tienen un desarrollo saludable (Videler et al., 2019). La diferenciación entre desarrollo saludable y TLP se hace más evidente a medida se avanza en la adolescencia, los síntomas como “la impulsividad, los problemas de identidad y la inestabilidad afectiva disminuyen en el transcurso de la adolescencia en los jóvenes sanos, mientras que estos síntomas aumentan con el tiempo en los adolescentes con TLP” (Videler et al., 2019, p. 2).

Las personas con TLP sienten emociones de gran intensidad que se tornan incontrolables y compromete su capacidad de funcionamiento adaptativo, por lo que muchas veces necesitan de otra persona para regular el afecto. Sin embargo, tienen una experiencia subjetiva contradictoria con respecto a las relaciones cercanas, donde se sienten fácilmente controlados, al mismo tiempo sienten miedo de ser abandonados, por lo que esta confusión interna predispone a malinterpretar los comportamientos de los demás como signos de rechazo, a lo que son muy susceptibles (Lingiardi y McWilliams, 2017). Relacionado a lo anterior, en situaciones de mucho estrés pueden tener dificultades para conectar sus acciones y sentimientos con lo que piensan y con lo que sucede, junto a dificultades para comprender los comportamientos, intenciones y emociones de los otros, a menudo malinterpretándolos a través de proyecciones de sus propios estados internos escindidos (Bateman y Fonagy, 2016), como consecuencia, tienden a ver a otras personas de una manera binaria (buena o mala) y egocéntrica (Lingiardi y McWilliams, 2017).

Algo muy característicos de las personas con TLP es la dificultad para una sensación de continuidad en su experiencia (Lingiardi y McWilliams, 2017), pueden pasar de un afecto a otro en poco tiempo, sin notar las inconsistencias entre los diferentes afectos y estados, por lo que pueden sentirse desorientados por su comportamiento y pueden desorientar a las personas cercanas. Estas inconsistencias suelen generar en los demás, emociones similares a las que están experimentando o emociones que rechazan en sí mismos. Uno de los aspectos más problemáticos es el uso de comportamientos de automutilación para calmarse (Lingiardi y McWilliams, 2017), a veces utilizados para sentirse vivos, reconectados con sus cuerpos o para controlar el dolor emocional. Ante el miedo al abandono, pueden hacer amenazas o gestos de suicidio o para atraer la atención de otras personas cuando se despiertan sus necesidades de apego. Todas estas problemáticas dificultan poder mantener relaciones cercanas duraderas y una vida laboral estable y satisfactoria.

Descripción clínica

El TLP puede verse como el resultado de múltiples factores de riesgo, eventos desencadenantes y la interacción entre estos (Crowell et al., 2009). Existen diversos factores neurológicos en la etiología del TLP que pueden interactuar con experiencias tempranas que favorecen el desarrollo de la patología, entre ellos, “un temperamento muy reactivo que se ve afectado por experiencias tempranas de trauma o negligencia provocan un intenso dolor en la persona acompañado de dificultades para manejar y expresar ese dolor” (Gabbard, 2017, p. 437), esta combinación podría generar dificultades para desarrollar una identidad estable y alta sensibilidad interpersonal.

Otro factor neurológico es la presencia de una amígdala hiperactiva relacionada con la “predisposición a reaccionar excesivamente a expresiones emocionales neutras o benignas, además, el córtex cerebral perceptivo puede modularse a través de la amígdala, lo que lleva a una mayor atención a los estímulos emocionales” (Gabbard, 2017, p. 438). La sensibilidad emocional característica del TLP podría estar relacionada con la respuesta amigdalal hiperreactiva asociada con experiencias traumáticas o negligencia, ya que para las personas que experimentan un trauma en infancia o adolescencia, podría ser adaptativa y protectora. Sumado a lo anterior, pueden existir reducciones en los volúmenes de los lóbulos frontal y orbitofrontal de la corteza cerebral

(Gabbard, 2017), lo que puede relacionarse con dificultad en los controles inhibitorios prefrontales y contribuir a la hiperactividad de la amígdala.

Por otra parte, las dificultades intrapsíquicas e interpersonales de las personas con TLP, pueden deberse a que tienen dificultades en la mentalización para reconocer que los estados percibidos de uno mismo y de los demás son representaciones subjetivas de la realidad (Bateman y Fonagy, 2016). La mentalización "es una característica de la memoria procedimental implícita que se crea en el contexto de un vínculo seguro con un cuidador que atribuye estados mentales al niño y... lo ayuda a crear modelos internos de trabajo" (Gabbard 2017, p. 435). Bateman y Fonagy (2016) desarrollaron un modelo basado en la mentalización derivado de la teoría del apego, estos autores postulan cuatro tipos de vínculos entre el niño y su cuidador: 1) seguro, 2) inseguro, 3) preocupado y 4) desorganizado. Las experiencias de abuso y negligencia suelen estar relacionadas con patrones de apego problemáticos, los cuales se relacionan con defectos en el proceso de mentalización, ya que en ausencia de un apego seguro, los niños tienen dificultades para discernir sus propios estados mentales o los de los demás.

En resumen, el TLP tiene una etiología multifactorial y pueden identificarse tres factores dominantes podrían tener un papel importante en el desarrollo del TLP (Gabbard 2017): primero la presencia de un temperamento vulnerable y sensible de base biológica; el segundo es un entorno familiar caótico y traumático, con separaciones tempranas prolongadas, negligencia, tensión emocional en la familia e insensibilidad a los sentimientos y necesidades del niño o adolescente, relacionados con el desarrollo de apegos inseguros y las consecuentes dificultades en el proceso de mentalización propia y de los demás; el tercer factor se relaciona con eventos desencadenantes, como intentar formar una relación íntima o experimentar un evento traumático, que puede actuar como detonante para producir la sintomatología del TLP.

El modelo estructural

Una de las principales teorías que describen y explican el TLP es la teoría de la personalidad de Kernberg (1987; Valenciano, et al., 2015), quien propone un análisis descriptivo, estructural y dinámico de la personalidad en tres niveles estructurales y de funcionamiento. En el extremo más benigno, la Organización Neurótica de Personalidad (ONP) se caracteriza por una prueba de realidad conservada, sin distorsiones significativas; una identidad integrada; predominio de mecanismos de defensa secundarios en basados en la represión; y relaciones objetales profundas y estables. En el otro extremo, que implica el mayor deterioro, se encuentra la Organización Psicótica de Personalidad (OPP), la cual se caracteriza por una pérdida del juicio de realidad; una identidad gravemente difusa y fragmentada; mecanismos de defensa primitivos y masivos, para evitar la desintegración; y unas relaciones objetales fusionales y hostiles. Entre estas dos estructuras se encuentra la Organización Límite de la Personalidad (OLP) y presenta las siguientes manifestaciones clínicas inespecíficas (Valenciano, et al., 2015; Gabbard, 2017; Labbé et al., 2020): alteración en la prueba de realidad y desviación hacia el pensamiento de proceso primario, vulnerable en estados afectivos conflictivos e intensos; difusión de identidad moderada a severa con poca capacidad para comprometerse en

el trabajo, estudios, proyectos personales; manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica, como intolerancia a la ansiedad, descontrol de impulsos, y fallas en los canales sublimatorios; predominio de operaciones defensivas basadas en el mecanismo de la escisión, con marcadas oscilaciones sobre la percepción de uno y de otras personas, afectando el funcionamiento del sujeto; y relaciones patológicas de objeto internalizadas.

Los pacientes con TLP funcionarían con una OLP, como se mencionó anteriormente, la OLP es distinta de las características fenomenológicas reales que identifican un trastorno de personalidad específico, el TLP sería un cuadro sintomático específico dentro de este nivel de organización. En términos descriptivos, las personas con una OLP presentan las siguientes características clínicas específicas:

“Un estado de ánimo inestable y sensible ante los estímulos, con respuestas emocionales desproporcionadas; bajo autocontrol y tendencia a las conductas impulsivas; alteración en la calidad de las relaciones objetales que se manifiestan en severas dificultades en la capacidad de establecer relaciones interpersonales íntimas y estables; se presenta una difusión de identidad caracterizándose por una sensación crónica de vacío; finalmente, existe una falla en la integración del superyó con un laxo sistema de reglas y valores. (Labbé et al., 2020, p. 377).

En cuanto a la descripción dinámica (Labbé et al., 2020), el predominio de las defensas primarias, como la escisión, identificación proyectiva, devaluación y control omnipotente, tendrían como resultado las alteraciones y subjetivación de la percepción de la realidad en momentos de angustia, la falta de integración de las representaciones internas del sí mismo y de los otros, y la consecuente difusión de la identidad y problemas en las relaciones de objeto, con predominio de conflictos esquizo-paranoides que dificultan el establecimiento de relaciones íntimas y profundas, con poca capacidad de empatía. Las operaciones basadas en la escisión en las personas con OLP se manifiestan a través de una expresión alterna de comportamientos y actitudes contradictorias; una división de las otras personas en campos “todos buenos” y “todos malos”, con oscilaciones frecuentes; y coexistencia de visiones e imágenes contradictorias de sí mismo y de los demás (Gabbard, 2017).

Conclusiones

Las personas con el TLP se caracterizan por presentar emociones negativas e intolerables que se activan en el marco de relaciones inestables con otras personas, con alta sensibilidad al rechazo y temor al abandono. Aunque no hay un consenso sobre el diagnóstico del TLP en la adolescencia, se considera que es un período sensible para desarrollar la psicopatología, síntomas como la impulsividad, los problemas de identidad y la inestabilidad afectiva pueden iniciar durante esta etapa y aumentar con el tiempo. El TLP tiene una etiología multifactorial donde la presencia de un temperamento vulnerable de base biológica, un entorno familiar caótico, traumático y negligencia y la presencia de eventos desencadenantes, pueden actuar como detonante para producir la sintomatología. Desde una perspectiva estructural, el TLP se encuentra en un nivel de Organización Límite de Personalidad, el cual se caracteriza una prueba de realidad conservada aunque vulnerable en estados afectivos conflictivos; el predominio de defensas de bajo nivel en torno a la escisión; difusión de identidad moderada a severa; y dificultades en las relaciones objetales. La comprensión de las características relativas al nivel de organización de la personalidad, facilitan la tarea de evaluación y diagnóstico acertado, lo que favorece el desarrollo de estrategias terapéuticas acertadas.

Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5). Arlington: Editorial Panamericana.

Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). Tratamiento Basado en la Mentalización para Trastornos de la Personalidad. España: Desclée de Brouwer.

Behn, A. y Fischer, C. (06 de junio 2021). Mitos y realidades sobre el Trastorno de Personalidad Límite. Ciper. Recuperado el 6 de junio 2021 de <https://www.ciperchile.cl/2021/01/15/mitos-y-realidades-sobre-el-trastorno-de-personalidad-limite/>

Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2019). Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10, 710 <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00710>

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>

Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (fifth edition). Washington D.C.: American Psychiatric Pub.

Gabbard, G. O. (2017). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (special edition). Washington D.C.: American Psychiatric Pub.

Kernberg, O. (1987) *Trastornos graves de personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. México DF: Editorial El Manual Moderno.

Labbé, N., Castillo, R., Steiner, V. y Careaga, C. (2020). Diagnóstico de la Organización de la personalidad: Una actualización teórico-empírica de la propuesta de Otto F. Kernberg. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 372-383.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *The Psychodynamic Diagnostic Manual—2nd edition (PDM-2)*. New York: The Guilford Press.

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)

Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulken, J. E., Sobczak, S., & Van Alphen, S. P. (2019). A life span perspective on borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 21(7), 51. doi: 10.1007/s11920-019-1040-1.

Valenciano, L., Rosique, P. Y González, P. (2015). Los preliminares de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 26, 61-72.

Wall, K., Kerr, S., & Sharp, C. (2020). Barriers to care for adolescents with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*. (37), 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.028>

Dustin Ezequiel Amador Jiménez

Master en Psicología Clínica y de la Salud
Licenciado en Psicología
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
(UNAN-Managua)
Departamento de Psicología
<https://orcid.org/0000-0001-6894-4997>

dustin_amador@live.com