

A. Osorio Guzmán\* y R. Gordo Seco\*\*

\* Médico Interno Residente de Psiquiatría, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos.

\*\* Licenciada Especialista de Área, Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos

**Correspondencia:**

Ángela Osorio Guzmán  
 Hospital Universitario de Burgos. Servicio de Psiquiatría (Bloque F, Planta 5)  
 Avda. Islas Baleares, 3, 09006 Burgos  
 aosorio@saludcastillayleon.es

*Estructura de personalidad límite en adolescentes. A propósito de un caso.*

*Border line personality structure in adolescents. A case study*

**RESUMEN**

A pesar de su inicio en la infancia y adolescencia, el diagnóstico de trastornos de personalidad en estas etapas de la vida es muy controvertido. La estructura límite de la personalidad es especialmente compleja por la variabilidad de la sintomatología y por la dificultad que plantea en el diagnóstico diferencial con rasgos propios de la etapa adolescente. Un modelo que puede resultar de utilidad es el propuesto por Paulina Kernberg, desde la perspectiva del desarrollo de la personalidad. Describimos, a través de este modelo, el caso de una paciente de 15 años con una larga historia de autolesiones, comportamiento suicida, alteración de la conducta y deterioro progresivo del funcionamiento; en la que se identificaron una compleja historia familiar, dificultades en la relaciones sociales desde la infancia y la utilización de defensas primarias como la escisión y la identificación proyectiva.

**Palabras clave:** Adolescencia; trastorno límite de la personalidad; trastorno de la personalidad; diagnóstico; desarrollo.

**ABSTRACT**

Despite commencing through childhood and adolescence, the diagnosis of personality disorders during

these life stages is controversial. Borderline personality structure is especially complex due to symptomatology variability and the challenges presented in the differential diagnosis from adolescent stage characteristic features. A useful model could be the one posed by Paulina Kernberg, based on a personality development perspective. We describe, through this model, the case of a 15 year old patient with a long history of recurrent self-injury, suicidal behaviour, behavioural disturbances and progressive functioning impairment; in which complex family history, difficulties in social relationships and utilization of primary defence mechanisms such as scission and projective identification, were detected.

**Keywords:** Adolescence; borderline personality disorder; personality disorder; diagnosis; development.

**INTRODUCCIÓN**

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad en niños y adolescentes es un tema controvertido. Algunos autores consideran que la personalidad en estas edades no ha cristalizado completamente, y otros que puede resultar perjudicial para el paciente etiquetarlo de forma temprana con un diagnóstico que implica gravedad e inflexibilidad (1, 3). A pesar de ello, parece haber consenso en que cuando un adolescente presenta rasgos inflexibles y desadaptativos mantenidos en el tiempo hay que considerar este diagnóstico (3, 9, 7).

Un factor que ha podido contribuir a que persistan las dificultades para el diagnóstico en estas etapas ha sido la visión mantenida por los manuales de clasificación de enfermedades mentales al uso (DSM, CIE), al no considerar las particularidades de cada etapa evolutiva. En este sentido, resulta interesante el modelo propuesto por Paulina Kernberg (8), que propone el estudio de la personalidad en niños y adolescentes desde la perspectiva del desarrollo, considerando además de los patrones conductuales las características estructurales (mecanismos de defensa, relaciones objetales, etc.) de la organización de personalidad.

De todos los trastornos de personalidad, probablemente sea el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) el más prevalente en la práctica clínica con adolescentes (4, 7). Se caracteriza por relaciones inestables, impulsividad, rabia, alteraciones de la identidad y conducta suicida (2). Plantea un reto para los profesionales de Salud Mental porque tanto su diagnóstico como su tratamiento son complejos. Si nos fijamos en los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TLP encontramos que son difíciles de diferenciar de las manifestaciones propias de la crisis de la adolescencia, de ahí la importancia de un diagnóstico diferencial.

El caso que presentamos nos sirve para ilustrar la validez del modelo diagnóstico propuesto por Kernberg en el TLP del adolescente.

## CASO CLÍNICO

Se elabora la historia clínica integrando la información recogida durante todo el periodo de seguimiento (2015-2018). La paciente fue atendida en diferentes dispositivos (consultas externas, hospitalización de agudos y hospital de día). Destacamos los datos más significativos de la historia del desarrollo, la historia familiar y la evaluación psicopatológica, para la comprensión de la sintomatología.

Presentación: J. es una adolescente de 14 años que acudió por primera vez a consulta derivada desde la Unidad de Hospitalización, donde ingresó de forma urgente con el diagnóstico de “trastorno depresivo con ideas autolíticas estructuradas y riesgo elevado de paso al acto”.

Desarrollo: Su desarrollo motriz y cognitivo fue normal. No presenta antecedentes somáticos de interés, ni de consumo de alcohol, tabaco u otros tóxicos. La

madre la describe con “temperamento difícil e irritable” desde los primeros años de vida, y señala dificultades en las relaciones con los pares desde la etapa de Educación Infantil.

Antecedentes familiares:

- Familia de origen paterno: no refieren antecedentes de interés.
- Familia de origen materno: Madre en tratamiento psiquiátrico de forma intermitente desde la juventud por lo que describe como cuadros ansioso-depresivos reactivos a situaciones vividas estresantes a nivel familiar. Dos hermanas de la madre fallecieron por suicidio muy jóvenes; una sin antecedentes y otra padecía una probable psicosis afectiva.
- Hermana: Antecedentes de consulta en salud mental a los 8 y a los 19 años, por iniciativa de la madre; no se hizo un diagnóstico clínico (“rasgos de introversión, alexitimia, dificultades relacionadas con grupo primario de apoyo...”).

*Historia familiar:* La paciente nació en el seno de una familia formada por padre, madre y una hermana 6 años mayor. Desde el nacimiento, la dinámica familiar estuvo marcada por el conflicto y la regla del silencio como estilo comunicacional. El padre es descrito como un hombre distante, pasivo y emocionalmente poco expresivo. La madre en cambio, muestra una alta expresividad emocional, con un patrón muy inconsistente en su rol de madre-cuidadora. Cuando J. tenía 7 años, los padres se divorciaron. Fue una separación compleja, con múltiples conflictos que persisten en la actualidad. Desde la separación, las hermanas conviven con la madre que es quien tiene la custodia. La vida en casa de la madre es más bien caótica, no existen horarios preestablecidos, ni tareas asignadas; tampoco están claras las normas ni los límites. La convivencia es difícil, y los conflictos entre J. y su madre son continuos, con peleas físicas frecuentes. La relación con la hermana no es buena, al comienzo también había altercados aunque progresivamente se ha ido produciendo un distanciamiento. Con el padre, mantuvo un contacto regular los primeros años tras la separación hasta los 13 años; después contactos esporádicos. En el último periodo de convivencia en vacaciones, el padre solicitó la intervención de la policía por las alteraciones conductuales de J. Durante el periodo de seguimiento J. cambió en varias ocasiones de residencia, pasando

de convivir con uno u otro progenitor en función de los intereses de cada momento, manteniendo con ellos relaciones instrumentalizadas.

*Historia escolar y social:* En la etapa de primaria tuvo dificultades de adaptación desde los primeros años (“se metían conmigo...no tenía amigos”) y repitió 4º curso. En la transición a la etapa de secundaria aparecieron dificultades más importantes; describía el inicio de una situación de acoso escolar coincidiendo con que reveló su condición homosexual. Ese primer curso presentó importante absentismo escolar, y finalmente la madre decidió un cambio de centro aunque ella no estaba de acuerdo. En el nuevo colegio fue incapaz de seguir la disciplina y cumplir con las demandas de la vida académica. Acudió apenas una semana, y abandonó argumentando no sentirse integrada con sus compañeros, pensaba que la daban de lado y se reían de ella.

J. percibe su condición sexual como no aceptada por el entorno social ni por el familiar, y éste ha sido un foco de importante conflicto. En este sentido, ha encontrado un grupo formado por varios jóvenes homosexuales y transexuales en el que se siente más aceptada. Se siente identificada con las dificultades que han tenido los compañeros del grupo y con ellos comparte su abatimiento. A pesar de ello, sus escasas habilidades sociales hacen que no se sienta completamente integrada. A menudo, se muestra invasiva y posesiva con sus amistades, con reacciones desmedidas y miedo intenso al rechazo. Igualmente, ha tenido varias relaciones sentimentales con actitud posesiva y persecutoria.

*Evolución Clínica:* La evolución desde el principio fue tórpida, con una adherencia irregular a las consultas externas y al programa de Hospital de Día. Fue atendida en múltiples ocasiones en el Servicio de Urgencias y precisó varias hospitalizaciones en la unidad de agudos por ideación autolítica, conductas parasuicidas, autolesiones y conflictos en el entorno familiar. También precisó un ingreso en Medicina Interna, por un cuadro de cetosis tras haber permanecido varios días en ayuno voluntario con intención autolítica. Se produjeron varias situaciones de negligencia durante el seguimiento y en el último ingreso hospitalario se contactó con los Servicios Sociales, que retiraron la custodia a la madre y se concedió al padre. Al alta, por decisión de los padres, se trasladó a un centro terapéutico educativo.

### **Datos más relevantes de la exploración:**

#### *Entrevistas con J:*

La paciente se describe como tímida desde pequeña, con dificultades para hacer amigos y adaptarse a los grupos. Hace una autodescripción un tanto caótica y no es capaz de narrar una secuencia que represente una continuidad temporal en sus actuaciones desde la infancia. En cuanto al género, sus actividades y comportamientos han tenido una organización consistente como mujer, aunque aún no presenta una clara conciencia de orientación sexual. Las relaciones familiares son muy inestables, y pasa del intento de control de los demás al sometimiento, sin haber alcanzado un sentido de pertenencia a su familia.

La sintomatología predominante ha sido de ansiedad crónica, fobias, síntomas disociativos y conversivos, inestabilidad emocional con tendencias paranoides, comportamientos impulsivos, con ideación de muerte y autolítica persistente y tendencia al “acting-out”. Describe detalladamente “6 ó 7 intentos de suicidio” desde los 8 años de edad, generalmente reactivos a vivencias de abandono o persecución.

#### *Test realizados:*

- FACES IV (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale; Escala de evaluación de la adaptabilidad y la cohesión familiar), que revela una estructura familiar con muy bajos niveles de comunicación y de carácter desequilibrado.
- CAA-R (Cuestionario Apego Adulto Reducido), estilo de apego temeroso, con alta necesidad de aprobación, baja autoestima, y niveles elevados de rencor, enfado e intransigencia.

### **DISCUSIÓN**

Evaluamos el caso desde una doble vertiente, estructural y descriptiva, y encontramos como datos más significativos:

- Inestabilidad emocional, con afectos disfóricos y depresivos.
- Múltiples síntomas neuróticos.
- Impulsividad con frecuentes intentos de suicidio.
- Utilización de mecanismos de defensa primitivos como la escisión y la identificación proyectiva, así como transferencias con tinte paranoide.
- Difusión de la identidad y autoimagen inestable, conservando el contacto con la realidad.

- Escasas habilidades sociales y tendencia al aislamiento. Establece relaciones de amistad de carácter posesivo, invasivo y con tendencia a realizar interpretaciones de tinte paranoide.
- Predominio de las fantasías de desintegración corporal y automutilación.
- Situación Edípica: no se ha alcanzado autonomía, existe un miedo intenso a la separación y el abandono que se evidencia en los problemas en las relaciones interpersonales, estableciendo relaciones sentimentales basadas en la “persecución”.
- Contexto familiar patológico: son manifiestos los cuidados inconsistentes y la falta de diferenciación en los límites generacionales. Se producen además reiteradas rupturas de vínculos con hospitalizaciones repetidas y cambios en la convivencia.

Estas características corresponderían a lo que Otto Kernberg denominó “Organizaciones Limítrofes de la personalidad”, aquellas caracterizadas por una identidad débil o fallida, defensas primitivas (escisión e identificación proyectiva) y juicio de realidad que se pierde en situaciones estresantes; que se traduce en inestabilidad en la autoimagen y en las relaciones interpersonales, con impulsividad elevada, baja tolerancia a la frustración y con tendencia a la expresión emocional desbordada (5).

La Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente CFTMEA R-2012 (6) define las “patologías límite del niño” como aquellas caracterizadas por defectos precoces de sostén que producen distorsiones en la vida mental, predominio de las expresiones a través del cuerpo y la acción, extrema vulnerabilidad a la pérdida del objeto por defectos en el trabajo de separación y daños en el sentimiento de identidad que conducen a reiterados enfrentamientos con el medio. Dentro de estas patologías límite, esta clasificación contempla aquellas “con predominio de trastornos de la personalidad” y cuyos rasgos más característicos son: sufrimiento depresivo, sentimientos de minusvalía con problemas en la regulación de la autoestima, angustia de separación y de abandono y retrasos en el desarrollo afectivo, con tendencias regresivas y conductas de dependencia.

Ya hemos mencionado la dificultad que supone la distinción entre un verdadero constructo patológico y

rasgos transitorios propios de la etapa adolescente, y un estudio transversal de los casos nos puede llevar a errores diagnósticos. Por otra parte, todos los manuales diagnósticos, coinciden en que los patrones desadaptativos de personalidad comienzan a formarse, como pronto, durante la adolescencia (si no en la infancia), y lo cierto es que su repercusión sobre el funcionamiento de la persona puede ser, en estos momentos, tan intensa como durante la edad adulta.

En este sentido, Paulina Kernberg propone un análisis longitudinal a través del desarrollo de diferentes variables estructurales del funcionamiento mental, como son el temperamento, la identidad, el funcionamiento cognitivo, el afecto o los mecanismos de defensa, entre otros; que ayudan en la comprensión y tratamiento de las alteraciones de la personalidad en etapas más tempranas de la vida.

Una de las primeras cosas que Kernberg nos insta a tener en cuenta es la definición de una personalidad normal que sería aquella que se presenta en el adolescente o niño que ha establecido un sentido de la identidad adecuado a la edad y que emplea de forma adaptativa y flexible de los mecanismos de defensa y de afrontamiento. Así, se han identificado como indicadores de un posible trastorno desadaptativo la presencia de mala adaptación social y escolar, conducta disocial y disruptiva, consumo de tóxicos, disregulación afectiva, impulsividad elevada autolesiones y conductas parasuicidas de repetición y episodios depresivos graves en la infancia. En el caso presentado encontramos síntomas suficientes, por su gravedad y persistencia, para hacer un diagnóstico de trastorno de personalidad.

## CONCLUSIONES

Aunque el diagnóstico de TLP es difícil en la etapa de la adolescencia, hay instrumentos que pueden facilitararlo. Destacamos la utilidad de las propuestas de P. Kernberg, que recomiendan hacerlo desde la perspectiva del desarrollo de la personalidad. Siguiendo este modelo, resulta importante complementar el plano descriptivo con el psicodinámico, de manera que además de la descripción de las manifestaciones sintomáticas, cobra relevancia el análisis estructural del funcionamiento mental y el estudio de los mecanismos defensivos que ponen en evidencia la patología yoica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Biskin RS. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015; 60 (7): 303–8.
2. Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). *Quaderns de salut mental. Calsalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.* 2006; 8 (<https://doi.org/10.1016/j.gine.2009.01.006>).
3. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2015; 24 (11): 1307–20.
4. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Patrones desadaptativos de la personalidad del cluster B en adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2013; 6 (3): 129–38.
5. Fossa Arcila, P. Organización Limítrofe de Personalidad. *Revista de Psicología GEPU* 2010; 1 (1): 32–52.
6. Garrabé, J. & Kammerer, F. (Eds.), Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFMEA R-2012). Clasificación francesa de los trastornos mentales del adulto (CFTM R-2015). Buenos Aires: Polemos.
7. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics* 2014; 134 (4): 782–93.
8. Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK. Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. México: El Manual Moderno; 2002.
9. Larrivé, M. P. (2013). Borderline personality disorder in adolescents: The He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2013; 15 (2): 171–179.