

## Trastorno límite de personalidad: diagnóstico estructural de personalidad de un caso clínico

### Borderline personality disorder: structural personality diagnosis of a case report

#### **Abril De Las Rosas Narváez Martínez**

Investigadora independiente, Nicaragua  
<https://orcid.org/0000-0002-2138-9276>  
[abrilrosanm@gmail.com](mailto:abrilrosanm@gmail.com)

#### **Laura Menudo Monterrey**

Investigadora independiente, Nicaragua  
<https://orcid.org/0000-0002-6233-3906>  
[lauramenudo@gmail.com](mailto:lauramenudo@gmail.com)

#### **Dustin Ezequiel Amador Jiménez**

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua  
<https://orcid.org/0000-0001-6894-4997>  
[deamador@uc.cl](mailto:deamador@uc.cl)

### RESUMEN

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un trastorno mental severo, incapacitante y heterogéneo caracterizado por una marcada impulsividad y la inestabilidad de las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, inicia en la adolescencia o en edad adulta temprana. Se presenta un caso clínico de TLP con diseño de estudio de caso único ( $n=1$ ), observacional, de corte transversal y con alcance descriptivo. La participante es una joven de 19 años, soltera y sin hijos, estudiante universitaria y supervisora en un centro de llamadas, a quien se le aplicó la Entrevista Estructural de la Personalidad, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2), el Cuestionario de Screening McLean (MSI-BPD), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), el Test de Relaciones Objetuales (TRO) y el Test de la Persona Bajo la Lluvia. El análisis de información se hizo mediante la triangulación de los resultados de los diferentes instrumentos, además se contrastaron los principales hallazgos con las teorías que explican el TLP desde un enfoque psicodinámico relacional. Los resultados reflejan que la evaluada presenta síntomas característicos del TLP como pobre autoimagen, identidad difusa, juicio ético empobrecido, un patrón de relaciones interpersonales inestables y conflictivas, inestabilidad emocional, inseguridad de separación, impulsividad, asunción de riesgos y hostilidad; además se identifica una comorbilidad con el Trastorno Depresivo Mayor al presentar síntomas como estado de ánimo deprimido, anhedonia, poca energía, sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte recurrentes y problemas con la alimentación y de sueño. La sintomatología que presenta la paciente genera un importante malestar psicológico con riesgo suicida.

#### **Recibido**

17/05/2023

#### **Aceptado**

12/10/2023

### PALABRAS CLAVE

Trastorno límite de personalidad; depresión; personalidad; estudio de caso.

## **ABSTRACT**

Borderline personality disorder (BPD) is a severe, disabling and heterogeneous mental disorder characterized by marked impulsivity and instability of interpersonal relationships, self-image and affect, with onset in adolescence or early adulthood. A clinical case of BPD is presented with a single case study design (n=1), observational, cross-sectional and descriptive in scope. The participant is a 19-year-old, single, childless, college student and supervisor in a call center, who was administered the Structural Personality Interview, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), the McLean Screening Questionnaire (MSI-BPD), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the Test of Object Relations (TRO) and the Person in the Rain Test. The analysis of information was done by triangulating the results of the different instruments, and the main findings were contrasted with the theories that explain BPD from a relational psychodynamic approach. The results reflect that the patient presents characteristic symptoms of BPD such as poor self-image, diffuse identity, impoverished ethical judgment, a pattern of unstable and conflictive interpersonal relationships, emotional instability, separation insecurity, impulsivity, risk-taking and hostility; in addition, a comorbidity with Major Depressive Disorder is identified by presenting symptoms such as depressed mood, anhedonia, low energy, feelings of worthlessness, recurrent thoughts of death and problems with eating and sleeping. The symptomatology presented by the patient generates an important psychological distress with suicidal risk.

## **KEYWORDS**

Borderline personality disorder; depression; personality; case study.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un trastorno mental severo (Stepp et al., 2016), incapacitante (Iliakis et al., 2019) y heterogéneo, caracterizado por un patrón de difusión de identidad (Bozzatello et al., 2019), conductas impulsivas, autolesiones, suicidalidad, inestabilidad emocional e interpersonal (Videler et al., 2019). Si bien los síntomas tienden a emerger para ser objeto de atención clínica en la adultez joven (Stepp et al., 2016; Gunderson et al., 2018), se piensa que el trastorno inicia en la infancia o la adolescencia temprana (Gunderson et al., 2018), por lo que es posible diagnosticar TLP en pacientes menores de 18 años cuando “los síntomas son penetrantes, persistentes, no limitados a una etapa particular del desarrollo u otro trastorno mental, y si han estado presentes por lo menos un año” (Videler et al., 2019).

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2014) define al TLP como “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), incluyendo síntomas y signos como esfuerzos para evitar un abandono; un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas; alteración de la identidad; impulsividad autodestructiva; conductas suicidas o autolesión recurrente; inestabilidad afectiva; sentimiento de vacío; ira; ideas paranoides y síntomas disociativos (APA, 2014).

El TLP, por lo general se presenta antes de los 18 años, frecuentemente inicia durante la adolescencia y se relaciona con impulsividad, problemas en la escuela y las relaciones interpersonales (Wall et al., 2021), en esta etapa los síntomas son más graves y peligrosos que en la adultez (Behn y Fischer, 2021). Algunas investigaciones predicen déficits en la funcionalidad de la persona a largo plazo (Bozzatello et al., 2019), mientras que otros estudios sugieren que solo quienes presentan síntomas severos tendrían dificultades en la adultez (Gunderson et al., 2018).

En la etiología del TLP se destaca la interacción de factores genéticos con experiencias de vida desfavorables como factor de riesgo para el desarrollo de los síntomas (Gunderson et al., 2018). El TLP tiene una etiología multifactorial y se han identificado tres factores con un papel importante en el desarrollo del TLP (Gabbard, 2017): un temperamento vulnerable y sensible de base biológica; un ambiente familiar caótico, con separaciones tempranas, negligencia, tensión emocional e insensibilidad y desarrollo de apegos inseguros; y los eventos desencadenantes, como intentar formar una relación íntima o experimentar un evento traumático, que pueden activar la sintomatología del TLP (Amador, 2021). Datos epidemiológicos indican que el TLP afecta al 3% de la población, entre 15%-28% de los consultantes de atención ambulatoria y 20% de las personas en hospitalización psiquiátrica (Behn y Fischer, 2021).

Kernberg (1987), propone un análisis descriptivo y comprensivo para el TLP como parte de una Organización Limítrofe de Personalidad (OLP). Desde el punto de vista descriptivo, la OLP presenta un estado de ánimo inestable, afectividad desproporcionadas e impulsividad; dificultades en las relaciones interpersonales íntimas y la difusión de identidad (Labbé et al., 2020). Desde el punto de vista estructural, la OLP presenta una prueba de realidad conservada, vulnerable en momentos de intensidad emocional, el predominio de mecanismos de defensas de bajo nivel en torno a la escisión y difusión de identidad moderada que se desarrollaría en la adolescencia (Foelsch et al., 2015).

Desde el punto de vista dinámico Labbé et al. (2020), señala que el predominio de las defensas en torno a la escisión, tendrían como consecuencia las alteraciones de la percepción de la realidad en momentos de angustia, las dificultades de integración de los objetos internos del sí mismo y de los otros, resultando en la difusión de identidad y problemas en las relaciones interpersonales en el establecimiento de relaciones íntimas.

Debido a que el TLP es una de las psicopatologías con mayor demanda de recursos clínicos e importante prevalencia, es necesario continuar el estudio descriptivo y comprensivo de la problemática, por lo cual, en este texto se presenta un caso de TLP comórbido con Trastorno Depresivo Mayor, cuyo diagnóstico fue el resultado de una evaluación clínica psicológica, con el objetivo de describir el caso de forma detallada: su fenomenología, principales síntomas y signos, y la dinámica y funcionamiento psicológico desde un enfoque psicodinámico relacional. Se ha garantizado confidencialidad y se contó con el consentimiento informado de la participante.

## MATERIALES Y MÉTODOS

En el estudio se emplea un diseño de estudio de caso único ( $n=1$ ), el diseño es observacional y no experimental, de corte transversal con un alcance descriptivo. Se proporciona información descriptiva a profundidad con respecto a la experiencia subjetiva de la persona relacionada a las dificultades en el funcionamiento psicológico.

La participante del estudio es Amelia, una joven de 19 años, soltera y sin hijos, estudiante universitaria y trabajadora de un centro de llamadas con el cargo de supervisora, nunca ha recibido terapia ni diagnóstico psicológicos previo a esta evaluación. Los nombres reales y posibles datos de identificación de la participante y sus familiares han sido modificados para garantizar el anonimato y la confidencialidad.

Se aplicó la Entrevista Estructural de la Personalidad, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2), el Cuestionario de Screening McLean (MSI-BPD) y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), el Test de Relaciones Objetales (TRO) y el Test de la Persona Bajo la Lluvia.

---

Entrevista Estructural de la Personalidad: La Entrevista Estructural de la Personalidad es una entrevista semiestructurada que permite obtener una valoración dimensional de la organización de la personalidad de un individuo según la conceptualización psicodinámica de Kernberg (1987). Consta de 87 ítems que recopilan información respecto a los últimos 5 años de la vida del individuo y abarca los dominios de función de la identidad, calidad de las relaciones objetales, uso de defensas, intrusión de la agresión, afrontamiento adaptativo versus rigidez de carácter, y valores morales (Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg, 2007).

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2): El MMPI-2 es un test psicométrico de amplio espectro que permite evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales (Butcher, et al., 2019). Se emplea en la evaluación de la personalidad normal y patológica mediante escalas de validez, clínicas, de contenido y subescalas de contenido, escalas suplementarias y de los cinco de personalidad psicopatológica, lo que permite construir perfiles de resultados a partir de baremos de población general en puntuaciones T. El test incluye indicadores de validez para detectar respuestas inadecuadas por problemas de comprensión o por falta de implicación o concentración por parte de la persona evaluada.

En la evaluación del caso se emplearon las escalas clínicas: Histeria (Hi), Depresión (D), Paranoia (Pa), Esquizofrenia (Es), Psicastenia (Pt), Desviación Psicopática (Pd), Masculinidad/feminidad (Mf), Hipocondriasis (Hs), Hipomanía (Ma) e Introversión social (Si); y tres escalas de validez que son L y F (como escalas de fiabilidad) y K (factor K de corrección).

Cuestionario de Screening McLean (MSI-BPD): Se aplicó el Cuestionario de Screening McLean (MSI-BPD; Zanarini et al., 2003) en su versión en español, es un cuestionario de autoinforme de 10 ítems que puede detectar la presencia de TLP de manera fiable y rápida. En el estudio de validación en español, Soler et al. (2016) encontraron que el análisis factorial exploratorio el cuestionario tuvo una alta consistencia interna ( $KR-20=0,873$ ) y una buena confiabilidad test-retest ( $ICC=0,87$ ). Mediante análisis de regresión logística, se determinó un punto de corte de 7, obteniendo una buena sensibilidad (0,71) y especificidad (0,68). El análisis discriminante mostró una capacidad de clasificación del 72,8%.

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9): Se aplicó Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) en su versión en español, la escala tiene el objetivo de contribuir con el diagnóstico de la depresión según los criterios del DSM-5. Consta de 9 ítems tipo Likert con puntajes entre 0 y 3 evaluando los síntomas durante las últimas dos semanas. Para su corrección se obtiene una puntuación total entre 0 y 27. Los puntos de corte propuestos son: 1-4: Depresión mínima; 5-9: Depresión leve; 10-14: Depresión moderada; 15-19: Depresión moderadamente grave; 20-27: Depresión grave. Baader et al. (2012), encontraron que el PHQ-9 demostró una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% en la detección de pacientes depresivos y tuvo una

consistencia interna aceptable con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,835. Test de Relaciones Objetales (TRO): El TRO es una prueba proyectiva de producción de historias para explorar la personalidad y las relaciones que se establecen consigo mismo y con las demás personas, consta de tres series de cuatro láminas con situaciones de una persona, dos personas, tres personas y de grupo, además de una lámina en blanco, donde la situación-estímulo básica y el contenido de realidad son lo suficientemente ambiguos para que el examinado pueda hacer un empleo muy variado de la misma (Phillipson, 2011). El análisis de contenido de las historias permite inferir la dinámica inconsciente del sujeto desde la teoría de las relaciones objetales.

Test de la Persona Bajo la Lluvia: El Test de la Persona Bajo la Lluvia es una prueba proyectiva de producción de un dibujo cuya interpretación busca obtener la imagen corporal del paciente bajo condiciones ambientales desagradables o tensas (Querol y Chaves Paz, 2009). El análisis gráfico y de contenido del dibujo permite evaluar los temores, ansiedades, mecanismos de defensa y capacidad de adaptación que pueden activarse en situaciones de presión ambiental.

### **Etapas de la investigación**

La construcción del caso se desarrolló en una serie de sesiones en las que se recolectó la información con las técnicas de observación, entrevista y aplicación de instrumentos psicológicos. Primeramente, se llevó a cabo una entrevista para recoger los datos generales y el consentimiento informado por parte de la participante.

Posteriormente se aplicó la Entrevista Estructural de la Personalidad (Gabbard, 2014) para construir la historia clínica, el examen mental y una descripción del funcionamiento psicológico, con el fin de alcanzar una hipótesis diagnóstica y un diagnóstico estructural de la personalidad. Seguidamente se aplicaron los instrumentos psicométricos y proyectivos y se procedió a realizar la corrección e interpretación de estos.

Se realizó la triangulación de la información con una comparación entre los resultados de las diferentes técnicas e instrumentos en busca de semejanzas, diferencias y patrones para encontrar supuestos que puedan ser puestos a prueba en futuras investigaciones, además se llevó a cabo el contraste entre los principales hallazgos y las teorías que explican el TLP.

Finalmente se redactó el reporte individual del caso, en el que se presenta la descripción de la sintomatología y las diferentes dificultades en el funcionamiento psicosocial.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Historia clínica

Amelia presenta un estado de ánimo deprimido, cansancio físico y mental, pereza, desmotivación y sentimientos de desesperanza. Ha presentado “crisis depresivas” donde llora desconsoladamente y “revive” las situaciones traumáticas. Las crisis iniciaron a sus 16 años y en ellas presenta ideación suicida, sueño irregular, llanto excesivo, falta de energía y motivación por lo que pasaba tumbada e irritabilidad por lo que su familia la describe como “malcriada”. Durante sus crisis piensa que no logrará construir un futuro, se siente devastada y se presentan deseos de morir, para afrontar estos síntomas limpia su cuarto, duerme o suele fantasear con “una vida diferente”; afirma que estos episodios se dan cuando sucede algo que le “choca”, por ejemplo, cuando rompió la relación con su última pareja, y pueden durar entre tres días y una semana.

Tiene un adecuado funcionamiento intelectual, habla con un ritmo adecuado y su discurso es coherente, está ubicada en tiempo y lugar, da información realista sobre sí misma y su día a día y es consciente de las normas sociales pero su juicio ético está algo empobrecido.

En el ámbito relacional, La evaluada indica que tiende a relacionarse de forma hostil e hiriente cuando discute con alguien y se desespera, afirma que es rencorosa y perfeccionista, le gusta que le reconozcan sus logros y que le toma mucho tiempo poder entrar en confianza con las personas. Además, presenta impulsividad en el área de la sexualidad, con promiscuidad y relaciones sin protección, incluso ha tenido problemas con la ley por tener relaciones sexuales dentro de un vehículo en la calle.

Las últimas dos relaciones amorosas de la paciente resultaron ser muy conflictivas. En la primera existía una dinámica de inestabilidad e infidelidades por ambas partes que se prolongó durante 5 años. La última relación, de 2 años de duración, se basaba en la dependencia emocional que ella sentía hacia su pareja, quién solo quería mantener relaciones sexuales con ella, por lo que aprendió a “no confiar en los hombres”. Por otro lado, tiene 3 mejores amigas, con quienes puede distraerse cuando algo le preocupa y a quienes tiende a idealizar describiéndolas como “súper buenas”, “súper lindas”, “las más inteligentes y capaces”.

Amelia trabaja desde los 18 años en un Centro de llamadas para poder pagar la universidad, lo que ha hecho que su desempeño universitario se vea afectado. Reconoce que no disfruta de su trabajo, pero lo hace por necesidad, no tiene muy buena relación con sus subordinados desde que le dieron una evaluación negativa como supervisora, afirmando que ella era muy agresiva con ellos, ella expresa que sí se comporta de forma “dura” y exigente.

La evaluada sufrió maltrato físico en su infancia por un tío y su abuela materna. Las únicas relaciones familiares significativas que tiene son con su hermana mayor, su hermana menor y un hermano por parte de padre. Desde enero de 2020, Amelia y su hermana mayor rompieron la relación con su padre, quien vive en EEUU desde 2007 y ha tenido numerosas relaciones adúlteras a lo largo de su vida, ejercía violencia doméstica hacia sus tres primeras esposas, golpeaba e insultaba también a Amelia y es padre de 24 hijos. Por otro lado, la relación con su madre es conflictiva, Amelia se refiere a ella como una persona inmadura y en 2017, la madre y su pareja fueron arrestados por ser cómplices de un homicidio. En su familia extendida, por otro lado, las relaciones de pareja reflejan patrones de inestabilidad y conflicto, hay muchos casos de infidelidades e hijos fuera del matrimonio.

Entre los 7 y 9 años, Amelia fue internada varias veces en el hospital a causa de orzuelos que agravaban. Se ha contagiado de COVID-19 dos veces y presenta un cuadro de Vaginosis Bacteriana desarrollado por mantener relaciones sexuales sin protección, tiene el útero muy lesionado y es un factor de riesgo para el desarrollo de procesos cancerígenos en un futuro.

La evaluada tiene dos antecedentes de abuso sexual, el primero ocurrió a sus 5 años de vida, el abusador fue su padre biológico, mientras que el segundo antecedente tuvo lugar a sus 16 años a manos de un conocido que era 10 años mayor que ella. Amelia recibió atención psicológica en la escuela secundaria debido a dificultades relacionadas con el abuso sufrido en su infancia, sin embargo, no tuvo una buena experiencia con la psicóloga que la atendió, quien reveló información sobre el abuso a autoridades del colegio sin previo aviso, por lo que abandonó el proceso.

### **Resultados de las pruebas psicométricas**

Los resultados en el MMPI-2 pueden observarse en la Tabla 1, estos indican que Amelia no trató de favorecerse a sí misma con sus respuestas, sino que sabe reconocer sus características no tan positivas (L, T=43), refleja un intenso malestar psicológico y sentimientos de tensión frente a las situaciones traumáticas y problemáticas que ha vivido (F, T=77), además, reconoce y es consciente del malestar asociado a las situaciones difíciles en su vida y se siente poco capaz de enfrentarlas por sí misma con mucha autocrítica y suspicacia (K, T=38).

La evaluada sufre algunas dificultades con el sueño y que es una persona con poca energía quien realiza sus deberes con pereza (Hs, T=66), los resultados reflejan la presencia de sintomatología asociada a una depresión clínica severa, revela cuán afectada se encuentra debido a sus problemas y los sentimientos de culpa que estos le generan (D, T=76). También se observa que Amelia tiene un juicio ético algo pobre, porque no tiene problema en realizar algún acto que afecte a otra persona con tal de salir beneficiada y podría incumplir ciertas normas si tuviera la certeza de que no la descubrirán, destaca la inestabilidad con respecto a sus emociones y en sus relaciones interpersonales, con presencia

---



de impulsividad cuando se siente muy presionada o agobiada, lo que la lleva a ser hiriente con sus palabras (Pd, T=79).

La examinada es una persona muy competitiva y exigente consigo misma y con los demás (Mf, T=70), pero, sufre mucha ansiedad y es insegura respecto a sus habilidades y cualidades y reacciona con irritabilidad cuando los trabajos que realiza no terminan como ella había planeado (Pt, T=75), tiende a fantasear mucho (Sc, T=77), es impulsiva, rebelde y persuasiva y trata de mantenerse ocupada para no recaer en sus crisis. (Ma, T=68).

**Tabla 1 Resultados del MMPI-2**

Escala	Puntuación T
<b>Escalas de validez</b>	
L	43
F	77
K	38
<b>Escalas clínicas</b>	
Hipocondriasis (Hs)	66
Depresión (D)	76
Histeria (Hy)	55
Desviación Psicopática (Pd)	79
Masculinidad-Feminidad (Mf)	70
Paranoia (Pa)	60
Psicastenia (Pt)	75
Esquizofrenia (Sc)	77
Hipomanía (Ma)	68
Introversión Social (Si)	58

Nota. Media= 50; Desviación típica= 10; Punto de corte= 65

Por otra parte, en el MSI-BPD la paciente obtuvo una puntuación de 8 sobre 10 (Tabla 2), alcanzando el punto de corte e indicando la presencia de la sintomatología característica del Trastorno de Personalidad Límite. Se observan síntomas como discusiones o rupturas frecuentes en relaciones interpersonales cercanas, conductas impulsivas, mal humor extremo, enfado constante, desconfianza en las personas, sensación de vacío, sensación de falta de identidad propia y esfuerzos desesperados para evitar el abandono o sentirse abandonada.

**Tabla 2 TLP y Depresión**

Cuestionario	Puntaje	Punto de corte
MSI-BPD	8	7
PHQ-9	16	10

En el PHQ-9 la paciente tuvo un total de 16 puntos (Tabla 2), El puntaje obtenido está por encima del punto de corte, lo que implica que actualmente presenta sintomatología característica de un episodio depresivo mayor, con presencia de anhedonia, estado de ánimo deprimido, poca energía y sentimientos de fracaso casi todos los días, pensamientos de muerte más de la mitad de los días, y sueño irregular junto con alteraciones en el apetito durante varios días en las últimas dos semanas.

### **Resultados de las técnicas proyectivas**

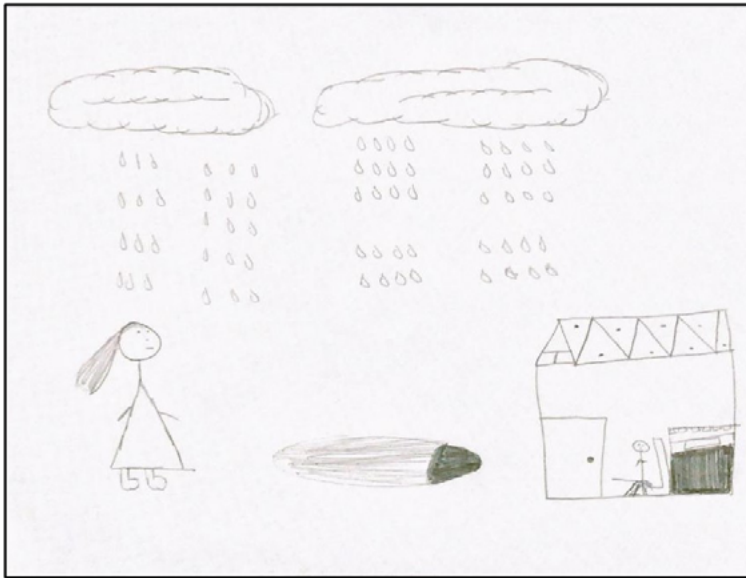
En el TRO, las narraciones de Amelia fueron muy pobres y destaca la poca o nula información que brindaba del pasado de la historia de todas las láminas. Hizo verbalizaciones anexas respecto a que la prueba era difícil en las dos primeras láminas y en la lámina en blanco. A partir de la cuarta narración el estado de ánimo de la paciente fue decayendo, reflejando tristeza, y en la penúltima lámina (C1) comenzó a llorar porque, según expresó, le recordaba al cuarto de su hermanita; también las láminas B1, CG y B2 dieron lugar a historias con referencia directa a situaciones de su vida real que han tenido efectos negativos sobre ella, con lo cual evidenció falta de distancia con la lámina y la situación de aplicación de prueba.

En las narraciones persiste un patrón de relaciones familiares de pobre calidad donde abunda la hostilidad y el abandono. Se perciben estas relaciones como los principales generadores de ansiedad en los personajes y una proyección de las verdaderas relaciones familiares de la paciente, las cuales han sido turbulentas o distanciadas.

En todos los relatos donde se incluyen relaciones de pareja heterosexuales, el hombre es el generador de conflicto y quien ejerce algún tipo de maltrato contra la mujer; así mismo, cuando se especifica el género de los personajes generadores de tensión, todos son hombres, por lo que se puede inferir una devaluación de las figuras masculinas en el mundo interno de la paciente.

Por otro lado, se destaca la falta de figuras de protección y apoyo en las historias, donde el personaje que sufre los conflictos tiene que lidiar con estos en soledad, por lo que los termina reprimiendo o evadiendo. En la historia de la lámina en blanco, sin embargo, no hay presencia de ansiedades, lo que se relaciona con la inclusión de personajes con relaciones de amistad externas a la familia, lo que indica que la paciente asocia estas relaciones con la felicidad y la tranquilidad. En el Test de la Persona Bajo la Lluvia (Figura 1), Amelia realizó un dibujo pequeño, incluyó dos nubes, lluvia dibujada en forma de gotas y una figura femenina con la que la paciente se identifica, que tiene poco detalle y está orientada de perfil hacia la derecha, dibujó un charco de agua sombreado en el interior, y a la derecha de este una casa con tejado y puerta, en cuyo interior se distingue una cama y una persona sentada en una silla.

**Figura 1 Dibujo de la persona bajo la lluvia**



Las características del dibujo indican que la paciente es una persona que atraviesa un estado depresivo vinculado a situaciones traumáticas que aún no ha podido resolver o elaborar en su vida. Estas situaciones representan un obstáculo para ella porque a pesar de que tiene la necesidad de avanzar respecto a su estado actual, no logra hacerlo debido a que evade dichos conflictos.

Por otro lado, el dibujo también refleja que, si bien la paciente es una persona exigente y llega a ser hostil con el entorno, tiene poca seguridad en sí misma y se desvaloriza, lo cual está asociado a una identidad difusa en la que no logra reconocer y valorar sus cualidades positivas. Así mismo, los elementos como nubes o la segunda persona añadida indicaron que tiene sus conflictos muy presentes y necesita de ayuda externa para poder enfrentarlos.

A partir de los resultados de la evaluación, se realiza un análisis del caso presentando el diagnóstico descriptivo, estructural, dinámico y genético-evolutivo, que permitirá alcanzar una profunda comprensión del funcionamiento psicológico de la evaluada y de sus dificultades.

### **Diagnóstico descriptivo**

Al realizar un diagnóstico descriptivo y tomando en cuenta el modelo alternativo del DSM-5 (APA, 2014) para los trastornos de la personalidad, la paciente presenta un deterioro moderadamente grave en el funcionamiento de su personalidad (criterio A) que se manifiesta en una autoimagen marcadamente pobre con tendencia a la auto-desvalorización (área de identidad), un juicio ético difuso y empobrecido (área de autodirección), y un patrón de relaciones interpersonales inestables y conflictivas determinadas por la idealización y la devaluación (área de intimidad). Así mismo, la paciente presenta algunos rasgos patológicos de personalidad (criterio B) que se identifican como labilidad emocional, inseguridad de separación, depresión, impulsividad, asunción de

riesgos y hostilidad. Estos rasgos y síntomas son indicadores de la presencia del TLP.

Los resultados de las entrevistas, el PHQ-9 y el MMPI-2, junto al resto de información obtenida en pruebas como el Dibujo de la persona bajo la lluvia, indican que la paciente presenta el Trastorno de Depresión Mayor (APA, 2014), se identifican síntomas como estado de ánimo deprimido (criterio A.1), anhedonia (criterio A.2), poca energía (criterio A.6), sentimientos de inutilidad (criterio A.7), pensamientos de muerte recurrentes (criterio A.9), y problemas con la alimentación y de sueño; toda la patología que presenta la paciente genera un importante malestar psicológico con riesgo suicida.

Amelia presenta un cuadro de Vaginosis Bacteriana y secuelas del COVID-19 como pérdida del gusto y el olfato. Se identifica como otro problema que puede ser objeto de atención clínica, la dieta y el ritmo de sueño inadecuados y poco saludables de la paciente, que se diagnostica como problema relacionado con el estilo de vida.

En su funcionamiento global, la paciente logra tener un adecuado desempeño en su trabajo debido a sus necesidades económicas y la destreza que ha adquirido en las actividades laborales, sin embargo, presenta dificultades relacionales con sus compañeros de trabajo. En el ámbito académico, la paciente ha tenido un rendimiento insatisfactorio asociado a sus síntomas depresivos y a que su empleo le consume mucho tiempo; además de ello, en el área social, sus rasgos de personalidad como la impulsividad y la poca tolerancia a la frustración, provocan que tenga altercados recurrentes, principalmente discusiones, con otras personas de su entorno.

### **Diagnóstico estructural de la personalidad**

Al realizar el diagnóstico estructural de la personalidad, se observa que la evaluada tiene una identidad difusa, lo que se evidencia en que no puede dar una descripción profunda de sí misma y se limita a enumerar adjetivos mayormente negativos, su perspectiva respecto a supersona está muy devaluada y tiene dificultades para mencionar cualidades positivas de sí misma porque se siente incapaz de hacerlo. Con respecto a su visión de los demás, tiende a hacer descripciones solo con adjetivos y de las cuales algunas están polarizadas por sus experiencias: mientras describe a su mejor amiga como la más inteligente y la más capaz, con su papá se limita a enumerar cualidades negativas y expresa que el hecho de que tenga dinero es su única cualidad positiva.

Las defensas que emplea la paciente son primitivas, basadas en la escisión e incluyen el retraimiento y anulación, idealización, devaluación y defensas hipomaniacas. El retraimiento y anulación se evidencia cuando se encuentra en una situación donde la persona hace algo que le molesta, simplemente corta la relación con dicha persona, evita pensar en sus experiencias negativas pasadas llenándose la mente de otras situaciones, entre ellas fantasías de “una vida diferente”.

---

Por otro lado, suele idealizar a las personas en quienes confía, como sus amigas y su hermana mayor, pero devalúa a personas que han hecho acciones que la han afectado, sobre todo si son hombres. Finalmente, presenta defensas hipomaniacas porque ante situaciones que le generan preocupación o estrés, acostumbra a salir con sus amigas a distraerse, como ha comentado en las entrevistas.

Respecto a la prueba de realidad, la paciente puede delimitar los elementos externos y los internos de su mente; no presenta algún síntoma psicótico ni ideas extrañas. Tiene orientación alopsíquica e intrapsíquica, por lo que conoce información del día a día y sobre sus propias actividades, y es capaz de exponerlas y hablar de ellas con normalidad. También tiene pleno conocimiento sobre las normas sociales y expresa que tiene un buen sentido del bien y del mal, pero aun así no tendría problema faltar a su ética si esto le supondría algún beneficio. Sus relaciones interpersonales tienden a ser superficiales y pobres, sobre todo con la mayoría de los miembros de su familia extendida y existe dependencia emocional con su hermana y sus amigas. Ella refiere que se sentiría vacía si esas relaciones llegaran a romperse, además de que evidencia dificultades para lidiar con las separaciones.

Tras describir estas dimensiones del diagnóstico estructural y tomando en cuenta la historia personal de la paciente, se determina que presenta un nivel de Organización de Personalidad Limítrofe media (OLP; Labbé et al., 2020), debido a la difusión de su identidad, el uso de mecanismos de defensa primitivos, las relaciones de baja calidad y la prueba de realidad mayoritariamente conservada.

### **Diagnóstico dinámico**

En la realización de un diagnóstico dinámico con el Modelo Psicodinámico, desde el triángulo de conflicto Malan (1979) se reconoce que la paciente presenta el impulso de agresión, en donde tiende a ser hiriente verbalmente hacia las personas con quienes tiene un conflicto, y el impulso de libido manifestado en una falta de control sobre éste, que deriva en una de sus conductas de riesgo.

Continuando con las ansiedades, se determina que Amelia presenta la ansiedad moral evidenciada en el temor al no cumplimiento de las propias expectativas en su ámbito laboral, y los sentimientos de culpa y vergüenza derivados de los abusos que sufrió. Por otro lado, identificamos la ansiedad paranoide en tanto que le es difícil confiar en las personas creyendo que estas podrían traicionarla o aprovecharse de ella, esto en consecuencia de la falta de figuras de apego seguro en la infancia y las malas experiencias que ha tenido en las relaciones.

Así mismo, se identifica la ansiedad de abandono por la dificultad para lidiar con las separaciones, a causa de la necesidad de exteriorizar su "self ajeno para que otra mente esté en control de sus atributos desagradables" (Gabbard, 2014, p. 436). Finalmente, la paciente lidia con estas ansiedades utilizando defensas primitivas como escisión, retraimiento, idealización, devaluación y defensas hipomaniacas.

---

## Diagnóstico genético-evolutivo

En el diagnóstico genético, se puede hipotetizar que las experiencias tempranas de trauma crearon un intenso dolor, junto con la dificultad para expresarlo y manejarlo, y un temperamento vulnerable e hiperreactivo lo que derivó “en intensas dificultades para desarrollar un sentido estable de identidad y una disfunción interpersonal crónica” (Gabbard, 2014, p. 437) manifestadas en la dificultad para integrar visiones positivas y negativas de sí misma y de los otros, que conduce a la división fundamental de afectos positivos y negativos y de los objetos en figuras del todo buenas o del todo malas (Gabbard, 2014). Además, el maltrato y negligencia sufridos por parte de las figuras de autoridad y cuidadores primarios en su infancia llevaron a que Amelia internalice un self merecedor de abuso y la representación de objeto de una figura punitiva que ataca al self, lo que deriva en sentimientos de insatisfacción y baja autoestima propios de la depresión.

De igual forma, la paciente sufrió la pérdida simbólica de ambos padres en su infancia, el padre siendo el abusador y la madre que no la protegió, derivando en la internalización de un self abandonado y una representación de objeto de abandono que evolucionó como una sensación de pérdida, añoranza y desprotección contra el mundo, debido a esto, cuando la paciente vive situaciones que interpreta como un abandono, una pérdida o una acción en contra de ella, responde a estos estímulos en forma de crisis depresivas.

La paciente presenta dificultades en la mentalización, que se evidencia en su tendencia a desconfiar en las personas creyendo que estas podrían traicionarla o cuando pensó que sus compañeros de trabajo querían afectarla al darle una evaluación negativa que ella pensaba no merecer. Según la teoría de la Función Reflexiva (Fonagy, et al., 2003), esta falta de mentalización estaría causada por una ausencia de relaciones de apego seguro en la infancia y presencia de maltrato infantil, situaciones sufridas por Amelia que, como mecanismo de defensa, la llevaron a rechazar el poder captar los pensamientos de sus figuras de apego, evitando así pensar en los deseos de sus cuidadores de hacerle daño.

## CONCLUSIONES

La evaluada presenta Trastorno Límite de Personalidad manifestado en un deterioro moderadamente grave en el funcionamiento de su personalidad y algunos rasgos patológicos como labilidad emocional, inseguridad de separación, depresión, impulsividad, asunción de riesgos y hostilidad. Al realizar el diagnóstico estructural de la personalidad, se ha determinado que presenta un nivel de Organización de Personalidad Limítrofe media basada en una identidad difusa que se evidencia en la percepción devaluada de sí misma y descripciones polarizadas de los demás; defensas primitivas, basadas en la escisión, que incluyen el retraimiento y anulación, idealización, devaluación y

---

defensas hipomaniacas; prueba de realidad mayormente conservada y relaciones interpersonales superficiales y pobres.

La estructura de personalidad limítrofe afecta a la evaluada en todas las áreas de su vida, sobre todo en aquellas donde las relaciones interpersonales son un requerimiento, como el área laboral, donde los conflictos con sus subordinados son constantes y las interacciones tensas a causa del comportamiento hostil de Amelia y una posible falta de confianza de ellos hacia ella como supervisora.

Se establecen como supuestos para el diagnóstico comprensivo del TLP y OLP, que la persona evaluada presenta un impulso de agresión junto con ansiedad moral, ansiedad paranoide y ansiedad de abandono, dificultad para integrar visiones positivas y negativas de sí misma y de los otros, internalización de un self abandonado y merecedor de abuso y de la representación de objeto de una figura punitiva que ataca al self, además de dificultades en la mentalización, lo que podría tener su origen en las experiencias tempranas de trauma, la ausencia de relaciones de apego seguro en la infancia y la presencia de maltrato infantil en la historia personal de Amelia.

Entre las limitaciones del estudio, al ser un diseño de caso único, la muestra es insuficiente para hacer generalizaciones, sin embargo, esta no es la finalidad de los estudios de caso, sino el de tener una comprensión profunda de la persona evaluada. Otra de las limitaciones es la falta de sujetos control que permitan una comparación con la población general en los resultados de las pruebas aplicadas, por lo que en futuros estudios se recomienda ampliar la muestra clínica e incluir un grupo control para establecer comparaciones.

Los resultados del estudio finalmente aportan información para comprender la vivencia y dificultades en el funcionamiento psicológico y relacional de las personas con diagnóstico de TLP, que se pueden tomar en cuenta en la identificación de indicadores psicopatológicos del cuadro clínico y en el diseño de planes psicoterapéuticos en la práctica clínica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amador, D. E. (2022). El Trastorno Límite de Personalidad desde una perspectiva estructural. *Revista Humanismo y Cambio Social*, 195-204.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5<sup>o</sup> ed. Editorial Panamericana.
- Behn, A. y Fischer, C. (06 de junio de 2021). *Mitos y realidades sobre el Trastorno de Personalidad Límite*. Ciper. <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/fpsy.2019.00710>
- Butcher, J.N., Graham, J.R, Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G. y Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (A. Ávila-Espada y F. Jiménez-Gómez, Adaptadores; 4.ª ed.). TEA Ediciones.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2007). Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *Weill Medical College of Cornell University*. <https://borderlinedisorders.com/assets/Structured-Interview-of-Personality-Organization.pdf>
- Foelsch et al. (2015). *Tratamiento para la Identidad del Adolescente (AIT)*. Editorial El Manual Moderno.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412–459. <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (5th ed.). American Psychiatric Pub.
- Gabbard, G. O. (2017). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (special edition). American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Iliakis, E. A., Sonley, A. K. I., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2019). Treatment of Borderline Personality Disorder: Is Supply Adequate to Meet Public Health Needs?. *Psychiatric services*. 70(9), 772–781. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900073>
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad: Estrategias psicoterapéuticas* (J. A. Suárez, Trad.). Editorial El Manual Moderno.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- 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.
- Malan, D. H. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. Butterworth- Heinemann.
- Phillipson, H. (2011). *Test de Relaciones Objetales: Manual de Aplicación* (G. Arias, Trad.; 2.ª ed.). Paidós.
- Querol, S. M. y Chaves Paz, M. I. (2009). *Test de la persona bajo la lluvia: Adaptación y Aplicación* (7.ª reimp.). Lugar Editorial.
- Soler, J., Domínguez-Clavé, E., García-Rizo, C., Vega, D., Elices, M., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., y Pascual, J. C. (2016). Validation of the Spanish version of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 9(4), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.002>
-



- Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality disorders, 7*(4), 316–323. <https://doi.org/10.1037/per0000186>
- Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulken, J. E. M., Sobczak, S., & van Alphen, S. P. J. (2019). A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Current psychiatry reports, 21*(7), 51. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>
- Wall, K., Kerr, S., & Sharp, C. (2021). 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>
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of personality disorders, 17*(6), 568–573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355>