

Trastorno Límite de Personalidad

Borderline Personality Disorder

Fernanda J. Callejas-Jiménez ^a, Jesús F. González-Chávez ^b, Nohely Martínez-Arteaga ^c

Abstract:

Over time, research has been carried out to understand different human behaviors so that these people can have a diagnosis which allows them to improve their health. One of the disorders that has been most relevant since the nineteenth century is Borderline Personality Disorder, which was defined more clearly until the twentieth century. The objective of this work involves the knowledge, understanding and dissemination of this disorder.

Keywords:

Diagnosis, health, Borderline Personality Disorder, dissemination

Resumen:

A lo largo del tiempo se ha indagado para comprender diferentes comportamientos humanos y que las personas puedan tener un diagnóstico el cual les permita mejorar su salud. Uno de los trastornos que ha abarcado mayor relevancia, desde el siglo XIX, es el Trastorno Límite de la Personalidad, el cual se definió con mayor claridad hasta el siglo XX. El objetivo de este trabajo involucra el conocimiento, comprensión y difusión de este trastorno.

Palabras Clave:

Diagnóstico, salud, Trastorno Límite de la Personalidad, difusión

Introducción

A lo largo del tiempo se han mostrado grandes esfuerzos para definir las diversas manifestaciones que presentaban las personas durante épocas y que no tenían una explicación precisa. A pesar de que el Trastorno Límite de la Personalidad ha tomado mayor relevancia en las últimas décadas, este ha sido estudiado desde muchos años atrás, siendo Rose en 1890 quien describe por primera vez lo que es *borderline*, sin embargo, se asocia el término límite o *borderline* a la definición que le dio Stern hasta 1938, cuando se tenía la creencia que este estaba en el medio, entre la psicosis y la neurosis (Fernández, 2017). Tras estos primeros acercamientos para lograr definir con exactitud el

Trastorno Límite de la Personalidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en 2013 lo define como “un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada”.

En el DSM-5, también se describen los criterios diagnósticos que presentan las personas con este trastorno de la personalidad, las cuales se caracterizan principalmente por tener miedo constante a ser abandonadas, un patrón de relaciones interpersonales inestables, conductas autolesivas y de riesgo para la salud, entre otras manifestaciones (DSM-5, 2013).

^a Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0009-0004-8927-2906>, Email: ca424336@uaeh.edu.mx

^b Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0009-0003-5805-8512>, Email: go475764@uaeh.edu.mx

^c Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0009-0006-3203-3220>, Email: ma424074@uaeh.edu.mx

Por lo que a partir de lo anterior y con las investigaciones que giran en torno a este trastorno, la Secretaría de Salud (2018), señala que un 1,5% de la población mexicana lo presenta. Sin dejar de lado que un 68% a 70% de las personas que presentan esta condición son mujeres, manifestándose principalmente de la adolescencia a los inicios de una edad adulta.

Así mismo, la Secretaría de Salud hace el señalamiento de que el padecimiento del Trastorno Límite de la Personalidad en 2017 ocupó la tercera causa por la que se acude a atención en un servicio de consulta externa, con un 19.3%.

Criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como una notable impulsividad, que comienza en la adultez temprana y se da en diversos contextos, como lo indican **cinco (o más)** de los siguientes:

- a. **Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.**
(No incluye conductas suicidas o automutilantes cubiertas en el criterio 5).
- b. **Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas**, que se caracteriza por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- c. **Alteración de la identidad**: autoimagen o sentido de sí mismo marcadamente inestable y persistente.
- d. **Impulsividad en al menos dos áreas** que son potencialmente autolesivas (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- e. **Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o conductas de automutilación.**
- f. **Inestabilidad afectiva** debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de disforia intensa, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas pocas horas y rara vez más de unos días).
- g. **Sentimientos crónicos de vacío.**

h. **Ira inapropiada e intensa o dificultad para controlar la ira** (por ejemplo, manifestaciones frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

i. **Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés** o síntomas disociativos graves.

Tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

El tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se divide en dos enfoques principales: farmacológico y no farmacológico. Aunque “no existe un fármaco específico aprobado para el TLP” (American Psychiatric Association, 2013, p. 663), se utilizan medicamentos como antidepresivos (ISRS), estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos atípicos para tratar síntomas como la impulsividad, la ansiedad, los cambios de humor o las distorsiones perceptivas, y su uso “debe ser siempre supervisado por un profesional de salud mental” (Lieb et al., 2004). Sin embargo, el tratamiento de elección es psicoterapéutico, siendo la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) la más reconocida, ya que “ha demostrado reducir significativamente la conducta suicida, la hospitalización y mejorar el funcionamiento global del paciente” (Linehan, 1993). También son efectivas la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) y la Terapia Psicodinámica, las cuales ayudan al paciente a “comprender sus emociones, pensamientos y relaciones interpersonales, desarrollando mayor estabilidad emocional y sentido del yo” (Bateman & Fonagy, 2006). El objetivo general del tratamiento es “fomentar una identidad más estable, reducir la autolesión, mejorar las relaciones y aumentar la calidad de vida del paciente” (American Psychiatric Association, 2013, p. 666).

Conclusión

Está infografía nos informa de manera clara cómo el Trastorno Límite de la Personalidad actualmente ha tenido mayor relevancia, gracias a los avances sobre su comprensión diagnóstica y el tratamiento, donde se destaca la Terapia Cognitivo-Conductual, que se ha demostrado ser altamente efectiva. Así como la actualización de criterios diagnósticos dentro del DSM-5 para un mejor diagnóstico de las personas que lo presentan, siendo así clave para mejorar la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes.

Además, es esencial reconocer que, en nuestro país es un trastorno con motivo de consulta externa que afecta mayormente a mujeres jóvenes.

Es un excelente acercamiento sobre el conocimiento de este trastorno para la población en general y que los profesionales de la salud puedan intervenir.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5^a ed., pp. 663–666).
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford University Press.
- Caballo, C., & Pascual, A. (2012). Entrenamiento en habilidades de automanejo en personas con enfermedades crónicas: un estudio cuasi-experimental. En Universidad de Salamanca (Ed.), IX Jornadas Científicas Internacionales de investigación sobre personas con discapacidad (pp. 1–12). Salamanca: INICO.
- Cañete-Villafranca, R., Guilhem, D., & Brito-Pérez, K. (2013). Paternalismo médico. Revista Médica Electrónica, 35(2), 144–152.
- Fernández-Guerrero, M. J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(132), 399–413.
- Grady, P., & Lucio-Gough, L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. Pan American Journal of Public Health, 35(9), 187–194.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. The Lancet, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Millaruelo-Trillo, J. M. (2010). Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. Atención Primaria, 42(1), 41–47.
- Secretaría de Salud. (2018). Alrededor de 1.5% de la población padece trastorno límite de la personalidad. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>

Anexo 1. Infografía. Trastorno Límite de la Personalidad.



TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

DEFINICIÓN 😊

Se consideran así a los pacientes con diversos trastornos de la personalidad, como histriónicos, narcisistas, obsesivos y paranoides, situados en el extremo de mayor perturbación en el seno de un espectro continuo.

Los fenómenos límite son ubicuos y es posible encontrarlos en pacientes que no cumplen criterios diagnósticos de límite.

CARACTERÍSTICAS



INESTABILIDAD AFICTIVA

- Emociones salvajes e incontroladas.
- Da la impresión de estar poseido.
- Puede haber mucha ira o ataques de amor.
- Miedo al abandono.
- Es exigente e impaciente.
- Son frecuentes los episodios de depresión y disforia (corta duración).

RELACIONES INTERPERSONALES

- Calidad excesivamente dramática y teatral.
- Idealización y devaluaciones constantes.
- Siempre es el problema de la otra persona.
- Los fracasos interpersonales son abandono o rechazo.
- Puede haber comportamiento homicida.



SEXUALIDAD

- Es atractivo sexualmente.
- Suelen ser muy activos sexualmente y con facilidad al orgasmo.
- Aparición precoz de sentimientos eróticos.
- Es una vía para retener a su pareja.
- Se convierte en un factor de riesgo.

ALTERACIONES DE LA IDENTIDAD

- Identidad inestable.
- Sentimiento interno estable de sí mismos.
- Cambia su forma de sentirse de la noche al día.
- Busca su identidad en otras personas.
- Cambios repentinos e impulsivos.
- Síndrome de difusión de identidad.



HIPERSENSIBILIDAD

- En el TLP, la hipersensibilidad emocional es una característica central.
- Desde el psicoanálisis, se relaciona con heridas tempranas en la infancia, especialmente en la relación con los cuidadores primarios.
- Se asocia con una alta reactividad a la crítica o el rechazo, lo que genera intensas respuestas emocionales y dificultad para regularlas.

IMPULSIVIDAD

- Dificultad para controlar impulsos y emociones.
- Reacciones exageradas a situaciones cotidianas.
- Conductas de riesgo (sexo sin protección, abuso de sustancias, compras excesivas).
- Inestabilidad en relaciones por respuestas emocionales extremas.
- Sensación de arrepentimiento o culpa tras los impulsos.





AUTOMUTILACIÓN

- Actos como cortes, quemaduras o golpes contra sí mismo.
- Mecanismo para aliviar dolor emocional intenso.
- Puede estar asociado con sentimientos de vacío o auto-rechazo.
- No siempre implica intención suicida, pero es un signo de sufrimiento profundo.





IDEACIÓN PARANOIDE Y DISOCIACIÓN

- Pensamientos de persecución o desconfianza extrema.
- Sensación de que los demás tienen malas intenciones.
- Episodios en los que la persona se siente desconectada de sí misma o su entorno.
- Pueden ocurrir en momentos de alto estrés o crisis emocional.



FACTORES ETIOLOGICOS

- Factores biológicos y genéticos:
 - Herencia genética.
 - Alteraciones neurobiológicas.
 - Desequilibrios neuroquímicos.
- Factores psicológicos.
- Factores ambientales y sociales:
 - Experiencias traumáticas en la infancia.
 - Modelos de crianza inadecuados.
 - Estrés crónico y experiencias de rechazo.



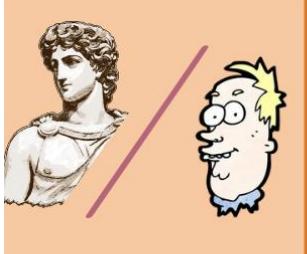
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.
- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.
- Sensación crónica de vacío.
- Enfado inapropiado y intenso, o dificultad para controlar la ira.
- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Trastorno de personalidad histriónica.
- Trastorno de personalidad paranoide.
- Trastorno de personalidad narcisista.
- Trastorno de personalidad antisocial.
- Trastorno por consumo de sustancias.
- Cambio de personalidad por afección médica.
- Problemas de identidad.



CORMOBILIDAD

- Depresión: acompañada de sentimientos de vacío, necesidad de dependencia no correspondida y enojo. Asociado de igual forma a las tendencias suicidas.
- Abuso de alcohol y sustancias.
- Trastorno bipolar.



MECANISMOS DE DEFENSA

En el TLP predominan mecanismos de defensa primitivos, como:

- Escisión: ver a las personas como totalmente buenas o totalmente malas. (idealización/desvalorización).
- Proyección: atribuir a los demás pensamientos o sentimientos propios que no se pueden aceptar.
- Negación: rechazar aspectos dolorosos de la realidad para evitar el sufrimiento.

Referencia:

Serrano, J., Iglesias, A. y Barranco, J. (2020). *Antología Psicopatología II*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. *Antología_psicopatología_II_Versión_final[1].pdf*

159