



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 1

Marzo de 2025

ORGANIZACIÓN LIMÍTROFE DE LA PERSONALIDAD: UN CASO CLÍNICO

BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION: A CLINICAL CASE

Amalia Guadalupe Gómez Cotero¹, Viviana Rafaela Carmona Torres², Rosa Paola Figuerola Escoto³, Angélica María Pablo Velázquez⁴, María de Lourdes Solano Hernández⁵, y Darinka Yamile González Sánchez⁶.

Instituto Politécnico Nacional

RESUMEN

Este artículo explora el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) desde una perspectiva clínica y teórica, utilizando las contribuciones de autores como Kernberg, Mahler, Melanie Klein, Winnicott y Bion. Se enfoca en las dimensiones límite, neurótica y psicótica del TLP, destacando las características clínicas distintivas de cada una. Se discuten los mecanismos de defensa predominantes en el TLP, como la escisión y la proyección masiva, y cómo afectan las relaciones interpersonales y la estabilidad emocional. También se revisa la etiología del TLP, refiriéndose a la teoría de las relaciones objetales y a experiencias tempranas madre-hijo según Mahler y Klein. Se subraya la importancia del desarrollo temprano y las perturbaciones en las primeras relaciones en la configuración del TLP. Se discuten los criterios diagnósticos según el DSM-IV y el CIE-10, resaltando la complejidad en el diagnóstico diferencial. Además, se presenta un estudio de caso detallado de una paciente con TLP, ilustrando cómo la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT) puede facilitar mejoras significativas.

Palabras claves: TLP, caso clínico, diagnóstico, tratamiento, TFT.

¹ Instituto Politécnico Nacional, México. Contacto: aggomez@ipn.mx

² Instituto Politécnico Nacional, México. Contacto: vcarmonat1700@alumno.ipn.mx

³ Instituto Politécnico Nacional, México. Contacto: rfiguerolae@ipn.mx

⁴ Instituto Politécnico Nacional, México. Contacto: apablo@ipn.mx

⁵ Instituto Politécnico Nacional, México. Contacto: msolanoh1700@alumno.ipn.mx

⁶ Instituto Politécnico Nacional, México. Contacto: dgonzalezs2010@alumno.ipn.mx

ABSTRACT

This article explores Borderline Personality Disorder (BPD) from a clinical and theoretical perspective, using the contributions of authors such as Kernberg, Mahler, Melanie Klein, Winnicott, and Bion. It focuses on the borderline, neurotic, and psychotic dimensions of BPD, highlighting the distinctive clinical characteristics of each. The predominant defense mechanisms in BPD, such as splitting and massive projection, and their impact on interpersonal relationships and emotional stability are discussed. The etiology of BPD is also reviewed, referring to object relations theory and early mother-child experiences according to Mahler and Klein. The importance of early development and disturbances in early relationships in the configuration of BPD is emphasized. The diagnostic criteria according to DSM-IV and ICD-10 are discussed, highlighting the complexity of differential diagnosis. Additionally, a detailed case study of a patient with BPD is presented, illustrating how Transference-Focused Therapy (TFT) can facilitate significant improvements.

Keywords: BPD, case study, diagnosis, treatment, TFT.

El propósito de este trabajo es explorar el funcionamiento psicológico de un trastorno de diagnóstico complejo en el ámbito clínico de la psicología, desglosando sus etapas y resaltando sus aspectos más relevantes. Nos adentraremos en las características intrínsecas de dicho trastorno, siguiendo el enfoque de Kernberg (2007), quien postula que la personalidad surge de la interacción dinámica entre temperamento, carácter y sistema de valores.

Kernberg (1988), inspirado en la psicología del yo y la teoría de las relaciones objetales de Freud, propone una clasificación en tres dimensiones: límite, neurosis y psicosis:

Dimensión Límite: La dimensión límite abarca trastornos de la personalidad que se encuentran en un punto intermedio entre la neurosis y la psicosis. Las características principales de esta dimensión incluyen:

- Difusión de identidad: Los pacientes suelen tener una identidad poco integrada, lo que se manifiesta en una autoimagen inestable y confusa.
- Prueba de realidad relativamente conservada: Aunque pueden experimentar episodios transitorios de desorganización severa, generalmente mantienen una conexión con la realidad.
- Defensas primitivas: Predominan mecanismos de defensa como la escisión,

donde las percepciones de las personas y de uno mismo son dicotómicas, vistas como completamente buenas o malas.

- Inestabilidad emocional: Las emociones y estados de ánimo de estos pacientes suelen ser intensos y variables.
- Relaciones interpersonales caóticas: Las relaciones tienden a ser intensas, conflictivas y marcadas por un temor profundo al abandono.
- Dimensión Neurótica: La neurosis representa un nivel de funcionamiento psíquico donde la prueba de realidad está preservada y las defensas utilizadas son más maduras en comparación con la dimensión límite. Las características incluyen:
 - Ansiedad: Es una característica central, a menudo manifestada en síntomas como fobias, obsesiones y compulsiones.
 - Conflictos intrapsíquicos: Los problemas surgen de conflictos internos, generalmente relacionados con deseos y miedos inconscientes.
 - Defensas maduras: Se utilizan mecanismos de defensa más avanzados como la represión, la racionalización y la sublimación.
 - Identidad consolidada: Los pacientes neuróticos tienen una identidad más estable y coherente.
 - Funcionamiento social y laboral adecuado: A pesar de sus problemas, suelen mantener relaciones interpersonales y un rendimiento en el trabajo relativamente buenos.

Dimensión Psicótica: La psicosis se refiere a un nivel de desorganización psíquica más grave, donde la prueba de realidad está comprometida. Las características principales incluyen:

- Prueba de realidad alterada: Los pacientes pueden experimentar alucinaciones, delirios y una percepción distorsionada de la realidad.
- Difusión de identidad severa: La identidad está profundamente fragmentada, afectando la coherencia del yo.
- Mecanismos de defensa primitivos: Se recurre a defensas más primitivas, como la proyección masiva y la negación.

- Desorganización emocional: Las emociones y comportamientos pueden ser altamente desorganizados y erráticos.
- Dificultades severas en el funcionamiento social y laboral: Las relaciones interpersonales y la capacidad de funcionar en el entorno laboral están profundamente afectadas.

Además, nos apoyaremos en autores como Margaret Malher y Melanie Klein, cuyas contribuciones son fundamentales en esta área, y las perspectivas postkleinianas, incluyendo a Winnicott (1992), quien introduce el concepto del espacio transicional entre paciente y terapeuta, nos habla un área intermedia entre la realidad interna del paciente y la realidad externa del mundo, donde la creatividad y la exploración pueden ocurrir sin juicio ni interferencia externa, facilitando el proceso terapéutico. Al igual que, Bion (1957), con su noción de reverie materna que influye en la transferencia terapéutica, sugiriendo que la madre, a través de un proceso de ensueño, puede entender y contener emocionalmente las experiencias del bebé. Bion extendió esta idea al contexto terapéutico, enfatizando la capacidad del terapeuta para recibir y transformar simbólicamente las comunicaciones emocionales del paciente, fortaleciendo así la relación terapéutica y promoviendo la comprensión profunda de los conflictos internos del paciente.

A lo largo de la viñeta clínica presentada, que abarca un periodo de 9 años, se evidencia cómo la paciente y la terapeuta han sido acompañadas por las teorías de Grenn y Adler, seguidoras de la corriente de Melanie Klein.

Según Kernberg, la psicoterapia suele ser complementaria a la psicofarmacología en el tratamiento de los trastornos de personalidad límite. La frecuencia de dos a tres sesiones por semana y los periodos prolongados de tratamiento, junto con la necesidad de terapeutas altamente capacitados y el uso de farmacoterapia como complemento, aumentan los costos asociados con estas opciones de tratamiento. Esto puede dificultar e incluso impedir la implementación de estas intervenciones, tanto en los servicios de salud públicos como en los privados (Fossa, 2010).

- a) Una de las características principales de la personalidad límite son las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica, que según Kernberg (1988), se dividen en tres características específicas:

- b) La falta de tolerancia a la ansiedad, la cual se refleja en la formación de nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o regresión yoica cuando se experimenta ansiedad mayor de lo habitual. Por ejemplo, cuando la paciente se encuentra ansiosa y ni los medicamentos pueden controlarla y se golpeaba la cabeza (ver viñeta clínica).
- c) La falta de control de impulsos, como amenazar a su mamá de golpearla ante la frustración de sentirse controlada (ver viñeta clínica), propia de caracteres impulsivos.
- d) La sublimación, que suele ser un indicador de la extensión del área libre de conflictos del yo; por lo tanto, su ausencia es una señal importante de labilidad yoica. Este intento de trabajar y evitar cambios de personalidad refleja la fragilidad en la estructura yoica, generando lo que se conoce como "El Síndrome de difusión de identidad".

La difusión de identidad consiste en la incapacidad de integrar las introyecciones e identificaciones provenientes de instintos pulsionales libidinales con las provenientes de instintos pulsionales agresivos, tanto en el sí mismo como en los objetos significativos. La persistencia de introyecciones totalmente buenas y totalmente malas escindidas tiene múltiples consecuencias, como interferir con la normal modulación y diferenciación de las disposiciones afectivas del yo y permitir la crónica irrupción de estados afectivos primitivos.

La capacidad del yo de hacer una reacción depresiva parece depender en gran medida de la integración de imágenes buenas y malas, permitiendo el reconocimiento de la propia agresión (Fossa, 2010; Akras, et al., 2007; Labbé-Arocca, et al., 2020; Kernberg, 1978; 1981; 1988; 1993).

Observamos que nuestra paciente experimenta caídas emocionales, seguidas de sentimientos de culpa. Se encuentra en el límite entre desconectarse de su realidad, expresando impulsos de querer hacerle daño a su madre, y experimentar la culpa como un mecanismo reparativo después de actuar impulsivamente. Ser consciente de este ciclo podría ser el primer paso para su mejora y la búsqueda de superación.

Etiología de la organización limítrofe de personalidad

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2014, como se citó en Jimenez, 2024), se describe el TLP como "un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, con una marcada impulsividad, que comienza en la adultez temprana y aparece en diversos contextos" (p. 663).

Para su diagnóstico, se requieren al menos cinco de los siguientes criterios (APA, 2014, como se citó en Jimenez, 2024): esfuerzos por evitar el abandono; un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables; alteraciones en la identidad; impulsividad con potencial autodestructivo; conductas suicidas o autolesivas recurrentes; inestabilidad afectiva y reactividad del estado de ánimo; sentimientos de vacío; ira intensa con dificultad para controlarla; ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos.

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) suele manifestarse antes de los 18 años, típicamente durante la adolescencia, y está asociado con impulsividad, dificultades escolares y problemas en las relaciones interpersonales (Wall et al., 2021, como se citó en Martinez & Jimenez, 2023).

Los síntomas en esta etapa suelen ser más severos y potencialmente más peligrosos que en la adultez, datos epidemiológicos señalan que el TLP afecta aproximadamente al 3% de la población general, entre el 15% y el 28% de los pacientes ambulatorios y el 20% de los hospitalizados en psiquiatría (Behn y Fischer, 2021, como se citó en Martinez & Jimenez, 2023).

La etiología del TLP involucra la interacción de factores genéticos y experiencias de vida adversas como riesgos para el desarrollo de los síntomas (Gunderson et al., 2018, como se citó en Martinez & Jimenez, 2023). Se han identificado tres factores clave en su desarrollo: un temperamento biológicamente vulnerable y sensible, un entorno familiar caótico con separaciones tempranas, negligencia emocional y desarrollo de apegos inseguros, y eventos desencadenantes como la formación de relaciones íntimas o experiencias traumáticas (Amador, 2021, como se citó en Martinez & Jimenez, 2023).

Malher (1971), menciona que los pacientes con personalidad límite a menudo experimentan momentos de intensa agresión y frustración, pues durante los primeros años de vida, al enfrentar una agresión pregenital excesiva, especialmente

de naturaleza oral, se produce una distorsión paranoide de las primeras imágenes parentales, particularmente de la madre.

En este sentido, Kernberg (1981; 1985; 1988) postula que, en las primeras etapas del desarrollo psicosexual, la figura materna, que simboliza el cuidado y la crianza, es percibida por el hijo de dos formas contradictorias pero reales: primero, como una figura protectora y luego como una figura descuidada, frustrada y desamparada. Estas percepciones opuestas generan una gran angustia en el individuo y activan el mecanismo de defensa de la escisión, permitiendo mantener separadas ambas imágenes de la madre en su mente.

En otras palabras, el individuo atraviesa por una fase de depresión en la que intenta integrar la imagen de la madre buena y la madre mala, pero no logra completar el duelo, quedando dividida la imagen materna en su mente. Se sugiere que la internalización patológica de la relación objetal es mantenida por el individuo mediante el uso de mecanismos defensivos primitivos que, en un desarrollo normal, se abandonarían progresivamente.

La teoría de Kernberg se deriva esencialmente del modelo del conflicto en la psicopatología, mientras que la comprensión de Adler del trastorno límite de personalidad se basa en el modelo del déficit o insuficiencia. Según Bluie y Adler (1982), el fracaso del paciente borderline está en desarrollar un objeto interno sostenedor y tranquilizador en el maternaje inconsciente provocando una carencia que genera sentimientos de vacío y tendencias depresivas, lo que a su vez conduce a una fuerte dependencia en estos pacientes.

Por otro lado, Fossa (2010) sitúa la etiopatogenia de la organización límite de personalidad en una fijación durante la fase de separación-individuación, específicamente en la subfase de reacercamiento según Malher (1971).

Tabla 1. Etapa del desarrollo de las relaciones especiales de Mahler (1971).

Fase	Subfase	Marco de tiempo aproximado	Procesos de desarrollo
Autismo normal	—	0-1 mes	<p>-Características: Durante esta fase, el bebé parece estar en un estado de indiferencia ante los estímulos externos. Esto no implica que el bebé esté completamente aislado, sino que sus respuestas a los estímulos externos son muy limitadas.</p> <p>-Enfoque: El recién nacido está principalmente enfocado en sus necesidades biológicas básicas, como comer, dormir y mantener la homeostasis. Su interacción con el mundo exterior es mínima y está más centrado en la regulación interna.</p>
Simbiosis normal	—	2-3 meses	<p>-Características: En esta fase, el bebé y la madre están en un estado de fusión emocional y física. El bebé no tiene una percepción clara de sí mismo como entidad separada de la madre.</p> <p>-Yo y no Yo indiferenciados: El bebé aún no distingue entre sí mismo y la madre, viviendo en una especie de "unidad" con ella. Esta relación simbiótica es crucial para el desarrollo emocional del bebé.</p> <p>-Fusión con la madre: La madre y el bebé están emocionalmente sincronizados, y el bebé depende completamente de la madre para su bienestar emocional y físico. Esta fase establece las bases para el desarrollo de la confianza y la seguridad emocional.</p>
Separación-individuación	Diferenciación	4-8 meses	<p>- Intentos iniciales de separación: el bebé empieza a darse cuenta de la diferencia entre él mismo y su madre.</p> <p>- Exploración sensorial del ambiente externo: el bebé usa sus sentidos para explorar el entorno que lo rodea.</p> <p>- Frecuente comprobación de la presencia de la madre: aunque el bebé empieza a explorar, aún necesita verificar regularmente que su madre esté cerca, lo que le proporciona seguridad.</p>

	Práctica	9-15/18 meses	<ul style="list-style-type: none"> - La locomoción permite mayor exploración del mundo: el bebé adquiere habilidades de movimiento (como gatear y caminar), lo que le permite explorar más su entorno. - Creciente separación temporal de la madre: a medida que el bebé se vuelve más móvil, pasa más tiempo separado físicamente de la madre, lo que fomenta su independencia.
	Reacercamiento o Aproximación	15/18 meses-18/24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto entre independencia y dependencia: el niño empieza a sentir la tensión entre su deseo de ser independiente y su necesidad de la cercanía y seguridad de la madre. - Deseo de estar con la madre: el niño busca la proximidad de la madre. - Temor de ser absorbido por la madre: aunque desea estar cerca de la madre, también teme perder su propia individualidad al estar demasiado cerca de ella.
	Individualidad y constancia objetal	De 24 meses en adelante	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del sentido permanente del Yo: el niño desarrolla una sensación más firme de su propia identidad. - Representaciones emocionales y mentales de los demás: el niño empieza a comprender y formar representaciones mentales estables de otras personas, lo que incluye la capacidad de comprender que las personas y las relaciones continúan existiendo incluso cuando no están físicamente presentes.

Esta crisis infantil tiende a repetirse a lo largo de la vida. Durante la edad adulta, este temor se manifiesta cuando los individuos son incapaces de estar solos durante ciertos periodos y temen ser abandonados por otros.

En la teoría psicoanalítica, se sostiene que tanto el desarrollo psíquico como las perturbaciones psíquicas tienen lugar antes del complejo de Edipo, en estados más primitivos, principalmente durante el primer año de vida. Esta perspectiva ha llevado a una ampliación del concepto de Edipo. Por ejemplo, Klein (1975) desarrolló el concepto de Edipo temprano, el cual fue elaborado por Meltzer y otros (Dorneles de Oliveira, et al., 2006). Es por ello que el desarrollo de teorías sobre el apego temprano puede contribuir a prevenir el desarrollo de la personalidad límite.

Winnicott (1992), haciendo hincapié en la importancia de la madre y del entorno que rodea al paciente, postula que la ausencia precoz de un apoyo ambiental válido, debido a la falta de una madre lo suficientemente buena que cree un ambiente

medianamente confiable, lleva al niño a enfrentarse solo o de manera inadecuada a situaciones o eventos imprevisibles. Como resultado, el niño no logra internalizar un sentimiento de confianza en sí mismo ni en el ambiente que lo rodea, lo que crea una fractura en su sentido de continuidad personal.

El modelo de trastorno de la personalidad de Otto Kernberg y su enfoque terapéutico constituyen el fundamento de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia, basada en la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones objetales. La estrategia principal de este tipo de tratamiento es facilitar, dentro de un entorno controlado, la reactivación de las relaciones objetales internalizadas, que se encuentran escindidas y presentan naturaleza opuesta: persecutoria e idealizada. Estas relaciones son observadas y analizadas en el contexto de la transferencia.

Kernberg (1987, como se citó en Jiménez, 2024) sugiere un enfoque descriptivo, estructural y dinámico para analizar a los pacientes con TLP desde la perspectiva de la *teoría de las relaciones objetales (ORP)*.

En el análisis descriptivo (Labbé et al., 2020, como se citó en Jimenez, 2024), la ORP incluye características clínicas generales como un estado de ánimo fluctuante, respuestas emocionales exageradas y conductas impulsivas; dificultades para establecer relaciones interpersonales íntimas; una identidad difusa; y fallos en la integración del superyó.

Además, la ORP se caracteriza por una prueba de realidad generalmente conservada, aunque vulnerable durante estados emocionales intensos; el uso predominante de defensas de bajo nivel, como la escisión; y una difusión de identidad que varía de moderada a severa, desarrollándose típicamente durante la adolescencia (Foelsch et al., 2015, como se citó en Jimenez, 2024).

Terapia Basada en la Transferencia

La Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP), desarrollada por Kernberg et al. (2008, como se citó en Jimenez, 2024), tiene como objetivo principal facilitar que los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) alcancen un nivel neurótico de organización de la personalidad (ONP).

Esto implica mantener una prueba de realidad funcional, operaciones defensivas de alto nivel centradas en la represión, y una identidad integrada, lo que conduce a la

reducción de síntomas y facilita la integración en relaciones íntimas, el trabajo y el ocio. Las sesiones terapéuticas se realizan dos veces por semana bajo un contrato de tratamiento estructurado, abordando prioridades como el comportamiento suicida, la interrupción del tratamiento, y resistencias narcisistas, con el objetivo de promover cambios mediante la reactivación controlada de relaciones objetales internalizadas en un entorno terapéutico seguro (Kernberg et al., 2008; Clarkin et al., 2006, como se citó en Jimenez, 2024).

Segun Kernberg et al (2008, como se cito en Jimenez, 2024) la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP) utiliza técnicas psicoterapéuticas basadas en el psicoanálisis, como la interpretación, el análisis de la transferencia y la neutralidad técnica, junto con el análisis de la contratransferencia. Las fases iniciales incluyen la aclaración y la confrontación para aumentar la conciencia del paciente sobre sus experiencias internas y promover la integración de afectos y conflictos interpersonales (Foelsch et al., 2015, como se citó en Jimenez, 2024).

La interpretación se centra en integrar percepciones contradictorias del paciente, facilitando una identidad coherente y relaciones más estables. En casos de urgencia, como el riesgo suicida, se puede interrumpir temporalmente la neutralidad técnica del terapeuta para establecer límites efectivos, luego se evalúa el impacto en la transferencia del paciente antes de restaurarla. El análisis de la transferencia se realiza en conexión con los problemas del paciente en la realidad cotidiana para mantener la relevancia terapéutica, utilizando la contratransferencia para clarificar y enriquecer las interpretaciones de la dinámica relacional (Kernberg et al., 2008, como se citó en Jimenez, 2024).

MÉTODO

Se implementó un enfoque para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), centrado en fomentar la autonomía del paciente mediante intervenciones de apoyo destinadas a fortalecer la autoconfianza (Azpiroz, 2008). Además, se utilizó la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT), desarrollada por Kernberg, que representa otra modalidad terapéutica. Este enfoque enfatiza la importancia de mantener la neutralidad técnica del terapeuta y establece objetivos

a largo plazo centrados en la reducción de síntomas y la transformación del sentido del yo y de los demás. Asimismo, busca integrar las representaciones escindidas del self y del objeto presentes en la relación transferencial, con el fin de promover un cambio a nivel de la personalidad (Pérez, 2011).

Existen cuatro enfoques específicos de tratamiento para este trastorno, y la TFT se clasifica como una terapia eficaz. Este tratamiento se ajusta al diagnóstico de manuales como la CIE-10 o el DSM-IV para planificar la intervención terapéutica. La TFT generalmente se lleva a cabo en dos sesiones por semana y se establece un contrato terapéutico verbalmente acordado. Durante el tratamiento, se priorizan temas, comenzando con el trabajo en la relación transferencial en el momento presente. El contrato terapéutico establece el marco del tratamiento y aborda posibles amenazas para la vida del paciente u otras personas, así como los riesgos para la terapia, basándose en la información recopilada durante la anamnesis.

DESCRIPCIÓN CASO CLÍNICO

Se presenta un caso clínico que ilustra las relaciones objetales y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en una mujer adulta de 28 años. Cabe mencionar que, se ha obtenido el debido consentimiento informado de la paciente para la presentación de este caso.

Historia clínica

Ana, una mujer de 28 años, acude a consulta psicológica con un historial complejo que ilustra las dificultades asociadas al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y las repercusiones de sus relaciones objetales tempranas.

Su infancia estuvo marcada por una sobreprotección materna que, si bien le brindaba seguridad, la privó de desarrollar la autonomía necesaria para enfrentar los desafíos de la vida. En la escuela, Ana se sentía sola y aislada, con dificultades para establecer relaciones significativas con sus compañeros. Su rendimiento académico era bajo, en parte debido a un déficit cognitivo leve que no fue detectado oportunamente.

A los 14 años, Ana comienza a mostrar signos de depresión y baja autoestima, lo que la lleva a iniciar terapia psicológica. La medicación y el apoyo terapéutico le

ayudan a mejorar su estado de ánimo, pero la sombra del TLP ya se manifestaba en su necesidad de atención constante, su preocupación excesiva por su apariencia física y sus primeras experiencias con la impulsividad y las conductas autodestructivas.

Ana decide estudiar odontología, una carrera desafiante que la enfrenta a su déficit cognitivo y a la necesidad de superar su dependencia materna. Esta etapa estuvo marcada por una relación de 9 años plagada de infidelidades y altibajos emocionales, reflejo de la inestabilidad emocional que caracteriza al TLP.

La pandemia de COVID-19 exacerbó la sintomatología de Ana, quien experimentó un intenso aislamiento social y un recrudecimiento de sus ideas suicidas. Un intento de autolesión la lleva a buscar ayuda psiquiátrica con mayor urgencia.

En este punto crucial, Ana encuentra en la terapia psicodinámica un espacio de contención y apoyo. A través de la transferencia, desarrolla un fuerte vínculo con su psicóloga, lo que le permite explorar sus relaciones objetales tempranas y comprender cómo estas han impactado su desarrollo personal.

Avances terapéuticos

A través de la transferencia, la paciente ha desarrollado un fuerte vínculo con su psicóloga y expresa su deseo de liberarse de la dependencia materna, ser independiente y ampliar su práctica profesional. A pesar de las pérdidas durante la pandemia, la paciente muestra un progreso en su bienestar emocional y tiene metas como ingresar a una especialidad médica y recuperar su figura a través del ejercicio. Aunque aún enfrenta crisis de ansiedad y mantiene una estrecha relación con su madre, está decidida a superar sus limitaciones y avanza con esperanza en la terapia.

DISCUSIÓN

Este caso clínico ilustra las características del TLP, como la inestabilidad emocional, las relaciones interpersonales intensas e inestables, la impulsividad y la autoimagen distorsionada. Las dificultades de la paciente en el ámbito académico, laboral y personal pueden ser explicadas por la influencia de sus relaciones objetales tempranas, caracterizadas por una dependencia materna excesiva y la falta de

internalización de figuras parentales estables y contenedoras. La terapia psicodinámica le ha permitido desarrollar herramientas para manejar sus emociones, fortalecer su autoestima y construir relaciones sanas. Su historia es un testimonio de la capacidad de resiliencia y del potencial de cambio que existe incluso en los casos más desafiantes.

El caso de Ana refleja las características del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) descritas por Kernberg (citado por Malher, 1971), como los cambios de pensamiento y las contradicciones que evidencian una distorsión de la realidad. Ana experimenta una intensa dependencia hacia su madre, lo que genera un ambiente familiar hostil y lleno de confrontaciones, ya que la paciente siente que su madre la controla y restringe sus decisiones.

Esta dinámica familiar coincide con las fases del tratamiento del TLP propuestas por Kernberg, donde la paciente se encuentra en la etapa de lucha por la independencia de la figura materna dominante. La necesidad de separarse de su madre es crucial para su desarrollo personal, pero este proceso genera gran ansiedad y dolor emocional.

A pesar de las dificultades, Ana busca sublimar sus emociones a través de su profesión como odontóloga. Su deseo de especializarse y crecer profesionalmente refleja su anhelo de independencia y de construir una vida propia. Esta búsqueda de autonomía es un paso fundamental en su proceso terapéutico.

La impulsividad y la ansiedad evitativa de Ana en las relaciones sexuales dificultan el establecimiento de vínculos afectivos sanos y duraderos. Esta dificultad se relaciona con la distorsión de la realidad y la inestabilidad emocional que caracteriza al TLP.

La terapia psicodinámica, tal como la describe Bion (1958), se convierte en un espacio de contención para Ana. En este espacio, la paciente puede desahogarse de las ataduras emocionales impuestas por su madre y desarrollar herramientas para construir relaciones sanas y luchar por su autonomía y bienestar emocional.

CONCLUSIÓN

La terapia ha desempeñado un papel crucial en el caso de esta paciente, especialmente a través del vínculo terapéutico y la transferencia. La relación terapéutica ha servido como un punto de apoyo constante, proporcionándole contención sin juicios y mostrándole de manera objetiva áreas en las que puede crecer, como menciona Malher, actuando como una figura materna sustituta mientras ella trabaja hacia su independencia. Este enfoque puede ayudar a la paciente a superar su estado limítrofe y reducir sus crisis, facilitando así su camino hacia la independencia y la búsqueda de una relación estable.

El caso ilustra claramente la dependencia ambivalente de la paciente hacia su madre, quien, aunque la protege, también la controla. La paciente experimenta sentimientos contradictorios de amor y odio hacia su madre, sin poder liberarse de esta relación aparentemente estrecha. Además, retomar su carrera profesional puede impulsar su progreso hacia la independencia y el crecimiento personal. A pesar de los desafíos tanto para la madre como para la hija, el distanciamiento gradual de este vínculo principal y natural es fundamental para su desarrollo emocional y su capacidad de establecer relaciones interpersonales saludables.

A pesar de las dificultades, la paciente está dando pasos hacia la ruptura de esta dependencia. Aunque ha experimentado crisis, como expresiones físicas de su desesperación por liberarse y socializar, está empezando a tomar decisiones más autónomas, como salir de su casa cuando su situación económica lo permite, y busca relaciones más estables y duraderas. Este proceso gradual de cambio y crecimiento es un aspecto fundamental de su viaje hacia la autonomía y el bienestar emocional.

El caso de Ana nos muestra la complejidad del TLP y la importancia de la intervención terapéutica temprana. La terapia le ha permitido avanzar en su proceso de individuación, comprender sus relaciones objetales tempranas y desarrollar estrategias para manejar sus emociones.

Sin embargo, aún enfrenta desafíos como la ansiedad, la impulsividad y la dificultad para establecer relaciones sanas. El camino hacia la recuperación es largo y

complejo, pero la determinación de la paciente y el apoyo terapéutico son señales esperanzadoras de que el cambio es posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azpiroz, M., & Prieto, G. (2008). *Trastornos de la personalidad*. Psicolibros-Waslala.
- Bion, W. R. (1957). *Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities*. *International Journal of Psychoanalysis*, 38(3-4), 266-275.
- Bion, W. R. (1958). On arrogance. *International Journal of Psychology*, 39, 144-146.
<https://www.proquest.com/openview/ae4b4d299cf182cfd099a46eb4d0929d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1818729>
- Buie, D. H., & Adler, G. (1982). *Definitive treatment of the borderline personality*. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 51-87.
- Cosentino, S., Arias, E., & Pérez-Testor, C. (2017). *El trastorno límite de personalidad en psicoanálisis: La evolución teórica de los orígenes a la mentalización*. *Temas de Psicoanálisis*, 14, 1-33.
<https://www.temasdepsicoanalisis.org/2017/07/30/el-trastorno-limite-de-personalidad-en-psicoanalisis-la-evolucion-teorica-de-los-origenes-a-la-mentalizacion/>
- Doering, S. (2014). *La psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) del trastorno límite de la personalidad*. *Psicopatología y Salud Mental*, 24, 19-35. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Doering-Stephan-24.pdf>
- Dorneles de Oliveira, A. R., Guedes-Cruz, J., Rizzo, L. M., Furtado, N. R., Schermann-Poziomczyk, R., & Bisol-Brum, T. (2006, octubre). *Donald Meltzer—(des) cubriendo el corazón*. Fepal XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Lima, Perú.
- Fossa, P. (2010). *Organización limítrofe de personalidad*. *Revista de Psicología GEPU*, 1(1), 32–52.
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/0b40e7c3-c809-4b4a-a7c0-49e0ed6d4963/content>

- Green, A. (2008). *De locuras privadas*. Ed. Amorrortu.
- Inmaculada, A. E. (2017). *Freud, Winnicott and borderline pathologies*. Revista de Psicoanálisis (Madrid), 79, 105-124.
- Jiménez, D. E. A. (2024). *Abordaje psicoterapéutico basado en evidencia del Trastorno Límite de Personalidad: La terapia centrada en la transferencia*. Revista Torreón Universitario, 13(36), 109-115
- Klein, M. (1975). *Amor, culpa y reparación*. Barcelona, Spain: Paidós Ibérica.
- Kernberg, O. F. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Suhrkamp.
- Kernberg, O. F. (1981). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (1985). *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (1988). *Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie*. Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Kernberg, O. F. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Huber.
- Kernberg, O. F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 503–539.
<https://doi.org/10.1177/00030651070550020701>
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Applebaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Basic Books.
- Labbé-Arocca, N., Castillo-Tamayo, R., Steiner-Segal, V., & Careaga-Díaz, 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.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400372>
- Lossa, L. (2016). *Terapia dialéctica conductual grupal en el trastorno límite de la personalidad: Apego, alianza terapéutica y mejora sintomática* [Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull, Barcelona].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=82469>

- Mahler, M. (1971). *A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation*. *Psychoanal Study Child*, 26, 403-424.
- Martínez, A. D. L. R. N., Monterrey, L. M., & Jiménez, D.E. A. (2023). *Trastorno límite de personalidad: diagnóstico estructural de personalidad de un caso clínico*. *Revista Científica de FAREM-Estelí: Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*, (47), 23-39.
- Pérez, L. (2011). *Trastorno límite (Bordelinde) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(1), 20-22. http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04_LP.pdf
- Pérez-Rivera, J. L., Pimentel-García, A. C., Hernández Díaz, L. C.,
- Martínez-Arce, M. S., Guzmán-Díaz, G., & Cisneros-Herrera, J. (2021). *Trastorno límite de la personalidad y el abuso sexual infantil*. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 8(15), 37-40. <https://doi.org/10.29057/esat.v8i15.6674>
- Sánchez-Quintero, S., & de la Vega, I. (2013). *Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad*. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-23. <https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico3.pdf>
- Villalba, L. (2011). *Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento según la teoría de la mentalización de Peter Fonagy*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(1), 14-19. http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/03_LV.pdf
- Winnicott, D. (1992). *Sostén e interpretación* [Holding and interpretation]. Paidó