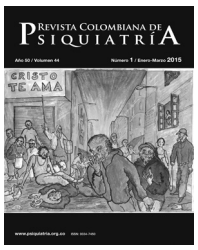
Asociación Colombiana de Psiquiatría ACP

Revista Colombiana de Psiquiatría

www.elsevier.es/rcp



Reporte de caso

¿Trastorno de conducta o trastorno de personalidad límite? La importancia de la intervención precoz

Fernando Rodríguez Otero[a,*], *Tamara del Pino Medina Dorta*[b] y *Casimiro Cabrera-Abreu*[c]

[a] *Unidad de Media Estancia, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Pamas de Gran Canaria, España*
[b] *Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España*
[c] *University Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 16 de enero de 2018
Aceptado el 8 de marzo de 2019
On-line el 20 de abril de 2019

Palabras clave:
Trastorno de personalidad limite
Intervención precoz
Trastorno de conducta
Adolescencia

RESUMEN

El diagnóstico de trastorno de personalidad límite en la adolescencia suele ser un tema controvertido. A continuación se presenta un caso clínico que expone las características habituales de presentación en la adolescencia y se discute además la necesidad de tener en cuenta los factores precursores del trastorno de personalidad límite a la vez que se relaciona la presencia de determinados trastornos de conducta como futuros precursores. Se insiste en la necesidad de usar programas de intervención precoz para este tipo de pacientes con los modelos que existen actualmente.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Behavioural disorder or borderline personality disorder? The importance of early intervention

Keywords:
Borderline personality disorder
Early intervention
Behavioural disorder
Adolescence

ABSTRACT

Diagnosing borderline personality disorder during adolescence is usually controversial. In this paper we present a clinical case in which an outline of the main characteristics of borderline personality disorder during adolescence is summarised. The need of taking into consideration the precursor characteristics of borderline personality disorder in young people is also highlighted. At the same time, other significant behavioural disorders found in young people are emphasized as possible forerunners of a borderline personality disorder diagnosis. Finally, we insist upon the need to implement early intervention programmes for these patients based on current models.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: fro_mfyc@yahoo.es (F. Rodríguez Otero).
https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.03.004
0034-7450/© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

El diagnóstico de trastorno de personalidad límite en la adolescencia sigue siendo un tema controvertido entre los profesionales de salud mental. Es notable que el editorial publicado en mayo de 2016 en el *American Journal of Psychiatry* por John Gunderson se comentara la necesidad de crear un modelo de asistencia en el sistema público para los pacientes con trastornos límites de personalidad. Gunderson empieza su artículo hablando de Kevin, un chico de 17 años que presenta trastornos de conducta desde hace años coincidiendo con una ruptura de pareja, y describe todo un caso característico de trastorno de personalidad límite[1]. Sin embargo, y a pesar de que autores como Joel Paris[2] insistan en la necesidad de pensar en el diagnóstico en la adolescencia, la realidad, tal como proponen algunos estudios, es la tendencia al infradiagnóstico[3]. Este hallazgo es notable y es posible establecer un paralelismo entre el cuento de la Cenicienta, quien a las 12 de la noche perdía su vestido y su carruaje, y casos de adolescentes con diagnóstico de trastornos de conducta a los que, cumplidos los 18 años, ya se tiene que diagnosticar otro trastorno diferente. La cuestión es que, si ya de por sí la especificidad de nuestros diagnósticos es pobre, uno se podría preguntar qué pasó con el coeficiente kappa[4] en el entorno de la fiabilidad diagnóstica en adolescentes con enfermedades psiquiátricas.

A continuación se presenta un caso clínico de evolución típica de un paciente con trastorno límite de personalidad de aparición en la adolescencia con múltiples diagnósticos previos.

En la redacción de este caso clínico se han tomado todos los recaudos para mantener oculta la identidad de la paciente: se han modificado algunos de los antecedentes familiares y personales de la paciente, sin que se llegue a distorsionar los elementos más importantes de la descripción clínica, la discusión y las conclusiones propuestas.

Presentación del caso

Se trata de una chica de 16 años interna en un centro de menores con trastornos de conducta que ingresó en la Unidad de Internamiento Breve tras ingerir varias cuchillas, diagnosticada de trastorno oposicionista desafiante[5] desde los 12 años y en seguimiento por psicólogo y psiquiatra del centro de menores donde se encontraba ingresada desde 10 meses antes.

De la cadena de acontecimientos adversos, algunos de ellos de contenido traumático, que constituye su historia biográfica, habría de destacar que fue adoptada a los 6 años junto a 2 de sus hermanas procedentes de un hogar tras ser abandonadas por su madre biológica a los 2 años de edad. No se dispone de datos sobre la figura paterna. No aparecen datos referentes a problemas en el parto ni otros datos significativos referentes a los primeros años de vida. A los 6 años se trasladaron a vivir con su familia adoptiva, y desde el inicio mostró problemas para mantener relaciones con sus iguales e impresionaba de problemas del vínculo. La madre refería una incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales, y era incapaz de calmarla cada vez que tenía algún tipo ansiedad; refería además rabietas frecuentes y dificultades para trabar amistades o jugar con otros niños de su edad, todo esto junto con una tendencia excesiva a llamar la atención de los demás. Los datos aportados hacen pensar en un trastorno del vínculo de tipo desinhibido[6]. Al comienzo de la adolescencia y coincidiendo con la separación de sus padres adoptivos, se produjeron los primeros problemas de conducta grave; inicialmente se fugaba del domicilio familiar, iba mostrándose más irritable y oposicionista con los miembros de su familia, presentaba problemas en el instituto consistentes en fugas y promiscuidad sexual y empezó a hacerse pequeños cortes en los brazos. Debido a estos problemas, comenzó su seguimiento en la unidad de salud mental de referencia, donde se la vio por primera vez a los 12 años.

A lo largo del siguiente año fueron aumentando los problemas de conducta, las fugas y las relaciones con grupos disociales; aumentó la frecuencia de los cortes en los brazos y las piernas y refería sentimientos crónicos de vacío y una gran dificultad para expresar sus estados emocionales. Durante todo este tiempo se mantuvo el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante[5].

Salvo algún robo ocasional en un supermercado, no se observan datos que indicaran un trastorno disocial, y en todo momento predominaba la inestabilidad emocional.

Al año de empezar con estos problemas, ingresó por primera vez en la unidad de internamiento breve, ya con 13 años; el motivo del ingreso fueron múltiples cortes en los brazos, síntomas depresivos marcados y un cuadro de agitación psicomotriz en el contexto de conflictividad familiar.

Debido a la imposibilidad de control parental, se hizo cargo el sistema de protección de menores que la internó en un centro para mayor control. Durante el primer año del ingreso, y pese a la mejora de los síntomas depresivos, persistió su tendencia a hacerse cortes, que —según verbaliza la paciente, la hacen sentirse mejor. Persistían los problemas en la relación con sus iguales, pasaba rápidamente de establecer relaciones muy estrechas con determinadas personas para, rápidamente, enfadarse con ellas y no querer saber más de estas personas. En ocasiones y tras conflictos surgidos en las relaciones, tendía a arrancarse el cabello y en alguna ocasión llegó a ingerir alguna piedra buscando siempre la atención del otro y la visita a los servicios de urgencias.

Durante el siguiente año, aunque se consiguió cierta mejoría en el centro donde estaba internada, persistían una marcada inestabilidad emocional, problemas para control de sus impulsos, cortes esporádicos en los brazos y alguna fuga del centro, de 2 o 3 días, en los que llegó a consumir cannabis y alcohol. Finalmente, en este último año se han agravado sus conductas debido a los problemas para la reunificación familiar y se ha producido la ingestión de 3 cuchillas tras un conflicto con su madre adoptiva, motivo por el cual ha terminado ingresando en la unidad de internamiento breve.

La dinámica familiar siempre ha destacado por la invalidación emocional y una gran conflictividad entre los padres separados, aunque sus hermanas se han mantenido dentro de esta dinámica y solo han tenido pequeños problemas de conducta. Desde su ingreso, destaca su marcada inestabilidad emocional; ha llegado a ingerir un tapón de botella, por lo que requirió no solo una gastroscopia, sino un seguimiento estrecho. Destacan su dificultad para reconocer y expresar

sus emociones, su dificultad para las relaciones y su marcada impulsividad; expresa sentimientos crónicos de vacío, que calma con los cortes.

Ante la clínica observada, se planteó el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad pese a la edad de la paciente. La grevedad del cuadro clínico y el curso longitudinal de las conductas patológicas y la inestabilidad afectiva confirman el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. No obstante, se realizaron varios tests de personalidad para refinar el abordaje clínico y la valoración psicológica y diagnóstica. Entre ellos, vale mencionar la versión española de la BSL 23[7]; además se le pasó el *Masc video*[8] para el estudio de la cognición social, que confirmó su tendencia a respuestas hipermentalizadoras[9], algo muy acorde con los estudios que relacionan las alteraciones en la cognición social y la presencia de trastorno límite de personalidad.

Revisión del tema

Pese a las recomendaciones de algunos autores[2], las dificultades para usar el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en la adolescencia son muy importantes. Los datos indican que las adversidades en la infancia, tanto en la escuela como en el hogar, y en especial el predominio de un ambiente invalidante son factores de riesgo del trastorno límite de la personalidad[10]. Existen pocos estudios de seguimiento de los chicos de centros de menores, pero los resultados sobre la personalidad son muy concluyentes[11].

Diversos estudios relacionan también que la disfunción afectiva, la hostilidad y el conflicto interpersonal del trastorno oposicionista desafiante y la impulsividad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad pueden indicar el desarrollo temprano de un trastorno límite de la personalidad[12]. Otros estudios también hablan de la incapacidad para formar una fijación segura del cuidador[13]. La relación de los maltratos, los abusos sexuales y su consecuente alteración en el reconocimiento de emociones[14] y las alteraciones en la cognición social pueden ser otro precursor del trastorno límite de la personalidad[15]. Para terminar, otros estudios hablan de una amplia gama de trastornos psiquiátricos en los familiares de los pacientes con trastorno límite de la personalidad[16], especialmente en las madres ya diagnosticadas de trastorno límite, y la necesidad de programas de intervención para este perfil de paciente[17].

Discusión del tema y conclusiones

La presencia de problemas del vínculo desde temprana edad, junto con los problemas para la construcción de una identidad en la adolescencia, marcada por serios problemas en la cognición social, ha favorecido el desarrollo de un trastorno de personalidad límite; se añade también como catalizador el ambiente familiar invalidante.

Se sabe actualmente que el diagnóstico de trastorno límite en la adolescencia es tan confiable y válido[18] como en los adultos, con tasas de incidencia similares a las de estos[19]. Creemos necesario apostar por abordajes de intervención precoz en este tipo de pacientes, usando algunos de los modelos que han aportado evidencia en este grupo de edad[20]. La necesidad de una intervención precoz se basa en las grandes comorbilidad y mortalidad[21] asociadas con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, a la vez que se encuentra una reducción significativa del funcionamiento social y la calidad de vida comparable al del niño y el adolescente con otros trastornos mentales graves[22]. Se sabe además que determinados rasgos de personalidad son más flexibles y moldeables en la adolescencia, lo cual lo hace más adecuado para la intervención[23]. En contra de estos criterios vendría el estigma[24] que supone el diagnóstico a tan temprana edad y el autoestigma[25] percibido por los pacientes, pero un diagnóstico erróneo, además de impedir un adecuado tratamiento, podría favorecer la polifarmacia[21].

El abordaje de habilidades desde la terapia dialéctica conductual[26] para reducir las conductas autodestructivas y el uso de técnicas de la terapia basada en la mentalización[27] serían 2 abordajes de los que podría haberse beneficiado nuestra paciente, sin olvidar el abordaje de la difusión de identidad desde la psicoterapia focalizada en la transferencia[28].

Creemos necesario realizar un adecuado estudio de los factores precursores del trastorno límite de personalidad y en las situaciones en que se pueda considerar claramente si los problemas de conducta son el punto de partida de un trastorno de personalidad, especialmente en la adolescencia, y se vea que la identidad está especialmente dañada.

No nos gustaría que, una vez que llegase la medianoche, como el cuento de la Cenicienta mencionado en la introducción, se haya perdido un tiempo precioso de intervención.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gunderson JG. The emergence of a generalist model to meet public health needs for patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2016;173:452–8.
2. Paris J. Personality disorder begin in adolescence. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;22:195–6.
3. Laurenssen EM1, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2013;7:3.
4. Campos-Arias A, Herazo Edwin. Concordancia intra e interevaluadores. Rev Colomb Psiquiatr. 2010;39:424–32.
5. López-Villalobos JA, Andrés-De Llano JM, Rodríguez-Molinero L, et al. Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014;7:80–7.
6. Boris NW, Zeanah CH, Larrieu JA, Scheeringa MS, Heller SS. Attachment disorders in infancy and early childhood: a preliminary investigation of diagnostic criteria. Am J Psychiatry. 1998;155:295–7.
7. Soler J, Vega D, Feliu-Soler A, et al. Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). BMC Psychiatry. 2013;13:139.
8. Lahera G, Boada L, Pousa E, et al. Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC): Spanish validation. Autism Dev Disord. 2014;44:1886–96.

9. Sharp C, Pane H, Ha C, et al. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50:563–73.
10. Conway CC, Hammen C, Brennan PA. Adolescent precursors of adult borderline personality pathology in a high-risk community sample. J Pers Disord. 2015;29:316–33.
11. Vaughn MG, Salas-Wright CP, DeLisi M, Maynard BR, Boutwell B. Prevalence and correlates of psychiatric disorders among former juvenile detainees in the United States. Compr Psychiatry. 2015;59:107–16.
12. Burke JD, Stepp SD. Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. Abnorm Child Psychol. 2012;40:35–44.
13. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. Harv Rev Psychiatry. 2004;12:94–104.
14. Koizumi M, Takagishi H. The relationship between child maltreatment and emotion recognition. PLoS One. 2014:9.
15. Bo S, Sharp C, Fonagy P, Kongerslev M. Hypermentalizing, attachment, and epistemic trust in adolescent BPD: Clinical illustrations. Personal Disord. 2017;8:172–82.
16. Riso LP, Klein DN, Anderson RL, Ouimette PC. A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. J Pers Disord. 2000;14:208–17.
17. Renneberg B, Rosenbach C. There is not much help for mothers like me": *Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder* — a newly developed group training program. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2016;3:16.
18. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. Clin Psychol Rev. 2008;28:969–81.
19. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. Acta Psychiatr Scand. 2008;118:410–3.
20. Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2012.
21. Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. Br J Psychiatry Suppl. 2013;54:s24–9.
22. Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna I-A, Parzer P, et al. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. Psychopathology. 2013;46:55–62.
23. Lenzenweger MF, Desantis Castro D. Predicting change in borderline personality: Using neurobehavioral systems indicators within an individual growth curve framework. Dev Psychopathol. 2005;17:1207–30.
24. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. Harv Rev Psychiatry. 2006;14:249–56.
25. Rüsch N, Hölzer A, Hermann C, et al. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. J Nerv Ment Dis. 2006;194:766–73.
26. Rathus JH, Miller AL. DBT skills manual for adolescents. New York: Guilford Press; 2015.
27. Midgley N, Vrouva I. Minding the child: mentalization-based interventions with children, young people and their families. New York: Routledge; 2012.
28. Normandin L, Ensink K, Kernberg OF. Transference-focused psychotherapy for borderline adolescents: a neurobiologically informed psychodynamic psychotherapy. *J Inf Child*. Adolesc Psychother. 2015;14:98–110.