



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Doctorado: Psicología Clínica y de la Salud

**EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA
ADOLESCENCIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON
EL DESARROLLO EVOLUTIVO ADOLESCENTE**

**Doctoranda: Silvia Monzón Reviejo
Director de la tesis: Dr. Antonio García de la Hoz**

Salamanca, marzo de 2015

D. ANTONIO GARCÍA DE LA HOZ, Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

CERTIFICA:

Que el trabajo titulado *El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: diagnóstico diferencial con el desarrollo evolutivo adolescente*, realizado bajo su dirección por SILVIA MONZÓN REVIEJO, licenciada en Psicología y alumna del Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud, reúne los requisitos necesarios para optar al TÍTULO DE DOCTOR por la Universidad de Salamanca.

Fdo. Antonio GARCÍA DE LA HOZ

Salamanca, marzo de 2015

A Gonzalo, mi marido, y a Lucía, mi hija

Cada psicopatología es un obsequio de amor:
a través de su trastorno el paciente muestra su fuerte atadura con su
opresor interno y, por amor a él, se tratará a sí mismo como él ha sido tratado

++BENJAMIN (1996)

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	11
------------------------------	-----------

PRESENTACIÓN

Fundamentación del tema de investigación elegido	13
Hipótesis	19
Objetivos	20
Material	20
Método	21

CAPÍTULO I. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1.1. Introducción	23
1.2. Clasificación de los trastornos de la personalidad: revisión categorial, dimensional e integradora	25

CAPÍTULO II. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

2.1. Las clasificaciones diagnósticas en la psicopatología del adolescente	55
2.2. Trastornos de la personalidad en la adolescencia	69

CAPÍTULO III. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: HISTORIA Y REVISIÓN DE UN CONCEPTO

3.1. Revisión histórica	89
-------------------------------	----

CAPÍTULO IV. EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

4.1. Revisión histórica del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia.....	123
4.2. Estudio psicodinámico de la etapa adolescente.....	199
4.2.1. Características de la etapa adolescente.....	199
4.2.2. Características evolutivas y patológicas de la adolescencia.....	210
4.2.3. Mecanismos de defensa en la adolescencia y en el trastorno límite de la personalidad	218
4.2.4. Crisis de identidad evolutiva y patológica de la etapa adolescente.....	237
4.3. Comorbilidad y diagnóstico diferencial descriptivo y psicodinámico del trastorno límite de la personalidad	245
4.3.1. Con los trastornos clínicos	245
4.3.2. Con otros trastornos de la personalidad.....	256
4.3.3. Con los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.....	259

4.4. Diferencias entre la adolescencia evolutiva y la adolescencia borderline.....	261
4.5. Cuadro psicodinámico descriptivo del trastorno límite en la adolescencia	304

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Históricas	319
Descriptivas	321
Psicodinámicas	322
Psicodinámico-descriptivas	323
Propuestas	326
Conclusiones generales	327

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	331
---	------------

AGRADECIMIENTOS

Después de varios años de dedicación al trabajo de investigación que se presenta en esta tesis doctoral, quisiera recordar y desear mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que me han apoyado con sus ideas, entusiasmo, confianza o con su presencia y amistad.

Quiero comenzar agradeciéndole a mi director de tesis, el Dr. Antonio García de la Hoz, que me animara a terminarla y por haber dirigido mi trabajo de investigación, acompañándome con confianza e interés en el mismo y respeto hacia mis ideas.

Mi más profundo agradecimiento a la Dra. M^a José Fernández Guerrero por haber sido mi tutora y haberme guiado con una minuciosa lectura y sugerencias, por haberme acompañado durante todo el proceso de investigación con sus correcciones y aportaciones teóricas y prácticas, extraídas de su enorme experiencia, y por cada una de las numerosas ocasiones en las que le he pedido su ayuda.

A Ana Madrigal, mi colaboradora de investigación: su ayuda ha sido inestimable en la realización de esta tesis, y a Jesús y Margarita, de la biblioteca de la Universidad de Salamanca, por haberme ayudado en la búsqueda de muchos artículos inaccesibles.

Especial reconocimiento merece también Teodoro Herranz, sin el cual no hubiera podido sentirme con la valía suficiente como para comenzar y atravesar este camino.

Quiero mencionar también a mis amigos, que me han apoyado y animado en todo momento, sobre todo a Belén y Raquel, por su colaboración con los textos en inglés y el apoyo emocional para terminar mi tesis.

Y, por supuesto, a mi familia, que siempre estuvo ahí animándome para empezarla y para terminarla, respetando el tiempo que no pude dedicarles en muchos momentos.

Mi más profundo agradecimiento a todos los expertos en este tema, cuyas publicaciones y experiencias me han servido de apoyo para la investigación.

Agradecer de igual forma a mis inolvidables maestros en psicoanálisis, Pedro Fernández Villamarzo y el centro clínico Oskar Pfister: para mí habéis estado presentes y estaréis presentes en todo momento.

No quiero olvidar tampoco las muchas enseñanzas que he recibido de mis pacientes, sin los cuales todo este esfuerzo carecería de sentido.

A Milagros Cid Sanz, mi agradecimiento por proporcionarme el sostén y la energía necesaria para terminar mi proyecto de investigación, así como mi proyecto laboral y personal.

También quiero mencionar a Magdalena Grimau Arias, gracias por haberme animado a terminar mi tesis, siempre desde la capacidad y la ilusión, haciéndome saber que este proyecto era posible.

Y, sobre todo, mi más profundo cariño, respeto y agradecimiento, a quien me brindó el apoyo incondicional y la compañía constante en mis silenciosas e interminables horas de estudio, a mi marido, Gonzalo.

A todos ellos, mi admiración y mi gratitud.

PRESENTACIÓN

Fundamentación del tema de investigación elegido

Quisiéramos situar, en primer lugar, el motor que arranca la elección de esta investigación, que no es otro que nuestra pasión por el estudio de la estructuración de la personalidad y la psicopatología, a la cual nos venimos dedicando desde hace muchos años y más específicamente al estudio teórico y clínico del trastorno límite de la personalidad.

Partiendo de esta base, son diversos factores los que han contribuido a la elección definitiva de nuestro tema de investigación y que desarrollamos a continuación.

Desde hace una década, los trastornos de la personalidad han pasado a ocupar una primera línea de investigación, se encuentran en una encrucijada que compete a la teoría, investigación y conceptualización (Esbec *et al.*, 2011). En concreto, el trastorno límite de la personalidad se ha convertido en un tema especialmente relevante en la teoría y clínica psicológica y psiquiátrica debido, entre otros motivos, a su alta prevalencia, su repercusión clínica, su elevada comorbilidad con trastornos del Eje I, los factores etiopatogénicos implicados y las diversas opciones terapéuticas (Cervera, Haro y Martínez-Raga, 2005).

En España, el Grupo de Trastorno Límite de la Personalidad de Barcelona (*Grup TLP*) está llevando a cabo en Cataluña, desde el año 2010, un programa denominado Programa de Atención a los Trastornos Graves de Personalidad y, según los resultados obtenidos en dicho programa, el trastorno límite de personalidad es una patología emergente en nuestra sociedad con una prevalencia del 2% en la población general y del 10% de la población atendida en consultas externas.

Así mismo, son los trastornos de personalidad de los adolescentes, sobre todo los trastornos límite de la personalidad, en términos de frecuencia y de impacto social, los que constituyen el problema más importante de los Servicios de Salud Mental (Manzano, 2012). La adolescencia ha entrado con fuerza en el campo de la psicopatología en estas últimas cuatro décadas, hasta el punto de que las dificultades de los adolescentes se presentan, desde hace algún tiempo, como un verdadero problema de salud pública (Jeammet, 2012). En Madrid, desde el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, han creado el Programa Atrapa (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia), en el que se estudian, desarrollan y ponen en marcha modelos de investigación y tratamientos para este tipo de pacientes.

Existe un cuerpo creciente de conocimiento científico sobre la población adolescente que pone de manifiesto la necesidad de valorar los rasgos desadaptativos de la personalidad en esta etapa del desarrollo. Los trastornos de la personalidad han sido

diagnosticados en los adolescentes de la población normal general así como en muestras clínicas. Las tasas de prevalencia de trastornos de personalidad en adolescentes no clínicos son elevadas y oscilan entre el 14,4 y el 17% (Bernstein *et al.*, 1993; Johnson *et al.*, 2008, y Leung *et al.*, 2009; en Fonseca *et al.*, 2012) y en la población clínica entre el 24 y el 64% (Feenstra *et al.*, 2011; Westen *et al.*, 2003; Grilo *et al.*, 1996).

La tasa de comorbilidad con trastornos del Eje I es bastante alta (Skodol *et al.*, 2000), especialmente en la adolescencia, por eso es tan importante desarrollar estrategias de evaluación adecuadas de los antecedentes o precursores de patología de la personalidad en la infancia y la adolescencia (Clercq, Fruyt, Leeuwen, y Mervielde, 2006).

Los rasgos desadaptativos de la personalidad y los trastornos de personalidad diagnosticados en adolescentes tienen un claro impacto a nivel social, interpersonal y laboral, así como en la salud física y mental, y sin embargo, ha habido una renuencia a diagnosticar trastornos de la personalidad en este grupo de edad. Esto parece ser debido, entre otras causas que explicamos a continuación, a la creencia común entre los profesionales de la salud mental de que la personalidad sigue evolucionando durante la adolescencia. Como consecuencia de ello, tanto en las unidades de hospitalización psiquiátrica y ambulatoria como en las consultas privadas, parece que muchos adolescentes cumplen los criterios para un trastorno de la personalidad, pero se les diagnostica y se les trata solo de trastornos del Eje I. Al ignorar los criterios del Eje II, muchos adolescentes no pueden recibir un tratamiento específico para sus conductas disfuncionales, o peor aún, en algunos casos pueden recibir tratamientos inadecuados (Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008). Estos descuidos podrían exacerbar los problemas graves, como el suicidio, la delincuencia, el fracaso escolar, la disfunción social y el abuso de sustancias (Kernberg *et al.*, 2000).

Estos datos resaltan la necesidad de evaluar y comprender la expresión de los rasgos desadaptativos de la personalidad, así como de los trastornos de la personalidad en la población adolescente, con la finalidad de establecer estrategias adecuadas de prevención, intervención y gestión de recursos. Nuestra revisión de la literatura sugiere la necesidad de que profesionales de la salud mental reconsideren esta cuestión con la ayuda de la investigación contemporánea.

En lo que se refiere específicamente al trastorno límite de la personalidad en la adolescencia, se han llevado a cabo menos investigaciones que en el adulto, a pesar de que las investigaciones realizadas sobre la aplicación de este diagnóstico durante esta etapa apuntan al aumento de su incidencia y a las enormes implicaciones que tienen para el individuo que lo sufre, que abarcan desde la delincuencia y los intentos de suicidio, hasta discapacidades graves y aumento en los costos de servicios de atención (Kernberg *et al.*, 2000). Actualmente el trastorno límite de la personalidad en la adolescencia constituye un área de controversia mayor que en la población adulta y siguen permaneciendo algunas dificultades que impiden su aplicación en el ámbito juvenil.

Es necesario aclarar muchos aspectos en la construcción de este diagnóstico en los adolescentes. Entre las dificultades que impiden la aplicación y extensión del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en esta etapa evolutiva y que desarrollaremos a lo largo de nuestro trabajo de investigación, citaremos brevemente, en primer lugar, los problemas conceptuales del propio término *borderline*; en segundo lugar, las controversias acerca de la existencia de la organización límite como estructura independiente de la neurosis y la psicosis. En tercer lugar, añadiremos los problemas específicos del ámbito adolescente, entre ellos ocupando el objeto de nuestro estudio los problemas existentes para diferenciar los síntomas transitorios, normales del desarrollo de esta etapa, de los rasgos de una sintomatología grave propia de una patología límite de un paciente en este grupo de edad.

Plantearse reflexionar sobre el trastorno límite de la personalidad en la adolescencia, ineludiblemente conlleva tratar el sistema nosográfico que desarrollamos en los primeros capítulos de nuestro estudio: por un lado, aquellas nosologías que tienen a la clínica descriptivo-fenomenológica por base, y por otro lado, la nosografía psicoanalítica. De esta forma, nuestra primera preocupación al abordar el estudio del trastorno límite en la adolescencia será intentar definir, acotar y delimitar este concepto para así poder aplicarlo a nuestro objeto de estudio, que ha de consistir en intentar demostrar, a partir de la revisión bibliográfica, las diferencias de este cuadro psicopatológico con las características evolutivas de la etapa adolescente con las que habitualmente se confunden, así como la conveniencia de aclarar y construir los criterios clínico-dinámicos del trastorno límite de la personalidad en este periodo.

En lo relativo a la etapa adolescente, han sido varios los factores que han enlentecido el estudio de forma específica. Hasta la mitad del siglo XX, este periodo no se había concebido diferenciado de la etapa infantil y la adulta. La psicopatología de la adolescencia se ha planteado de forma individualizada desde hace apenas tres décadas. La adolescencia se ha encontrado comprimida entre el lugar ocupado por los trastornos psiquiátricos del adulto, por el hecho mismo de su cantidad y el reconocimiento incluso tardío (tras la Segunda Guerra Mundial) y la psiquiatría específica de la infancia. Por estas causas, la adolescencia no aparecía más que como una prolongación de los problemas que pudieran aparecer en la infancia, más o menos modificados por el impacto de la pubertad o como el comienzo de los trastornos del adulto a los que se asimilaban (Jeamnet, 1995).

Otra de las cuestiones que se han planteado es que, frente a las dificultades psicológicas y comportamentales del adolescente, se llegaba a considerar que o bien se trataba de una patología psiquiátrica propiamente dicha, y nos llevaba al caso del adulto, o bien nos encontrábamos frente a trastornos pasajeros que se atribuían a la crisis de esta etapa, considerando normales para la misma conductas atípicas, conductas que no tendrían consecuencias y serían pasajeras, fruto de la crisis característica de la adolescencia.

En relación a este punto, objetivo central de nuestra tesis, como decía ya A. Freud (1956), muchas de las características de la adolescencia normal, incluso, pueden asemejarse a cualquier trastorno psicopatológico; o como decía Giovacchini en 1982, en los pacientes con graves alteraciones encontramos constantemente preocupaciones por su identidad, al igual que en el adolescente ordinario. Si el concepto de normalidad psíquica es muy discutible, en la adolescencia lo es todavía más, la incertidumbre de la frontera normal-anormal se acentúa, pues la adolescencia es por naturaleza una interrupción del crecimiento imperturbado, siendo anormal un mantenimiento del equilibrio estable, tal y como definía A. Freud.

Por esto, A. Freud explicaba que el diagnóstico diferencial entre los adolescentes sanos y la verdadera patología resulta sumamente difícil y que, precisamente por estas dificultades, añadimos nosotros, sea importante establecer un diagnóstico diferencial. Para ello, la autora aconsejaba un estudio estructural, esto es, a través del análisis de los mecanismos de defensa, de la dinámica y estructura de las relaciones objetales y de los impulsos, para asegurar con ello, una vez realizado el análisis descriptivo y sintomático, el diagnóstico adecuado. Este *consejo* de A. Freud se convierte en objeto de nuestro estudio de investigación, siendo este análisis fundamental en nuestra tesis, de manera que el proceso diagnóstico pueda diferenciar al adolescente límite del adolescente normal, así como de otros procesos psicopatológicos más o menos graves.

Partiendo de estas dificultades, todavía sin resolver, y concretando nuestro objetivo de investigación, en el desarrollo de este trabajo pretendemos acometer en profundidad la investigación de la existencia de la psicopatología borderline en el ámbito adolescente, donde uno de los temas que adquiere mayor relevancia consiste en esta dificultad de discernir, desde el punto de vista diagnóstico, entre las características evolutivas propias de la adolescencia (como la llamada crisis normal del adolescente) y la franca patología borderline durante esta etapa.

Estas dificultades para el diagnóstico diferencial, como hemos citado en líneas anteriores, son debidas a que muchos de los comportamientos del adolescente normal pueden parecer similares a las manifestaciones de los problemas que se producen en el adolescente con patología límite. Si observamos los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno límite de la personalidad o los expuestos por el reciente DSM-5, podemos observar que coinciden con las características descriptivas propias de la denominada crisis del adolescente y también se solapan con las características evolutivas propias de su funcionamiento, como por ejemplo, la sensibilidad a la crítica y al rechazo, la ira y la rabia, las llamadas de atención, la intolerancia a la soledad, la impulsividad, la necesidad de ser valorados y sentirse dominantes frente al otro.

Mientras el adolescente se siente seguro, apoyado y sostenido es receptivo al otro; pero al menor fallo de este último surgen la ira, la ansiedad y los miedos al abandono. El sentido de realidad existe, pero se altera fácilmente por el conflicto con la vida fantasmática y la realización del deseo. La ansiedad a menudo es difusa, con más o menos sensación de vacío. Los mecanismos de defensa contra esta ansiedad son

habitualmente primitivos, pudiéndose observar prevalencia de la escisión, la proyección, la identificación proyectiva o la omnipotencia alternada con la desvalorización de sí mismo. Esta descripción del adolescente normal, así como los mecanismos de defensa utilizados, son también propios y específicos del paciente límite.

De esta forma, en primer lugar, «el desafío para un diagnóstico diferencial consiste en diferenciar síntomas transitorios, normales del desarrollo, de los rasgos de una sintomatología grave extensa en un paciente limítrofe en el niño y en el adolescente» (Kernberg *et al.*, 2000, p. 120). Por ejemplo, como iremos aclarando, durante la adolescencia, la crisis de depresión, angustia e identidad, conflictos con la autoridad e incluso la activación de algunas operaciones primitivas defensivas, como los comportamientos antisociales ocasionales y las relaciones objetales infantiles narcisistas en un joven adolescente normal, no tienen ni la gravedad ni la cronicidad que sí se observan en uno limítrofe y que hay que saber identificar para no confundirlos.

Pero el funcionamiento relacional y psíquico *adolescente*, puede parecerse o confundirse con el funcionamiento límite en muchos aspectos, sobre todo cuando lo que tenemos en cuenta es únicamente el plano descriptivo, categorial y manifiesto de los comportamientos. Es por ello por lo que debemos complementarlo con el plano dimensional y psicodinámico, donde para realizar el diagnóstico diferencial no solo hay que distinguir los síntomas transitorios, normales del desarrollo, de los rasgos de una sintomatología grave extensa en un paciente limítrofe en el adolescente, sino que además debemos realizar un estudio de la parte estructural desde la óptica psicoanalítica. Hemos de aclarar que la formación en psicología clínica de orientación dinámica incluye áreas de conocimiento teórico sobre el desarrollo evolutivo y la estructura psíquica del niño y del adolescente, psicodiagnóstico y psicopatología, así como conocimientos técnicos sobre todas las modalidades de tratamientos psicoterapéuticos específicos para el abordaje del campo. Todo ello nos posibilita un estudio en profundidad y nos ayuda a identificar las diferencias entre la patología borderline en la adolescencia y las características evolutivas de la misma etapa mejor que si se realizara solo desde un plano descriptivo.

Como señalaremos en su momento, «el adoptar una perspectiva psicodinámica no excluye la consideración psiquiátrica, clínica o manifiesta de la alteración, más bien lo contrario, resultando abordajes necesariamente complementarios» (Fernández-Guerrero, 2007, p. 23).

Concluyendo, y en consonancia con la revisión que realizan Miller, Muehlenkamp y Jacobson en el 2008 sobre los diferentes autores que han estudiado esta patología en la adolescencia, creemos que es responsabilidad de los profesionales de salud mental poder hacer un diagnóstico diferencial entre los síntomas transitorios del normal desarrollo del adolescente, de la sintomatología más crónica, generalizada y grave de los que sufren trastornos de la personalidad clínicamente diagnosticables.

Para ello, se hace necesario formular y desarrollar modelos confiables y más estables que no sean meramente descriptivos, sino que enfatizan la etiología y los mecanismos de desarrollo a lo largo de toda la vida de los trastornos de la personalidad.

Lenzenwer y Clarkin (2005) ya afirmaron que, en contraste con la posición atórica del DSM, los trabajos futuros en el estudio de los trastornos de la personalidad deben estar sustentados crecientemente en una guía teórica.

El desarrollo de modelos empíricos guiados por una teoría también permitirá el desarrollo y el refinamiento de tratamientos para los trastornos de personalidad y posibilitará las tareas de prevención en este campo, siendo esta guía teórica descriptiva y dinámica el centro de nuestra investigación.

El determinar las diferencias entre la patología borderline y la adolescencia normal permite una adecuada evaluación y tratamiento, y el conocimiento de estas diferencias facilitará caracterizar un cuadro clínico consolidado que haga referencia al nivel descriptivo del trastorno, así como al nivel profundo o estructural que permita diferenciar entre la patología límite y las características evolutivas propias de la adolescencia normal.

Establecer tales diferencias entre la población adolescente normal y la patología límite durante esta etapa ayuda a la identificación de individuos con riesgo antes de la aparición y estabilización completa del trastorno, y que no se consolide y/o agrave el cuadro límite en la edad adulta, así como evitar errores clínicos al tomar fenómenos pasajeros del adolescente normal como elementos de un diagnóstico definitivo.

La tesis doctoral que pasamos a defender se divide en cinco capítulos. El primer capítulo, a modo de encuadre del tema, ofrece una visión general sobre los principales modelos categoriales, dimensionales e integradores.

El segundo capítulo, respondiendo a la necesidad de contextualizar y adentrar los trastornos de la personalidad en la etapa adolescente propiamente dicha, ofrece las diversas opciones de clasificación en la psicopatología del adolescente, así como sus ventajas y limitaciones, e introduce y clasifica los trastornos de la personalidad en la adolescencia.

En el tercer capítulo realizamos una exposición histórica, cronológica y evolutiva de los inicios del concepto borderline hasta la actualidad, con el objetivo de saber cómo ha ido evolucionando el concepto y poder llegar a una comprensión más profunda de las diferencias entre la patología límite y el desarrollo evolutivo en la adolescencia.

El cuarto capítulo corresponde al eje de nuestro trabajo, ya que profundiza en la investigación llevada a cabo sobre el trastorno límite de la personalidad en la adolescencia, desde sus comienzos en el año 1950 hasta la actualidad, y aborda varias implicaciones. En primer lugar, realizaremos una exposición histórica, cronológica y evolutiva del concepto borderline en la adolescencia, llevando a cabo un recorrido temporal exhaustivo, fundamentalmente desde el punto de vista etiológico, descriptivo y psicodinámico.

En segundo lugar en este cuarto capítulo, damos paso al apartado que hace referencia al análisis psicodinámico del periodo adolescente. En dicho apartado

acometemos la tarea de explicar cómo es el proceso que acontece en la adolescencia y realizamos una breve introducción y exposición de las principales características de esta etapa, fundamentalmente desde la óptica psicoanalítica, para poder diferenciar lo evolutivo de lo patológico y realizar de forma adecuada el objeto de nuestro estudio, esto es, las diferencias entre la patología límite y el desarrollo evolutivo en la adolescencia.

Para conseguir este propósito, primero presentamos las características evolutivas y patológicas propias de esta etapa desde la óptica psicoanalítica de los autores más representativos. Seguiremos con los mecanismos de defensa utilizados en este periodo, así como los propios de la patología borderline, la definición de los conceptos de identidad normal y patológica, crisis de identidad y síndrome de difusión de identidad en la adolescencia, continuando con la comorbilidad y el diagnóstico diferencial con otras patologías mentales durante dicho estadio. Y concluimos con las diferencias de esta patología borderline en la adolescencia y el desarrollo evolutivo característico de dicho periodo.

Por último, en este cuarto capítulo, tras intentar esclarecer estas diferencias y con el fin de aclarar en qué consiste el citado trastorno durante este periodo, proponemos un cuadro clínico descriptivo-dinámico para contribuir al adecuado diagnóstico durante la adolescencia y, por lo tanto, a su adecuado tratamiento. Además, expondremos las características clínicas descriptivas y psicodinámicas del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia.

El quinto y último capítulo corresponde a las conclusiones, donde nos detendremos a recopilar las principales ideas trabajadas, hasta dónde se ha llegado y hacia dónde debe continuar el trabajo de búsqueda en relación a nuestro objeto de estudio.

Hipótesis

Esta tesis plantea la hipótesis de que la franca patología borderline durante el periodo adolescente difiere de las características evolutivas propias de la adolescencia.

Con esta hipótesis se intenta demostrar, a través de la revisión bibliográfica, la conveniencia de proponer y establecer un cuadro clínico que diferencie y delimite las características propias de la adolescencia de la patología límite durante este periodo, y para ello, que no solo haga referencia al nivel descriptivo del trastorno sino también al nivel profundo o estructural.

Objetivos

Objetivo general

La tesis tiene por objetivo la realización de una revisión teórica o histórico-crítica a través del análisis de la bibliografía existente, sobre las diferencias entre la patología borderline y las características evolutivas propias de la adolescencia, de manera que permita la comprensión y el buen diagnóstico de la patología límite en esta etapa evolutiva.

Objetivos específicos

Para su consecución, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Estudio histórico, descriptivo y psicodinámico del trastorno límite de la personalidad y de su aplicación al ámbito adolescente.
2. Revisión teórica y análisis descriptivo y dinámico de los diferentes autores sobre las características evolutivas y patológicas del periodo adolescente.
3. Diferenciación entre la patología borderline y el desarrollo evolutivo del adolescente, de manera que permita realizar una determinación descriptiva y psicodinámica del cuadro clínico en la adolescencia.

Material

Para realizar este proyecto de investigación, puesto que la metodología a seguir ha sido de investigación bibliográfica con análisis de textos, los medios y recursos materiales necesarios han sido aportados por las principales fuentes de información procedentes de la base de datos bibliográfica Pubmed y PsycINFO, así como de las bibliografías extraídas de las bibliotecas universitarias, tanto a nivel nacional como internacional, de aquellos artículos que han aportado información. También se han utilizado los textos de autores fundamentales en el tema que nos ocupa, a fin de contar con una base textual prácticamente exhaustiva y que podemos considerar como la más completa realizada hasta el presente.

Método

La metodología seguida ha sido de investigación bibliográfica con análisis de textos desde las diferentes perspectivas históricas, descriptivas y, fundamentalmente, psicodinámicas, dado que los autores que más han investigado sobre el tema proceden del paradigma psicoanalítico.

Se ilustrará lo teorizado con ejemplos extraídos de casos clínicos propios, del intercambio con compañeros en espacios de supervisión y con otros ejemplos de casos extraídos de los textos de los autores más relevantes que han trabajado sobre la patología límite en el ámbito adolescente.

Somos conscientes de la evidencia de lagunas en este trabajo: obviamos en gran medida el tratamiento del trastorno y la consideración de esta patología en la infancia, ya que cada uno de estos temas, por sí solos, constituirían otro trabajo. Se trata de una investigación fundamentalmente histórica y dinámica, en el que se aborda toda la trayectoria del término y del concepto, en especial en la adolescencia.

También, aun intentando abarcar todos los autores y las fechas clave del desarrollo del trastorno límite en la adolescencia, sabemos que algo faltará o que algún autor que debería figurar en estas páginas no estará. Teniendo en consideración que la última búsqueda bibliográfica realizada en la base de datos de Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed>) el 4 de julio de 2012 obtuvimos 1513 referencias sobre el tema, suponemos comprensible que exista alguna laguna.

Los artículos relevantes que evalúan el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en los adolescentes se identificaron mediante búsquedas en la citada base de datos, desde el año 1950 a la actualidad, utilizando los términos: trastorno límite de la personalidad, trastorno límite de la personalidad en la adolescencia, borderline, adolescencia y trastorno de la personalidad.

Como veremos en profundidad a lo largo del capítulo IV, la mayor parte de la literatura sobre el trastorno límite se encuentra en las publicaciones estadounidenses a partir de la década de 1980. Debido a la imposibilidad de acceso a muchos escritos anteriores a la fecha de 1980, nos hemos apoyado en autores que han llevado una revisión exhaustiva sobre el tema y que hemos complementado con lecturas de artículos relevantes, clásicos y actuales, y por documentos sobre revisiones de la evolución histórica del concepto. Hasta 1980 no son muchos los autores que han realizado aportaciones sobre el tema, correspondiendo la mayoría de los estudios a compendios de lo dicho por autores de referencia.

A partir de 1980, de estas 1513 referencias extraídas de las bases de datos, fueron seleccionadas para la revisión 39 artículos, de los cuales tan solo 8 de ellos realizan estudios que traten específicamente sobre las diferencias entre la patología límite y la adolescencia evolutiva. Fuera de estas bases de datos, también nos hemos apoyado en

autores que han tratado específicamente el tema que nos ocupa. En relación a las revisiones históricas llevadas a cabo a partir de 1980, como veremos en el capítulo IV con detenimiento, solo hemos encontrado 4 artículos que hayan realizado una revisión exhaustiva y conceptual sobre el trastorno límite de la personalidad en la adolescencia.

Siguiendo a J. Laplanche en su libro titulado *Interpretar [con] Freud*, escrito en el año 1978, el procedimiento seguido para realizar este trabajo de investigación, en primer lugar, ha sido tomar una actitud de renuncia a todo saber adquirido previamente sobre el tema y, partiendo de esta idea, se ha llevado a cabo el siguiente procedimiento:

Después de una lectura y revisión detallada sobre los trastornos de la personalidad, se dio paso al estudio específico de la historia y la revisión del concepto del trastorno límite de la personalidad. A continuación, fuimos acercándonos más a nuestro tema objeto de investigación, realizando una búsqueda y revisión bibliográfica sobre el concepto de trastorno límite de la personalidad en el ámbito adolescente, para más tarde centrarnos más específicamente en la búsqueda bibliográfica de las características evolutivas y patológicas de la adolescencia, tanto desde un punto de vista descriptivo como estructural. Finalmente, realizamos un estudio sobre los artículos escritos en torno a las diferencias entre la patología borderline y el desarrollo evolutivo propio de la etapa adolescente, punto de mira de nuestra investigación.

Una vez centrados en el tema de nuestro trabajo, llevamos a cabo un estudio histórico, descriptivo y psicodinámico del trastorno límite de la personalidad en la etapa adolescente, para seguidamente centrarnos en la revisión de los autores fundamentales del cuadro clínico de la patología borderline en la adolescencia y en el estudio sobre el desarrollo evolutivo y patológico de la personalidad, la comorbilidad y el diagnóstico diferencial con otras patologías mentales durante dicho periodo. En último lugar, damos paso al establecimiento de las diferencias entre patología borderline en la adolescencia y el desarrollo evolutivo característico de esta etapa, objetivo central y último de nuestra tesis, terminando con la exposición de un cuadro clínico psicodinámico-descriptivo del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia.

Finalizamos este trabajo de investigación con una reflexión que pueda servirnos para integrar y otorgar cierto orden a lo que va siendo desarrollado. En las conclusiones ponemos de relieve y en consonancia con el rigor histórico-crítico que pretende caracterizar la presente tesis, un trabajo de sintetización de los planteamientos básicos desde el punto de vista histórico, descriptivo y psicodinámico en relación a nuestro objeto de estudio.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Partiendo de una posición de apertura a través de las formulaciones y las reflexiones realizadas en los anteriores capítulos, llegamos a nuestro último apartado: las conclusiones. En este momento final y de cierre, siempre provisional, de nuestro trabajo de investigación nos detendremos a recopilar las principales ideas trabajadas, hasta dónde se ha llegado y hacia dónde debe continuar el trabajo de búsqueda.

El recorrido y el planteamiento hasta ahora llevado a cabo en nuestra tesis ha sido de exponer y sintetizar los conceptos teóricos heredados poniéndolos en cuestión respecto de su marco de producción, invitando a la reflexión y revisión constante de las ideas aquí plasmadas, así como a su profundización en desarrollos futuros.

Estas son las razones por las que, en consonancia con el rigor histórico-crítico que pretende caracterizar el presente estudio de investigación, hemos desarrollado a continuación lo que, a nuestro juicio, pudieran considerarse las conclusiones del fenómeno borderline en la adolescencia y de sus diferencias con el desarrollo evolutivo en dicha etapa.

CONCLUSIONES HISTÓRICAS

La historia de la evolución y discusión conceptual acerca de la existencia del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia podemos dividirla temporalmente en cuatro periodos:

El primero comienza con los estudios de M. Mahler al respecto, correspondientes al periodo comprendido alrededor de 1950. El segundo, a partir de 1972, con las primeras aportaciones específicas del fenómeno en la adolescencia. El tercer periodo se desarrolla en 1980, tras operacionalizar los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad y su inclusión en el DSM-III. El cuarto periodo corresponde a los estudios establecidos por Paulina Kernberg *et al.* (2000), con su intento de difusión y reconocimiento de la existencia de trastornos de la personalidad en el niño y en el adolescente, afirmando que son los trastornos de personalidad de los adolescentes, sobre todo el límite, en términos de frecuencia y de impacto social, los que constituyen el problema más importante de los Servicios de Salud Mental.

Durante los primeros treinta años (1950-1980), (primer y segundo periodo), los trabajos realizados constituyen aportaciones fundamentalmente psicodinámicas, mantenidas sobre todo a un nivel clínico y, en menor medida, con intentos de realizar generalizaciones empíricas. Los principales estudios que marcan estos dos momentos importantes son, en primer lugar, las investigaciones realizadas por Mahler y, en segundo lugar, las llevadas a cabo por Masterson:

Los estudios de M. Mahler (1949, 1959) apuntan a explicar las causas del síndrome fronterizo, siendo la primera investigadora que englobó con el término de *psicosis benigna* a los cuadros fronterizos en niños y adolescentes (1949), y su contribución al fenómeno borderline (1959) a través de su teoría de la separación-individuación.

Las aportaciones pioneras específicas al estudio del adolescente borderline fueron realizadas por J. Masterson (1972, 1975), desde un planteamiento teórico, clínico y técnico, pero fundamentalmente etiopatogénico, y trabajando desde un nivel descriptivo y psicodinámico. Este autor también fue el primero en utilizar el término de *trastorno borderline* en la adolescencia, y no como un estado, fenómeno o mecanismo.

El desarrollo del concepto del trastorno límite, a partir de este momento, comienza con los primeros intentos de validación empírica y de los criterios diagnósticos. Los estudios fueron realizados fundamentalmente por investigadores americanos pertenecientes a la escuela de la psicología del yo y del self.

A partir de la década de 1980 (tercer periodo), y manteniéndose hasta los momentos actuales (2012), comienzan a publicarse un mayor número de estudios relacionados con el tema también en la adolescencia, tratándose de investigaciones más bien estadísticas y empíricas. Este auge se desarrolla tras operacionalizar los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad y llegar a su inclusión y a su calificación como entidad independiente en el DSM-III.

Por último, el cuarto periodo se establece como punto de inflexión sobre el tema a principios del siglo XXI, con las investigaciones descriptivas y psicodinámicas de Paulina Kernberg *et al.* (2000). Estas autoras resaltan la importancia de considerar no solo los síntomas presentados a través de varias categorías diagnósticas dentro del Eje I del DSM-IV-TR, el cual incluye los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, sino incluir también elementos estructurales y del desarrollo teniendo en cuenta el Eje II (trastornos de la personalidad y retraso mental). El tratamiento de un niño y de un adolescente se determinará, de esta manera, por el síndrome clínico descriptivo, la personalidad subyacente y el trastorno del desarrollo del aprendizaje.

La mayor parte de la literatura sobre el trastorno límite en la adolescencia se encuentra en las publicaciones estadounidenses y no son muchos los autores que han realizado aportaciones teóricas sobre el tema, correspondiendo la mayoría de los estudios descriptivos y/o psicodinámicos (provenientes de la psicología del yo y del self) a compendios de lo dicho por autores de referencia, como Mahler, Erikson, Masterson, Paz, Otto y Paulina Kernberg.

CONCLUSIONES DESCRIPTIVAS

Con respecto a las investigaciones extraídas de los estudios empíricos realizados hasta el momento sobre el tema, establecemos las siguientes conclusiones:

1. Se ha constatado que son válidos los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad de adultos para los adolescentes, aunque no hay que olvidar los estudios de Bradley (1981), que consideran la conveniencia de adaptar esos criterios a dicho periodo, así como tener en cuenta los resultados de 1993 de Bernstein, Cohen, Velez, Schwab-Stone, Siever y Shinsato, donde concluyen que los criterios del DSM no son válidos para su uso con los adolescentes, debido a una alta tasa de falsos positivos. Estas clasificaciones diagnósticas (DSM y CIE) solo permiten inferir el trastorno límite de la personalidad en la adolescencia al no existir criterios específicos para este grupo de edad.

Así mismo, queremos resaltar, tal y como afirman en sus estudios Paulina Kernberg *et al.* (2000), la conveniencia de realizar comparaciones entre adolescentes sanos y adolescentes con patología borderline, en vez de establecer la diferenciación con los criterios adultos.

2. No hay resultados concluyentes en relación a si existen diferencias cualitativas en el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad entre adultos y adolescentes.
3. La estabilidad del diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia muestra unos resultados moderados.
4. Los síntomas predominantes del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia ya se presentan en el periodo infantil.
5. Existe una alta comorbilidad con otros trastornos y un bajo funcionamiento en la adaptación a la vida diaria.
6. Presenta sus raíces etiológicas en las etapas tempranas del desarrollo, tal y como establecen la mayoría de los autores, así como el recién publicado DSM-5 para su diagnóstico. Aproximadamente un 50% de los casos comienzan antes de los quince años.

CONCLUSIONES PSICODINÁMICAS

Haciendo referencia a las conclusiones psicodinámicas, destacamos los siguientes aspectos:

1. Los estudios psicoanalíticos sobre el periodo adolescente, en comparación con los realizados en la infancia, no han ocupado una posición satisfactoria. Actualmente, a pesar del considerable aumento que se puede observar de estudios psicoanalíticos en esta etapa, siguen estando en detrimento de los estudios realizados en la infancia y la edad adulta.
2. De la literatura psicoanalítica han surgido una serie de hipótesis relacionadas para explicar la etiología de la patología borderline en este periodo. Todos los autores señalan la desestabilización y la aparición del cuadro predominantemente en la adolescencia. Esto es debido a la patología ya existente desde etapas tempranas del desarrollo, así como a la actuación de la segunda fase de individuación del adolescente, producida en esta etapa y que da como resultado una regresión a los primeros puntos de fijación, reactivando la patología subyacente.

Los estudios que establecieron el marco conceptual más influyente para los clínicos psicodinámicos y que dieron la comprensión sobre la etiología del desarrollo en la psicopatología de los pacientes adolescentes y el diagnóstico diferencial fueron los siguientes:

- Los estudios de Margaret Mahler (1949, 1959). A través de su teoría de la separación-individuación explica las causas del síndrome fronterizo. En estos estudios se observó que ciertas pautas de conducta persistentes parecen ser el resultado de conflictos no resueltos del proceso de separación-individuación en los primeros años de vida. Esta autora también señaló el rol de la agresión, el mecanismo defensivo de la escisión, el fracaso temprano en la función sintética del Yo y las influencias patogénicas del ambiente, el cual cumple un papel importante en la formación del fenómeno borderline.
- Los estudios de James Masterson (1972, 1975). Este autor considera que la causa del síndrome borderline es la depresión por abandono, causada por el retiro de los suministros maternos ante el intento del niño de separarse e individuarse.
- Los papeles etiológicos atribuidos por Otto Kernberg (1975) al mecanismo de escisión y a la agresividad constitucional. En contraste con este énfasis en la contribución patológica del ambiente en etapas tempranas del desarrollo, el autor tiende a resaltar el aspecto intrínseco de la propia organización patológica del paciente para generar una disfunción familiar.

Tanto Paulina Kernberg como Otto Kernberg, explican que la escisión puede ser causada también por defectos constitucionales que interfieren con el modo normal de integrar percepciones y representaciones del sí mismo y del objeto, tales como déficit de atención u otras disfunciones cerebrales; o también por falta de tolerancia a la ansiedad y una excesiva pulsión agresiva determinada constitucionalmente. Estos últimos factores, explican los autores, no se diferencian con facilidad de la interacción patológica madre-hijo.

- A partir de las investigaciones empíricas y la teoría del déficit (Killingmo, 1989). Se reafirman los resultados etiológicos anteriores, mostrando el surgimiento de la patología límite antes de que se estructure la personalidad y se diferencien las instancias psíquicas. Se trata de una forma de patología que no siempre resulta de una fuerza que se opone a otras (teoría tradicional psicoanalítica), sino que también puede venir ocasionada por un trauma o una carencia, un déficit caracterizado por fracasos intrasistémicos, con una estructura defectuosa del self, falta de constancia objetal, difusión de identidad y falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos.

En la etiología de la patología borderline, en lo relativo a saber si estamos ante un trastorno por conflicto o por déficit, tanto en adolescentes como en adultos, se trata de una cuestión aún sin resolver que depende de la posición teórica en la que nos encontremos.

Actualmente, se aboga por la existencia de una etiología multifactorial y se une la perspectiva integradora de ambos, partiendo de un desarrollo inadecuado en las primeras etapas de desarrollo, pero considerando que ningún factor es por sí mismo suficiente para explicar las causas del trastorno borderline en adolescentes. Unos autores se adscriben a la teoría del conflicto (Kernberg, Bergeret, García Siso), otros a la teoría del déficit (Geelerd, Winnicott, Kohut, Rinsley, Giovacchini) y unos terceros, entre los que nos encontramos, se adscriben a la hipótesis etiológica integradora (Mahler, Masterson y Fonagy).

CONCLUSIONES PSICODINÁMICAS-DESCRIPTIVAS

Desde una posición de acercamiento entre los modelos descriptivos y psicodinámicos, resultando abordajes no excluyentes y necesariamente complementarios, resaltamos las siguientes conclusiones:

1. Para establecer las diferencias entre la patología límite en la adolescencia y el desarrollo evolutivo durante esta etapa, consideramos fundamental complementar

el plano descriptivo con el psicodinámico. El funcionamiento relacional y psíquico del adolescente puede parecerse o confundirse con el funcionamiento límite en muchos aspectos cuando lo que tenemos en cuenta es únicamente el plano descriptivo, categorial y manifiesto de los comportamientos.

2. Partiendo de estas consideraciones, la evaluación de los trastornos de la personalidad en adolescentes lo realizamos desde una doble vertiente: una evaluación descriptiva, fundamentada en patrones conductuales descriptivos de trastornos de personalidad específicos, y una evaluación estructural, basada en las características subyacentes a organizaciones básicas de la personalidad.
3. Para el correcto diagnóstico diferencial entre la adolescencia evolutiva y la patología borderline en esta etapa hay que tener en cuenta los aspectos cualitativos y cuantitativos. En muchos de los aspectos comunes entre los adolescentes fronterizos y los adolescentes sin patología la diferencia es de grado, cuantitativa. Así mismo, hay que tener en cuenta los síntomas transitorios, normales del desarrollo, versus síntomas permanentes, crónicos y rígidos, donde estos últimos hacen sospechar de una patología borderline en la adolescencia, a diferencia de la transitoriedad y la flexibilidad de los síntomas que se presentan en la etapa evolutiva adolescente.
4. De esta forma, resumimos y enumeramos las principales áreas diferenciales entre ambos grupos (adolescencia evolutiva vs. adolescentes con patología borderline):
 - Crisis de identidad evolutiva vs. crisis de identidad patológica (síndrome de difusión de identidad).
 - Narcisismo evolutivo vs. narcisismo patológico.
 - Funciones cognitivas adecuadas, pero todavía no suficientemente estables (funciones yoicas relativamente lábiles) vs. presencia de déficits cognitivos (Yo frágil).
 - Relaciones parentales internalizadas adecuadas y suficientemente desarrolladas (Superyó desarrollado, exigente e intransigente) vs. relaciones parentales internalizadas no adecuadas ni suficientemente desarrolladas (Superyó inmaduro, tiránico y autócrata).
 - Impulsividad moderada y puntual con mayor tolerancia a la frustración vs. impulsividad masiva y repetida, con poca tolerancia a la frustración.
 - Logros de autonomía e individuación vs. fracaso en el logro de la autonomía y dificultades de separación.
 - Relativa madurez y estabilidad en la afectividad (afectos menos fluctuantes y oscilatorios, mayor capacidad de expresión, identificación y modulación) vs. inmadurez e inestabilidad afectiva (afectos abruptos, repentinos, fluctuantes, descargados impulsivamente y oscilatorios; dificultades de expresión, identificación y modulación de los afectos).

- Mecanismos de defensa evolutivos/adaptativos (flexibles, puntuales, parciales y con una mayor gama de utilización) vs. mecanismos de defensa primitivos/desadaptativos (rígidos, masivos, totales y restringidos).
 - Relaciones interpersonales discriminadas, con interés, menor temor y mayor tendencia al contacto vs. relaciones interpersonales indiscriminadas, con escaso interés, temor al contacto y con tendencias psicopatizantes.
 - Desarrollo de la madurez sexual vs. sexualidad inmadura.
 - Contexto familiar sano vs. contexto familiar patológico.
5. Desde este punto de vista psicodinámico y descriptivo, el cuadro clínico resultante del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia se caracteriza por:
- Alteraciones en la identidad (síndrome de difusión de identidad).
 - Autoimagen inestable (narcisismo patológico).
 - Déficits cognitivos con conservación del contacto con la realidad (labilidad yoica).
 - Alteración de las relaciones parentales internalizadas (Superyó primitivo).
 - Agresividad e impulsividad.
 - Afectividad: inestabilidad afectiva, angustia primaria, afecto agresivo, miedo al abandono, depresión, vacío y ausencia de culpa.
 - Mecanismos de defensa primitivos.
 - Relaciones interpersonales internalizadas patológicas e inestables.
 - Sexualidad inmadura (perversa).
 - Antecedentes del desarrollo y contexto familiar patológico.
 - Múltiples síntomas neuróticos.

Ninguno de estos puntos es por sí solo patognomónico, es preciso observar las características cuantitativas y cualitativas que se establecen en cada una de las áreas, así como tener en cuenta el alto grado de comorbilidad con otros trastornos psíquicos.

Existen criterios obligatorios que deben cumplirse para poder realizar un diagnóstico de trastorno borderline en la adolescencia, como es la presencia de difusión de la identidad, la conservación de la prueba de realidad y el predominio de una constelación de operaciones defensivas primitivas centradas en la escisión.

«El diagnóstico definitivo depende de la patología yoica característica y no de los síntomas descriptivos» (Kernberg, 1975, p.23), donde además la clave para el diagnóstico

en la adolescencia no son los síntomas subjetivos que el paciente pueda manifestar, sino su actuación, evidente para todos los que lo observan, de la que él mismo difícilmente es consciente ni quiere comunicar. El adolescente no puede reconocer que se siente deprimido y quiere evitar por entero la cuestión. No solamente negará, evitará y evadirá el problema, sino que probablemente protestará de manera violenta si lo confrontamos demasiado prematuramente con la realidad de su cuadro (Masterson, 1975).

Tras realizar una evaluación psicológica, observamos no solo las características propias de este tipo de pacientes a través de las diferentes pruebas realizadas, sino que también comprobamos que los síntomas no son transitorios, se manifiestan muy intensamente y de manera duradera, persistente e inflexible. Los sujetos presentan grandes dificultades en múltiples áreas de su vida; no se trata de problemas puntuales con un desencadenante concreto.

PROPUESTAS

Teniendo en cuenta las exposiciones anteriores, establecemos las siguientes propuestas futuras:

1. Consideración del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia.
2. Adecuada evaluación para su diagnóstico en esta etapa, realizada desde una doble vertiente, descriptiva y estructural, que permita establecer cualitativa y cuantitativamente cuándo este tipo de comportamientos deberán ser considerados como patológicos o típicamente evolutivos en este grupo de edad.

Proponemos también la aplicación de pruebas proyectivas adecuadas, fundamentalmente el Test de Rorschach, el Test de Apercepción Temática (TAT) y sus análogas (CAT) y/o Frases Incompletas, así como la aplicación de pruebas cognitivas de inteligencia, como el Wechsler, ya que muchos adolescentes limítrofes presentan trastornos moderadamente graves del pensamiento que interfieren en el rendimiento.

3. Sustituir los sistemas de clasificación categorial de adultos utilizados para adolescentes por la aplicación de criterios específicos para este grupo de edad, partiendo de un diagnóstico diferencial entre la patología borderline y la adolescencia evolutiva.

Debemos sobreponernos a la simplista equivalencia entre los trastornos del desarrollo diagnosticados y los trastornos de la personalidad y empezar a considerar los aspectos progresivos del desarrollo psicopatológico, poco tenidos en cuenta en las clasificaciones diagnósticas.

4. Consideración del cuadro clínico descriptivo-psicodinámico propio del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia, que diferencie y delimite las características propias de la adolescencia de la patología límite durante dicho periodo.
5. Los trabajos futuros en el estudio de los trastornos de la personalidad deben estar sustentados en una guía teórica y no ser meramente descriptivos, sino que enfatizan la etiología y los mecanismos de desarrollo a lo largo de toda la vida de los trastornos de la personalidad.

Lenzenwer y Clarkin (2005) ya afirmaron que el establecimiento de modelos empíricos guiados por una teoría permitirá el desarrollo y el refinamiento de tratamientos para el trastorno de personalidad límite en la adolescencia y posibilitará las tareas de prevención en este campo.

6. Realización de un mayor número de investigaciones y publicaciones farmacológicas y neurobiológicas. Existe una ausencia de estudios de bases neurobiológicas del trastorno en adolescentes (Goodman, Mascitelli y Triebwaser, 2013) y el uso de fármacos en esta población no tiene apoyo empírico (Biskin, 2013).

CONCLUSIONES GENERALES

La evaluación diagnóstica y las investigaciones diseñadas específicamente para esta población han sido bastante escasas, resultando el marco teórico y clínico del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia realmente complejo, y sin estar del todo definido.

Sigue activo en el presente el debate entre la conveniencia o no de realizar diagnósticos de trastornos de la personalidad en la edad adolescente, así como la insuficiencia de los sistemas de clasificación actuales para determinar un trastorno de la personalidad en la adolescencia.

Consideramos que se debe hacer una evaluación de la problemática específica de la adolescencia, no solo basada en las características descriptivas sino que debe apoyarse en una teoría de la personalidad, del funcionamiento mental y de la dinámica específica durante este periodo.

Tras realizar una evaluación psicológica a partir de las diferentes pruebas aplicadas, vamos a observar tanto las características cualitativas como las cuantitativas, comprobando que los comportamientos en la adolescencia evolutiva son transitorios, y aunque se pueden manifestar muy intensamente, nunca llegarán a alcanzar la intensidad de los comportamientos asociados a los trastornos de personalidad, por lo menos no de manera duradera, persistente e inflexible. La adolescencia es un estadio del desarrollo que solo influye en el exacerbamiento y la coloración de la patología preexistente. Cuando

existe un desarrollo evolutivo adecuado, hay suficiente integración y flexibilidad como para soportar las dificultades correspondientes de cada etapa. Un adolescente con un adecuado desarrollo evolutivo funciona de acuerdo con las normas de desarrollo.

Durante la crisis de identidad evolutiva del adolescente, tiene lugar una amplia brecha entre la autopercepción y la experiencia de la percepción de los demás, en contraste con la difusión de identidad que acontece en la patología límite, donde existe una falta de integración del concepto de sí mismo y de otras personas significativas.

Con respecto a las expectativas de género y el desarrollo de una madurez sexual, el adolescente sano ha establecido un sentido de identidad apropiado a su edad, tiene capacidad de intimidad y soporta la crisis de identidad propia de esta etapa, así como la intensa necesidad e inestabilidad en la valoración de sí mismo. Mantiene unas funciones cognitivas adecuadas a este periodo de desarrollo, con acceso a niveles altos de defensa y de superación, aceptados normativamente para dicha edad.

Así mismo, el adolescente que evoluciona adecuadamente, aunque puede ser exigente e intransigente, ha podido internalizar relaciones parentales adecuadas y puede establecer relaciones con otros y anticipar sucesos, ejecutar y completar tareas no académicas, tener interés en las relaciones sociales, los hobbies y en el futuro y utilizar el sentido del humor y la sublimación. Estos adolescentes presentan un bajo índice de psicopatología familiar y tienen una capacidad de empatía y mutualidad, una impulsividad moderada y puntual con cierta tolerancia a la frustración, un contexto familiar adecuado a los logros en la autonomía e individuación, y una madurez y estabilidad en la afectividad, así como la capacidad de identificación y expresión afectiva propias de este periodo.

Los adolescentes sin patología suelen ser más receptivos a intervenciones breves y responder bien a los tratamientos; en cierto modo, los problemas son puntuales y habitualmente tienen un desencadenante concreto. Los adolescentes con un trastorno límite de la personalidad, sin embargo, presentarán grandes dificultades en muchas áreas de su vida y se hará evidente la necesidad de intervenciones más intensivas a medio-largo plazo.

Por último, afirmamos la presencia del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia, caracterizándose fundamentalmente por múltiples síntomas neuróticos, alteraciones en la identidad (síndrome de difusión de identidad), una autoimagen inestable, la posible presencia de déficits cognitivos con conservación del contacto con la realidad, alteración de las relaciones parentales internalizadas, agresividad e impulsividad, inestabilidad afectiva, miedo al abandono, depresión, vacío y ausencia de culpa, la utilización de mecanismos de defensa primitivos, relaciones interpersonales internalizadas patológicas e inestables, sexualidad inmadura, antecedentes del desarrollo y contexto familiar patológico.

Este trastorno se diferencia del desarrollo evolutivo propio de la etapa adolescente y se pueden identificar los criterios específicos para su diagnóstico diferencial con dicha

etapa evolutiva. Deberían ser integrados estos criterios a las características de la adolescencia del trastorno límite de la personalidad con el fin de generar datos que ayuden a su correcto diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aarkrog, T. (1981). The borderline adolescents 5 years after discharge from the unit (time C). *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 293: 58-92.

Aberastury, A. y Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico*. México: Ed. Paidós, 1996.

Alem, L., y Omar, H. (2008). Borderline personality disorder: An overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *International journal adolescent medicine health*, 20(4): 395-404.

American Psychiatric Association (1987). *Breviario DSM-III. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Ed. Masson, 1993.

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV*. Barcelona: Ed. Masson, 1995.

American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Ed. Masson, 2002.

American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2014.

Beck, A. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Ed. Guilford Press.

Becker, D.; Grilo, C.; Morey, L.; Walker, M.; Edell, W. y McGlashan, T. (1999). Applicability of personality disorder criteria to hospitalized adolescents: Evaluation of internal consistency and criterion overlap. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38: 200–205.

Becker, D.; Grilo, C.; Edell, W. y McGlashan, T. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(12):2011-6.

Becker, D.; Grilo, C.; Edell, W. y McGlashan, T. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159: 2042–2047.

Becker, F.; McGlashan H. y Grilo, C. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2):99-105.

Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2010). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Ed. Síntesis.

Benjamin, S. L. (1996). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.

- Bergeret, J. (1974). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Ed. Gedisa, 2005.
- Bernstein, D.; Cohen, P.; Velez, C.; Schwab-Stone, M.; Siever, L. y Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescent. *American Journal of Psychiatry*, 150: 1237-1243.
- Bernstein, D.; Cohen, P.; Skodol, A.; Bezirgianian, S. y Brook, J. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153: 907-913.
- Biskin, R. (2013). Treatment of borderline personality disorder in youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(3):230-4.
- Bleiberg, E. (1994). Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents: The concept, the diagnosis, and the controversies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2): 169-189.
- Bleichmar, N y Leiberman de Bleichmar, C. (1989). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1997.
- Block, J. B.; Westen, D.; Ludolph, P.; Wixom, J. y Jackson, A. (1991). Distinguishing female borderline adolescents from normal and other disturbed female adolescents. *Psychiatry*, 54: 89-103.
- Blos, P. (1967). El segundo proceso de individuación de la adolescencia. En P. Blos: *La transición adolescente* (pp.118-140). Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2003.
- Blos, P. (1979). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2003.
- Bradley, S. (1981). The borderline diagnosis in children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 12(2):121-7.
- Bradley, R.; Conklin, C. y Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46: 1006–1019.
- Brandt, L.; Giovacchini, P.; Lobel, L.; Masterson, J.; Lulow, W.; Lu Costello, J.; Rinsley, D. y Stone, M. (1989). *Adolescentes borderline*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Cancrini, L. (2006). *Océano Borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Cervera, G.; Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Ed. Panamericana.

Claustre Jané, M. (2005). De la infancia a la edad adulta. ¿Existe un continuum en los trastornos de la personalidad?. En C. Jané: *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia* (pp. 53-71). Barcelona: Ed. Universitat Autònoma de Barcelona.

Costa, P. y McCrae, R. (1989). *The NEO-PI Manual*. Odessa: FL., Psychological Assessment Resources (version en español: Madrid: TEA, 2002)

Costa, P. y McCrae, R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4: 362-371.

Costa, P. y Widiger, T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1): 78-91.

Cramer, P. (2006). *Protecting the self. Defense mechanisms in action*. New York: Ed. Guilford Express.

Chabrol, H.; Montovany, A.; Callahan, S.; Chouicha, K. y Duconge, E. (2002). Factor analyses of the DIB-R in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 16: 374-384.

Chanen, A.; Jackson, H.; McGorry, P.; Allot, K.; Clarkson, V. y Yuen, H. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18 (6): 526-541.

Chanen, A.; Jovev, M. y Jackson, H. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal Clinic Psychiatry*, 68(2):297-306.

Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1995). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En: J. Rodríguez (Ed), *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Ed. Manuales Universitarios.

Doménech, E. y Ezpeleta, L. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Barcelona: Ed. Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions.

Edelbrock, C. y Costello, A. (1988). Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16: 219-231.

Elliot, G. y Feldman, S. (2000). Capturing the adolescent experience. En: Feldman y Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge: Ed. Harvard University Press.

Erikson, E.H. (1950). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Lumen-Hormé, 1993.

Erikson, E.H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4: 66-81.

Erikson, E.H. (1980). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Ed. Taurus.

Esman, A. (1989). Borderline personality disorder in adolescents: current concepts. *Adolescent Psychiatry*, 16:319-36.

Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (1): 1-11.

Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2002.

Feenstra, D.; Busschbac, J.; Verheul, R. y Hutsbauch, J. (2011). Prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II disorders among treatment refractory adolescent admitted for specialized psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 25 (6), 842:850.

Fenichel, O. (1945). *Teoría psicoanalítica de la neurosis*. Barcelona: Ed. Paidós, 1984.

Fernández Guerrero, M.J. (2007). *Trastorno límite de la personalidad. Estudio de un concepto controvertido*. Salamanca: Ed. Amarú.

Fernández Mouján, O. (1973). *Abordaje teórico del adolescente*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1986.

Freud, A. (1936). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1981.

Freud, A. (1956). Evaluación de casos fronterizos. *Neurosis y sintomatología de la infancia*. Barcelona: Ed. Paidós, 1992.

Freud, A. (1958). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Barcelona: Ed. Paidós.

Freud, S. *Obras Completas* (9 vols.). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1983.

Freud, S. (1894). Las Neuropsicosis de defensa. *Obras completas, I* (pp.169-177). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1981.

Freud, S. (1896). Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa. *Obras completas, I* (pp.286-298). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1981.

Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. *Obras completas, IV* (pp. 1169-1237). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1981.

Freud, S. (1916). Lecciones introductorias al Psicoanálisis. Lección XXIII: Vías de formación de síntomas. *Obras completas, VI* (pp. 2345-2357). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1981.

Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. *Obras completas, VII* (pp.2701-2728). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1981.

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras completas, VIII* (pp. 2833-2883). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1981.

Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. *Obras completas, IX* (pp. 3339-3364). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1981.

Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. y Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization: Developmental. *Clinical and Theoretical Perspectives*. Nueva York: Ed. Other Press.

Fonseca-Pedrero, E.; Paino, M.; Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Patrones desadaptativos de la personalidad del cluster B en adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.003>

Gabbard, G. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition*. Washington, DC: Ed. American Psychiatric Press.

García Siso, A. (1990). *Una contribución a los estados límites. La organización límite de la personalidad y el Test de Szondi*. Tesis doctoral. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.

Gartner, A. y Gartner, J. (1988). Borderline pathology in post-incest female adolescents: Diagnostic and theoretical considerations. *Menninger Clinic Bulletin*, 52 (2):101-113.

Garnet, K.; Levy, K.; Mattanah, J.; Edell, W. y McGlashan, T. (1994). Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific? *American Journal Psychiatry*, 151(9): 1380-2.

Garnés-Camarena, O. (2010). Neurociencias de los trastornos borderline y sus correlaciones con las psicoterapias. Parte I. *Aperturas psicoanalíticas*. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 35.

Geleerd, E. (1958). Borderline states in childhood and adolescence. *Psychoanalytic Study of the child*, 13: 279-295.

Giovacchini, P. (1985). El adolescente borderline como objeto transicional: una variación común. En P. Giovacchini: *Adolescentes borderline* (pp. 33-56). Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1989.

Goodman, M.; Mascitelli, K. y Triebwasser, J. (2013). The Neurobiological Basis of Adolescent-onset Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(3): 212-219.

González Vives S.; Díaz-Marsa M.; Fuentenebro F.; Lopez-Ibor Aliño JJ. y Carrasco JL. (2006). Historical review of the borderline personality disorder concept. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5):336-43

Gómez, P. (1987). Consideraciones teórico-clínicas sobre el síndrome borderline en la adolescencia. Diagnóstico y abordaje terapéutico. *Revista de Psicoanálisis* (Asociación Psicoanalítica Argentina), 44 (1): 109-133.

González, R. (2000). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Ed. Pirámide.

Gratz, K., Litzman, R., Tull, M., Reynolds, E. y Lejuez, C. (2011). Exploring the Association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. *Behavior Therapy*, 42(3): 493-508.

Greco, N. y Pernigotti, M. (1990). El síndrome borderline en la pubertad y la adolescencia. *Revista de Psicoanálisis* (Asociación Psicoanalítica Argentina), 47 (4):648-660.

Grinberg, L. (1985). *Teoría de la identificación*. Madrid: Ed. Tecnipublicaciones.

Gunderson, J. (1994). Building structure for the borderline construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 12-18.

Gunderson, J. (2001). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona: Ed. Ars Medica.

Gutiérrez-Zotes, J.A.; Bayón, C.; Monserrat, C., Valero.; J. Abad.; Cloninger, C.R. y Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario de Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (1):8-15.

Horowitz, M.J. (1991). *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. Chicago: Ed. Chicago University Press.

Icart Pujol, A. (2012). Trastornos límites de la personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 19: 35-44.

James, A.; Berelowitz, M. y Vereker, M. (1996). Borderline personality disorder: study in adolescence. *European Child Adolescent Psychiatry*, 5(1):11-7.

Jeammet, P. (1995). Psicopatología de la adolescencia. *Psicopatología del niño y del adolescente*, 2: 977-1015.

Jeammet, P. (2012). Innovaciones en clínica y psicopatología de la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 17: 47-53.

- Kaplan, H. I. y Sadock, B.J. (1995). *Tratado de Psiquiatría* (4 vols.) Buenos Aires: Ed. Intermédica, 1997.
- Kernberg, O. (1975) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1979.
- Kernberg, O. (1977). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: Ed. Manual Moderno, 1995.
- Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. Barcelona: Ed. Manual Moderno, 1987.
- Kernberg, O. (2012). Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 19: 13-30.
- Kernberg, P.; Weiner, A. y Bardenstein, K. (2000). *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. México: Ed. Manual Moderno, 2002.
- Kety, S.; Rosenthal, D.; Wender, P. & Schulsinger, F. (1968). The types and Prevalence of Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics. En *The Transmission of Schizophrenia*. Pergamon Pres. En M.H. Stone (ed). *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border* (pp.357-384). New York University Press, 1986.
- Killingmo, O. B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70:65-79.
- Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. *Obras completas I* (pp.267-295). Barcelona: Ed. Paidós, 1996.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. *Obras completas I* (pp.346-371). Barcelona: Ed. Paidós, 1996.
- Klein, M. (1945). El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. *Obras completas I* (pp.372-421). Barcelona: Ed. Paidós, 1996.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. *Obras completas III* (pp.10-33). Barcelona: Ed. Paidós, 1988.
- Kohut, H. (1971). *Análisis del Self*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Kohut, H. (1977). *La restauración del sí-mismo*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1999.
- Koldobsky, N. (2005). *Trastorno borderline de la personalidad. Un desafío clínico*. Buenos Aires: Ed. Polemos.

- Lacalle, M. (2009). *Escalas DSM del CBCL y el YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en Servicios de Salud Mental*. Tesis doctoral. Barcelona: Ed. Bellaterra. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Labor, 1987.
- Lasa, A. (2002). Hiperactividad y trastornos de la personalidad II: Sobre la personalidad límite. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 35/36: 5-117.
- Lasa, A. (2003). Experiencias del cuerpo y construcción de la imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias. *Revista Psicopatología y Salud Mental*, 2: 53-74.
- Lasa, A. (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao, Ed. Altxa.
- Lenzenwer, M. y Clarkin, J. (2005). *Major Theories of Personality Disorder*. Nueva York: Ed. The Guilford Press.
- Lewinsohn, P.; Rohde, P.; Seeley, J. y Klein, D. (1997). Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:1752–1759.
- Lobel, L. (1981). Estudio de los objetos transicionales en los historiales tempranos de adolescentes borderline. En L. Lobel: *Adolescentes borderline* (pp. 57-75). Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1989.
- López, C.; García, C.; Murcia, L. Martín, C.; Cortegano, M.C.; López-Mora, I. y López-García, G. (1995). Problemas psicopatológicos en una muestra clínica de niños y niñas: taxonomías empíricas. *Anuales de Psicología*, 11 (2): 129-141.
- López, A., Rondón, J., Cellerino, C., y Alfano, S. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros (2005). *Ciencias Psicológicas*, 4 (1).
- Ludolph, P.; Westen, D.; Mislé, B.; Jackson, A.; Wicksom, J. y Wiss, F. (1990). The Borderline Diagnosis in Adolescents: Symptoms and Developmental History. *The American Journal of Psychiatry*, 147 (4): 470-476.
- Linehan, M. (1993). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Ed. Paidós, 2003.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Ed. Guildford.

- Lieb, K.; Völm, B.; Rücker, G.; Timmer, A. y Stoffers, J. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *The British Journal of Psychiatry*, 196: 4–12.
- Mahler, M. (1967). Sobre la simbiosis humana y las vicisitudes de la individuación. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25: 740-763. En *Estudios 2. Separación-Individuación*. Barcelona: Ed. Paidós, 1990.
- Mahler, M. (1972). Sobre las tres primeras subfases del proceso de separación-individuación. *International Journal of Psychoanalysis*, 53: 333-338. En *Estudios 2. Separación-Individuación*. Barcelona: Ed. Paidós, 1990.
- Mahler, M. (1974). Simbiosis e individuación: el nacimiento psicológico del infante humano. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29: 89-106. En *Estudios 2. Separación-Individuación*. Barcelona: Ed. Paidós, 1990.
- Manzano, J. (2012). La psiquiatría del adolescente hoy. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 19: 29-33.
- Marcelli, D; Braconnier, A. (1986). *Psicopatología del adolescente*. Barcelona: Ed. Masson, 2005.
- Masterson, J. F. (1972). *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1975.
- Masterson, J. F. (1972). *El dilema psiquiátrico del adolescente*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Masterson, J. F. (1982). La prueba del tiempo: de un adolescente borderline a un adulto adaptado. En J. Masterson: *Adolescentes borderline* (pp. 76-112). Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1989.
- Meijer, M.; Goedhart, A. y Treffers P. (1998). The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 12(1):13-22.
- Meltzer, D. (1973). *Los estados sexuales de la mente*. Buenos Aires: Ed. Kargieman, 1974.
- Mervielde, I.; De Clercq, B.; De Fruyt, F. y Van Leeuwen, K. (2005). Temperament, Personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19 (2), 171-201.
- Miller, A.; Muehlenkamp, J. y Jacobson, C. (2008). Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(6):969-81.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Ed. Salvato.

- Millon, T. y Davis, R. D. (1996). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Ed. Masson, 1998.
- Millon, T. y Davis, R. D. (2000). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Ed. Masson, 2001.
- Misés, R. (2000). Actualidad de las patologías límites del niño. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 30: 5-19.
- Misiego, J.; Rubio, I.; Santos, J.; Carrasco, J.; Pérez, A.; Molina, R. *et al.* (2004). Psicoterapia de los trastornos de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1):37-52.
- Mosquera, D. (2009). Trastornos de la personalidad en la adolescencia. *I Congreso Galego de Psicología Clínica*, Vigo.
- Oldham, J. (2006). Borderline Personality Disorder: An Overview. *Psychiatric Times*, 21 (8).
- Oldham, M.; Skodol, A. y Bender, D. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Ed. Masson.
- Osmano, O. (2005). Adolescencia y trastornos de la personalidad: posibles vínculos entre el desarrollo normal y el patológico. *Revista Persona*, 2 (5).
- Palacio Espasa, F. (2003). *Diagnóstico estructural en el niño*. Barcelona: Ed. Rústica.
- Palacio Espasa, F. (2007). Los trastornos de la personalidad en el adolescente, el niño e incluso el bebé. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 10: 21-31.
- Pallarés, E. (2008). *Los mecanismos de defensa. Cómo nos engañamos para sentirnos mejor*. Bilbao: Ed. Mensajero.
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: precursors, course and outcome: *Journal Personality Disorder*, 17:479-488.
- Paz, C.; Pelento, M^a L. y Olmos de Paz, T. (1976). *Estructura y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos* (3 vols.). Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Paz, C. y Olmos de Paz, T. (1992). Adolescence and borderline pathology: characteristics of the relevant psychoanalytic process. *International Journal of Psychoanalysis*, 73:739-55.
- Pedreira Massa, J.L. (2001, Septiembre 26). La (re)organización estructural en la adolescencia: ¿Hacia una comprensión psicopatológica de los trastornos borderline de la personalidad? *Psiquiatría.com*, 5(3). Extraído en <http://www.psiquiatría.com/articulos/trastornosinfantiles/4489>

Poch, J. y Ávila, A. (1998). *Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Ed. Paidós.

Ramklint, M.; Von Knorring, A. y Ekselius, L. (2003). Child and adolescent psychiatric disorders predicting adult personality disorder: a follow-up study. *Nord Journal Psychiatry*, 57(1):23-8.

Reich, W. (1933). *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1973.

Rettew, D.C.; Zananini, M.C.; Yen, S. et al. (2003). Childhood antecedents of avoidant personality disorder: a retrospective study. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 42:1122-1130.

Rinsley, D. (1980). Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents. *Bull Menninger Clinic*, 44(2):147-70.

Rinsley, D. (1981). Psicopatología borderline: Los conceptos de Masterson, Rinsley y otras contribuciones. En D. Rinsley: *Adolescentes borderline* (pp. 113-132). Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1989.

Rigon, G.; Costa, S.; Gamberini, L.; Mancaruso, A.; Poglioli, D.; Casetti, A. y Chiodo, S. (2010). Trastornos de la personalidad en la adolescencia: características clínicas y vías asistenciales desde la infancia hasta la adultez. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 16: 29-40.

Rodríguez Sacristán, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Ed. Manuales universitarios.

Rodríguez Sacristán, J. (2002). *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Ed. Pirámide.

Roepke, S.; Vater, A.; Preibler, S.; Heekeren, H. y Dziobek, I. (2012). Social cognition in borderline personality disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 6:195.

Sanjuán J.; Moltó M. y Rivero O. (2005). La personalidad y el trastorno límite de personalidad: un enfoque darwinista. En Cervera, G.; Haro, G. y Martínez Raga, J. (ed.). *El trastorno límite de personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica* (pp.41-57) Buenos Aires: Ed. Panamericana.

Sharp, C. y Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: a comparison between children and adults. *Bull Menninger Clinic*, 71(2):85-114.

Shiner, R., Caspi, A. (2006). Personality differences in childhood and adolescence measurement, development, and consequences. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 44:2-32.

Skodol, A.; Johnson, J.; Cohen, P.; Sneed, J. y Crawford, T. (2007). Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *British Journal Psychiatry*, 190:415-420.

Speranza, M.; Revah, Levy, A.; Cortesse, S.; Falissard, B.; Pham-Scottet, A. y Corcos, M. (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 11: 158.

Stone, M.H. (1977). The borderline Syndrome: Evolution of the Term, Genetic Aspects and prognosis. *American Journal of Psychotherapy*, 31: 345-365. En M.H. Stone (ed). *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border* (pp.475-497). New York University Press, 1986.

Stone, M.H. (1981). Borderline Syndromes: A consideration of subtypes and an overview, directions of research. *Psychiatric Clinics of North of America*, 4 (1): 3-24.

Schuppert, M. H.; Albers, C.J.; Minderaa, R.B.; Emmelkamp, P. M. y Nauta M.H. (2012). Parental rearing and psychopathology in mothers of adolescents with and without borderline personality symptoms. *Child and adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6: 1-29.

Tackett, J.; Balsis, S.; Oltmanns, T. y Krueger, R. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Development and Psychopathology*, 21: 687-713.

Vaillant, G. (1992). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. Washington DC: Ed. American Psychiatric Press.

Villamarzo, P.F. (1983). *El yo y los mecanismos de defensa*. Instituto Superior de Estudios Freudianos "Oskar Pfister" (3 Vols.).

Westen, D.; Ludolph, P.; Lerner, H.; Ruffins, S. y Wiss, F. C. (1990). Object relations in borderline adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29: 338-348.

Westen, D. y Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically meaningful and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156: 258-272.

Westen, D. y Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156: 273-285.

Westen, D.; Shedler, J.; Glass, S. et al. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160: 952-966.

Widiger, T. (2003). Personality disorder and Axis I psychopathology: the problematic boundary of Axis I and Axis II. *Journal of Personality Disorder*, 17:90-108.

Winnicott, D. W. (1960b). La distorsión del Yo en términos de self verdadero y falso. *Los procesos de maduración en el niño y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Winnicott, D.W. (1970). *Realidad y juego*. Barcelona: Ed. Gedisa, 1982.

Wolff, S.; Townshend, R.; McGuire, J.R. y Weeks, D.J. (1991). 'Schizoid' personality in childhood and adult life II: Adult adjustment and the continuity with schizotypal personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 159:620-629.

Zdanowicz, N.; Janne, P y Reynaert, C. (1996). Adolescence and diagnostics. *Psychological reports*, 78(2):459-66.