



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

Trastorno de personalidad límite en la adolescencia
Riesgos y vulnerabilidades

Estudiante: Lucía Besio 5.039.419-0
Tutora: Prof. Adj. Mag. Ma. Julia Perea
Revisora: Prof. Adj. Dra. Gabriela Fernández

Montevideo, Uruguay

Octubre 2024

ÍNDICE

Agradecimientos	3
Resumen	4
Introducción	5
La Adolescencia	7
Cuando La Adolescencia Ronda Lo Patológico	11
Trastorno De La Personalidad Límite	15
Concepto y generalidades.....	15
Etiología, Factores De Riesgo Y Pronóstico.....	19
Curso Clínico.....	20
Comorbilidad con otras patologías.....	20
Trastorno De La Personalidad Límite En La Adolescencia	20
Principales Estudios.....	21
Generalidades.....	22
Cuadro Clínico.....	23
Tratamiento	30
Psicoterapia.....	31
Medicación.....	34
Reflexiones finales	34
Referencias	36

Agradecimientos

A mi familia, por acompañarme y bancarme todos estos años de carrera. Quienes me inculcaron la importancia de estudiar y seguir mi camino.

A mi madrina, que cuando estaba insegura de elegir psicología me dijo animate, vos podes.

A mi abuela que ya no está, pero cuando la veía no se olvidaba de preguntarme cómo iba con la facultad. Espero esté orgullosa de mi.

A mis amigos, que me felicitaron en cada logro y me consolaron cuando las cosas no iban tan bien.

A mi perrita Lola, que fue testigo de las horas y horas de estudio. Su presencia me dio calma y tranquilidad para seguir.

A mis compañeros de facultad que formaron parte de este proceso. Aprendí de cada uno de ellos. Además me llevo una gran amiga, su compañía iluminó aún más este camino.

A mis profesores, y principalmente a mi tutoría, que pese a tener la agenda llena, no dudó en ayudarme en este trabajo.

Resumen

La adolescencia es una etapa compleja en la que terminan de forjarse determinados aspectos del desarrollo, lo que trae aparejado en ciertas oportunidades posibles patologías. Una de ellas que predomina en el período adolescente es el TLP (trastorno límite de personalidad), el cual puede ser confundido con la típica crisis adolescente, debido a la cantidad de características en común que poseen. Realizar un diagnóstico a tan temprana edad suele ser un desafío para los profesionales de la salud, debido a la fluctuación de la conducta en dicha etapa. A pesar de ello, cuando ciertos patrones se afianzan por un largo periodo de tiempo, podemos decir que se ha consolidado el trastorno. Esto posibilita una intervención precoz basada en psicoterapia y en algunos casos, medicación. La evidencia muestra que la terapia dialéctica conductual y la terapia basada en la mentalización son las formas más eficaces para tratar dicho trastorno. El objetivo de este trabajo se centra en demostrar que el trastorno límite de personalidad ya tiene sus primeros síntomas en la adolescencia, y puede consolidarse como una patología a tratar.

Palabras clave: adolescencia, TLP, intervención

Introducción

Se aclara que el uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

En esta monografía se pretende hacer un recorrido sobre el tema trastorno límite de personalidad en la adolescencia y sus formas de intervención, teniendo en cuenta que dicha patología, según Monzón (2015), puede ser confundida con la típica crisis adolescente, por la cantidad de características en común que poseen. (p. 16). Debido a ello muchos profesionales se niegan a realizar un diagnóstico como este en dicho periodo debido a la creencia de que el TLP se detecta y comienza a desarrollarse en la edad adulta. (Kaess y Chanen, 2020, p.15). Por ello, es importante entender qué es el TLP y cuáles son sus manifestaciones en la adolescencia. De esta manera será posible realizar un tratamiento eficaz que atenúe los síntomas, evitando hacer diagnósticos erróneos que puedan entorpecer las intervenciones pertinentes y por ende la salud de las personas. El objetivo de este trabajo se centra en demostrar que el trastorno límite de personalidad ya tiene sus primeros síntomas en la adolescencia, y puede consolidarse como una patología a tratar.

La adolescencia es un periodo de la vida que se caracteriza por la intensidad, la complejidad y muchas veces la imprevisibilidad. Habitualmente los jóvenes varían con criterios de normalidad y anormalidad constantemente, distinguiéndose de los adultos. (Icart, 2012, p. 35)

De acuerdo con A. Freud (1956, citado por Monzón, 2015), muchas de las características propias de la adolescencia normal pueden estar vinculadas a trastornos psicopatológicos, lo que hace que diferenciar entre un adolescente sano y uno con problemas de salud mental sea extremadamente complicado. Es fundamental reconocer que la adolescencia, como etapa específica, no genera patologías por sí sola, sino que amplifica y agrava trastornos que ya existían anteriormente. (p.16)

Según Osorio y Gordo (2018), en la clínica con adolescentes, el trastorno límite de personalidad es el que predomina dentro de los trastornos de personalidad. (p.260)

Para contextualizar, según la Asociación Americana de Psiquiatría [APA], (2014)

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. (p. 645)

Continuando con el manual, los trastornos de personalidad se clasifican en tres grupos según sus características comunes. El grupo B incluye los trastornos antisocial, histriónico, límite y narcisista. Los individuos que forman parte de este grupo suelen tener comportamientos dramáticos, emocionales o impredecibles. (p. 646).

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por una difusión notable de la identidad, una inestabilidad constante en las relaciones emocionales e interpersonales, y en la percepción de uno mismo. También se observa una impulsividad intensa, que surge de la dificultad para procesar pensamientos y emociones, lo que provoca comportamientos conflictivos. (Gunderson, 2002, citado por García, 2007, p. 349). Estamos hablando de un conjunto de pacientes que no se ajustan al grupo psiconeurótico o psicótico, lo que lleva a denominarlos como personas "límite". (Ali y Findlay, 2019, p.4)

El TLP es un trastorno psiquiátrico serio, común en la población general y con una complejidad diagnóstica significativa. Entre sus características clínicas más notables se encuentran la elevada tasa de suicidio, la presencia de múltiples trastornos comórbidos y las importantes limitaciones funcionales que pueden afectar a los pacientes.(Gunderson, 2011, citado por Ferrer, 2013, p.7)

Al analizar los criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad límite según el DSM-IV-TR y el DSM-5, se puede observar que muchas de estas características se asemejan a las que se presentan durante una crisis adolescente, así como a las particularidades del desarrollo en esta etapa (Monzón, 2015, p. 16). Según las investigaciones de Otto Kernberg, hay ciertos criterios que deben ser cumplidos para diagnosticar el trastorno borderline en adolescentes, entre ellos la difusión de la identidad y la predominancia de defensas primitivas, que incluyen disociación y mantenimiento de la prueba de realidad (Monzón y Fernández, 2016, p. 58)

En cuanto al tratamiento de dichos pacientes, según Cailhol et al. (2018), lo primero y fundamental es establecer los objetivos y el plan terapéutico, los cuales van a variar en relación a las características de cada paciente. (p. 10). Las psicoterapias más eficaces en cuanto a efectividad son la Terapia Dialéctica Conductual, y la Terapia basada en la Mentalización. La medicación también forma parte de dicho tratamiento, la cual se encarga de controlar los síntomas asociados, como la ansiedad y la depresión. (Corchero, p. 58).

El trastorno límite de la personalidad (TLP) ha sido un diagnóstico debatido en adolescentes, pero esa controversia ya no tiene fundamento. Estudios recientes indican que el TLP es igualmente confiable y válido en adolescentes que en adultos, y que aquellos jóvenes que lo padecen pueden beneficiarse significativamente de una intervención temprana. (Kaess y Chanen, 2020, p.15)

La Adolescencia

La palabra adolescencia, según Torrado y Di Landro (2015), proviene del latín *adolescere*, que quiere decir “ir creciendo”. Se trata de un concepto relativamente reciente en el tiempo, puesto que durante un periodo fue delimitada a la etapa que transcurre entre la infancia y la adultez. (p. 26). Siguiendo con los autores, al pasar varias décadas, siendo mitad del siglo XIX, se la comienza a nombrar como una etapa en sí misma con particularidades y derechos determinados. Hoy se entiende la adolescencia como una categoría compleja y con especial importancia para el desarrollo y madurez de los sujetos, aunque no se la puede definir por completo ya que se construye dinámicamente en una sociedad, comunidad y momento histórico particular. (Torrado y Di Landro, 2015, p. 27)

De acuerdo con Freud (1926, citado por Achard, 2018), esta etapa adolescente era vista como el "segundo apogeo del desarrollo", es decir, un período especial para redefinir y transformar de manera innovadora la identidad. (p. 33). Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2021), durante la misma, los seres humanos están en proceso de construcción: sus cerebros se reestructuran y sus personalidades se moldean. Esta etapa se caracteriza por ser un período de florecimiento, de proyectos y de descubrimiento tanto de sí mismos como del entorno que los rodea. (p.10).

El desarrollo psicosocial normal en la adolescencia es el resultado de la interacción entre los logros alcanzados en etapas anteriores de la vida, los factores biológicos característicos de esta fase (incluyendo el desarrollo puberal y cerebral, que están parcialmente relacionados con los cambios hormonales de la pubertad), y la influencia de una variedad de determinantes sociales y culturales. (Gaete, p. 437).

La Organización Mundial de la Salud (1979, citado por Ministerio de Salud Pública [MSP], 2017), la define como una etapa que se prolonga entre los 10 y los 19 años de edad, dividiéndose en adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). (p.11).

Los procesos psicológicos durante la adolescencia temprana, suelen comenzar con la pubertad y los significativos cambios físicos que la acompañan. En esta etapa, los jóvenes tienden a enfocarse en su comportamiento y apariencia, asumiendo que los demás comparten sus mismos puntos de vista y valores. Es común que experimenten inestabilidad emocional, con cambios de humor rápidos y perceptibles, así como una tendencia a exagerar sus situaciones personales. Pueden mostrar falta de control sobre sus impulsos, una búsqueda de gratificación inmediata y un deseo de privacidad. En el ámbito social, empiezan a distanciarse de la familia, aumentando su deseo de independencia y disminuyendo el interés en actividades familiares. Además, es un período en el que

desafían la autoridad, mostrando más resistencia a las reglas y límites establecidos. Gaete, 2015, p. 439)

En la adolescencia media se terminan de completar los cambios puberales, aparece la autoestima como centro y la influencia del medio sobre el aspecto físico. Existe presencia de pensamiento abstracto, operativo formal-hipotético-deductivo, acompañado de conflictos de personalidad, identidad y orientación sexual. Se presenta un humor cambiante y egocentrismo extremo. La confrontación con la familia es mayor, el grupo de pares se conforma por personas del mismo sexo y del sexo opuesto, dándose los primeros noviazgos aunque de poca duración. (MSP, 2017, p. 12).

Durante la adolescencia tardía, los jóvenes comienzan a forjar su identidad y a buscar una mayor autonomía. Este periodo suele ser más sereno y se caracteriza por una integración más sólida de la personalidad. La forma en que se ven a sí mismos ya no está influenciada por sus amigos, sino que depende de su propia autopercepción. Los intereses se estabilizan y hay una mejor comprensión de los límites. Las amistades se vuelven menos numerosas y más selectivas. Además, el joven se reconecta con su familia y acepta los cambios físicos que ha vivido. También comienza a aceptar su identidad sexual, lo que a menudo lleva a iniciar relaciones sexuales y a buscar vínculos más íntimos y duraderos con sus parejas. (Gaete, p. 40-41).

Según Kancyper (2003, citado por Achard, 2018), la adolescencia se puede ver como un momento que marca tanto un final como un comienzo. Es un punto de llegada donde se reflexiona sobre las experiencias y los traumas de etapas previas, lo que ha sido ignorado y permanece latente. Al mismo tiempo, es un punto de partida que abre diversas posibilidades y nuevas oportunidades de significado, así como logros por alcanzar. (p. 33).

Quiroga (2004, citado por Torrado y Di Landro, 2015), considera la adolescencia como un proceso de cambio, donde aparecen conflictos más que en cualquier otra etapa y con menos tiempo de resolución de los mismos. Su aspecto de persona adulta le obliga al joven a comportarse como tal, aunque no cuente con los recursos psíquicos necesarios para ello. (p. 27)

Esta crisis adolescente, según el MSP (2017), conlleva cambios a nivel biológico, psicológico y social.

Poniendo el enfoque en lo biológico, los procesos de crecimiento y desarrollo están interrelacionados y ocurren simultáneamente, siendo características comunes a todos los individuos de la misma especie y por lo tanto, predecibles. Este patrón característico surge debido a la interacción entre factores genéticos y ambientales, los cuales determinan la

capacidad y la intensidad con la que este proceso se manifiesta. En este período la velocidad con que se producen los cambios es mayor, aunque varía de sujeto a sujeto. Cada adolescente tiene su propio ritmo, reflejo de la edad en la cual se inició la pubertad, el estirón puberal, comienzo de la menarquia o espermarquia y tiempo en el que se completa el crecimiento somático. Cabe agregar, que se manifiesta distinta duración para mujeres y varones en relación al desarrollo. (p. 11)

La adolescencia, más allá de ser una etapa necesaria e importante para llegar a la adultez, es un periodo con valor en sí mismo, con grandes posibilidades de aprendizaje, desarrollo de fortalezas, desafíos, cambios e interrogantes, para quien la vive, pero también para quienes acompañan. (UNICEF, 2021, p. 4)

Se trata de una etapa de pérdidas y renovaciones, en donde predominan elementos de ruptura, abandonos, que son necesarios para poder continuar desarrollándose como individuos. (Lillo, 2004). Este periodo de duelos, según Aberastury y Knobel (1988) inevitablemente produce un dolor intenso en quien lo vive por tres razones fundamentales: duelo por el cuerpo infantil perdido, duelo por el rol e identidad infantil, y duelo por los padres de la infancia. Continuando con los autores, el primero produce en el adolescente un sentimiento de ajenidad con su propio cuerpo, lo vivencian como algo externo que les está sucediendo. (p. 10). Según Romero (2006), el cuerpo es el medio de expresión e identificación; por lo tanto, los adolescentes necesitan reclamar la propiedad de su cuerpo, muchas veces a través de modas como piercings y tatuajes, como un intento de dejar su huella y afirmar su autonomía. El cuerpo representa el límite entre el mundo interno y externo, siendo punto de intersección entre ambos. (p.15).

El segundo, según Aberastury y Knobel (1988), genera una renuncia de la dependencia a la cual estaban acostumbrados y la repentina aceptación de responsabilidades que en muchos casos desconocen. (p. 10).

El tercero, continuando con los autores, provoca en el joven una necesidad de retención de los padres en los cuales busca protección y refugio seguro. Este último duelo se ve atravesado por la actitud de los progenitores que se ven en la encrucijada de aceptar el envejecimiento y entender que sus hijos no son más niños sino que comienzan su vida de adultos.

Más allá de los tres duelos básicos nombrados, cabe agregar el duelo por la bisexualidad infantil que también dejará de existir para pasar a establecerse una identidad sexual clara. (p. 10-11).

Un elemento crucial en la adolescencia es la búsqueda de la autonomía, que representa el proceso mediante el cual un joven se vuelve independiente tanto emocional como

económicamente de sus padres. Este camino hacia la independencia generalmente implica una separación gradual de la familia, lo que puede generar tensiones y momentos de rebeldía. A la par, el adolescente comenzará a forjar relaciones más profundas con sus amigos, cambiando su anclaje emocional del hogar hacia su círculo social. (Gaete, 2015, p. 438).

El egocentrismo es otra particularidad de esta etapa, ya que al adolescente se le puede hacer muy difícil ponerse en el lugar del otro, entenderlo, debido a que las estructuras cognitivas favorecedoras de ello no se terminaron aún de desarrollar. Detrás de estas conductas egoístas hay una necesidad por parte de los individuos de valorarse y quererse a sí mismos. Les urge determinar su identidad y tener las respuestas a preguntas como ¿Quién soy? ¿Cómo quiero que me vean?. A medida que las vayan respondiendo a través de la introspección, evaluando sus deseos, valores, creencias, tendrán otro autoconocimiento y a partir de ahí, podrán pensar en un otro. Ellos viven el proceso con una gran presión interna, por lo que es esperable que midan la realidad según lo que ellos creen que es la verdad. (UNICEF, 2021, p. 8).

Para ir cerrando este tema:

Ramos (2015), propone que la adolescencia no es un todo homogéneo y universal, a diferencia de los postulados de los enfoques tradicionales. Por tal motivo se utiliza también la expresión “adolescencias” para mostrar la pluralidad y diversidad que encierra este colectivo. Las características de cada adolescente son producto de un cúmulo de interacciones entre lo individual y lo social en donde las categorías de sexo, género, edad, nivel socioeconómico, lugar de procedencia y residencia, etnia, orientación sexual entre otros se articulan de manera compleja. (p. 17).

El objetivo de esta etapa es aprender a tomar decisiones, reconocer y aprender de los errores, asumir las consecuencias de los actos, responder con libertad, desempeñarse con responsabilidad y generar autonomía, para así en un futuro ser adultos saludables. (UNICEF, 2021, p.10).

Pablo Neruda (1964, citado por Lillo, 2004), en su poema “El niño perdido”, explicita las ansiedades que las pérdidas generan para el adolescente

Y de repente apareció en mi rostro
Un rostro de extranjero
Y eras también yo mismo:
Era yo que crecía,

Eras tú que crecías,
Era todo,
Y cambiamos
Y nunca más supimos quiénes éramos,
Y a veces recordamos
Al que vivió en nosotros
Y le pedimos algo, tal vez que nos recuerde,
Que sepa por lo menos que fuimos él, que hablamos
Con su lengua,
Pero desde las horas consumidas
Aquél nos mira y no nos reconoce. (p. 62).

Cuando La Adolescencia Ronda Lo Patológico

Como se pudo ver, la adolescencia es una etapa de grandes cambios en la vida, donde se destaca lo creativo, lo positivo y lo heterogéneo, y que por lo tanto no constituye un simple período de enfermedad pasajera como fue descrita por muchos autores anteriormente (Parra, 2018, p. 107).

Según A. Freud (1956, citado por Monzón, 2015), gran parte de las características de la adolescencia normal pueden tener relación con algún trastorno psicopatológico.

Esta expresaba que realizar un diagnóstico entre un adolescente sano y uno con patología puede ser sumamente complejo. Para lograr diferenciarlos propuso desarrollar una investigación estructural por medio de análisis de los mecanismos de defensa, la dinámica, estructura de las relaciones objetales y los impulsos, para que una vez hecho el análisis sistemático y descriptivo, se llegase al diagnóstico correcto. (p. 16).

El adolescente, al atravesar gran inestabilidad, se lo puede designar como con identidad semi patológica, que Aberastury y Knobel (1988) llamaron "síndrome normal de la adolescencia". Este síndrome, consecuencia de dicha etapa evolutiva, aparece como efecto de la interacción del sujeto con el medio. Los adultos, no admiten ni quieren aceptar las variaciones imprevistas del adolescente sin sensibilizarse, puesto que despierta en ellos ansiedades básicas que creían haber dejado atrás. (p. 10).

Según Marcelli (2009, citado por Parra, 2018), en dicha etapa se observa el fracaso de la supuesta normalidad, ya que la población adolescente normal presenta en gran medida síntomas y reacciones concretas, como pensamiento mágico, experiencias perceptivas inhabituales, discurso desorganizado, etc. (p. 107).

Si se presta atención a los criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad del DSM-IV-TR o los exhibidos por el DSM-5, se puede visualizar que dichas características concuerdan con las expuestas en una crisis adolescente, incluso con las características evolutivas propias del funcionamiento, como puede ser la ira y la rabia, la impulsividad, las llamadas de atención, la sensibilidad a la crítica, al rechazo, intolerancia a la soledad, necesidad de ser valorados y de sentirse dominantes (Monzón, 2015, p. 16).

A la hora de pensar en un diagnóstico se debe evaluar las dimensiones del desarrollo que se ven afectadas, como puede ser la atención, la empatía, la autorregulación, etc. y enfocarse en cuándo comenzaron los síntomas, en qué situaciones aparecen, ante qué personas y cómo se vinculan al funcionamiento global de la personalidad. (Parra, 2018, p. 107)

Para llevar a cabo un diagnóstico diferencial, según Kernberg, (2000, citado por Monzón, 2015), deben discriminarse síntomas transitorios, normales del desarrollo, de los síntomas más graves y prolongados en el tiempo. Por ejemplo, en la adolescencia, las crisis de angustia, depresión e identidad, problemas con la autoridad y conductas defensivas, como actos antisociales o narcisistas que resultan ocasionales, son propios de un adolescente normal, y no tienen la misma gravedad ni llegan a ser crónicos como en el trastorno límite. (p. 17). Dicho esto, queda claro que los síntomas para llegar a la patología no son transitorios sino que se expresan de manera duradera en el tiempo, muy intensamente, de manera persistente e inflexible, y presentando diversas complicaciones en múltiples escenarios de la vida. No hablamos de conflictos puntuales con un desencadenante específico como en el adolescente sano. (p. 30).

Por lo tanto, la adolescencia normal, la crisis de identidad adolescente y el Trastorno Límite de Personalidad, comparten diversas características, como pueden ser, según Romero (2006):

1.- Inestabilidad Emocional

- a) Es una característica constante en las “crisis de adolescencia”
- b) Es un síntoma básico del trastorno límite de la personalidad.

2.- Indefinición Sexual

a) En la adolescencia existe un período donde es propio preguntarse sobre la identidad y orientación sexual, siendo recurrentes las dudas acerca de las preferencias sexuales, y miedo o fascinación a la homosexualidad.

b) En el TLP es frecuente la poca claridad en torno a la identidad y orientación sexual. Están en una constante indefinición y por ello suelen considerarse bisexuales. Al no definirse plenamente como hombres o mujeres, pueden sentirse atraídos por miembros de ambos sexos

3.- Sentimiento de vacío interno

a) Los adolescentes en primera instancia se oponen y enfrentan al sistema de valores inculcado por los progenitores y la comunidad, para luego lograr construir los valores propios. En medio de este proceso, suele existir una laguna donde han rechazado los referentes conocidos, pero aún no han desarrollado los propios, por ello llegan a sentirse confusos y vacíos.

b) En el trastorno límite, el sentimiento de vacío predomina en la vida mental de quien lo padece, siendo lo único que permanece inmutable dentro de la inestabilidad que lo caracteriza. Debido a esto, llegan a lastimarse, provocarse vómitos, tener intentos de autoeliminación, y otras conductas de riesgo como puede ser el consumo de drogas.

4.- Falta de Control de los Impulsos

a) La adolescencia se caracteriza por una marcada impulsividad

b) El TLP se determina por una cadena de conductas autodestructivas como pueden ser los comportamientos sexuales de riesgo, gastos excesivos, conducción temeraria, etc (p.

16-17)

Áreas diferenciales entre ambos grupos, según Monzón (2015)

Adolescencia evolutiva	Adolescentes con patología borderline
<p>-Crisis de identidad evolutiva</p> <p>-Narcisismo evolutivo</p> <p>-Funciones cognitivas adecuadas, aunque no totalmente consolidadas (funciones cognitivas parcialmente lábiles)</p> <p>-Relaciones parentales correctamente internalizadas y desarrolladas (superyó desarrollado, intransigente y exigente)</p> <p>-Impulsividad puntual y prudente con relativa tolerancia a la frustración</p> <p>-Logros con respecto a individuación y autonomía</p> <p>-Parcial maduración y estabilidad emocional (relaciones menos fluctuantes, capacidad de expresión, modulación e identificación)</p> <p>-Mecanismos de defensa adaptativos (flexibles, con implementación en diferentes ámbitos)</p> <p>-Vínculos discriminados, que demuestran interés y tendencia al contacto</p>	<p>-Crisis de identidad patológica (síndrome de difusión de identidad)</p> <p>-Narcisismo patológico</p> <p>-Existencia de déficits cognitivos (yo frágil)</p> <p>-Relaciones parentales incorrectamente internalizadas y desarrolladas (superyó inmaduro, autócrata y tiránico)</p> <p>-Impulsividad general y reiterada, con poca o nula tolerancia a la frustración</p> <p>-Problemas con la separación y logro de autonomía</p> <p>-Inmadurez e inestabilidad afectiva (relaciones repentinas, oscilatorias, problemas en la expresión emocional, modulación de afectos e identificación)</p> <p>-Mecanismos de defensa desadaptativos (rígidos, restringidos).</p> <p>-Vínculos indiscriminados, con poco interés, miedo al contacto y tendencias psicopatizantes.</p>

-Madurez sexual	-Inmadurez sexual
-Contexto familiar sano	-Contexto familiar patológico

(p. 28-29)

Lo normal y lo patológico se presentan como grados de un continuo, posición dinámica en un espectro de extremos (Wenstein, 1978, citado por Parra, 2018, p. 107)

La adolescencia como etapa particular, no despierta por sí misma una patología, sino que potencia e intensifica un trastorno ya existente. Esto quiere decir que viene operando desde antes. Cuando el desarrollo evolutivo es acorde, existe basta integración y flexibilidad como para sobrellevar los conflictos que supone cada etapa. (Monzón, 2015, p. 31-32)

Continuando con la misma autora, explicita que es importante delimitar las diferencias entre la adolescencia normal y el trastorno límite de personalidad para lograr una correcta evaluación y tratamiento. Ello contribuye a la identificación de posibles individuos con riesgo de aparición de una patología, para la estabilización de quienes lo padecen, y además para que no se afiance y/o empeore el cuadro en la adultez. No menos relevante es nombrar que dichas limitaciones evitan generar errores clínicos al evaluar alteraciones pasajeras del adolescente sano, como componentes de un diagnóstico decisivo. (Monzón, 2015, p. 18)

Trastorno De La Personalidad Límite

Concepto y generalidades

La diversidad en cómo se manifiesta clínicamente el trastorno, la complejidad de su conceptualización y la falta de acuerdo en las teorías sobre la personalidad, han convergido en una abundancia de términos y desacuerdos entre los especialistas, que no deja claro finalmente con qué nombre definir esta condición. (Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. [AIAQS], 2011, p. 43). El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) o "borderline" también ha recibido otros nombres, como limítrofe o fronterizo. (Corchero et al., 2012, p. 56).

La denominación de "límite" ha sido utilizada durante años como una categoría amplia para describir casos en los que el diagnóstico no está completamente claro. Este término se originó para describir a pacientes que no encajaban de manera definitiva en las categorías de neurosis (trastornos menos graves) o psicosis (trastornos más graves). En lugar de encajar en uno de estos dos extremos, los pacientes con la condición de límite muestran características que fluctúan entre el funcionamiento normal y el patológico, situándose en una zona intermedia entre la normalidad y la enfermedad. (Mosquera, 2011, p. 3)

Según la AIAQS (2011), en 1980, el DSM-III incorporó por primera vez el "trastorno límite de la personalidad" como una categoría diagnosticable. (p. 44).

El diagnóstico de trastorno de la personalidad implica que el clínico identifique una gama amplia y diversa de rasgos, síntomas y conductas, mucho más extensa que en otros trastornos. Además, se debe considerar la duración de estos síntomas, su rigidez, su impacto y cómo afectan el bienestar emocional y el funcionamiento en diversas áreas de la vida. También es relevante decir que los pacientes con este trastorno a menudo no ofrecen una visión precisa de sus propias características. (p. 47).

APA (2014), define al Trastorno Límite de Personalidad como:

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, dro-gas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (p.663)

Kernberg y Linehan (1993, citado por Sanchez, 2021) nombran al trastorno límite como un esquema de personalidad que se caracteriza por la alteración del sistema responsable de la regulación de las emociones. Esto se evidencia en la vulnerabilidad que presentan dichas personas en relación a sus emociones y sentimientos. Presentan gran sensibilidad a los estímulos y dificultades para volver a su estado anterior. (p. 3).

Según Mosquera (2004), los individuos con trastorno límite tienen dificultades para estar solos, suelen sentirse mal, incluso rodeados de personas y por cortos periodos de tiempo. Dicho problema genera un miedo desproporcionado al abandono y reacciones inadecuadas frente a circunstancias percibidas como amenazantes, por ejemplo al sentirse ignorados o rechazados por alguien. (p. 5).

Este tipo de paciente suele idealizar a las personas, incluso a aquellas que conoce hace un instante. De todas maneras, dichos sentimientos pueden dar un giro 180° y pasar de la idealización a la devaluación en cuestión de segundos, si percibieron que no se les prestó la atención que merecen. Un mínimo detalle puede hacer la diferencia y desencadenar una sensación de intenso dolor y traición. (p. 7).

Es común que las personas con Trastorno Límite de la Personalidad expresen confusión sobre su identidad, sus gustos y sus deseos. Hablan de una sensación de vacío que sienten incapaces de satisfacer. (p. 8)

Además, las personas con esta patología suelen ser muy impulsivas, acotando que no tienen el dominio sobre su manera de actuar, y aunque lo intenten, así son y no pueden evitarlo. (p. 10). Son frecuentes las crisis de ira, la pérdida de control y las conductas de alto riesgo, como el sexo impulsivo, la conducción peligrosa y el consumo reactivo de alcohol y/o drogas, contribuyendo al profundo malestar tanto de ellos como de sus familiares. (Medina, 2021, p.11).

Son comunes las autolesiones y las amenazas de tales actos, como los intentos de suicidio y los suicidios consumados que rondan el 8-10% de la población con TLP.

En episodios disociativos puede darse automutilación, la cual genera un sentimiento de alivio en momentos en que se perciben culpables de ser malas personas.

Estos individuos presentan un ánimo disfórico que algunas veces se ve interceptado por momentos de ira, desesperación o pánico, y que pocas veces se calman con momentos de satisfacción. (APA, 2014, p.664).

Continuando con el manual, las personas con trastorno límite pueden exhibir un patrón en el cual sabotean sus propios esfuerzos justo cuando están a punto de lograr una meta (ej: terminan un vínculo cuando todo iba bien, abandonan la universidad a poco tiempo de recibirse, etc). Algunos de estos sujetos vivencian síntomas psicóticos en situaciones de estrés (ej: alucinaciones, ideas de referencia, alteraciones del propio cuerpo). Suelen sentirse más seguros con objetos de transición como un animal o figura inanimada que con personas. Son recurrentes las pérdidas de trabajo, interrupción de los estudios, divorcios, etc. (p. 665).

Otra clasificación es la descrita por el CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades) y se la denomina Personalidad Emocionalmente Inestable

F60.3 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable

Trastorno de la personalidad caracterizado por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas. Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado preponderantemente por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el limítrofe, que se caracteriza además por perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio. (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p. 340)

Etiología, Factores De Riesgo Y Pronóstico

Factores psicoambientales:

El entorno familiar es el factor ambiental más importante. Según Cierpka y Reich (2001, citado por Corchero et al., 2012), los individuos que desarrollan trastorno límite suelen provenir de dos tipos de familias: negligentes abusivas y caótico-inestables. Sin embargo, existen casos en los que esto no sucede y provienen de familias responsables y organizadas. (Ruiz Sancho y Gunderson, 2001, citado por Corchero et al., 2012, p. 58)

Factores biogenéticos:

Aparecen los de tipo genético, fisiológico y traumático

Según Gurvits et al. (2000, citado por Corchero, et al., 2012), los principales factores fisiológicos pueden ser la alteración del sistema límbico y de ciertos neurotransmisores, particularmente los sistemas colinérgico y serotoninérgico. Otras investigaciones indican que la impulsividad, la agresividad, la ira, la inestabilidad emocional y las emociones negativas podrían estar relacionadas con una disfunción en los circuitos neuronales que regulan las emociones. (p. 58).

Los factores de riesgo que pueden desencadenar un TLP en la niñez son un bajo nivel de sociabilidad, impulsividad, desconcentración, altos niveles de emocionalidad y comportamientos de oposición. Además, como dice la teoría biosocial, existe concordancia en el modo de crianza al que se ven envueltos los niños, mayormente cuando hay negligencia, agresividad o invalidación emocional. En cuanto a la etapa adolescente, tener vínculos entre pares donde existe agresividad está correlacionado con esta patología. (Skabeikyte y Barkauskiene, 2021, citado por Navarro et al. 2023, p. 92).

Según APA (2014), el trastorno borderline es unas cinco veces más común entre familiares biológicos de primer grado de los individuos con dicha patología, que en la sociedad general. La pérdida temprana de los padres también puede ser un factor de riesgo. (p. 665).

El pronóstico para los pacientes con TLP varía significativamente. Se ha observado que, con el tiempo, generalmente a partir de los 40 o 50 años, hay una tendencia hacia la estabilización en las relaciones personales y el rendimiento laboral. Aunque los síntomas del TLP pueden continuar a lo largo de la vida, su severidad puede disminuir. En consecuencia, si los pacientes muestran una mejora considerable, podrían dejar de cumplir con los criterios diagnósticos establecidos. (AIAQS, 2011, p. 45)

Curso Clínico

Según la AIAQS (2011), los individuos diagnosticados con TLP suelen contar con un curso clínico inestable, junto a una gran cantidad de reagudizaciones que acompañan los momentos de crisis y termina generalmente en servicios de urgencias. Dichas crisis se manifiestan en una gama de síntomas y conductas, como autolesiones, abuso de sustancias psicoactivas, conductas sexuales peligrosas, atracones de comida, robos, purgas, intentos de autoeliminación, síntomas psicóticos momentáneos, conductas impulsivas como enojos y agresiones. Dichos comportamientos van acompañados de un intenso correlato afectivo. (p. 44-45).

Comorbilidad con otras patologías

Debido a la diversidad de síntomas clínicos que pueden presentar los individuos con TLP, es necesario indicar la alta ocurrencia de presentar trastornos comórbidos .

Los trastornos depresivos aparecen entre un 40 y 87% de las personas con trastorno límite, siendo el trastorno depresivo mayor, el más habitual. Los trastornos de ansiedad y psicóticos también lo son pero con menor probabilidad. La comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias prevalece en varones, siendo el alcohol el más común. En mujeres se visualizan más los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la bulimia. Además, otro trastorno habitual es el de estrés postraumático, así como el TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad). Este último, cuando se da con un trastorno de personalidad límite, puede decirse que tiene gran complejidad a la hora de tratarlo. (AIAQS, 2011, p. 58).

Trastorno De La Personalidad Límite En La Adolescencia

En el pasado, se argumentaba principalmente en contra del diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia debido a que un diagnóstico que implica un 'patrón clínico persistente' no parecía compatible con un periodo de vida caracterizado por la inestabilidad. Sin embargo, investigaciones recientes, como las de Leichsenring et al. (2011), han demostrado que la inestabilidad es precisamente persistente en la presentación clínica del TLP, y que los síntomas tienden a remitir considerablemente con el tiempo. Por lo tanto, esta justificación ya no es válida para evitar el diagnóstico del TLP durante la adolescencia. (APA, 2013, citado por Ferrer, 2013, p. 88).

Principales Estudios

Los principales estudios acerca de la etiología del trastorno límite en adolescentes fueron , según Monzón (2015), los siguientes:

Mahler, (1949, 1959, citado por Monzón, 2015) explica el origen de la patología límite a partir de su teoría de separación- individuación. En sus estudios se reveló que ciertos patrones de comportamiento duraderos parecen originarse en conflictos no resueltos durante las etapas tempranas de separación e individuación de la primera infancia. Además, resaltó el rol de la agresión, el fracaso temprano en la función integradora del Yo, el uso del mecanismo defensivo de la escisión y las influencias perjudiciales del entorno, que juegan un papel crucial en la formación de la patología límite. (p. 24).

Otro autor, Masterson (1972,1975, citado por Monzón, 2015) sostuvo que el síndrome borderline se origina a partir de una depresión vinculada al abandono, que resulta del retiro de los recursos maternos cuando el niño intenta separarse y desarrollar su individualidad. (p. 24).

Kernberg (1975, citado por Monzón, 2015), atribuyó las causas de la patología al mecanismo de escisión y la agresividad constitucional. Pone énfasis en el contenido inherente de la organización patológica del paciente para así contribuir a una disfunción familiar. (p. 26).

Sobre la base de estudios empíricos y la teoría del déficit de Killingmo (1989), se refuerzan las teorías anteriores, mostrando como resultado las causas de la patología borderline antes de que se forme la personalidad y se distingan las instancias psíquicas. Es una forma de patología que no siempre surge de una fuerza conflictiva, como sostiene la teoría psicoanalítica tradicional. También puede ser provocada por un trauma o una carencia, caracterizada por déficits dentro del sistema, una estructura defectuosa del yo, difusión de identidad, e inestabilidad en las relaciones objetales. (p. 27).

Actualmente se defiende una etiología multifactorial del trastorno borderline, adoptando una perspectiva integradora que reconoce el papel de un desarrollo inadecuado en las primeras etapas, pero considera que ningún factor por sí solo es suficiente para explicar el trastorno en adolescentes. Algunos autores se adhieren a la teoría del conflicto, otros a la teoría del déficit, y otros apoyan la hipótesis etiológica integradora. (Monzón, 2015, p. 27).

Generalidades

En cuanto al trastorno límite en la adolescencia, existen menos investigaciones en comparación con los adultos. Sin embargo, los estudios sobre este diagnóstico en jóvenes indican un aumento en su incidencia y destacan las graves consecuencias que pueden tener para quienes lo padecen, incluyendo conductas delictivas e intentos de autoeliminación. (Monzón, 2015, p. 14).

Según Quevedo (2019), en investigaciones epidemiológicas de población adolescente se han encontrado incidencias parecidas a la población adulta, que oscilan entre 0,9% hasta 3,2% de jóvenes que cumplen con los principios para el diagnóstico de trastorno límite a los 22 años de edad. Aunque la presentación clínica del TLP en adolescentes puede no ser idéntica a la de los adultos, se puede argumentar que el diagnóstico en adolescentes es válido, estable y se manifiesta al menos hacia el final de la adolescencia y principios de la vida adulta. (p. 2)

Hasta el momento, los principales sistemas de diagnóstico no han integrado criterios de desarrollo para el trastorno límite de la personalidad, lo que lleva a utilizar los criterios destinados a adultos para los adolescentes. Si bien hay diferencias en cómo se manifiestan los síntomas del TLP en adolescentes y adultos, una revisión sugiere que estas variaciones pueden explicarse mediante el principio de continuidad heterotípica en el desarrollo. Las diferencias observadas en la presentación del TLP afectan la aplicación de los criterios diagnósticos en distintas etapas de la vida. En general, los adolescentes tienden a exhibir síntomas más "intensos", como autolesiones, comportamientos suicidas, impulsividad y episodios de ira inapropiada. Por otro lado, características más duraderas, como relaciones inestables y miedo al abandono, son más evidentes en los adultos con TLP. (Kaess y Chanen, 2020, p. 21).

Hoy en día se contempla al trastorno límite de personalidad como una patología asociada al desarrollo, donde existen pacientes que evidencian el trastorno total o parcialmente en la etapa adolescente. Además, se sabe que el diagnóstico y tratamiento temprano del mismo puede mejorar significativamente su pronóstico. (Ferrer, M., et al., 2013, p. 65).

Según Romero (2006), el TLP generalmente inicia a la edad de 18 a 22 años, con un comienzo normalmente depresivo e irritable, que surge en la última etapa adolescente y se evidencia por rebeldía, actitud exigente, labilidad afectiva excesiva y actos autolesivos. Dicha patología tiene sus comienzos con un aumento gradual de dudas y cuestionamientos acerca de sí mismo, presencia de síntomas depresivos, ansiedad, irritabilidad, extrañeza

con respecto a la familia, poco interés en el estudio, en actividades recreativas, incluso con sus pares. Debido a la falta de identidad que vivencian, eluden tomar decisiones, lo cual genera sentimientos de vacío y oposición con respecto a la familia y la comunidad. La no resolución de este cuadro puede derivar en un diagnóstico de TLP. (p.16).

Cuadro Clínico

Según Monzón, (2015):

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).
- Agresividad e impulsividad.
- Afectividad: inestabilidad afectiva, angustia primaria, afecto agresivo, miedo al abandono, depresión, vacío y ausencia de culpa.
- Antecedentes del desarrollo y contexto familiar patológico.
- Alteración de las relaciones parentales internalizadas (Superyó primitivo).
- Relaciones interpersonales internalizadas patológicas e inestables.
- Mecanismos de defensa primitivos.
- Sexualidad inmadura (perversa).
- Múltiples síntomas neuróticos. (p. 29)

La difusión de identidad.

Según Icart (2012), las personas con trastorno límite presentan dificultades significativas en su identidad, con una integración deficiente de su autoconcepto. Al no haber logrado la etapa de separación e individuación, estos adolescentes enfrentan confusión en sus relaciones y mantienen una dependencia similar a la infancia. Esto les impide consolidar su identidad, teniendo como resultado un sentido de sí mismos difuso, frágil y distorsionado, aunque no fragmentado como en los trastornos psicóticos.

Su ideal del yo a menudo se aferra de manera intensa a otros, buscando satisfacer necesidades primarias, como el placer inmediato. Quedan atrapados en una dinámica de dependencia infantil en relación a su familia, utilizando mecanismos de defensa muy

básicos. Esta falta de claridad en la identidad se traduce en dificultades para evaluarse a sí mismos, involucrarse profundamente en la terapia y establecer relaciones afectivas duraderas. (p. 36).

El narcisismo patológico

Tiene que ver con una necesidad de autoafirmación y valoración, junto con una imagen de sí mismos inestable, fluctuando desde fantasías de desvalorización a ideas de omnipotencia. A la hora de recibir una crítica, la toman desde un lugar de inferioridad, sintiéndose cuestionados y viviéndolo como un posible abandono. A pesar de ello muestran conductas de desprecio como estrategia de defensa. Sienten que tienen derecho a recibir ciertos privilegios, atención y cuidados especiales. La imagen corporal que construye el adolescente borderline refleja su desequilibrio narcisista y las variaciones en su autoestima. A menudo, esto se manifiesta como una mezcla de una percepción exagerada y grandiosa de sí mismos, junto con una tendencia ocasional a hostigar a los demás. (Monzón y Fernández, 2016, p. 59).

Los déficits cognitivos

Tiene que ver con una manera de visión de túnel acerca de las cosas. Todo es como ellos lo ven, lo dicen, lo sienten, o como lo creen. Estos individuos tienen problemáticas para aprender de experiencias pasadas, por lo que constantemente caen en el mismo error una y otra vez. No logran tomar decisiones por sí mismos, hay una dificultad en el pensamiento, rigidez, inflexibilidad y limitación emocional. (Hospital de Salud Mental de Tijuana, 2020, 14m28s)

Se produce un detenimiento en el desarrollo, acompañado de deterioro en las funciones yoicas y cognitivas, y que como resultado produce baja tolerancia a la ansiedad, menor control de impulsos, mecanismos de defensa inmaduros, y un descenso de nivel práctico e intelectual. A pesar de ello, consiguen la prueba de realidad, pero se ve debilitada la atención, la memoria, la verbalización, la orientación espacial, etc. Además, suelen propagarse crisis de angustia junto a situaciones de despersonalización y/o desrealización. (Monzón y Fernández, 2016, p. 59).

La agresividad e impulsividad

En estos pacientes se observa una ira intensa y desproporcionada que se manifiesta en agresividad verbal, la cual frecuentemente escala a comportamientos violentos, tanto hacia otros como hacia uno mismo. Estas alteraciones en la regulación de la agresión a menudo están marcadas por una rabia narcisista y pueden ir acompañadas de comportamientos de

sumisión extrema o defensas paranoides. La autoagresión y la heteroagresión en estos adolescentes suelen ser recurrentes y de gran magnitud, motivadas por una angustia de fragmentación, inestabilidad del yo, y estados depresivos que amenazan con desbordarles continuamente. Además, existe una tendencia a la confusión y a negar la realidad, reflejando una falta de representaciones internalizadas, saludables. Esta incapacidad para controlar los impulsos se puede evidenciar en conductas como la bulimia, compras impulsivas, adicciones, promiscuidad, robo compulsivo y/o comportamientos sexuales desviados. (Monzón y Fernández, 2016, p. 60). Linehan (2003, citado por Moreira, 2020) manifiesta que el comportamiento impulsivo de estas personas, aunque desadaptativo, puede funcionar como estrategia de ajuste de las emociones. (p. 24). Fonagy (2000, citado por Moreira, 2020), agrega que esta impulsividad puede ser el resultado de la poca conciencia que tienen de sus emociones, junto con la carencia de una representación simbólica. Existe una primacía de estrategias primitivas centradas en la no mentalización y pasaje a la acción, primordialmente en vínculos amenazantes. (p. 23).

Inestabilidad afectiva, angustia primaria, afecto agresivo, miedo al abandono, depresión, vacío y ausencia de culpa

Los adolescentes borderline tienen problemas para identificar, expresar y regular el afecto, siendo inmaduros e inestables en ese sentido. Sus afectos son reducidos y se mueven en un círculo disfórico. Poseen angustia primaria, profunda, crónica, fluctuante y libre, de pérdida total, de destrucción y ruina, con un nivel traumático para los mismos. El afecto agresivo generalmente se da cuando se sienten abandonados o no queridos, efecto de su reiterada insatisfacción. (Monzón y Fernández, 2016, p. 60-61).

El miedo al abandono tiene que ver con una falta de autonomía. Habita en sí mismos un miedo profundo al abandono y la separación, lo cual se ve reflejado en los conflictos que tienen repetitivamente en sus vínculos con los demás, generando relaciones emocionales sustentadas por la persecución. (Ozorio y Gordo, 2018, p. 262).

La mayoría de las personas con este trastorno se aburren rápidamente, por lo que están permanentemente buscando cosas que hacer. Esto genera muchas veces que dichos individuos caigan en conductas de riesgo, ya que la intensidad los hace sentir plenos y llenan ese vacío que describen como “doloroso”, “desolador”, “devastador”. (Mosquera, 2011, p. 14).

Además, estos individuos tienen habituales sentimientos de hundimiento, de desesperanza y miserabilidad. Este afecto negativo depresivo es difícil de remediar, ya que viene acompañado de vergüenza, desánimo acerca del futuro, autoestima baja y conductas destructivas (Mirapeix et al., 2017, p. 21).

No menos importante es la ausencia de culpa que los caracteriza. Culpan a los otros de lo que les pasa a ellos mismos, exigiendo que los demás resuelvan sus conflictos. Linehan lo describe como “pasividad activa” (Mirapeix et al., 2017, p. 82-83).

Ambiente familiar patológico y antecedentes en el desarrollo

Según la AIAQS (2011), este trastorno está estrechamente vinculado a un estilo de apego inseguro. Las consecuencias negativas que surgen de relaciones de apego inseguro o desorganizado se deben a la incapacidad de desarrollar una adecuada capacidad de mentalización. (Fonagy et al. 2003, citado por AIAQS, 2011).

Esta perspectiva sobre el apego se condice con la relevancia de un entorno familiar invalidante, tal como lo describe Linehan (1993, citado por AIAQS, 2011), que abarca experiencias emocionales negativas, la simplificación excesiva en la resolución de problemas, así como situaciones de negligencia y abuso sexual, físico y emocional, además de traumas vividos. (p. 47).

Existen madres posesivas, controladoras, estrictas, ansiosas y miedosas, las cuales obligan a sus hijos a mantener una relación simbiótica. El niño es utilizado narcisísticamente, y es puesto como un objeto que tranquiliza las necesidades de la madre, donde se despliega una fragilidad, sobreimplicación y rechazo por parte de quien materna. Las mismas no concedieron la utilización de objetos transicionales para su hijo, lo que derivó en un fracaso del curso de separación-individuación del mismo. Existe falta de afecto emocional, sobreprotección y rechazo por parte de los padres, junto con una mayor psicopatología materna. (Monzón y Fernández, 2016, p. 63).

El cambio en las relaciones parentales internalizadas.

Según el Hospital de Salud Mental de Tijuana (2020), este cambio está relacionado con la demanda del paciente borderline de que sus padres acepten su personalidad tal como es, con sus dificultades, y que reciban un trato que el individuo considere correcto. Los padres deciden si quieren estar con ellos o en contra de ellos. (15m21s).

Continuando con los autores, los mismos agregan que la incapacidad para combinar las experiencias positivas y negativas con los demás y con uno mismo provienen de mecanismos defensivos que se basan en la escisión y en las vivencias internalizadas con las figuras de cuidado. Esta falta de integración afecta la habilidad para experimentar preocupación y culpa, dando lugar a auto imágenes de grandeza o devaluación, y a una carencia de responsabilidad moral. La idealización y respeto terminan en desprecio y

descalificación, así como en angustia generalizada, crisis de pánico o lamentos histérico-fóbicos.

Estas dificultades están vinculadas a funciones primitivas del Superyó, que se encuentran deterioradas en el adolescente con trastorno borderline. Esto se traduce en impulsividad, desinterés hacia los demás y comportamientos imprudentes sin asumir responsabilidad, ya sean de índole sexual, agresiva o afectiva. Los adolescentes pueden exhibir explosiones repentinas de ira, comportamientos abusivos, promiscuidad o desviaciones sexuales. (p. 60).

Los vínculos patológicos e inestables

Al decir de Monzón y Fernández (2016), la falta de un sentido coherente de uno mismo y de los demás, junto con la ausencia de un mundo integrado de representaciones, afecta negativamente la capacidad de los adolescentes para relacionarse adecuadamente con los otros. Esta dificultad se ve exacerbada por un mecanismo de escisión, lo que lleva a una tendencia marcada hacia el apego o desapego. Los adolescentes con trastorno límite, por miedo al abandono, pueden alternar entre evitar el contacto o buscarlo de manera intensa y obsesiva. (p. 62).

No logran comprometerse de manera profunda ni en sus estudios ni en el trabajo, y carecen de la sutileza necesaria para manejar las relaciones con amigos y familiares. Por otro lado, estos individuos desean obtenerlo todo y no aceptan restricciones, mostrando una intolerancia hacia el "no". Hacen promesas de cambio de manera constante, pero solo hasta que alcanzan lo que quieren; después, suelen olvidarlo. Exhiben comportamientos irresponsables y generan conflictos tanto en el hogar como en la escuela y entre sus amistades. Habitualmente tienen dificultades para adaptarse y mantienen relaciones inestables. Además, frecuentan entornos peligrosos y muestran una clara resistencia a la autoridad, estén donde estén. (Icart, 2012, p. 39).

Mecanismos de defensa primitivos

Los mecanismos de defensa primitivos tienen que ver con formas inmaduras, inadaptadas de defenderse de sus propias emociones. Por ejemplo: hacer berrinches como un niño/a. (Hospital de Salud Mental de Tijuana, 2020, 17m40s).

Según Monzón y Fernández (2016) los mecanismos de defensa son: la escisión, la identificación proyectiva, la omnipotencia y devaluación, y la idealización primitiva, las

cuales provienen de períodos tempranos del desarrollo evolutivo. Los mismos generan efectos patológicos al ser empleados en demasía, con gran intensidad o de manera apartada. (Kernberg, 1975, citado por Monzón y Fernández, 2016, p. 61).

La escisión se considera un mecanismo de defensa fundamental en esta estructura, que implica la separación de introyecciones e identificaciones que son contradictorias, dividiéndolas en categorías de "totalmente buenas" y "totalmente malas". Este proceso genera cambios abruptos y extremos en las percepciones (Moreira, 2020, p. 20).

En cuanto a la identificación proyectiva, se caracteriza por un temor hacia la otra persona o la necesidad de controlarla, impulsada por emociones proyectadas. Por ejemplo, un paciente puede acusar a su terapeuta de ser sádico, cuando, de hecho, es él quien lo trata de manera despectiva y recelosa (Kernberg, 1987, citado por Moreira, 2020, p. 21).

Fernández (2008, citado por Moreira, 2020), complementa este último punto al señalar que proyectar rasgos y sentimientos negativos hacia un objeto externo es una estrategia para evitar la autoevaluación y mantener la atención fuera de uno mismo. (p. 21).

En el tercer punto, según Monzón y Fernández (2016), aparece la omnipotencia y devaluación, la cual forma parte de un medio maníaco frente a sentimientos depresivos, de decadencia, vacío y desvalorización, por lo que no aceptan ningún tipo de ayuda, generalmente por miedo a fracasar.

A la hora de tratar la envidia, estos devalúan a sus objetos, emergiendo un yo omnipotente y magnífico que es acompañado de imágenes detestables y desvalorizantes de los otros. (p. 62).

En el cuarto punto aparecen las idealizaciones primitivas, las cuales no contribuyen positivamente al desarrollo de la personalidad ya que son patológicas. En los adolescentes con trastorno borderline, existe una confusión significativa entre la percepción idealizada y la realidad. Este mecanismo se utiliza de manera excesiva, repetitiva y sin matices, resultando en una forma casi psicótica de idealización, donde la percepción de la realidad se desvanece en ocasiones. Los adolescentes borderline tienden a ver a las personas y situaciones en términos absolutos, clasificándolos como completamente buenos o malos, un fenómeno que resulta de la escisión y la idealización. Además, sus percepciones pueden cambiar drásticamente en poco tiempo, alternando entre sentirse altamente valiosos y sentirse despreciables varias veces al día. (Monzón y Fernández, 2016, p. 61).

La inmadurez sexual

Existen alteraciones en la sexualidad como conductas sexuales caóticas, cambiantes, pregenitales, con poca duración en el tiempo y cuentan como un innegociable a la hora del placer sexual. (Kernberg, 2012, citado por Monzón y Fernández, 2016, p. 62).

Estos adolescentes varían entre una realización impulsiva y rechazo sexual-agresivo, a una indefinición sexual. Suelen formar parte de relaciones promiscuas y perversas, aunque con períodos de indiferenciación. (Monzón y Fernández, 2016, p. 62).

Múltiples síntomas neuróticos

Estos pueden ser: síntomas fóbicos, obsesivos, disociativos, conversivos, hipocondríacos y paranoides. (Monzón y Fernández, 2016, p. 63).

Más allá de esto, según Monzón (2015), se destacan una serie de criterios que deben darse obligatoriamente para diagnosticar a un adolescente con trastorno de personalidad. Uno de ellos es la existencia de difusión de identidad, otro el mantenimiento de la prueba de realidad, y el último la prevalencia de conductas defensivas primitivas enfocadas en la escisión. (p. 29).

Según Kernberg (1975, citado por Monzón, 2015), el diagnóstico definitivo se basa en la patología yoica característica más que en los síntomas descriptivos. (p. 29). En la adolescencia, el criterio clave para el diagnóstico no son los síntomas subjetivos que el paciente pueda expresar, sino su comportamiento, que es evidente para todos los observadores. A menudo, los adolescentes pueden no reconocer su depresión y pueden evitar completamente enfrentarse a ella. No solo negarán y evitarán el problema, sino que también podrían protestar fuertemente si se les confronta tempranamente con la realidad de su situación. (Masterson, 1975, citado por Monzón, 2015, p. 29-30).

Habría que preguntarse si no existe un continuo evolutivo que empezaría por los trastornos del vínculo en la primera infancia, que, en la edad escolar se manifestarían como trastornos por déficit de atención e hiperactividad, en la adolescencia como trastornos de la identidad, en la juventud como trastornos límites de la personalidad, para acabar cristalizando en trastornos afectivos, especialmente bipolares, en la edad adulta. (Romero, 2006, p. 18).

Se sugiere aplicar el diagnóstico de trastorno límite de personalidad con cautela y de manera restrictiva en menores, recomendándose su uso principalmente a partir de los 16 años, siempre y cuando el trastorno haya estado presente durante al menos un año (AIAQS, p. 49).

Tratamiento

Los expertos que atienden al paciente deben trabajar en conjunto para establecer un plan de tratamiento que sea completo y bien coordinado, dado que varios profesionales y servicios suelen participar en la atención, ya sea al mismo tiempo, o de forma secuencial. Igualmente, es importante que estos profesionales generen un entorno de confianza, donde el paciente se sienta libre de expresar sus problemáticas durante el tratamiento, para así reducir la probabilidad de abandonos. (AIAQS, 2011, p. 64).

Según Cailhol et al. (2018), para comenzar con un tratamiento lo primero que debe hacerse es establecer los objetivos y el plan terapéutico, los cuales variarán de acuerdo a las particularidades de cada paciente junto con la inestabilidad que presente. Se deberá tener en cuenta el estado clínico actual, así como aspectos a largo plazo, como el desarrollo de la enfermedad, la frecuencia y gravedad de episodios previos, los tratamientos recibidos y sus consecuencias. (p. 10).

Las metas fundamentales son potenciar el bienestar del paciente y minimizar tanto la frecuencia como la gravedad y los efectos psicosociales de los sucesos de desestabilización. Asimismo, se pretende mejorar el desempeño psicosocial, enfocándose en el desarrollo de la socialización, la adaptación y la tolerancia ante situaciones frustrantes. (AIAQS, 2011, p. 64).

Según Cailhol et al. (2018), es fundamental tener un seguimiento del paciente, añadiendo importancia al abordaje del manejo de crisis y conductas perjudiciales, y continuando por una labor a largo plazo que incluya elementos de la personalidad. Teniendo claras las necesidades y razones para el cambio, se implanta un contrato terapéutico, en el cual se le explica al adolescente la importancia de implicar a los adultos responsables y la primacía de algunas cuestiones sobre otras. Por ejemplo, disminuir el riesgo de muerte va a tener prioridad por encima de la mejora en la calidad de vida o tratamiento de sintomatología. (p. 10).

Continuando con los autores, estos dicen que normalmente, el tratamiento para adolescentes con trastorno límite de personalidad tenderá a desarrollarse de manera ambulatoria. Requiere tener en cuenta diversos elementos:

- Evaluación de riesgos
- Estado mental
- Grado de funcionamiento psicosocial

- Medio social
- Objetivos y motivación
- Comorbilidad con otros trastornos
- Principales síntomas. (p. 10-11).

El tratamiento para individuos con patología borderline puede encararse de diversas formas. Los pacientes con síntomas menos graves y/o un grado de funcionalidad satisfactorio, pueden servirse de tratamientos ambulatorios enfocados en psicoterapia individual, junto con la ingesta o no de farmacología en el caso que sea necesario. Por otro lado, los pacientes con síntomas intensos o graves y/o un grado de funcionalidad no satisfactorio necesitan un tipo de tratamiento multidisciplinario enfocado en psicoterapia familiar, grupal e individual, acompañado de farmacología derivada de unidades especializadas como Hospitales de Día o Unidades de Hospitalización.(García et al. 2010, p. 268).

Según Cailhol et al. (2018), para alcanzar un nivel hospitalario en el tratamiento el paciente generalmente debería padecer una comorbilidad severa, por ejemplo una depresión grave o problemas de adicciones, siendo el hospital de día insuficiente y el manejo de crisis inútil para estabilizar a la persona.

En el caso de riesgos suicidas debe atenderse de manera ambulatoria por un equipo de profesionales como un clínico, un psiquiatra y un psicólogo en el contexto de un hospital de día siempre y cuando exista disponibilidad.

Continuando con los autores, estos dicen que concurrir a una institución educativa posee relevancia para el abordaje de estos adolescentes y su mejoría, ya que la misma les brinda estabilidad y un espacio donde construir relaciones interpersonales y su propia identidad como individuos. (p. 11)

Psicoterapia

Según Cailhol et al. (2018), los distintos enfoques psicoterapéuticos aplicados al tratamiento del TLP presentan numerosos puntos en común. Un ejemplo de ello es que la mayoría enfatiza la necesidad de establecer un acuerdo de cuidados al inicio de la terapia. Este acuerdo, que es una especie de contrato, debe ser consensuado y detallar cómo manejar situaciones de riesgo, especialmente las crisis suicidas, y cómo se mantendrá el contacto entre sesiones. (ej: teléfono). (p. 13).

En el tratamiento psicológico de una persona con TLP, los clínicos deben considerar, según National Institute for Health and Clinical Excellence, (2009, citado por Cailhol et al., 2018)

- Preferencias y decisiones del paciente
- Nivel de gravedad y deterioro
- Compromiso y motivación del paciente para someterse a la terapia y lograr cambios
- Capacidad del paciente para mantener los límites en la relación terapéutica
- Disponibilidad de apoyo tanto personal como profesional. (p. 13).

Según APA (2014), los tratamientos psicológicos proveen mejoría principalmente en el primer año de intervención, aunque las emociones intensas y la impulsividad suelen durar por siempre. (p. 665).

Según Kothgassner et al. (2021, citado por Navarro, 2023), en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) durante la adolescencia, se emplean frecuentemente enfoques como la terapia cognitivo-conductual, la terapia centrada en la mentalización, la terapia dialéctico-comportamental y la terapia cognitivo-analítica. Es fundamental personalizar estos tratamientos para los adolescentes, ya que aplicar los mismos métodos que se utilizan con los adultos puede reducir su efectividad. Adaptar las terapias a las necesidades específicas de los jóvenes es crucial.

Las terapias más eficaces, según dichos autores son: Terapia Dialéctica Comportamental y Terapia Basada en la Mentalización. (p. 92)

Terapia dialéctica conductual (TDC o TBT)

La terapia dialéctica conductual, según Elices (2011), fue desarrollada por la psicóloga Marsha Linehan como una intervención asociada a personas con intentos de autoeliminación y patología borderline. (p. 1). Este modelo sugiere que el desarrollo del TLP está influido tanto por factores biológicos como por factores ambientales. Las personas con TLP presentan una predisposición biológica a la desregulación emocional, que interactúa con el entorno invalidante en el que fueron criadas. (p. 135)

La autora plantea un modelo biosocial en donde la desregulación emocional es considerada la disfunción primaria y centro de todos los demás síntomas del TLP. (p. 134). Este enfoque terapéutico fusiona prácticas de Mindfulness y principios de la filosofía dialéctica. Su éxito ha sido probado en la disminución de una serie de síntomas críticos tales como pensamientos suicidas, depresión, autolesiones, desesperanza y trastornos alimenticios. (Elices, 2011).

Las habilidades TBT están diseñadas para enseñar un enfoque equilibrado entre el cambio y la aceptación. Ayudan a modificar comportamientos, pensamientos, situaciones y emociones que producen malestar, al mismo tiempo que brindan herramientas para aceptar el presente tal como es, viviendo plenamente el momento. (Linehan, 2020).

El tratamiento se organiza en cuatro componentes clave: la psicoterapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades, la consultoría telefónica y las reuniones de consultas del equipo terapéutico. (Elices, 2011)

A diferencia de la TDC para adultos, la TDC-A para adolescentes integra a la familia en el tratamiento. Esto permite a los familiares apoyar al adolescente en el desarrollo de habilidades y mejorar sus propias interacciones, reduciendo así el efecto de un entorno invalidante. (Clols, 2015, citado por Navarro, 2023, p. 93).

Se establecen prioridades para el tratamiento, otorgando mayor prioridad a aquellas conductas que interfieren de forma más negativa con la calidad de vida del paciente. (Linehan, 1993, citado por Elices, 2011).

Según el Hospital de Salud Mental de Tijuana (2020), lo que se trabaja es:

- Habilidades de concienciación reflexiva
- Habilidades de regulación de las emociones
- Habilidades de efectividad interpersonal
- Habilidades de tolerancia a la angustia
- Habilidad para hacer concesiones. (31m45s)

Terapia basada en la mentalización (TBM)

Peter Fonagy y Anthony Bateman desarrollaron su teoría sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) a partir de la idea de que las personas afectadas experimentan alteraciones en su apego debido a problemas en sus relaciones parentales durante la infancia. Según su modelo, la falta de empatía y de sintonía emocional por parte de los padres en los primeros años puede llevar a un déficit en la capacidad de mentalización. Esta capacidad, que ellos definen como la habilidad para entender de manera intuitiva las ideas, propósitos e incentivos de los demás, así como la relación entre los propios pensamientos y emociones, es crucial para el desarrollo emocional saludable. La incapacidad para desarrollar esta habilidad puede ser la raíz de problemas relacionados con

el control de impulsos, la inestabilidad emocional y las dificultades afectivas. (Corchero, et al., 2012, p. 59).

Medicación

Dado que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se ha clasificado históricamente como un trastorno psicosocial, el tratamiento farmacológico se centra en controlar los síntomas asociados, como la ansiedad y la depresión. Se recetan antidepresivos para manejar la desregulación emocional y estabilizadores del estado de ánimo para mantener el equilibrio. En casos donde la ansiedad es predominante, las benzodiacepinas pueden ser prescritas. Para tratar la desregulación y los problemas de conducta, se utilizan antipsicóticos atípicos de nueva generación (neurolépticos). (Corchero et al., 2012, p. 58)

Reflexiones finales

Como se evidenció en la presente sistematización, el trastorno límite de personalidad es una patología mental asociada a una profunda inestabilidad en diversas áreas de la vida, que comienza a manifestarse generalmente en la adolescencia, a raíz de experiencias ocurridas durante el desarrollo temprano.

La familia y sus modos de crianza actúan como factor determinante a la hora de originarse un trastorno como este, aunque también existen otras causas que pueden contribuir a desencadenarlo como la genética, la fisiología o traumas anteriores.

Las experiencias de vida marcan a las personas, principalmente en la infancia temprana. Las formas de crianza, las maneras de ser y tratar a un niño, las libertades y límites que se le pongan, van a repercutir en la personalidad y conductas de esa criatura más adelante. Por más que el TLP no sea necesariamente desencadenado por provenir de una familia negligente, en muchos casos, por no decir la mayoría, el factor común de quienes padecen esta enfermedad, tiene que ver con una infancia dura. Por más que ciertos individuos

tengan la capacidad de cambiar pensamientos e ideas que están arraigados, no todos lo logran, y menos cuando hay una patología de por medio.

Además, el TLP es una patología que se caracteriza por poseer trastornos comórbidos en su mayoría; rara vez se da el trastorno por sí solo. Los más comunes son los trastornos de ansiedad, depresivos, de alimentación, de uso de sustancias, tept y tdah.

Respondiendo al objetivo de este trabajo, se sabe que no es tarea fácil realizar un diagnóstico diferencial entre una crisis adolescente y un adolescente con TLP, puesto que poseen abundantes características en común, como la inestabilidad emocional, la indefinición sexual, sentimiento de vacío, la falta de control de impulsos, que muchas veces los lleva a tener conductas peligrosas como consumir sustancias psicoactivas, problemas con la alimentación, lesiones o intentos de autoeliminación, etc. Se pudo ver que la principal distinción radica en la intensidad y durabilidad de estos síntomas, ya que para que se considere TLP las manifestaciones deben darse por al menos un año, a diferencia de la crisis adolescente que los síntomas son transitorios y menos catastróficos.

Más allá de esto, son varios los autores que están en contra de realizar un diagnóstico a tan temprana edad, con la justificación de que la personalidad todavía se sigue moldeando en dicha etapa.

Se observa que el diagnóstico del TLP en adolescentes se utiliza cada vez más en la clínica ya que existen evidencias de que los síntomas siguen manifestándose a lo largo de la adultez. Un diagnóstico temprano permite una intervención precoz y atenuación de los síntomas para así vivir una vida mejor, con menor sufrimiento y con un tratamiento pertinente. No hay muchos artículos que aborden el trastorno límite en la adolescencia, lo que dificulta establecer con precisión las diferencias con el diagnóstico en adultos. Sin embargo, la bibliografía disponible señala que las diferencias más notorias ubica a los jóvenes con conductas de tipo destructivas, ira e impulsividad, mientras que en los adultos se observan comportamientos más inestables en cuanto a los vínculos y el sentimiento de vacío.

Para abordar este trastorno lo ideal sería un tratamiento integral que incluya la atención en la mayor cantidad de áreas afectadas de la persona y que combine psicoterapia con medicación en los casos más graves. Los medicamentos actúan para atenuar los síntomas comórbidos antes mencionados, ya que no se proveen evidencias de farmacología específica para pacientes con TLP. Las terapias más eficaces son la TDC y TBM.

Aunque no siempre se consideró la existencia de TLP en jóvenes, hoy día se puede observar que existe suficiente evidencia de que los criterios se cumplen en dicha franja de edad.

Los profesionales de la salud, principalmente los psicólogos, deberían recibir mayor profundización en la formación acerca de este tema. Esto resulta fundamental por la alta tasa de incidencia, las problemáticas que genera el mencionado trastorno en quienes lo padecen y en las personas cercanas.

Por último, se promueve el escuchar a estos adolescentes, acompañarlos y entenderlos. No se trata de una tarea fácil, pero la disponibilidad y ayuda puede ser una buena herramienta para que vivan, de la mejor manera posible. Se trata de encontrar profesionales que se especialicen y se preocupen por ello, para así realizar un trabajo en conjunto y potenciar el tratamiento.

Referencias

Aberastury, A., Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. Paidós.

<https://psicodescubrir.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/07/la-adolescencia-normal.pdf>

Achard, P. (2018). La entrevista con adolescentes. En A. Muniz (Coord), *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico* (pp. 33-38).

<https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/Intervenciones-en-psicologi%CC%81a-cli%CC%81nica-Alicia-Mun%CC%83iz-Guias.pdf>

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*.

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad_resumida.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Panamericana.

<https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnostico-vestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

- Cailhol, L., Gicquel, L. y Raynaud, J. (2018). Trastorno de personalidad límite en adolescentes. En J. M. Rey (Ed.), *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
<https://iacapap.org/Resources/Persistent/056e31392815b8a334c763e00ab87d13f0a5ac33/H.4-TLP-Borderline-Spanish-2018.pdf>
- Corchero, M., Balés, C., Oliva, C. y Puig, C. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (103).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393286>
- Elices, M. y Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 132-152. <https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847405006.pdf>
- Ferrer, M. (2013). *Trastorno límite de la personalidad: diferentes manifestaciones de un mismo trastorno*. [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. DDD.
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_133274/mfv1de1.pdf
- Ferrer, M., Prat, M., Calvo, N., Andión, O. y Casas, M. (2013). Prevención del trastorno límite de la personalidad del adulto: tratamiento de los adolescentes con síntomas límites. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, (22), 65-70.
<https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Ferrer-Marc-22.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Adolescentes. Características. ¿Que cambios y conductas son esperables en la adolescencia?*.
<https://www.unicef.org/uruguay/media/5416/file/Ficha%201%20-%20Caracter%C3%ADsticas%20de%20la%20adolescencia.pdf>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>
- García, M., Pérez, M., Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(106), 263-278.

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n2/05.pdf>

García, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos de los Trastornos Límites de personalidad (TLP). *Clínica y Salud*. 18(3), 347-361.

<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a06.pdf>

Hospital de Salud Mental de Tijuana. (2020, Octubre, 29). *Trastorno límite de la personalidad en adolescentes* (Video). Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=jUAbao9Nss0>

Icart, A. (2012). Trastornos límites de la personalidad en adolescentes. *Psicopatología salud mental*, (19), 35-44

<https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Icart-Alfons-19.pdf>

Kaess, M. y Chanen, A. (2020). Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia.

Revista de Toxicomanías, (84), 15-26.

<https://www.cat-barcelona.com/wp-content/uploads/RET-84-2.pdf>

Lillo, J. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 57-71.

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n90/v24n2a05.pdf>

Linehan, M. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades: Para el/la consultante*. Edulp.

<https://www.intercontext.org/wp-content/uploads/2023/09/Manual-2023-enumerado-.pdf>

Martin , R., Landera, R., Artal, J., Mirapeix, C, Gómez, A., y Vázquez, J. Introducción al trastorno límite de la personalidad. En C. Mirapeix, J. Vázquez, A. Del Barrio y J. Artal, J., *Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad*, (pp. 1-13).

https://www.seetp.org/materiales/Publicaciones_Abordaje_TLP.pdf

Medina, R. (2021). El trastorno límite de la personalidad y sus modelos diagnósticos. *Salme:*

Revista del Instituto Jalisciense de Salud Mental, (16), 8-13

https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme_16_baja-21_dic.pdf

- Ministerio de Salud Pública (2017). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes*.
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf
- Monzón, S. y Fernández, M. (2016). Guía diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad en Adolescentes. *Psicopatología salud mental* (28), 55-65.
<https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Monzon-S-28.pdf>
- Monzón, S. (2015). *El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: diagnóstico diferencial con el desarrollo evolutivo adolescente*. [Tesis de doctorado, Universidad de Salamanca]. Gredos.
https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132894/REDUCIDA_TrastornoLimitePersonalidad.pdf?sequence=1
- Moreira, L. (2020). *Trastorno límite de la personalidad. Dificultades y desafíos en el tratamiento terapéutico*. [Tesis, Universidad de la República]. Colibrí.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/29321/1/tfg_lourdes_moreira_g_13.pdf
- Mosquera, D. (2011). Trastorno límite de la personalidad, una aproximación conceptual a los criterios del dsm. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, (1), 1-26.
https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/trastorno_limite_de_la_personalidad.pdf
- Navarro, M., Mozota, P., García, A. (2023). Revisión de revisiones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para adolescentes con trastorno de la personalidad límite. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, (10), 91-98.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8725706>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). CIE-10: *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Vol. 1).
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

- Osorio, A. y Gordo, R. (2018). Estructura de personalidad límite en adolescentes. A propósito de un caso. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil*, 35(3), 259-263.
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/272/248>
- Parra, A. (2018). Algunas técnicas de evaluación psicológica en los adolescentes. En A. Muniz (Coord.), *Intervenciones en psicología clínica: Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*, (pp. 107-114). Comisión Sectorial de Enseñanza.
<https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/Intervenciones-en-psicologi%CC%81a-cli%CC%81nica-Alicia-Mun%CC%83iz-Guias.pdf>
- Quevedo, Y. (2019). Episodios de mentalización durante psicoterapia de adolescentes con difusión de identidad. *Revista de Psicología*. 28(1), 1-14.
<https://www.scielo.cl/pdf/revpsicol/v28n1/0719-0581-revpsicol-28-1-00042.pdf>
- Ramos, V. (2015). Consideraciones conceptuales: adolescencia, sexualidad y derechos. En A. Lopez (Coord), *Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay* (pp. 13- 30).
<https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescentes%20y%20sexualidad.pdf>
- Rodriguez, P., Gómez, A. y Vázquez, J. Tratamiento farmacológico del trastorno de personalidad límite. En C. Mirapeix, J. Vázquez, A. Del Barrio y J. Artal, J., *Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad*, (pp. 57-68).
https://www.seetp.org/materiales/Publicaciones_Abordaje_TLP.pdf
- Romero, H. (2006). La adolescencia al límite. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 23(1-3-4), 14-19.
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/41>
- Sanchez, J. (2021). Neurobiología del trastorno límite de la personalidad. *SALME*, (16), 3-7.
https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme_16-_baja-21_dic.pdf
- Torrado, C. y Di Landro, G. (2015). *Adolescencias saludables, Presente*.
<https://apex.edu.uy/wp-content/uploads/2014/12/Practicas-y-Sabers-4-Adolescencias-Saludables-Presente2015accesible.pdf>

Viejo, C. y Ortega, R. (2015). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Psychology, Society y Education*, 7(2), 109-118.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6360213>