

Guía para diferenciar la adolescencia normal de los adolescentes con trastorno límite de la personalidad*

SILVIA MONZÓN-REVIEJO^{1A} Y MARÍA-JOSÉ FERNÁNDEZ-GUERRERO^{1,2B}

RESUMEN

Guía para diferenciar la adolescencia normal de los adolescentes con trastorno límite de la personalidad. En la práctica clínica actual, es relevante la dificultad para discernir desde el punto de vista diagnóstico entre las características evolutivas propias de la adolescencia (como la llamada crisis normal del adolescente) del trastorno límite de la personalidad (TLP) durante esta etapa. El objetivo de esta investigación consiste en mostrar una guía descriptiva y estructural que nos ayude a discriminar cuándo se trata de un adolescente que está atravesando por el periodo adolescente normal de cuando estamos ante uno con TLP. **Palabras clave:** *adolescencia evolutiva, adolescentes con TLP, diagnóstico diferencial.*

ABSTRACT

Guide to differentiate healthy adolescents from Borderline Personality Disorder adolescents. Current clinicians face difficulties to distinguish between the healthy evolutionary characteristics of adolescence (such as the normal adolescent crisis) and the borderline personality disorder (BPD). This research's objective is to show a descriptive and structural guide to help us discriminate between teenagers who face a healthy adolescence and BPD teenagers. **Keywords:** *Evolutionary adolescence, BPD teenagers, differential diagnosis.*

RESUM

Guia per diferenciar l'adolescència normal dels adolescents amb trastorn límit de la personalitat. En la pràctica clínica actual, és rellevant la dificultat per discernir des del punt de vista diagnòstic entre les característiques evolutives pròpies de l'adolescència (com l'anomenada crisi normal de l'adolescent) del trastorn límit de la personalitat (TLP) durant aquesta etapa. L'objectiu d'aquesta investigació consisteix en mostrar una guia descriptiva i estructural que ens ajudi a discriminar quan es tracta d'un adolescent que està travessant per un període adolescent normal de quan estem davant d'un amb TLP. **Paraules clau:** *adolescència evolutiva, adolescents amb TLP, diagnòstic diferencial.*

Introducción

Han sido muy pocos los autores que han intentado establecer con precisión las características diferenciales entre la patología borderline y la adolescencia evolutiva. Lobel (1981) es la primera autora que esbozó el cuadro diferencial

entre la adolescencia normal y el trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. Más adelante, autores como García Siso (1990), Zdanowicz (1996), Skodol, Johnson, Cohen, Sneed y Crawford (2007) y Lasa (2002, 2003, 2009) también realizan intentos de desarrollar un cuadro diferencial en distintas áreas.

**El artículo es una versión abreviada del capítulo IV, subcapítulo 4.4 (pp. 316 a 366) de Monzón, S. (2018). Trastorno borderline de la personalidad adolescente ¿Etapa o trastorno? Madrid: Quipú Ediciones, que reseñamos en el presente número.*

¹Doctora en Psicología. Psicóloga Especialista Europea en Psicoterapia (EFPA). ²Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

^ACentro QUIPÚ Psicoterapia y Salud Mental. ^BDoctora en Psicología. Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Psicoterapeuta (EFPA). Profesora Adjunta de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Contacto: Silvia_monzon@hotmail.com

Recibido: 30/5/18 - Aceptado: 31/3/19

El estudio más completo sobre el tema es el realizado por Kernberg, Weiner y Bardenstein (2000), las cuales solo establecen las características de los adolescentes *borderline*, sin especificar las correspondientes a los adolescentes con un desarrollo evolutivo adecuado.

Respecto al estudio de áreas específicas diferenciales entre ambos grupos de adolescentes, las investigaciones que hemos encontrado también han sido escasas. Las áreas y los autores que hemos descubierto que hayan trabajado sobre el tema son los siguientes:

- Área de los mecanismos de defensa: Marcelli y Braconnier (1986), Kernberg (1984), Osmano (2005) y Pallarés (2008).
- Área de la formación de la identidad: Akhtar y Samuel (1996), Aberastury y Knobel (1971), Blos (1967), Kernberg (2012) e Icart (2012).
- Área afectiva y cognitiva: Geleerd (1958), Masterson (1972), Paz, Pelento y Olmos (1976), Paz y Olmos (1992), Garnet, Levy, Mattanah, Edell y McGlashan (1994), Jeammet (1995), Kernberg et al. (2000), Becker, Grilo, Edell y McGlashan (2002) y Ramklint, von Knorring y Ekselius (2003).
- Área familiar: Masterson (1972), Rinsley (1980), Lobel (1981), Lawson (2000), Kernberg et al. (2000) y Schuppert, Albers, Minderaa, Emmekamp y Nauta (2012).

Teniendo en cuenta la escasez de investigaciones publicadas al respecto, reduciéndose estas a unas pocas áreas específicas en detrimento de la presentación de un cuadro diferencial completo y general, presentamos a continuación una guía que nos ayude en su discriminación en un intento de organizar, estructurar y completar los criterios expuestos por los diferentes autores.

En primer lugar, y en consonancia con los autores estudiados, para establecer un diagnóstico diferencial entre los adolescentes con trastorno límite de la personalidad (TLP) y la adolescencia sin patología hay que revisar tanto los criterios cualitativos como los cuantitativos que desarrollamos a continuación.

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.

En segundo lugar, se deben tener presentes los síntomas transitorios, normales del desarrollo versus síntomas permanentes, crónicos y rígidos; esta es otra de las características diferenciales entre ambos, donde estos últimos hacen sospechar una patología *borderline* en la adolescencia, a diferencia de la transitoriedad y la flexibilidad de los síntomas que se presentan en la adolescencia evolutiva. Se comprobará que los comportamientos asociados a una aparente sintomatología límite, en la adolescencia sin patología son transitorios y, aunque se pueden manifestar muy intensamente, nunca llegarán a alcanzar la fuerza de los comportamientos asociados a los trastornos de personalidad, por lo menos no de manera duradera, persistente e inflexible. Los problemas que presentan los adolescentes sanos son puntuales y habitualmente tienen un desencadenante concreto; los adolescentes con TLP, sin embargo, presentarán grandes dificultades en muchas áreas de su vida.

Partiendo de estos criterios, a continuación abordaremos las siguientes áreas consideradas prioritarias por los diferentes estudios realizados sobre el tema y que detallamos a continuación: 1. Crisis de identidad. 2. Autoimagen. 3. Funciones cognitivas. 4. Relaciones parentales internalizadas. 5. Impulsividad. 6. Logro de la autonomía. 7. Afectividad. 8. Mecanismos de defensa. 9. Relaciones interpersonales. 10. Sexualidad. 11. Contexto familiar.

Método

Para realizar este trabajo de investigación, 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

La metodología seguida ha sido, por lo tanto, 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.

Crisis de identidad. Diferencias entre la crisis de identidad normal y la patológica (síndrome de difusión de la identidad) en la adolescencia

Todos los autores contemplados en nuestra investigación (Monzón, 2015) coinciden en que en la etapa adolescente se vive una de las grandes crisis de identidad, pero puede ser normal o patológica, por lo que a continuación presentamos las características diferenciales entre ambas.

En la práctica clínica nos podemos encontrar adolescentes que expresan sus dificultades para saber quiénes son, lo que les gustaría ser o dudas sobre su orientación sexual, acompañado todo ello de sentimientos de vacío y angustia, con importantes diferencias entre cómo se perciben ellos mismos y cómo les perciben los demás. Así mismo, también se observan síntomas de ansiedad por no encontrar ideales o no poderse identificar con sus iguales, aislándose en muchos casos. También existen jóvenes que presentan conductas identificatorias con grupos sociales en oposición a lo que los padres y profesores esperarían de ellos.

Como se puede observar, es difícil diferenciar si estos síntomas pertenecen a una crisis de identidad normal y pasajera de la etapa adolescente, o si se trata de la crisis de identidad característica del TLP.

Resumiendo, las principales diferencias propuestas por los diferentes autores citados anteriormente en el área de la identidad, entre la crisis de identidad normal y la patológica, esta última no acontece en cualquier adolescente como una etapa del desarrollo evolutivo; más bien se trata de una alteración patológica de la identidad. De hecho, existe acuerdo respecto a

que el adolescente con TLP se caracteriza por la utilización rígida y permanente de la separación defensiva (escisión) así como por un tipo específico de alteración patológica de la identidad denominada por O. Kernberg *síndrome de difusión de la identidad*.

El síndrome de difusión de la identidad se presenta en las patologías graves del carácter y tiene que ver con la falta de integración del concepto de sí mismo y de otras personas significativas (Kernberg, 2012). En la identidad difusa existen muchas alteraciones y dificultades en la estructuración del psiquismo del adolescente como son “la dificultad o incapacidad para definirse uno mismo y a las personas de su alrededor, falta de funcionamiento autónomo, falta de integración de uno mismo en relación a otras personas significativas en su vida, inestabilidad en la representación de uno mismo y de sus objetos, pérdida de perspectiva, viéndose caótico y contradictorio con conductas rígidas, incapaz de definirse él mismo ante el mundo, adopción de ciertas maneras de relaciones problemáticas y perpetuación de conflictos no resueltos de identidad difusa que le llevarán a estructurar una personalidad pseudo adulta” (Icart, 2012, p. 41).

Las principales diferencias entre la crisis de identidad normativa y la patológica en la adolescencia (síndrome de difusión de la identidad) se plasman en el siguiente cuadro-resumen (ver tabla 1 del anexo).

Autoimagen. Diferencias entre el narcisismo evolutivo adolescente y el narcisismo patológico en adolescentes *borderline*

Otra de las características fundamentales que acontecen en el periodo adolescente es el aumento y reactivación de las manifestaciones narcisistas (Kernberg, 1975; Marcelli y Braconnier, 1986; García Siso, 1990), o dicho de otro modo, la tendencia al egocentrismo e imagen omnipotente de sí mismo. Este es uno de los cambios que se producen en la etapa adolescente y que nos obliga a diferenciarlo de un verdadero trastorno narcisista y *borderline* de la personalidad (Kernberg et al., 2000). Con respecto a la imagen corporal que el adolescente construye de sí mismo, también corresponde al

adecuado equilibrio narcisista y a las oscilaciones en la autoestima (Lasa, 2009). Las diferencias entre ambas manifestaciones narcisistas se reflejan en la tabla 2 del anexo.

Funciones cognitivas

Durante el periodo adolescente todavía se presenta cierta labilidad cognitiva, que se traduce en una relativa falta de tolerancia a la ansiedad y de control de impulsos, pero nunca en el grado que presentan los adolescentes *borderline*, ni con un deterioro de las funciones cognitivas (Marcelli y Braconnier, 1986; García Siso, 1990).

Zdanowicz et al. (1996) encuentran en sus estudios empíricos que, tanto en los adolescentes sanos como en el TLP, las funciones cognitivas están debilitadas, a lo que acompaña una fuerte angustia, pero en el trastorno *borderline* hay mayor fragilidad cognitiva.

Los adolescentes con TLP mantienen el contacto con la realidad, pero presentan en muchos casos alteraciones cognitivas que afectan a la atención, la memoria, la orientación espacial y las capacidades verbales (Kernberg et al. 2000). También es frecuente que bajo un cuadro de hiperactividad exista una personalidad límite (Lasa, 2009).

En la tabla 3 del anexo presentamos un resumen con las diferencias en las funciones cognitivas y el contacto con la realidad.

Relaciones parentales internalizadas

La internalización de las exigencias, de las normas, de la responsabilidad moral, de la ética y del cuidado parental en el adolescente está prácticamente formada, no se encuentra deteriorada ni desarrollada a niveles tan primitivos como en el adolescente *borderline* (Marcelli y Braconnier, 1986; García Siso, 1990; Zdanowicz et al., 1996) (ver tabla 4 del anexo).

Impulsividad. Comportamiento impulsivo adolescente versus comportamiento impulsivo *borderline*

A esta edad, la impulsividad constituye uno de los modos de expresión preferidos en caso de

conflicto y angustia, y se manifiesta tanto en la vida cotidiana del adolescente como en el ámbito psicopatológico. Por lo tanto, también es importante poder diferenciar entre las conductas impulsivas normales de esta etapa (que pueden suceder durante la crisis de identidad normal de la adolescencia) de las conductas graves que pueden aparecer en la patología *borderline*, como, por ejemplo, los intentos de suicidio, actos delictivos o toxicomanías. Con el concepto de impulsividad normal, se hace referencia a un tipo de impulsividad moderada y puntual, con mayor tolerancia a la frustración y que favorece la comunicación, reconoce la relación de objeto y está al servicio de la integración y el desarrollo.

La impulsividad en el cuadro *borderline* es debida a la fragilidad del funcionamiento cognitivo, a los mecanismos de defensa primitivos y a la falta de asentamiento de la identidad y de una valoración adecuada, lo que no sucede en la impulsividad normal de la etapa adolescente (Kernberg, 1975; Jeammet, 1995; Kernberg et al., 2000).

En la tabla 5 del anexo presentamos un resumen con las diferencias en el comportamiento impulsivo adolescente versus comportamiento impulsivo *borderline*.

Autonomía. Diferencias en el logro de la autonomía entre el adolescente sano y el adolescente con patología límite

En la etapa adolescente se realiza un proceso de separación progresiva de los padres. Sin embargo, el adolescente con una patología *borderline* no logra la autonomía de forma adecuada, presentando dificultades importantes en el proceso de separación-individuación (Lobel, 1981; Kernberg et al., 2000) (ver tabla 6 del anexo).

Afectividad. Diferencias en el desarrollo afectivo entre el adolescente sano y el adolescente con patología límite

En relación con el resto de las áreas, la afectiva cuenta con mayor número de investigaciones debido a la importancia que presentan las alteraciones afectivas en la patología límite de cara a la etiología, al diagnóstico y a la calidad

de vida de las personas que sufren este trastorno de la personalidad.

Hay que resaltar, en primer lugar, la dificultad de identificación, expresión y modulación del afecto en el adolescente *borderline*, caracterizándose por una inmadurez e inestabilidad afectiva. Las personas con TLP se caracterizan por poseer un espectro restringido de afectos pertenecientes al rango disfórico, por mostrar una modulación limitada dentro del mismo afecto, y por cambiar abruptamente de un afecto a otro (Paz, Pelento y Olmos, 1976; Paz y Olmos, 1992; Garnet et al., 1994; Kernberg et al., 2000).

En segundo lugar, como indicaban autores como Geleerd (1958), Masterson (1972), Kernberg (1975) o Garnet et al. (1994), en el adolescente con TLP la angustia es primaria, intensa, crónica, libre y flotante. Es la angustia de pérdida total, de desastre y aniquilación, de destrucción, con una cualidad traumática muy diferente a la angustia mostrada por los adolescentes sanos. Estos últimos muestran capacidad para identificar esa angustia sin desarrollar una ansiedad tan intensa ni crónica que les paralice, no existen temores de pérdida total, de desastres, ni de aniquilación. La angustia es transitoria y puntual.

En tercer lugar, en cuanto a la agresividad, todos los autores hacen referencia a las alteraciones en la regulación de la agresión, expresada a través de cólera, rabia narcisista, ira intensa e inapropiada, así como intensa hetero y/o autoagresividad que en muchas ocasiones se convierte en violencia (Geleerd, 1958; Paz, Pelento y Olmos, 1976; Paz y Olmos, 1992). Suele ser respuesta a experiencias pasadas o presentes de daño real, trauma o abandono, y es una defensa frente al sentimiento de soledad y pérdida.

En cuarto lugar, también hay que resaltar los fuertes sentimientos y miedos al abandono que padecen estos adolescentes *borderline*, como una de las características afectivas principales (Masterson, 1972; Becker et al., 2002; Lasa, 2009). Esto contrasta con los adolescentes sanos, que pueden controlar estos sentimientos de abandono si aparecen, en cuyo caso no tienen esa intensidad, ya que son moderados y transitorios.

En quinto lugar, existe una alta incidencia de afectos depresivos en los pacientes *borderline*

(Masterson, 1972; James, Berelowitz y Vereker, 1996), así como episodios y trastornos afectivos mayores que después se pueden observar en adultos (Paz y Olmos, 1992; Ramklint et al., 2003), síntomas de vacío o aburrimiento (Masterson, 1972; Garnet et al., 1994) y depresión por abandono (Masterson, 1972).

Por último, como consecuencia de sus comportamientos impulsivos y de sus afectos depresivos, aparecen intensos sentimientos de rechazo, de falta de aceptación y de aislamiento (Kernberg, 1975; Kernberg et al., 2000). Estos adolescentes también se caracterizan por profundas sensaciones de temor hacia el futuro, pesimismo y falta de esperanza, en contraste con los adolescentes sanos, que muestran también estos sentimientos, pero en menor intensidad y con la riqueza de un amplio rango de emociones y mecanismos de defensa que compensan y ayudan a modular y transformar estos sentimientos. Los afectos culpógenos no suelen aparecer en los adolescentes *borderline*, a diferencia de la adolescencia normal, donde sí aparece el sentimiento de culpa y preocupación, con capacidad de responsabilizarse y de reparar el daño ocasionado.

En la tabla 7 del anexo presentamos un resumen con las diferencias entre el adolescente sano y el adolescente con patología límite en el diverso espectro afectivo.

Mecanismos de defensa. Diferencias entre los mecanismos de defensa evolutivos y los mecanismos de defensa del TLP en la adolescencia

En el funcionamiento sano de un adolescente, en los momentos más angustiosos, ante situaciones de estrés, puntualmente, de forma trivial y moderada, puede utilizar las defensas más primitivas y menos evolucionadas, pero no tan intensamente como en el caso del adolescente patológico. La diferencia es cuantitativa ya que, si se utilizan masiva y repetidamente, y si solo disponen de este tipo de mecanismos de defensa primitivos y desadaptativos para paliar la angustia (carácter monomorfo), se está utilizando de forma patológica los mecanismos de defensa propios de la adolescencia.

Las defensas para controlar los impulsos son primitivas cuando son menos evolucionadas y

eficaces, se usan de forma rígida, repetida, única y desadaptativa para eliminar los impulsos y no se dispone de mecanismos de defensa más maduros para paliar la angustia.

Respecto a los mecanismos de defensa utilizados en la patología *borderline*, los criterios que nos ayudan a diferenciarlos de los evolutivos de esta etapa adolescente (ver tabla 8 del anexo) son también cualitativos y cuantitativos, apareciendo la escisión, la idealización primitiva, la identificación proyectiva, la omnipotencia y devaluación y la negación (Kernberg, 1975; Kernberg et al. 2000; Osmano, 2005; Pallarés, 2008).

Relaciones interpersonales. Diferencias entre los adolescentes sanos y los adolescentes con patología límite

El adolescente que evoluciona adecuadamente puede establecer relaciones con otros y desarrollar el sentido de pertenencia a un grupo, tener interés en las relaciones sociales, en los hobbies y en el futuro, es capaz de tener amistades y buenas relaciones con sus compañeros y tener menor sensación de aislamiento y menor tendencia a conductas psicopatizantes en los grupos (Lobel, 1981; García Siso, 1990; Kernberg et al., 2000; Lasa, 2009).

En la tabla 9 del anexo se reflejan las características diferenciales en la forma de relacionarse de los adolescentes sanos y los adolescentes con patología límite.

Sexualidad. Diferencias entre adolescentes con trastorno *borderline* versus adolescencia normal

Con respecto a las expectativas de género y el desarrollo de una madurez sexual, el adolescente sano, a diferencia del adolescente con patología *borderline*, 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 (Aberastury y Knobel, 1971; Blos, 1967; Marcelli y Braconnier, 1986; Kernberg et al., 2000). En la Tabla 10 presentamos las diferencias en la construcción de la sexualidad de los adolescentes límite y los adolescentes sanos.

Contexto familiar. Diferencias en los cuidados parentales de adolescentes con trastorno límite de la personalidad y adolescentes sin psicopatología

En investigaciones empíricas recientes (Schuppert et al., 2012), se ha observado en adolescentes con TLP la ausencia de calor emocional, sobreprotección y rechazo de los padres, con mayor psicopatología materna y exceso de ansiedad y temor. A su vez, según estos resultados, los efectos de la patología *borderline* de los adolescentes (impulsividad, delincuencia, inestabilidad, comportamiento peligroso) provocan que los padres sean menos cercanos y les rechacen. Estas dos direcciones causales incluso se refuerzan entre sí.

El adolescente con TLP se diferencia del adolescente sin patología en que este último evoluciona adecuadamente; aunque puede ser exigente e intransigente ha podido internalizar relaciones parentales adecuadas. Estos adolescentes presentan un bajo índice de psicopatología familiar y un contexto familiar adecuado a los logros en la autonomía e individuación. Las diferencias se muestran en la tabla 11 del anexo.

Conclusiones

La evaluación diagnóstica diferencial entre adolescentes con y sin patología límite ha sido bastante escasa, así como las investigaciones diseñadas específicamente para esta población. Como consecuencia, el marco teórico y clínico del TLP en la adolescencia resulta realmente complejo, sin estar del todo definido y sin mostrar herramientas diagnósticas que ayuden a diferenciar ambos tipos de población.

Como consecuencia de todo lo anterior, se estimó la conveniencia de crear una guía que sirviese de orientación a la hora de identificar los criterios específicos para su diagnóstico diferencial, con el fin de generar datos que ayuden a su correcto diagnóstico, y para ello, resaltamos las siguientes conclusiones:

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, así como el alto grado de comorbilidad con otros trastornos.

Tanto en la evaluación como en el tratamiento, hay que tener en cuenta los síntomas transitorios, normales del desarrollo y los síntomas permanentes, crónicos y rígidos, puesto que estos últimos harían sospechar 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.

De esta forma, las principales áreas diferenciales entre ambos grupos (adolescencia normal vs. adolescentes con patología *borderline*) son las siguientes: 1. Crisis de identidad evolutiva vs. crisis de identidad patológica (síndrome de difusión de identidad). 2. Narcisismo evolutivo vs. narcisismo patológico. 3. Funciones cognitivas adecuadas, pero todavía no suficientemente estables vs. presencia de déficits cognitivos. 4. Relaciones parentales internalizadas adecuadas y suficientemente desarrolladas vs. relaciones parentales internalizadas no adecuadas ni suficientemente desarrolladas. 5. Impulsividad moderada y puntual con mayor tolerancia a la frustración vs. impulsividad masiva y repetida, con poca tolerancia a la frustración. 6. Logros de autonomía e individuación vs. fracaso en el logro de la autonomía y dificultades de separación. 7. Relativa madurez y estabilidad en la afectividad vs. inmadurez e inestabilidad afectiva. 8. Mecanismos de defensa evolutivos/adaptativos vs. mecanismos de defensa primitivos/desadaptativos. 9. 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 psicopáticas. 10. Desarrollo de la madurez sexual vs. sexualidad inmadura. 11. Contexto familiar sano vs. contexto familiar patológico.

Existen criterios que deben cumplirse para poder realizar un diagnóstico diferencial entre ambos, como la presencia de difusión de la identidad y el predominio de una constelación de operaciones defensivas primitivas centradas en la escisión, ambos presentes en la alteración *borderline* y ausentes en la adolescencia normal.

La identificación de estos criterios se puede observar en las narraciones del adolescente, durante las entrevistas de evaluación, a través de las técnicas proyectivas, así como en las verbalizaciones durante el proceso psicoterapéutico.

Bibliografía

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós, 1996.
- Akhtar, S. y Samuel, S. (1996). The concept of identity, developmental origins, phenomenology, clinical relevance and measurement. *Harvard Review of Psychiatry*, 3 (5): 254-267.
- 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.
- Blos, P. (1967). El segundo proceso de individuación de la adolescencia. En P. Blos, *La transición adolescente* (pp.118-140). Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
- 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.
- 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.
- Geleerd, E. (1958). Borderline states in childhood and adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13: 279-295.
- 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. doi: 10.1007/BF00708209
- Jeammet, P. (1995). Psicopatología de la adolescencia. *Psicopatología del niño y del adolescente*, 2: 977-1015.
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. Barcelona: 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: Manual Moderno, 2002.
- 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. (2009). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao: Altxa.
- Lawson, C. A. (2000). *Understanding the borderline mother. Helping her children Transcend the Intense, Unpredictable, and Volatile Relationship*. Maryland: Ed. Rowman & Littlefield publishers.
- Lobel, L. (1981). Estudio de los objetos transicionales en los historiales tempranos de adolescentes borderline. En L. Brandt: *Adolescentes borderline* (pp. 57-75). Buenos Aires: Nueva Visión, 1989.
- Marcelli, D. y Braconnier, A. (1986). *Psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson, 2005.
- Masterson, J. F. (1972). *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Monzón, S. (2015). *El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: diagnóstico diferencial con el desarrollo evolutivo adolescente*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Osmano, O. (2005). Adolescencia y trastornos de la personalidad: posibles vínculos entre el desarrollo normal y el patológico. *Revista Persona*, 2 (5).
- Pallarés, E. (2008). *Los mecanismos de defensa. Cómo nos engañamos para sentirnos mejor*. Bilbao: Mensajero.
- 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: Nueva Visión.
- Paz, C. y Olmos de Paz, T. (1992). Adolescence and borderline pathology: characteristics of the relevant psychoanalytic process. *International Journal of Psychoanalysis*, 73:7, 39-55.
- 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.
- Rinsley, D. (1980). Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents. *Bulletin of Menninger Clinic*, 44(2):147-70.
- Skodol, A., Johnson, J., Cohen, P., Sneed, J. y Crawford, T. (2007). Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 190:415-420.
- 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.
- Zdanowicz, N., Janne, P. y Reynaert, C. (1996). Adolescence and diagnostics. *Psychological reports*, 78(2):459-66.

Anexos

Tabla 1. Crisis de identidad

ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENCIA EVOLUTIVA
Crisis de identidad patológica: síndrome de difusión de identidad.	Crisis de identidad normal propia de la etapa adolescente.
Permanente falta de correspondencia entre cómo el adolescente se percibe y cómo es percibido por su entorno.	Falta de correspondencia transitoria entre cómo el adolescente se percibe y cómo es percibido por su entorno.
Carencia estable de la integración del concepto del sí mismo y de otros significantes.	Relativa carencia transitoria de la integración del concepto del sí mismo y de otros significantes.
Ausencia o pérdida de la capacidad normal para definirse uno mismo y a las personas de su alrededor.	Relativa capacidad para definirse uno mismo y a las personas de su alrededor.
Proceso patológico con mayor rigidez e incapacidad de resolver los conflictos.	Fase evolutiva con aumento de conflictos reversibles, transitorios y con capacidad de resolución.
Creciente desgaste de la energía defensiva que impide resolver los conflictos y que no contribuye al proceso de la formación de la identidad.	Aumento de la energía que contribuye al proceso de la formación de la identidad.
Aislamiento social agudizado, vacío interior y regresión a identificaciones tempranas.	Aislamiento y vacío transitorio y parcial con los demás.
Difusión de la perspectiva del tiempo.	Difusión parcial de la perspectiva del tiempo.
Rechazo de las normas sociales y tomar de forma radical todo lo que la sociedad rechaza.	Rechazo menor de las normas sociales. No tomar de forma radical todo lo que la sociedad rechaza.
Identificación rígida con un subgrupo social rebelde, antisocial, opositorista y alienado.	Identificación con grupos sociales con relativo opositorismo o carencia del mismo. Solidaridad interna con los ideales de un grupo étnico.
Identidad difusa.	Identidad normal e integrada.
Inconsistencia en actitudes y comportamientos.	Cierta consistencia de actitudes y comportamientos.
Poca claridad con respecto al propio género.	Claridad con respecto al propio género.
Crisis desde el inicio de la adolescencia.	Crisis durante la adolescencia.
Crisis no estructurante de su propia identidad.	Crisis estructurante de la identidad.
No superación adecuada de etapas anterior.	Superación adecuada de etapas anteriores.
Conductas conflictivas en todas las áreas.	Conductas conflictivas en áreas específicas.
Dificultad para la reflexión y tendencia al acto.	Capacidad reflexiva con menor tendencia al acto.
Fracaso en los estudios y trabajo.	Menor fracaso en los estudios y trabajo, con capacidad de resolución.

Tabla 2. Narcisismo

ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENCIA EVOLUTIVA
Narcisismo patológico.	Narcisismo normal propio etapa adolescente.
Carencia de un sí mismo integrado.	Existencia de un sí mismo integrado.
Labilidad narcisística por utilización excesiva y defensiva de mecanismos de disociación y proyección.	Labilidad narcisística por profundas transformaciones en la imagen corporal y por la pérdida de la imagen internalizada de los padres en la infancia.
Egocentrismo total de tenerlo y serlo todo.	Mayor capacidad para asumir las limitaciones.
Síntomas graves, permanentes y crónicos: Hipersensibilidad y dependencia de los demás Egocentrismo. Necesidad de autoimagen grandiosa. Actitudes menospreciantes y arrogantes, sobre todo de padres y de otros adultos. Reacciones de fanfarronería, orgullo y prestantia, sadismo y autoritarismo.	Síntomas transitorios: Sensibilidad y menor dependencia de la opinión y de la mirada del otro. Egocentrismo. Menor necesidad de autoimagen grandiosa, de actitudes menospreciantes y de orgullo.
Deseo y exigencia de ser el centro de atención, pero no acepta la dependencia ni muestra gratitud.	Deseo de ser el centro de atención y espera apoyo, mientras reconoce su dependencia y expresa agradecimiento.
Intensa necesidad de autoafirmación.	Menor intensidad de autoafirmación.
Inflación narcisista de la imagen corporal. Necesidad de auto/heteroagresión para tapar inseguridades. Vivencia propio cuerpo como incontrolable y explosivo, detestable y culpable de todo malestar psíquico.	Adecuada integración del esquema corporal. Buena imagen corporal de sí mismo. Ideal del sí mismo alcanzable.

Tabla 3. Funciones cognitivas

ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENCIA EVOLUTIVA
Dificultad de cumplir y poner en juego sus deseos no inhibirlos y sin articularlos. Incapacidad de asumir las limitaciones diarias.	Capaz de poner en juego sus deseos, de cumplirlos y articularlos. Mayor capacidad para asumir las limitaciones.
Falta de tolerancia a la frustración e impulsividad.	Mayor tolerancia a la frustración y menor impulsividad.
Presencia de déficits cognitivos, pero sin pérdida del contacto con la realidad.	Prueba de realidad adecuada. No hay presencia de déficits cognitivos.

Tabla 4. Relaciones parentales

ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENCIA EVOLUTIVA
Internalización de una imagen parental tiránica, sádica y temible.	Internalización de una imagen parental exigente.
Exhibición y ocultación de sus deseos. Radical disfunción ética: Dificultad para sentir culpa y reparar.	Desarrollo adecuado de las normas: cavilaciones éticas, de conciencia y la cólera y la venganza se reparan.

Tabla 5. Impulsividad

ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENCIA EVOLUTIVA
Masiva y repetida con poca tolerancia a la frustración.	Moderada y puntual, con mayor tolerancia a la frustración.
Utilización masiva de auto-heteroagresividad.	Utilización puntual de la auto/heteroagresividad.
No asienta la identidad ni la confianza. Reemplaza a la mentalización en detrimento de sus capacidades de elaboración mental y de toma de conciencia. Representa una violencia infligida a los demás que generalmente se vuelve secundariamente contra la propia persona.	Asienta la identidad y la confianza. Se apoya en la mentalización Favorece la comunicación, reconoce la relación con los demás y está al servicio del desarrollo Recurso homeostático, restablece sus fronteras y los límites entre lo interior y lo exterior, lo que es él y lo que no es él y refuerza su sensación de dominio.

Tabla 6. Autonomía

ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENCIA EVOLUTIVA
No logran la autonomía adecuada.	Logro de la autonomía a la edad adecuada.
Dificultades en el proceso de separación-individuación.	Adecuado proceso de separación-individuación.
Aparente independencia y necesidad de sentirse y demostrar que es independiente y diferente. Oscilan entre fusionarse y diferenciarse, tornando para su logro el controlar impositivamente al otro.	Menor intensidad en temas de independencia y diferenciación Menor necesidad de fusión y separación con los demás, sin necesidad de controlarlo de forma impositiva.
Miedo a la aniquilación y el abandono, que aumenta la dificultad de separación.	Mayor capacidad de separación y ausencia o menor miedo al abandono y a la aniquilación.

Tabla 7. Afectividad

AFECTIVIDAD	ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENCIA EVOLUTIVA
Expresión, identificación y modulación afectiva	Espectro restringido de afectos, mayormente disfóricos. Afectividad abrupta, con cualidad de todo o nada. Inmadurez afectiva: mecanismos de defensa primitivos. Inestabilidad emocional, amplias fluctuaciones en el estado anímico. Dificultad para expresar y distinguir emociones.	Amplio rango de afectos hacia los demás. Capacidades para expresar y verbalizar los afectos. Mayor madurez afectiva: mecanismos de defensa más maduros. Mayor estabilidad emocional con menores fluctuaciones. Sin dificultad para expresar y distinguir las emociones.
Angustia	Crónica, intensa, libre y flotante. Traumática, de pérdida total, de desastre y aniquilación. Incapacidad de identificar la angustia, con ansiedad básica que les paraliza.	Transitoria, moderada, intensa puntualmente, ligada a un objeto. Capacidad de identificar la angustia y sin ansiedad paralizadora.
Agresividad	Ira intensa y desproporcionada. Impulsividad agresiva y violencia (hetero/autoagresividad). Agresividad ante sentimientos de no ser queridos. Alteraciones en la regulación de la agresión, caracterizada por la <i>rabia narcisista</i> .	Excepcional, transitoria y puntual. Agresividad con menor impulsividad, más verbal, y ausencia de conductas violentas. Tristeza o actividad ante sentimientos de no ser queridos. Rabia narcisista transitoria y puntual.
Abandono	Intensos sentimientos y temores de abandono	Reacciones moderadas y transitorias de hipersensibilidad al abandono.
Sentimientos depresivos, soledad y vacío	Alta incidencia de afectos depresivos y soledad. Trastornos afectivos mayores y aparición temprana en el adulto de patología de la personalidad. Síntomas de vacío o aburrimiento.	Afectos depresivos de menor intensidad y duración. Ausencia de sentimientos de vacío, trastornos afectivos, de ansiedad por separación, de depresión por abandono y de patología de la personalidad en la edad adulta.
Rechazo y no aceptación	Consecuencia de la impulsividad, depresión y agresividad.	Moderados, puntuales y transitorios.
Aislamiento	Intenso y doloroso sentimiento de aislamiento.	Moderado, puntual y transitorio.
Desconfianza	Desconfianza básica.	Moderada, puntual y transitoria.
Desconfianza	Ausencia de culpa y de preocupación.	Existencia de sentimiento de culpa y preocupación, con capacidad de responsabilizarse y reparar la culpa.

Tabla 8. Mecanismos de defensa

MECANISMOS DE DEFENSA	ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENCIA EVOLUTIVA
Escisión	Principal defensa. Utilización masiva y monomorfa. Causa: maduración cognitiva primitiva.	Utilización puntual. Causa: ambivalencia. Maduración cognitiva adecuada.
Idealización	Idealización patológica, primitiva, desadaptativa, masiva, con cambios bruscos. Confusión casi total entre lo idealizado y la realidad. Narcisismo patológico.	Idealización evolutiva, adaptativa, puntual, mayor maduración y estabilidad. Menor confusión entre lo idealizado y la realidad. Regulador del narcisismo evolutivo.
Identificación proyectiva	Funcionamiento masivo. Incapacidad de discriminar entre uno mismo y los demás.	Funcionamiento puntual. Capacidad de discriminar entre uno mismo y los demás.
Omnipotencia y devaluación	Recurso masivo y maniaco ante sentimientos de devaluación, ruina y vacío.	Forma parte del desarrollo sano de la autoestima.
Negación del afecto	Masiva. Refuerza la escisión.	Puntual.
Impulsividad	Utilización masiva y repetida. Autoagresividad.	Utilización puntual. Excepcionalmente. Asienta la identidad y la confianza en sí mismo.

Tabla 9. Relaciones interpersonales

ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENTES SANOS
Escaso interés en el futuro, en los hobbies y en relaciones sociales. Renuncia al contacto por vivencia amenazante y ambivalente de pérdida del otro.	Interés en el futuro, en hobbies y en las relaciones sociales. Buena capacidad de contacto, correcta interiorización de la función materna.
No tienen sentido de pertenencia a un grupo. Relaciones indiscriminadas y posesivas. Malas relaciones con sus compañeros. Incapaces de tener amistades, desarrollando un sentido crónico de aislamiento.	Sentido de pertenencia a un grupo. Relaciones discriminadas y no posesivas. En general buenas relaciones con sus compañeros. Capaces de tener amistades. Menor sensación de aislamiento.
Intensas tendencias y conductas psicopatizantes de los grupos.	Tendencias menos intensas y menores conductas psicopatizantes de los grupos.

Tabla 10. Sexualidad

ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENCIA EVOLUTIVA
No está establecida la identidad de rol sexual. Dificultades para saber quiénes son y a qué género pertenecen.	Establecida la identidad de rol sexual. Saben quiénes son y a qué género pertenecen.
Incapacidad de intimidad. No pueden establecer o mantener relaciones afectivas ni sexuales estables. Promiscuidad.	Capacidad de intimidad. Pueden establecer relaciones sexuales estables con aquellas personas a las que quiere.
Renuncia sexualidad o/y conductas promiscuas. Dependencia pasivo-narcisista.	Preparación de la sexualidad adulta: Actividad, búsqueda del objeto sexual.

Tabla 11. Cuidados parentales

ADOLESCENTES CON TLP	ADOLESCENTES SANOS
Función materna inadecuada: tendencia a actuar de forma posesiva, agresiva, exigente, controladora, ansiosa y temerosa, con fuerte tendencia a forzar a sus hijos a un vínculo simbiótico.	Función materna adecuada: mayor seguridad, sin necesidad de controlar, exigir, agredir ni mantener fuertes relaciones simbióticas con sus hijos.
Inconsistencia, sobreinvolucración y rechazo en el comportamiento de la función materna.	Comportamiento materno consistente, tiene disciplina con consecuencias naturales y lógicas, con menores niveles de sobreprotección y ausencia de rechazo.
El menor es tratado como un objeto que calma las necesidades de la madre.	No se utiliza al menor y se le percibe como un sujeto con su propio derecho.
Fracaso en la separación-individuación del hijo: castigan o desalientan la independencia de su hijo.	Adecuada separación-individuación del hijo: estimulan la independencia del hijo.
Padres con alto índice de psicopatología depresiva, alcoholismo, trastorno borderline de la personalidad y antisocial de la personalidad.	Presencia de bajo índice de psicopatología familiar.
Insuficiente sostén emocional a sus hijos.	Adecuado sostén emocional a sus hijos.
No se disculpan de sus conductas inapropiadas y recuerdan conductas inapropiadas.	Reconfortan a sus hijos y se disculpan por sus conductas inapropiadas.
Disminuyen los logros de su hijo, disminuyendo su autoestima.	Padres orgullosos de los logros de sus hijos, construyen la autoestima del hijo.
Madre que se siente enajenada, celosa o resentida si el hijo es querido por otra persona.	Espera que su hijo sea amado por los demás, menores niveles de celos y resentimiento, si existen.
Usa amenazas de abandono y de castigo, no cree en la bondad básica del hijo y desconfía de él.	Nunca amenaza con el abandono, cree básicamente en la bondad del hijo y confía en este.
Ambiente desalentador y distante. Abandono materno.	Ambiente facilitador: comprensión y apoyo de y entre las figuras paternas.
Padres percibidos como totalmente buenos o totalmente malos. Descripción de los padres como fracasados, reticentes, egocéntricos, sádicos y punitivos.	Perciben a los padres con capacidad de integrar las partes buenas y malas. Descripción valiosa de los padres.
Incapacidad adolescente para relacionarse con los dos padres como pareja y para hacer frente a la rivalidad y a la envidia fraternas: hostilidad y abusos.	Capacidad adolescente para relacionarse con los dos padres como pareja y para hacer frente a la rivalidad y a la envidia fraternas.
Apego inseguro, desorganizado y/o contradictorio.	Apego seguro.