



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
CLAVE DE INCORPORACIÓN A LA U.N.A.M 8898-25

**“TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
EN LA ADOLESCENCIA”**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
DOMÍNGUEZ CÁRDENAS YERYBETH

ASESOR DE TESINA:
LIC. EN PSIC. SOCIAL IVONNE CARREÓN CÁZARES

OZUMBA, MEX.

JUNIO 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Soñar el sueño imposible,
luchar contra el enemigo imposible,
correr donde valientes no se atrevieron,
alcanzar la estrella inalcanzable.

Ese es mi destino.

Don Quijote.

AGRADECIMIENTOS.

A MIS PADRES.

Por ser parte fundamental en este camino, por su apoyo, cariño y comprensión a pesar de las adversidades de la vida, siempre estuvieron ahí como dos inmensos pilares dándome la fortaleza para culminar una meta más en mi trayecto educativo.

Muchas gracias.

A MIS HERMANOS.

Gabriel y Rey Alí Domínguez Cárdenas por darme apoyo incondicional e impulsarme siempre a cumplir mis propósitos y no abandonar mis sueños.

Los amo.

A LA VIDA.

Por permitirme despertar cada día con un nuevo anhelo, una nueva ilusión, que hoy se ha convertido en una realidad invaluable.

Gracias.

ÍNDICE	PÁG.
ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	12
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA. (TLP).	13
CAPÍTULO II. ADOLESCENCIA: DESARROLLO NORMAL.	17
2.1. EMOCIONAL	17
2.2. BIOLÓGICO	19
2.3. PSICOSOCIAL	20
2.4. COGNITIVO	21
CAPÍTULO III. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA (TLP).	23
CAPÍTULO IV. CRITERIO DIAGNOSTICO EN LAS ÁREAS AFECTADAS EN EL ADOLESCENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)	28
4.1. EMOCIONAL	28
4.2. BIOLÓGICO	28

4.3. SOCIAL	31
4.4. COGNITIVO	32
CAPÍTULO V. CUÁL ES LA AFECTACIÓN NEUROLÓGICA IMPLICADA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP).	35
5.1. HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS.	41
5.1.1. BATERIA NEUROPSICOLOGICA.	48
CAPITULO VI. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.	53
6.1. PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.	53
6.1.1. DE QUE TRATA LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.	55
6.1.2. ESTRATEGIAS EN LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.	56
6.1.3. TÁCTICAS EN LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.	57
6.1.4. TÉCNICAS EN LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.	58
6.1.5. EVOLUCIÓN EN LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.	60

CAPITULO VII. MÉTODO Y ANÁLISIS	61
7.1. PRESENTACIÓN DEL CASO Y ANÁLISIS	62
CONCLUSIONES.	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	67

INTRODUCCIÓN.

El DSM-IV (1994) define al Trastorno de la Personalidad como un patrón consistente de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, es generalizado e inflexible, tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es notable a través del tiempo y conduce a la aflicción y al deterioro.

En este trabajo el núcleo de la investigación es el Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia; retomando investigaciones y definiciones que han realizado otros autores, junto a las aportaciones que han perpetrado con base a la actualización de la ciencia, resulta que, los adolescentes que padecen este trastorno son personas muy inestables, tienen muchos cambios de humor, de estado de ánimo, y de ahí viene aquel dicho que se ha vuelto común: “soy bipolar”, pero en realidad no, se trata de Trastorno Límite de la Personalidad (IMSS 2004). Grijalva Jiménez (2005) añadió que algo típico de estos pacientes es que no obedecen límites y frecuentemente se muestran ansiosos, actuando por impulsos cortos que por lo regular no logran controlar. Señaló que es común hospitalizarlos por cuadros depresivos que incluso pudieron llevarlos a algún tipo de conducta autodestructiva como incurrir en adicciones, entre otras.

Ahora bien, el periodo de la adolescencia es la transición por la cual pasa todo ser humano, donde se presentan cambios emocionales, cognitivos y psicosociales; es por ello, que para distinguir un

trastorno dentro de la adolescencia, es necesario conocer las características de una adolescencia normal; así pues, una de las tipologías esenciales dentro de ésta es el reflejo de una madurez gradual, esto lleva al sujeto a crear una capacidad de adaptación a su entorno y realizar tareas individuales exitosas; sin embargo, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por la inestabilidad en la regulación afectiva, control de impulsos, relaciones interpersonales y autoimagen.

Asimismo, hablar de Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia me permite destacar algunas características neurológicas que hacen precisa dicha patología, situando las partes del cerebro que se dañan y las sustancias que se muestran carentes; así pues, puntualizando brevemente la estructura cerebral, la localización se encuentra en la amígdala (ira), la sustancia reticular ascendente (impulso) y las áreas corticales (control inhibitorio); por consiguiente, se puede distinguir la deficiencia de ciertas sustancias segregadas en un cerebro normal, como son: la serotonina (impulsividad), el exceso de dopamina (impulsividad) y los déficits frontales (impulsividad); en el caso del psicólogo, tener conocimiento de dicha información, suele ser factible para abordar al adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad, pues, el seguimiento del tratamiento con la psicoterapia Focalizada en la Transferencia, publicada por Otto Kernberg (1987) será objetivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, por el cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social, pero durante este proceso, algunos presentan ciertas características de desarrollo que provocan en el adolescente estacionarse en una etapa de duelo, esto es, a causa de los cambios cognitivos, biológicos, emocionales y psicosociales que viven encaminándolos a mostrar inestabilidad en los diferentes contextos en que se desenvuelven. Dichos cambios pueden tener características patológicas que no son parte de un desarrollo normal en el adolescente y sobre todo en el desarrollo de su personalidad; es por ello que decidí investigar el “Trastorno Límite de la Personalidad en la Adolescencia”, el cual, suelen confundir con un desarrollo normal; de manera que, para distinguir una adolescencia patológica de una normal, y poder así desarrollar un análisis de las características que presenta un adolescente con dicho trastorno, se parte de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las áreas más afectadas en el adolescente con trastorno límite de la personalidad?

La diferenciación entre cada área auxiliará a tener un mejor conocimiento respecto al TLP.

JUSTIFICACIÓN.

En la actualidad ha incrementado el porcentaje de adolescentes con características que indican problemas psicoemocionales los cuales aparentemente en su mayoría tienen semejanza a las características patológicas del trastorno límite de la personalidad, este trastorno si se manifiesta en la etapa de la adolescencia repercute considerablemente en el desarrollo del ser humano, es por ello, que este trabajo está dedicado a explorar todas las áreas afectadas por el trastorno límite de la personalidad.

El trastorno límite de la personalidad constituye un área de notable popularidad en el campo de la salud mental, ocupando un lugar predominante en la psicología clínica y psiquiatría, por lo que, algunos autores como Martínez-Raga (2005) llegan incluso a declararlo como el trastorno emocional más representativo de nuestro tiempo y como resultado de una sociedad instalada en la inmadurez, la banalidad y la falta de cohesión.

Datos encontrados en el psiquiátrico Ramón de la Fuente Muñiz (2006) el 20% de la población son adolescentes; por esta razón, mi investigación profundiza en esta población.

El adolescente diagnosticado con TLP presenta inestabilidad en todas las áreas de desarrollo, por lo que la psicología juega un papel muy importante dentro de esta investigación, identificando la problemática generada por el TLP. Además, de mencionar las alteraciones que esta patología causa en el cerebro, es decir, las áreas neurológicas y neurotransmisores afectados en un cerebro adolescente con TLP, que repercuten en su desenvolvimiento interpersonal y social; así pues, la

intervención del psicólogo con la psicoterapia Focalizada en la Transferencia basada en la teoría de las relaciones objétales de la psicología del yo, publicada por Otto Kernberg (1987), quien diseñó y desarrolló un método de tratamiento psicodinámico en esta psicoterapia; demostrando su utilidad en este tipo de pacientes, mejorando la integración de la concepción del self y de los otros, reduciendo la difusión de identidad y disminuyendo la impulsividad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Describir las áreas afectadas de un adolescente con Trastorno Limite de la Personalidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar las áreas que se ven más afectadas en el adolescente con TLP.
- Describir las afectaciones psicosociales y emocionales de un adolescente con TLP.
- Desarrollar y ejemplificar cómo se afecta neurológicamente el proceso de un adolescente con TLP.
- Detallar la intervención psicológica requerida con un adolescente con TLP.

HIPÓTESIS.

- El área emocional es la más afectada por el TLP en un adolescente.

CAPITULO I. ANTECEDENTES DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA (TLP).

El concepto de Trastorno Limite de la Personalidad actualmente aplicado a la psiquiatría, es propio de la segunda mitad del siglo XX; esto surgió de la patología llamada neurosis, en el libro “First Lines of the Practice of Physic” el médico escocés William Cullen (1777) menciona aquellos trastornos derivados de la inflamación de los nervios (Akiskal, H. S. 1994).

Con el paso del tiempo surgieron otras aportaciones, como la de Jonh (1992) quien en su libro “Borderline group of neuroses Psychoanal”, menciona los albores de la medicina, destacando algunos autores como Homero, Hipócrates o Areteo, quienes describieron, cómo algunas personas estaban sujetas a cambios inconsistentes del estado de ánimo, melancolía, manía e ira (Caballo, V. E. 1998); sin embargo, la edad media suprimió todas estas observaciones, y no fue hasta el renacimiento cuando se recuperaron algunas de ella; es por ello que, el primer teórico que revitaliza la noción de covariación entre estados de ánimo impulsivos y erráticos en un sólo síndrome fue Bonet, quien la denominó folie maniaco-mélancolique en 1684; para el Siglo XVIII Schacht y Herschel reforzaron las observaciones de Bonet añadiendo una perioricidad o regularidad rítmica de estos altibajos; algunos de estos pacientes alternaban estados de ánimo no predecibles o erráticos que no encajaban dentro de esta ritmicidad.

Miembros del servicio de psiquiatría del hospital de S. Marcos de Madrid han publicado un excelente trabajo sobre la evolución histórica moderna del término Borderline en las actas españolas de psiquiatría, descrito por Stern (1938) en su libro “Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses” (Clarkin, J. F. 1998).

Cuando él psiquiatra británico Hughes hablaba de un "campo fronterizo" en las enfermedades psicológicas; Kernberg (1975) en su libro “borderline conditions and pathological narcissism” señala que el término se popularizó en un breve plazo como "borderline"; en aquel momento describía a pacientes con diferentes cuadros sintomáticos, que no podían ser asignados con seguridad dentro de las tablas de neurosis ni en el espectro psicótico; para el año 1938 cuando se utilizó por primera vez el término "borderline" por Adolf Stern dentro del mundo profesional para describir un grupo de pacientes externos que no obtenían provecho del psicoanálisis clásico y que no encajaban en las categorías estándar de "neurótico" o "psicótico" (Coccaro, E. F. 1998).

La psicopatología en este tiempo estaba conceptualizada como un continuo: "normal", "neurótico", "psicótico". Durante algunos años el término fue usado de forma coloquial por los psicoanalistas para describir pacientes que, aun teniendo serios problemas de funcionamiento, no entraban dentro de las categorías diagnósticas y eran difíciles de tratar con los métodos analíticos convencionales; también, menciona que dentro del modelo psicoanalista (ya menos ortodoxo) la figura de Otto F. Kernberg (1975) en el marco de la teoría conocida como "object relations" tuvo mucha importancia en el camino hacia la conceptualización al principio señalada. Como resultado de sus estudios, se fue hablando cada vez más de una "estructura de personalidad

borderline" como algo estable y diferenciable, tanto de la neurosis (por la especial combinación y fluctuación de síntomas) como de la psicosis (episodios menos intensos y más cortos ligados a factores estresantes, mantenimiento del contacto con la realidad), estructura que, por tanto, iba adquiriendo identidad propia (Coid, J. W. 1998).

En tanto, el TLP aún no aparecía en el DSM-II. En un célebre trabajo de Gunderson (1975), publicado en su libro "Defining borderline patients" se establecieron finalmente cuatro criterios diagnósticos operativos que luego fueron el núcleo de lo que se estableció en 1980 en el DSM-III (Gunderson, J. G. 1984).

Es así como, en España, el TLP empezó a diagnosticarse con unos años de retraso con respecto a Estados Unidos. De ser un trastorno apenas conocido entre los profesionales de la salud mental ha pasado a diagnosticarse de forma cada vez más habitual y a edades más tempranas. Esta circunstancia ha dado lugar a una situación anómala, puesto que el aumento de la demanda social desborda la capacidad del sistema. Nos encontramos sin profesionales especialistas, sin publicaciones españolas ni versiones en castellano de los últimos textos editados en Estados Unidos y sin centros ni unidades apropiadas para el correcto tratamiento de estos complejos casos.

La versión definitiva del TLP está escrita en el DSM-IV (APA-1994) definiéndolo como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Finalmente es indispensable conocer una definición apropiada de lo que es un desarrollo normal dentro de la adolescencia, puntualizando cada área en la que se desenvuelve; para así, hacer una distinción de una adolescencia normal a una patológica.

CAPITULO II. ADOLESCENCIA: DESARROLLO NORMAL.

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Se considera un estadio trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. Entre los principales cambios que experimenta una persona en su adolescencia, aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la identidad sexual y la solidificación de amistades.

De acuerdo con John (2003), en su libro “psicología de la adolescencia” los adolescentes luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad. Se trata de un proceso de autoafirmación, que suele aparecer rodeado de conflictos y resistencias, en los cuales el sujeto busca alcanzar la independencia.

A continuación describiré cada fase de desarrollo por la que pasa cada individuo en el período de la adolescencia.

2.1.EMOCIONAL.

El trabajo diario con adolescentes según Kinney (2000) permite observar que los jóvenes son diferentes unos de otros, algunos muestran verdaderas turbulencias en su desarrollo, mientras otros

son tranquilos y silenciosos, ambas situaciones son normales. Su maduración no sigue una línea continua hay momentos en los que se muestran maduros y razonables y otros infantiles y rebeldes; tienen momentos de estrecha comunicación con los padres y otros en cambio se muestran aislados e introvertidos, como si fueran extraños en la propia familia.

El adolescente experimenta nuevas experiencias, una de ellas es la corporal la cual, menciona Delgado (2006) se convierten en fuente de preocupación, por lo que, comienza a compararse constantemente con sus compañeros de la misma edad y esto lo lleva al sufrimiento cuando descubre que su desarrollo se encuentra por debajo del de los demás.

Para Sorenson (1962) la etapa de identidad es la creación de un sentimiento interno de mismidad y continuidad, una unidad de la personalidad sentida por el individuo y reconocida por el otro, que es el saber “quién soy”; también, dice que el sentimiento de identidad implica la noción de un yo que se apoya esencialmente en la continuidad y semejanza de las fantasías inconscientes referidas primordialmente a las sensaciones corporales (Kernberg, O.F. 1970).

Los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que experimentan los adolescentes los lleva a ser acomplexados; pues, al mirar los cambios corporales que tienen, los vuelve sensibles y preocupados; esto los lleva hacer comparaciones angustiosas respecto a ellos mismos y sus compañeros. (Zimmermann, 1999).

2.2.BIOLÓGICO.

Los adolescentes son un grupo emergente, que tendrá interacciones sociales importantes mediadas por sus cambios, que experimentarán en los años de pubertad, por medio de un rápido crecimiento debido a mecanismos hormonales que van a permitir ese paso de la niñez a la adultez, y de la misma manera de una etapa no reproductiva a una reproductiva; es así como Rogol (2002), menciona que los cambios hormonales hacen posible el aumento de peso, talla, masa muscular y ósea, e incluyen la adquisición de los caracteres sexuales externos o secundarios propios de cada sexo, el tiempo en el que suceden varía entre individuos y etnias. Estos cambios en la composición del cuerpo comprenden la distribución de la grasa, fenómeno que se extiende durante la etapa de la pubertad y el marcado dimorfismo sexual.

La regulación hormonal del crecimiento y las alteraciones del cuerpo dependen de la liberación de gonadotropinas, leptina, esteroides sexuales y hormonas del crecimiento. La sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA, 2005) refiere que es muy probable que las interacciones entre estas hormonas sean más importantes que sus principales efectos, y que las modificaciones en el cuerpo y la distribución regional de la grasa, realmente sean signos que alteran los ejes de las hormonas periféricas y neuroendocrinas, procesos magnificados en la pubertad, pero que probablemente sean el eje de toda la vida, desde el crecimiento fetal hasta el envejecimiento. En este período otros órganos cambian, así el corazón, los pulmones, el hígado y los riñones también experimentan el máximo crecimiento en la pubertad, lo mismo que los músculos, cuyo crecimiento es influido por la testosterona que participa también en los huesos y la pérdida simultánea de grasa en las caderas.

La acción de la hipófisis posee la máxima importancia para la regulación de los cambios fisiológicos que acontecen durante el comienzo de la adolescencia; esta glándula localizada en el hipotálamo, libera ciertas hormonas, quienes a su vez, ejercen un efecto estimulante sobre la mayoría de las demás glándulas endocrinas que segregan sus propias hormonas relacionadas con el desarrollo; estas hormonas sexuales son conocidas como: testosterona, en los varones y estrógenos en las mujeres; están encargadas, respectivamente, de estimular el crecimiento de los espermatozoides y los óvulos maduros. (Fuller, 2001).

2.3. PSICOSOCIAL.

Durante la adolescencia, menciona Néstor (2012), es normal ver a los jóvenes separarse de sus padres y crear su propia identidad, en algunos casos, esto puede ocurrir sin problemas de los padres y otros miembros de la familia, sin embargo, puede provocar conflicto en algunas familias a medida que los padres tratan de mantener el control; los amigos se vuelven más importantes a medida que los adolescentes se alejan de los padres en búsqueda de su propia identidad.

El adolescente, lo describe Bianculli (1997), tanto en sus conductas aceptadas, como en aquellas penadas, es un aspirante adulto, con la ambivalencia que genera el temor a ser mayor por un lado y la actitud también ambivalente de los adultos y la cultura que contestan a través de estímulos y prohibiciones.

Sin embargo, los adolescentes se vuelven más fuertes y más independientes antes de haber desarrollado buenas destrezas, como lo es la toma de decisiones; esto inicia cuando el joven disfruta

su propia habitación; pero si esto no es posible, deben tener al menos algún espacio privado. También, la experiencia social puede estar influenciada por aspectos sin resolver de su propia niñez o de los primeros años del adolescente, el hecho de mantener líneas de comunicación abiertas, al igual que límites o fronteras claras e incluso negociables puede ayudar a reducir los conflictos mayores. (Álvarez, 2011).

2.4. COGNITIVO.

La capacidad para razonar de forma abstracta y lógica, los adolescentes son capaces de procesar mejor la información, Limón (1995), menciona que, a partir de capacidades crecientes relacionadas con la atención, la memoria y las estrategias para adquirir y manipular la información (estructuración significativa de los materiales para el recuerdo (Kernberg, O. F., 1975); por lo que, la acumulación de conocimientos que va relacionado con la edad, facilita asimismo la mejora de estas habilidades en el procesamiento de la información y de razonamiento; es el caso de la solución de un problema matemático.

Existen cuatro tipos de habilidades que el joven desarrolla en la etapa de la adolescencia; Carretero (1995) las estructura de la siguiente manera (pp. 278-279):

- a) *Habilidades de razonamiento*: razonamiento inductivo, deductivo y analógico, junto con la capacidad de argumentación.

- b) Habilidades de resolución de problemas: selección de información relevante, identificación de objetivos, planificación y elección de la estrategia óptima, toma de decisiones, ejecución de la estrategia y evaluación.
- c) Estrategias de aprendizaje: técnicas y hábitos de estudio y aspectos estratégicos implicados.
- d) Habilidades metacognitivas: Conocimiento sobre los propios procesos de pensamiento (conciencia de sus propias habilidades, capacidades...). Las habilidades metacognitivas implican procesos de planificación, evaluación, organización, monitorización y autorregulación. Inteligencia, aprendizaje, desarrollo psicomotriz. Operaciones formales.

El Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia presenta características similares al desarrollo normal de esta, es por ello que resulta necesario especificar cuáles son los cambios que se presentan normalmente para así identificar dicho trastorno, resaltando los aspectos que se tornan patológicos en la personalidad.

CAPITULO III. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA (TLP).

De acuerdo con Birger (2001), el TLP presenta una elevada sensibilidad ante estímulos emocionales, así como una tendencia a experimentar las emociones de manera muy intensa. Esas emociones suelen ser tan intensas que para huir del malestar que producen se refugian en conductas que le alivian momentáneamente ese malestar: promiscuidad, juego, compras inútiles, alcohol, drogas e incluso autolesiones.

Las características principales que definen el TLP son la inestabilidad e impulsividad. El diagnóstico está basado en nueve criterios del DSM-IV, por lo que, un sujeto que es diagnosticado con TLP, debe coincidir con cinco características de las que a continuación se mencionaran. (APA 2002: pp. 670-671):

1. La primera son los esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario, son muy sensibles a las circunstancias ambientales; experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada ante una separación aunque sea por tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes. Estos temores a ser abandonados están relacionados con la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados de otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como las conductas autolesivas o suicidas.
2. La segunda característica son las relaciones interpersonales inestables, intensas y turbulentas, extremos de idealización y devaluación. Son propensos a los cambios dramáticos en la opinión que tienen sobre los demás, alternando entre ver a otras personas como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos.

3. La tercera característica son los problemas de identidad: autoimagen o sentido de sí mismo inestable. Es visible cuando presentan cambios bruscos y exagerados de la autoimagen lo que se manifiesta por cambios en sus objetivos, valores y aspiraciones profesionales. También suelen presentar cambios bruscos en sus opiniones, los planes de futuro, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades que buscan. Se obsesionan con su apariencia física lo que puede conducirles a desarrollar un trastorno de alimentación.
4. La cuarta característica es la Impulsividad. Se refleja cuando el individuo comienza a realizar gastos excesivos, tiene sexo, abusa de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida.
5. La quinta característica son los comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos autolesivos. Estos actos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. El daño autoinfligido puede llegar a suponer un alivio pues les “reconecta con la realidad”, reafirmandoles en su capacidad de sentir.
6. La sexta característica es la Inestabilidad afectiva. Episodios de intenso malestar, irritabilidad o ansiedad, ira, angustia, desesperación que suelen durar unas horas y raras veces unos días. Sufren extrema reactividad al estrés interpersonal.
7. La séptima característica son los sentimientos crónicos de vacío. Descritos como una falta de sentido o vacío emocional que no puede llenarse con nada, puede conducir a una especie de dolor físico o a una especie de parálisis mental que inmoviliza al sujeto durante días.
8. La octava característica es la ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos. El sujeto manifiesta muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes.
9. La novena característica es la ideación paranoide transitoria. Relacionada con periodos de estrés extremos y duran entre minutos y horas.

Ahora bien, el TLP sigue siendo un diagnóstico muy controvertido en la adolescencia, a pesar de que el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana, que cubre todos los trastornos de salud mental, permite el diagnóstico del TLP en adolescentes. El DSM-IV (APA, 2002), es el manual de médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas y trabajadores sociales utilizado para diagnosticar esta enfermedad.

En el Psiquiátrico Manuel de la Fuente Muñiz (2001), se han hecho investigaciones con relación al TLP, citando que es un trastorno psiquiátrico grave y complejo, pues las personas que sufren de TLP pueden sentirse profundamente miserables, tanto que preferían morir antes que tolerar su sufrimiento; también, se puede esquivar o equivocarse en el diagnóstico del TLP; tanto que puede contribuir a un ciclo de múltiples hospitalizaciones y a veces probar medicamentos innecesarios o injustificados.

Según Adolf Stern (1938: pp. 145-148), el TLP en adolescentes por lo general se distingue por las siguientes cinco características:

1. Los adolescentes con TLP a menudo presentan una desregulación en el comportamiento. Es común que se lesionen ellos mismos, con frecuencia cortándose, para tratar de mejorar la regulación de sus emociones. Otras formas de autolesiones incluyen el quemarse con cerillos, encendedores y metales calientes, marcarse, picarse las cicatrices, perforarse (piercing) extensivamente en todo el cuerpo, golpearse la cabeza y golpear paredes.

2. Los adolescentes con TLP suelen decir que las autolesiones quitan el dolor emocional y lo transforman en dolor físico o que cuando ellos se sienten emocionalmente paralizados o muertos las autolesiones les hace sentirse vivos o por lo menos sienten “algo”. Algunos investigadores están tratando de ver si las autolesiones liberan opiáceos naturales del cerebro que puedan proporcionar un sentido temporal de bienestar.
3. La impulsividad es otro problema del comportamiento de los adolescentes con TLP. Los padres a menudo describen al adolescente como si estuviera actuando “sin pensar”. Esto incluye la promiscuidad sexual y el abuso de sustancias.
4. Los adolescentes con TLP normalmente sufren por problemas en sus relaciones interpersonales con profundos temores de abandono, conduciéndolos a tener relaciones caóticas para tratar de lidiar con este temor. Con frecuencia tienen dificultad para regular sus emociones y durante sus citas para tratamiento presentan problemas para controlar su ira, o muestran estados de ánimo muy reactivos. Pueden parecer perfectamente felices en un momento y volverse rápidamente explosivos, profundamente tristes o agitados para inmediatamente volver a parecer con una tranquilidad absoluta. A menudo hay una desregulación cognitiva tal que el adolescente con TLP puede tener creencias paranoicas e irracionales. Una creencia común es que no se les ama, o que van a ser abandonados, a pesar de no tener evidencia alguna que apoye estos pensamientos. Esta creencia puede resultar tan agotadora que los adolescentes llegan a creer que terminarán solos para el resto de sus vidas.
5. Por último, hay una auto-desregulación donde los adolescentes suelen confundirse acerca de su propia identidad, sus sentimientos y valores. Aunque los adolescentes normales a veces comparten estas características, los adolescentes con TLP y sus familias reconocen que a veces son tan carentes de un sentido de sí mismos que toman las características de las personas a su alrededor,

casi apropiándose de sus identidades. Los adolescentes con TLP a veces también sienten una profunda soledad, vacío o aburrimiento. Además, adolescentes con TLP suelen tener relaciones inestables con sus padres y con sus amigos “cercaños”. Sienten mucho coraje, la mayoría de las veces como respuesta a problemas en las relaciones. Describen sentimientos de vacío y temores de ser abandonados o mal entendidos por las personas que más aman. A menudo reconocen que sienten las cosas más profundamente y por más tiempo que la mayoría de sus compañeros. Se puede diagnosticar el TLP en adolescentes cuando los rasgos adversos o autodestructivos son persistentes, penetrantes y que empeoran con el tiempo.

La personalidad de los adolescentes aún está en desarrollo y cambia con el tiempo. Los síntomas mencionados, junto con una impulsividad autodestructiva, como tener encuentros sexuales irresponsables, desenfreno al comer, abuso de sustancias, conducción temeraria y las autolesiones no son características de un adolescente normal en desarrollo. (González, 2005).

Tomando en cuenta las características que posee el adolescente diagnosticado con Trastorno Límite de la Personalidad, es necesario enfocarse en la investigación de cada área afectada, y con ello, identificar cual es predominante.

CAPITULO IV. CRITERIO DIAGNOSTICO EN LAS ÁREAS AFECTADAS EN EL ADOLESCENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP).

El estudio del Trastorno Limite de la Personalidad empezó cuando psicoterapeutas y psicoanalistas se encontraban cada vez con mayor frecuencia ante pacientes que mostraban no tener capacidad de introspección; presentando distorsiones graves en la percepción de los demás, a quienes trataban como si fueran totalmente buenos o malos de un modo radical. De acuerdo con Mahler (1977) al estudiar la personalidad del adolescente con TLP define que, si no es tratado este padecimiento incrementa, a manera de encontrar en un adulto, una adolescencia prolongada.

Hoy en día es posible observar muchos casos de adolescencia prolongada que corresponden a un trastorno Límite; es por ello que el conocer las distintas áreas que se ven afectadas por dicho trastorno hace objetivo y fácil el diagnóstico; estas son:

3.1. EMOCIONAL.

Los adolescentes con Trastorno Límite de la Personalidad, destaca Zanarini (2000), usualmente son hostiles, iracundos, con frecuencia se sienten deprimidos, aburridos y con sentimientos crónicos de vacío; asimismo, son temerosos, envidiosos y sarcásticos; usualmente, la depresión obedece a una gran sensación de vacío, que no es consecuencia de la culpa, sino de la desesperanza. En la organización de su personalidad, los adolescentes con TLP manifiestan predominante

defensas primitivas y el mecanismo central es la escisión; la cual se relaciona con otras como son la idealización primitiva, la identidad proyectiva, la negación, el control omnipotente y la devaluación. Todas estas defensas protegen al Yo del conflicto que surge de las representaciones contradictorias y disociadas tanto del sí mismo como de otras.

La característica esencial de estos pacientes es que muestran conductas como si tuvieran su capacidad emocional completa; sin embargo, no hay reciprocidad en sus relaciones interpersonales, de manera que, Gorton (1982), expone que en la vida adulta muchos pacientes continúan viviendo con sus familias y tiene dificultad para establecer relaciones de pareja; sus logros vocacionales regularmente son buenos pero rara vez los disfrutan; sus pasatiempos son limitados o no existen y, si los tienen, son de escaso contacto social; por otra parte, los adolescentes con TLP muestran incapacidad para estar solos; prefieren las aventuras intensas, conflictivas y breves, una tras otra, precisamente, por huir tanto de la cercanía como de la soledad (Kraepelin, E. 1921).

3.2. BIOLÓGICO.

Según Torgensen (1994), resaltaba que la personalidad era una función del ambiente, afirmando que no hay transmisión genética del síndrome borderline descrito en el DSM-III, si bien distinguía dos posibles subtipos, el borderline impulsivo y el borderline vacío, admitiendo una ligera influencia genética en el primero, mientras que el segundo podría estar genéticamente relacionado con la esquizofrenia (Leichsenring, F. 1999).

La biología desempeña un papel menor, en especial en la infancia, tiene mucho mayor impacto en la conducta que el ambiente, esto es, un niño con biología borderline sería hipersensible y podría

interpretar palabras cariñosas como hirientes. Ante la impulsividad y los desajustes de conducta, padres sanos podrían actuar con acciones disciplinarias que serían interpretadas como abusos por este tipo de niños. (Gonzalez, 2008).

Los rasgos relacionados con el TLP tienen influencia genética y la personalidad es heredable; Pérez (2005), argumenta que es por eso que se han realizado amplios estudios entre gemelos comprobando que si uno cumplía los criterios, el otro también lo hacía en aproximadamente un tercio (35 %) de los casos; por lo tanto, explica que la herencia del trastorno es similar en diversos países.

De acuerdo con Zanarini (1993), los estudios sobre gemelos, hermanos y otros estudios de familia indican una base parcialmente heredable de la agresión impulsiva, es decir, de rasgos fundamentales, pero que también son comunes al trastorno de personalidad antisocial; por ejemplo, describe que la agresión impulsiva es el endofenotipo fundamental; estos son características medibles que reflejan el genotipo mejor que la propia categoría diagnóstica; en este sentido, los estudios sobre genes candidatos, en especial los relacionados con la serotonina, muestran una base más sólida para la herencia de los rasgos o vulnerabilidades mientras que sería necesario determinadas condiciones ambientales para que se manifestaran como trastorno.

2.4-PSICOSOCIAL.

Los adolescentes con Trastorno Limite de la Personalidad son destructivos y autodestructivos, debido a que la patología se encuentra esencialmente en las funciones del Yo; asimismo, carecen de suficiente energía neutralizada y no pueden posponer la descarga de sus impulsos; así pues, las manifestaciones conductuales son múltiples, lo más llamativo son las actuaciones impulsivas o en una amplia variedad de formas: actos autodestructivos, actos destructivos hacia otros, conducta antisocial y abuso de drogas, entre ellas de alcohol; con frecuencia, las conductas autodestructivas coinciden con la pérdida de un objeto del cual se depende mucho, por ejemplo, la pareja; posterior de una relación idealizada con un objeto de amor, que culmina en desilusión o abandono, es cuando el adolescente con TLP se refugia en la ingesta de alcohol o de otras drogas. (Greenson, 1989).

La esfera sexual, que esta matizada por lo impulsivo, lo autodestructivo y la escisión, lo que da lugar a una actividad sexual promiscua (no importa la persona sino la descarga impulsiva sexual), perversa o ambas, en estos adolescentes. (Kohurt, 1984, cita en *Emotion processing in borderline personality disorders*).

A los adolescentes con TLP con una identidad difusa, Iliana (1984), los describe con la falta de integración del concepto de sí mismo y de cómo lo perciben los demás; en los pacientes con TLP es relevante su experiencia subjetiva de vacío crónico, auto percepciones contradictorias debido a lo lábil en la percepción de los otros y dificultad para desarrollar empatía con las personas.

El principal factor ambiental estimado en todas las investigaciones que ha realizado con relación al desenvolvimiento social de un adolescente con TLP, es siempre el trasfondo familiar, Gunderson (2001), menciona que aunque se ha considerado que no existe conexión entre estas condiciones familiares; define dos tipologías de familias en las que aparecen casos de TLP aunque existen combinaciones: de una parte, familias caótico-inestables y, por otra, familias negligentes y practicantes del abuso emocional. Las familias caótico-inestables se caracterizan por constantes crisis matrimoniales y disputas familiares, escenarios impulsivos, alcohol o dependencias y utilización de los hijos como chivo expiatorio; por lo que, el otro tipo de familia tiene como rasgos característicos la frialdad con los niños, desmoralización o invalidación, negligencia, separación temprana de los padres, o fases largas de depresión por parte de los padres.

La impulsividad de los padres con TLP puede afectar negativamente a la descendencia, que sufre de ese modo un daño similar al que tuvieron sus padres; no obstante, no se puede incluir a todos los padres TLP en la misma categoría, en lo que respecta a la conducta de los hijos, y no existe un conocimiento sólido sobre los componentes genéticos de la cuestión; esto es, que hay muchos pacientes borderline que proceden de familias que actúan de forma responsable y ejemplar. (Reich, 2001).

3.4. COGNITIVA.

Los pacientes con TLP pueden presentar todo tipo de distorsiones cognitivas y especialmente, un pensamiento dicotómico; esto es, una de las muchas formas de distorsión del pensamiento; por ende, cuando el pensamiento se torna rígido nos enfrentamos a problemas para calificar los datos

de la realidad de manera flexible, que permita entenderla en varios matices, implicando entender las cosas en términos de todo o nada, verdad o mentira, buenas o malas, ideales o terribles; por lo tanto, las percepciones no tienen en estos casos algunos aspectos positivos y otros negativos al mismo tiempo, así que los matices entre el blanco y el negro se encuentran ausentes. (Soler, 1990).

El paciente con TLP, menciona Chávez (2006), tiene el problema de ver las situaciones tal cual son, por ello es que sus reacciones se vuelven extremas; tiende a acercarse demasiado o a repeler con intensidad a quienes lo rodean, a amar y/o odiar de manera muy determinante, cuando las situaciones que lo rodean las observa malas o decepcionantes llega a enojarse en extremo y a desaprobarlas.

De acuerdo con Chavez (2006), la vida de un adolescente con TLP está llena de circunstancias que funcionan y otras que no, es discontinua, los deseos llegan a no cumplirse, pero a medias, la felicidad le es satisfactoria por momentos pero también a veces es difícil de conseguirse, etc. Si el paciente con TLP no tiene la flexibilidad y tolerancia, perderá relaciones interpersonales, directrices, metas y esfuerzos continuamente.

Es importante tener en cuenta que ninguno de estos factores puede explicar por sí solo el desarrollo de un TLP ni actuar como causa. Simplemente son factores que aumentan el riesgo y la posibilidad de que el TLP aparezca. Es por ello que, el especificar el TLP desde el punto neurológico nos

explica mejor la causalidad de dicho trastorno. En el siguiente capítulo se explica el TLP de manera neurológica.

CAPITULO V. CUÁL ES LA AFECTACION NEUROLOGICA IMPLICADA EN EL TLP.

El estudio de los adolescentes con TLP es un medio para disminuir la influencia de los efectos de la duración de la enfermedad (por ejemplo, el tratamiento, la cronicidad) en los hallazgos de investigación, según Puente (2010) el TLP es moderadamente heredable, sin embargo, aún no se han identificado genes específicos, y la vulnerabilidad genética es más probable que esté vinculada a ciertos factores del temperamento tales como emocionalidad negativa, impulsividad, e introversión. De hecho, se halló recientemente un patrón temperamental específico del TLP que comprende rasgos temperamentales de oposición como la búsqueda de situaciones novedosas y la evitación del daño entre los adolescentes con TLP, incluso cuando se comparan con controles clínicos.

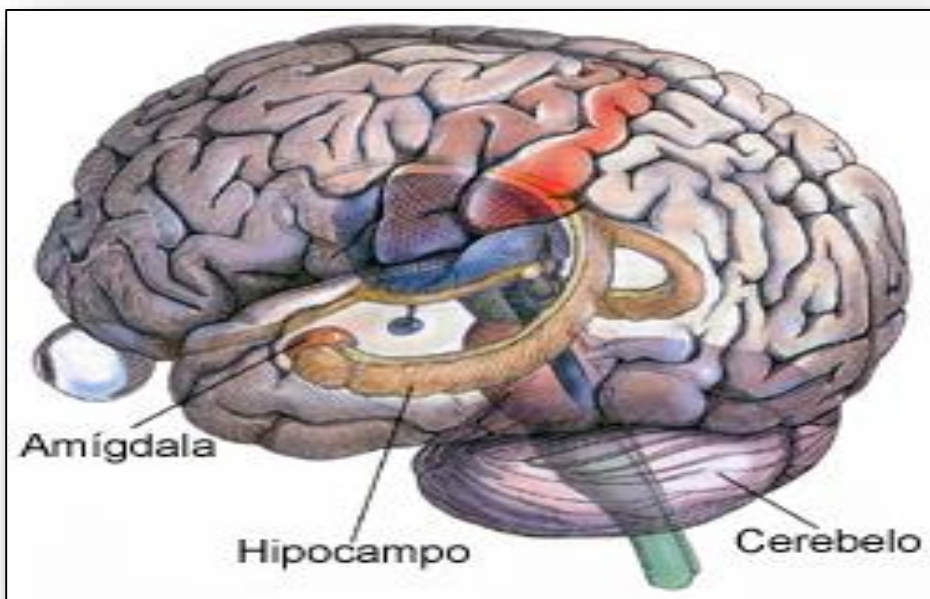
Los estudios realizados recientemente por Puente (2010), en adultos con TLP apoya la interacción entre genes y medio ambiente y su correlación en el desarrollo de este trastorno. Esto significa que los individuos con un genotipo sensible están en mayor riesgo de TLP en presencia de un ambiente predisponente.

Por otra parte, los genes que influyen en las características del TLP también aumentan la probabilidad de estar expuesto a ciertos eventos adversos en la vida. Un estudio realizado por Andion (2013) mencionaba que la estabilidad de los rasgos del TLP en la adolescencia está en gran medida influenciada por una combinación de factores genéticos y ambientales no compartidos, es

decir, se centraron en los genes candidatos de los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico, sin hallazgos estables y bien replicados. Los únicos datos genéticos sobre TLP en adolescentes sugieren que los polimorfismos en el gen del transportador de serotonina podrían ser un factor de riesgo para el desarrollo del TLP.

Sin embargo, los hallazgos comunes de reducción de volumen de la amígdala y el hipocampo (fig. 1) en adultos con TLP no parecen estar presentes en el curso temprano del TLP

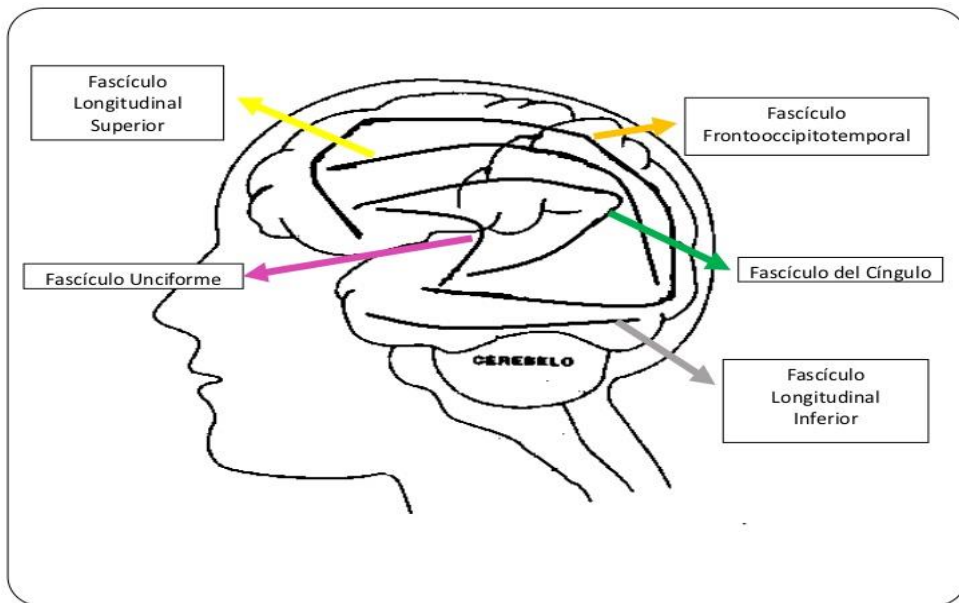
Figura 1. Representación de la amígdala y el hipotálamo.



La amígdala forma parte del sistema límbico, y su papel principal es el procesamiento y almacenamiento de reacciones emocionales y el hipotálamo Regula la liberación de hormonas de la hipófisis, mantiene la temperatura corporal, y organiza conductas, como la alimentación, ingesta de líquidos, apareamiento y agresión. (Stuss, D.T.; Benson, D.F., 1986).

Los recientes estudios de imágenes por tensor de difusión (ITD) realizados por Scale (1997) en adolescentes con TLP han puesto de manifiesto la disminución de la anisotropía fraccional en el fascículo longitudinal inferior (fig. 2,) en comparación con individuos sanos y la disminución de la anisotropía fraccional en el fornix en comparación con los controles clínicos. Se hallaron alteraciones significativas de la sustancia blanca específicas del trastorno, incluyendo a las vías de la sustancia blanca implicadas en la regulación emocional así como en el reconocimiento de emociones, lo que sugiere que una red de procesamiento emocional a gran escala se ve interrumpida en los adolescentes con TLP.

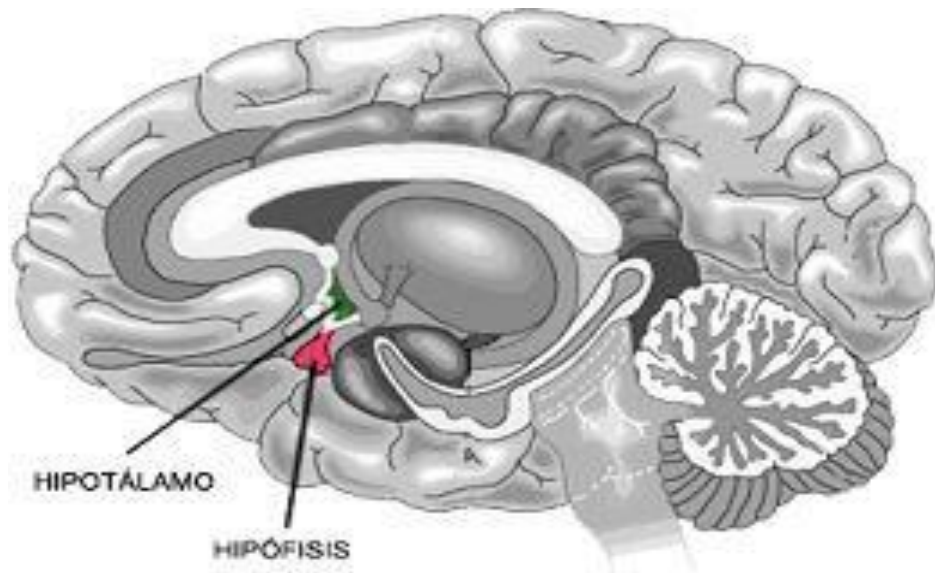
Figura 2. Fascículo longitudinal inferior.



En el fascículo longitudinal inferior se observan las alteraciones significativas de la sustancia blanca específicas del trastorno, incluyendo a las vías de la sustancia blanca implicadas en la regulación emocional así como en el reconocimiento de emociones (Tulving, E. 1987).

Los comportamientos disfuncionales agudos característicos del TLP se producen a menudo como reacción a situaciones estresantes. Se ha propuesto una vulnerabilidad específica al estrés (intensidad emocional mayor en respuesta a factores de estrés y retraso en el retorno a la línea de base afectiva) para las personas con TLP, que podría estar asociada con el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (EHHA) (fig. 3).

Figura 3. Hipotálamo e hipófisis.



El hipotálamo es la región del cerebro más importante para la coordinación de conductas esenciales, vinculadas al mantenimiento de la especie. Regula la liberación de hormonas de la hipófisis, mantiene la temperatura corporal, y organiza conductas, como la alimentación, ingesta de líquidos, apareamiento y agresión (Tirapu-Ustárrroz, J.; Muñoz-Céspedes, J.M. 2005).

Los adultos con TLP muestran una respuesta atenuada del cortisol al estrés agudo, y esto también se ha hallado en adolescentes con ALNS repetitivas. Más comportamientos de autolesión en adolescentes con TLP se asociaron con un aumento del volumen de la pituitaria (fig. 4), lo que sugiere una mayor activación basal del EHHA. Teniendo en cuenta estos resultados, es posible que la activación prolongada del EHHA en los individuos con TLP pudiera inducir una respuesta menor del mismo.

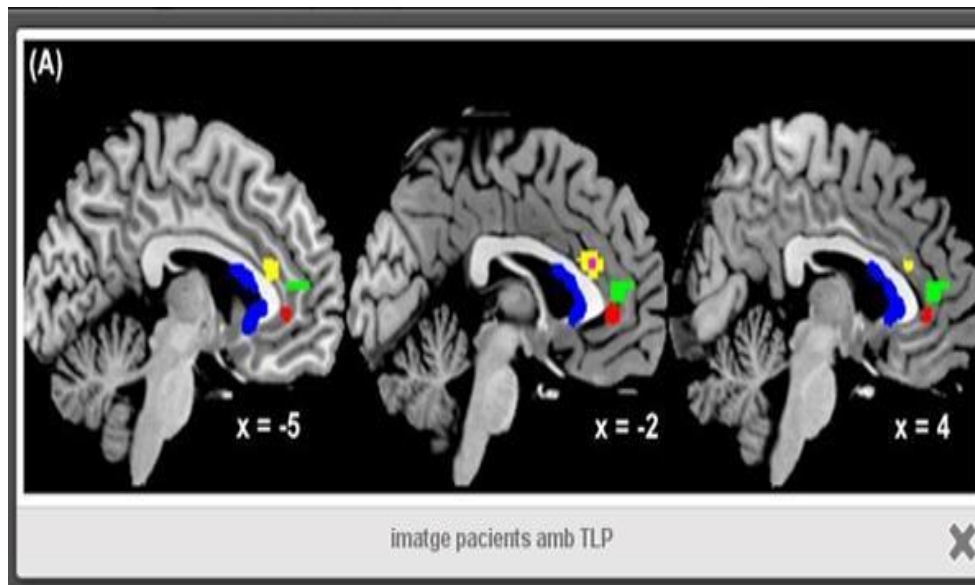
Figura 4. Glándula pituitaria.



La pituitaria es la glándula de control maestro produce hormonas que afectan el crecimiento y las funciones de las otras glándulas del cuerpo (Dobzhansky, T. 1967).

En total, los hallazgos neurobiológicos existentes en adolescentes con TLP (fig. 5) son preliminares y necesitan replicación. Se requiere nueva investigación, por ejemplo, para mejorar la evaluación de los procesos de desarrollo (como la maduración del cerebro), o la interacción entre diferentes sistemas neurobiológicos y el medio ambiente.

Figura 5. Cerebro con TLP.



Entre los resultados obtenidos destaca la presencia de alteraciones en la zona frontomedial del cerebro, que se encuentra entre los dos hemisferios y que tiene un papel relevante en el control de las emociones y en la toma de decisiones. Precisamente, la pérdida del control de las emociones y la impulsividad son los síntomas más característicos del TLP (Cummings J. L. 1995).

5.1.HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS.

Se han hallado comúnmente alteraciones en el procesamiento de la información emocional en adultos con TLP y se han propuesto como un mecanismo clave en la etiología de este trastorno. Sin embargo, los hallazgos en los adolescentes son inconsistentes.

Un estudio realizado por Rodríguez (2008) en los pacientes adolescentes con TLP muestran una orientación más fuerte hacia estímulos emocionales negativos, pero un estudio comparable no encontró evidencia de un aumento de la sensibilidad a expresiones emocionales faciales. A pesar de esto, la patología borderline adolescente se ha relacionado con una incapacidad para desviar la atención de las expresiones faciales negativas durante el mantenimiento atencional ante un estado de ánimo negativo.

También se halló que los adolescentes con TLP tienen una coordinación de la perspectiva social deteriorada y déficits en la llamada teoría de las tareas mentales. Este último déficit parece ser debido a un estado mental de razonamiento sobre-interpretativo (hipermentalización = proceso social-cognitivo que implica hacer suposiciones acerca del estado mental de otras personas que van mucho más allá de los datos observables que un observador promedio tendrá que esforzarse para ver en la forma en que están justificadas), más que a la reducción o la pérdida de la teoría de la mente en sí. Por último, los jóvenes con TLP tienen una preferencia por la gratificación inmediata y una tendencia a descontar recompensas a más largo plazo, que parece estar relacionada a un rasgo de impulsividad.

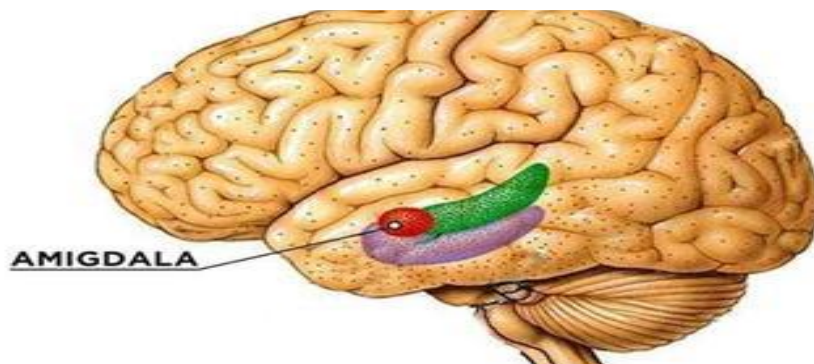
Oldham (2001) especifica los neurotransmisores con mayor deficiencia en el cerebro de una persona con Trastorno Limite de la Personalidad:

NEUROTRASMISORES IMPLICADOS EN LOS RASGOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.	
SEROTONINA, NORADRENALINA, ACETILCOLINA.	<ul style="list-style-type: none"> • RELACIONADA CON EL HUMOR.
ÁCIDO GAMMA-AMINO BUTÍRICO.	<ul style="list-style-type: none"> • MAYOR NEUROTRANSMISOR INHIBIDOR DEL CEREBRO, QUE PUEDE ESTABILIZAR LAS FLUCTUACIONES DEL ESTADO DE ANIMO.
ÁCIDO GLUTÁMICO.	<ul style="list-style-type: none"> • NEUROTRANSMISOR RESPONSABLE DEL PLACER.
DOPAMINA.	<ul style="list-style-type: none"> • NEUROTRANSMISOR CON FUNCION EN LA ACTIVIDAD MOTORA, COMPORTAMIENTO, COGNICION, MOTIVACION, RECOMPENSA, SUEÑO, HUMOR, ATENCION Y APRENDIZAJE.

La fisostigmina, un estimulante colinérgico provoca respuestas extrañamente específicas en los TLP, como respuestas depresivas generales. Existen investigaciones como la de Cherek (1997) que sugieren que algunas anomalías encontradas indican un fallo de coordinación entre redes cerebrales. Se ha visto que los pacientes muestran patrones de respuesta neural correspondientes a individuos más jóvenes, indicando un fallo en la maduración y desarrollo del sentido de la propia identidad (Linehan, M. 1999).

Los mecanismos cerebrales subyacentes a la impulsividad, inestabilidad emocional, agresividad, ira y emociones negativas que podrían estar en una desregulación de los circuitos neuronales que modulan las emociones. En especial, se caracteriza por pequeñas diferencias individuales en la regulación de la amígdala (figura 6), un núcleo cerebral que desencadena el pánico o la ira en respuesta a estímulos de peligro procedentes de otras áreas cerebrales. Algunos individuos tienen dificultades para inhibir esta respuesta desde el área prefrontal. Se sabe que el abuso de sustancias o el estrés empeoran esta capacidad de inhibición. (Trestman 1993).

Figura 6. Amígdala.



La amígdala forma parte del sistema límbico, y su papel principal es el procesamiento y almacenamiento de reacciones emocionales (Cohen, R. D. 1993).

Un estudio sobre afectados de TLP, viendo que mostraban una actividad significativamente superior en la amígdala izquierda, en comparación con sujetos normales. Algunos pacientes con este trastorno incluso tenían dificultades para clasificar caras neutras, que veían como amenazantes. (Malhotra, 2003).

Estudios realizados por Driesden (2000) se encontro una disminución de tamaño significativa en el volumen del hipocampo y de la amígdala en síndromes con síntomas disociativos. La diferencia de tamaño del hipocampo, una estructura cerebral relacionada con la memoria, se ha establecido en un promedio de un 16 % menor lo cual podría explicar dos rasgos asociados al TLP, la dificultad para aprender de la experiencia y los problemas para generar una identidad.

En cuanto a la disminución de volumen en la amígdala, estudios posteriores llevados a cabo por Tebartz (2007) confirmaron las cifras iniciales, encontrando un aumento correspondiente en la amígdala izquierda del 17 % en los contenidos de creatina, posiblemente para compensar un deterioro en las redes neuronales (figura 7, pag 43). En realidad, las reducciones de la substancia gris ya habían sido observadas anteriormente, pero se vinculaban especialmente a la comorbilidad con el trastorno esquizotípico.

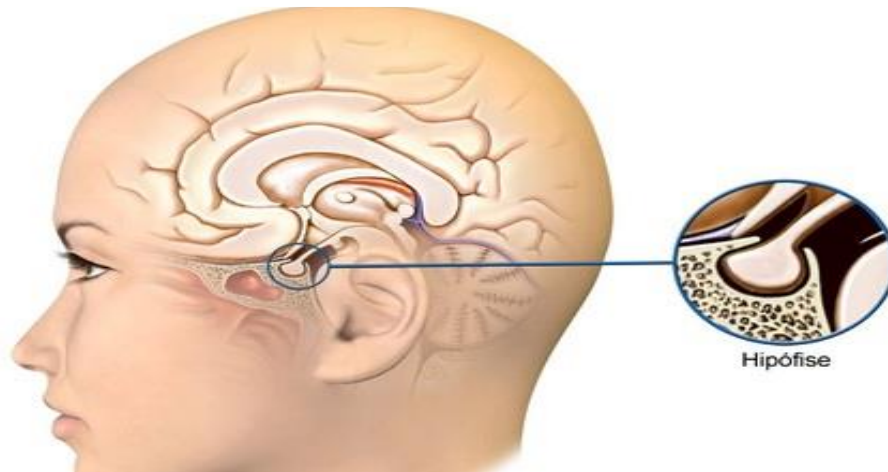
Figura 7. Redes neuronales.



Cúmulo de neuronas físicamente interconectadas cuya actividad ayuda a definir un circuito reconocible en el sistema nervioso (Cermak, L. & Butters, N. 1972).

Cuando se examinó el volumen de la hipófisis (figura 8, p. 44), sólo aquellos pacientes que habían sufrido traumas en la infancia mostraron un volumen menor del órgano, lo cual refleja en algunos casos fallos en el eje hipofisario-hipotalámico-adrenal, especialmente en los comórbidos con el TEPT.

Figura 8. Hipófisis.



Glándula endocrina que segrega hormonas encargadas de regular la homeostasis incluyendo las hormonas trópicas que regulan la función de otras glándulas del sistema endocrino, dependiendo en parte del hipotálamo, el cual a su vez regula la secreción de algunas hormonas (Blumer, D.; Benson, D. 1975).

New (2001, p. 239-240) especifica dos áreas del cerebro relevantes en la afectación de un paciente con Trastorno Límite de la Personalidad.

- Sistema límbico: muchos estudios han encontrado disminución en el volumen de otras estructuras cerebrales, como las áreas prefrontal, límbica y parietal.
- Cuerpo caloso: existe un estudio muy reciente en el que se observa que las pacientes de TLP tienen un istmo del cuerpo caloso más delgado que el grupo sano. En el mismo grupo estudiado, también

se observa una zona posterior del cuerpo calloso más delgada. Todos estos estudios sugieren que la conectividad estructural interhemisférica que implica las áreas parietales y temporales podría estar alterada en mujeres con TLP, especialmente en aquellas que presentan comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

- Estos hallazgos serían consistentes con estudios que proponen un mecanismo semejante a un ataque epiléptico parcial como posible causa del TLP.

5.1.1. BATERIA NEUROPSICOLÓGICA.

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) padecen alteraciones neuropsicológicas significativas, lo cual se ha ido confirmando en recientes estudios de investigación. La disfunción neurocognitiva del TLP parece afectar principalmente a funciones propias de las áreas prefrontales que participan en el procesamiento y manejo de la información y en la regulación de las respuestas conductuales complejas. Las alteraciones neuropsicológicas no sólo se evidencian en los tests específicos sino que se reflejan y podrían tener un papel importante en las manifestaciones clínicas del trastorno límite, como la irregularidad emocional y las conductas impulsivas.

La terapia de rehabilitación neurocognitiva mencionada por Burrguess (1991), ha sido utilizada con éxito en trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, caracterizada también por la presencia de disfunciones neuropsicológicas; por ello, es esperable que la rehabilitación de las funciones neurocognitivas afectadas en el TLP contribuya a la mejoría funcional de los pacientes.

Desde principios de la década de 1990, la neuropsiquiatría cognitiva buscaba una reformulación de los síntomas psiquiátricos utilizando los conceptos de la neuropsicología cognitiva normal. El término rehabilitación neuropsicológica o rehabilitación de funciones cerebrales, se definía como aquella actividad que intenta enseñar o entrenar actividades dirigidas a mejorar el funcionamiento cognitivo y de la personalidad global tras una lesión o enfermedad (sea el daño cerebral estructural o funcional). Es así como Skodol (2002)

específica que los resultados de la eficacia de la rehabilitación proceden principalmente de patologías como los traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrales vasculares, demencias, enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple e incluso enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia; dado que no encontramos resultados de estudios en los que se halla llevado a cabo programas de intervención cognitiva, sería muy interesante plantear estudios en pacientes con TLP en los que se apliquen programas de rehabilitación neuropsicológica centrados en las funciones cognitivas alteradas en esta patología.

Hasta la fecha, las investigaciones en rehabilitación cognitiva, utilizando diversos programas que ponen de manifiesto la importancia de la rehabilitación de las funciones cognitivas y emocionales para mejorar el nivel de independencia funcional, la posibilidad de llevar una vida productiva y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Las funciones cognitivas objeto de la rehabilitación neurocognitiva en el TLP son la atención, la memoria (procesos de recuperación de la memoria inmediata y diferida), velocidad de procesamiento y las funciones prefrontales que constituirían las áreas principalmente afectadas en el TLP (Burguess 1991).

Con relación al TLP, por el grado o intensidad de los déficit cognitivos en estos pacientes, así como por la conservación de un cierto insight o conciencia de déficit, la rehabilitación neurocognitiva puede ser eficaz con resultados extrapolables al funcionamiento cotidiano del paciente TLP, dado que puede mejorar muchas de las dificultades de la vida diaria y, por tanto, su percepción de calidad de vida. (Skodol, 2002).

Dentro de la neuropsicología se utilizan algunas baterías para medir aspectos cognitivos, suelen ser específicas como lo son con el Trastorno Límite de la Personalidad en la Adolescencia, alguna de ellas son:

1. Variables Sociodemográficas: se establece el sexo, la edad, la raza, el nivel de estudios, la ocupación, la convivencia y el número, edad de hijos u adultos a su cargo.

2. Escala de Inteligencia Weschsler para Adultos WAIS III, (Weschler, 1987): La escala WAIS III consta de 13 subtes (más rompecabezas que es opcional), que posibilitan el cálculo del CI para la escala completa, CI verbal y CI de ejecución. Se define a cada subtes que compone el índice de comprensión verbal de la siguiente manera:
 - Vocabulario: consta de una serie de estímulos verbales simple, palabras aisladas que los sujetos deben definir.
 - Analogías: ante una serie de palabras presentadas, el examinado debe explicar la semejanza de los objetos o conceptos comunes que esos términos representan.

El tiempo estimado de la prueba es alrededor de dos horas. Siete subtest de ejecución. La WAIS-IV se puede utilizar en el proceso de evaluación psicológica con propósitos de clasificación, descripción, predicción o planificación de intervenciones (APA, 2002). La WAIS-IV se utiliza, preferentemente, en ámbitos clínico y de la salud, forense, escolar y de recursos humanos.

A continuación se recogen algunos de los usos del WAIS-IV en el ámbito clínico y de la salud:

- 1) Recoger información que sea de utilidad para el diagnóstico diferencial de trastornos neurológicos, psicológicos o psiquiátricos, a fin de establecer la afectación del funcionamiento intelectual.
 - 2) Describir el funcionamiento intelectual en términos de habilidades y dificultades cognitivas de la persona evaluada.
 - 3) Analizar las áreas fuertes y débiles de funcionamiento intelectual de la persona, servir de pauta para preparar programas de intervención, y valorar su eficacia.
3. Escala de Impulsividad de Plutchik (1989): Fue desarrollada por Plutchik y Van Praag para evaluar conductas impulsivas. Consiste en 15 reactivos contestados en una escala de auto-informe, con un rango de calificación de 3 puntos por reactivo, los cuales preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas, todas las cuales reflejan posibles pérdidas de control. Los reactivos se refieren a la planeación, a los gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y al control conductual. Los reactivos se califican en una escala ordinal del 0 al 3, en la que cada número corresponde a “nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “muy frecuentemente”, a excepción de los reactivos 4, 6, 11 y 15 que se califican en forma inversa. La puntuación puede oscilar entre 0 y 45, los autores proponen un punto de corte de 20. La versión utilizada en este estudio fue la validación castellana realizada en México en 1996 por Páez y colaboradores, estos autores realizaron un análisis factorial del instrumento encontrando cuatro factores:

- 1) factor de autocontrol. Compuesto de seis reactivos que miden los aspectos relacionados con la capacidad que tiene el sujeto para escapar o retrasar sus acciones;
 - 2) factor de planeación de las acciones en el futuro. Incluye la posibilidad de darse cuenta de las consecuencias de sus actos y aun así perseverar en las ideas;
 - 3) factor de conductas fisiológicas. En este factor se agrupó la impulsividad en las conductas alimentarias y sexuales; y el
 - 4) factor de actuación espontánea. Se refiere a la conducta irreflexiva y descontrolada.
4. Batería de Funciones Ejecutivas (Flores & Ostrosky-Solís, 2008): La batería consta de 15 pruebas neuropsicológicas que tienen como objetivo evaluar las habilidades relacionadas con el control ejecutivo. Esta evaluación permite obtener no sólo un índice global del desempeño en la batería sino también un índice del funcionamiento de las 3 áreas prefrontales evaluadas: corteza orbitomedial, dorsolateral y prefrontal anterior. Las puntuaciones normalizadas tienen una media de 100 y una desviación estándar de 15, la interpretación de la puntuación total, así como la de cada una de las áreas permite clasificar la ejecución de una persona de la siguiente manera: normal alto (116 en adelante), normal (85-115), alteraciones leves a moderadas (70-84) y alteraciones severas (menos de 69).

CAPITULO VI. INTERVENCION PSICOLOGICA CON LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.

6.1. PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.

Es una psicoterapia registrada por Otto Kernberg (1987), cuyos objetivos apuntan a disminuir los síntomas a promover un cambio a nivel del sentido de sí mismo del paciente y de los otros y en última instancia, a integrar las representaciones escindidas del self y del objeto. La psicoterapia enfocada a la transferencia (PET) es una forma de terapia psicoanalítica que data de los años 60's enraizada en los conceptos de Otto Kernberg sobre el TLP y su estructura subyacente (estructura de la personalidad borderline).

A diferencia del caso del psicoanálisis tradicional, el terapeuta desempeña un papel muy activo en la terapia. Éste trabaja durante la sesión en la relación paciente-terapeuta, tratando de explorar y clarificar aspectos de esta relación para que las diadas subyacentes se clarifiquen. Algunas investigaciones limitadas sobre la PET sugieren que puede reducir algunos síntomas del TLP que afectan a ciertos procesos subyacentes incrementado la capacidad de percibir de forma realista sobre cómo piensan los otros y conseguir un estilo de vínculos más seguro.

La psicoterapia reduce la psicopatología y mejora la funcionalidad de los pacientes con TLP porque desalienta la conducta suicida y las crisis afectivas manipuladoras, además de promover la reflexión y la creatividad como medios para resolver los conflictos interpersonales. Cuando aparecen en la relación terapéutica esas conductas manipuladoras, se denominan reacciones transferenciales, a las que el terapeuta responde con reacciones contratransferenciales, donde el paciente asume un rol de

víctima y al terapeuta le asigna el rol de victimario (dada persecutoria), y en otros momentos se siente protegido y rescatado.

6.1.1 DE QUE SE TRATA LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.

Consiste en una modificación de la psicoterapia psicodinámica, con una duración de por lo menos un año con una frecuencia bisemanal, que se apoya en el modelo de la Teoría de las relaciones de objeto. Incluye, por un lado, un particular énfasis en algunos aspectos de la teoría psicoanalítica como la transferencia como clave para la comprensión y por otro, modificaciones de la técnica para abordar los problemas específicos que plantea este tipo de pacientes.

Las principales modificaciones de la técnica incluyen, en primer lugar, el énfasis en el establecimiento de un encuadre y contrato de trabajo claros previo a cualquier labor interpretativa y la focalización en la relación entre el paciente y el terapeuta en el aquí y ahora. El terapeuta debe centrarse en los patrones de relacionamiento que existen en el mundo interno del paciente a medida que se van desplegando en la transferencia, apoyándose más en los canales de comunicación no verbales y en la contratransferencia que en el canal verbal. Es más activo en las intervenciones que en la psicoterapia psicodinámica clásica y debe estar preparado para experimentar y manejar niveles de afecto bastante más intensos que los que se ponen en juego en el tratamiento de los pacientes menos perturbados.

Como plantea Yeomans (2004), con estos pacientes la terapia no es solamente una experiencia intelectual; además del conocimiento y la inteligencia, es necesaria la exposición del terapeuta al intenso mundo afectivo del paciente sin actuar en respuesta a él (Millon, T. 1969),

6.1.2. ESTRATEGIAS EN LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.

Tienen que ver con los objetivos a largo plazo y se basan en que la integración de las representaciones del self y de los objetos tendrá como resultado un cambio a nivel de la personalidad. Comprenden a su vez los lineamientos que apuntan a mantener al terapeuta enfocado en el trabajo sobre el mundo interno del paciente y consisten en:

- Definir y verbalizar las relaciones de objeto dominantes (díadas), para lo cual es necesario que el terapeuta pueda experimentar y tolerar las proyecciones y la confusión del mundo interno del paciente a medida que se despliegan en la transferencia.
- Observar e interpretar las reversiones de rol de la díada dominante mientras ocurre en la sesión, teniendo en cuenta que el paciente lo desconoce, que en general ocurre en momentos de gran intensidad afectiva y que se expresan a través de los canales no verbales.
- Observar e interpretar las relaciones de objeto opuestas y escindidas en la mente del paciente e integrarlas en la transferencia.
- Elaborar y trabajar las experiencias afectivas más integradas que se inician en la transferencia y relacionarlas con los otros significativos para el paciente. Esto dependerá de aquello que se haya logrado en las etapas precedentes. (Garza 2004)

6.1.3. TÁCTICAS EN LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.

Corresponden a las tareas que el terapeuta deberá tener en cuenta en cada sesión:

- Mantener el contrato y el encuadre, lo cual ayuda a controlar el acting out y el beneficio secundario de la enfermedad. Permite definir las responsabilidades del paciente y del terapeuta, constituyéndose en un espacio seguro donde el paciente puede desplegar su dinámica de funcionamiento. Deben ser evaluadas y quedar explicitadas aquellas situaciones que puedan constituir una amenaza para la continuidad del tratamiento (por ejemplo, conductas autodestructivas y suicidas, consumo de sustancias, amenazas al terapeuta).
- Seleccionar el foco de la intervención dentro del material presentado por el paciente en función de los siguientes conceptos generales: el material con mayor carga afectiva que pone en evidencia la relación de objeto predominante y las defensas vinculadas; los diferentes canales de comunicación (verbal, no verbal y contratransferencia del terapeuta) y jerarquizar los temas dando prioridad a aquellos que puedan constituir un obstáculo para la comprensión del funcionamiento del mundo interno del paciente o una amenaza a la continuidad del tratamiento.
- Interpretar tanto la transferencia positiva como negativa, ya que debido a la escisión de las representaciones el paciente puede mantener fuera de la comunicación verbal ya sea los aspectos hostiles como los libidinales en juego en la relación. El terapeuta intentará lograr un balance entre la comprensión de la transferencia en el aquí y ahora y sus aspectos defensivos. (Reynoso 2006).

6.1.4. TÉCNICAS EN LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.

- Constituyen los recursos con que cuenta el terapeuta: el proceso interpretativo que comprende la clarificación, la confrontación y la interpretación en sí misma; el análisis de la transferencia dirigido al análisis de las defensas primitivas del paciente; el manejo adecuado de la neutralidad terapéutica y por último, la integración de la contratransferencia en el proceso interpretativo.
- La clarificación apunta a facilitar que el paciente pueda explorar y explicar los aspectos del material que resulten confusos o vagos, permitiendo a la vez dilucidar la comprensión que el paciente tiene sobre él o la confusión que le genera.
- La confrontación intenta poner en evidencia los aspectos escindidos a través de las incongruencias o contradicciones en el material. Más que una confrontación hostil, se trata de mostrar un interés genuino por conocer lo que el paciente piensa sobre estas contradicciones. Tanto la clarificación como la confrontación son preparatorias de la interpretación, incluso pueden facilitar que el paciente haga su propia labor interpretativa.
- Interpretación de la transferencia en el aquí y ahora, desde la superficie a la profundidad: interpretar cómo las defensas primitivas permiten el “desconocimiento” de la experiencia interna; interpretar las relaciones de objeto activas en el momento describiendo las representaciones del self y del objeto y los intercambios de roles entre paciente y terapeuta y, por último, interpretar los aspectos defensivos de la relación de objeto en juego.
- La neutralidad técnica, más que una actitud distante, tiene que ver con evitar tomar parte a medida que se exploran los conflictos del paciente. En circunstancias en que el terapeuta se ve forzado a abandonar dicha neutralidad (por ejemplo, amenaza a la continuidad del

tratamiento), es conveniente explorar el sentido que puede tener para el paciente haber forzado al terapeuta a actuar de esa forma.

- La conciencia de la contratransferencia implica que el terapeuta debe monitorear sus reacciones frente al paciente. Si bien la contratransferencia es un elemento importante de la comunicación no verbal, plantea el problema de si las reacciones del terapeuta son provocadas por aspectos que provienen del paciente o si provienen del psiquismo del terapeuta. En este sentido la contratransferencia del terapeuta puede ser concordante (mediante identificación con la representación actual del self del paciente que aporta elementos sobre el estado subjetivo del paciente); puede ser complementaria (mediante identificación con las representaciones escindidas y proyectadas del paciente en el terapeuta, lo cual aporta elementos sobre estos aspectos); o bien puede estar vinculada a la activación de un conflicto en el psiquismo del terapeuta.
- El análisis personal del terapeuta y la supervisión son elementos importantes a la hora de entender y discriminar estos aspectos. (Garza, 2004)

6.1.5. EVOLUCIÓN EN LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.

En los primeros meses del tratamiento con PFT se logran remisiones significativas de la impulsividad con la consiguiente disminución de los acting out tanto dentro como fuera de las sesiones, y de las conductas suicidas. Progresivamente el paciente va haciendo consciente tanto sus sentimientos agresivos como libidinales, integrando las representaciones parciales y contradictorias del self y de los otros, a la vez que va tolerando y aceptando la interpretación de sus mecanismos de defensa primitivos. En la medida que esto ocurre va mejorando la integración de la concepción del self y de los otros y con esto la difusión de identidad. La PFT ha mostrado también resultados favorables en la función reflexiva y en la coherencia y seguridad del apego luego de un año de tratamiento. (Reynoso 2006).

CAPITULO VII. MÉTODO Y ANÁLISIS.

El método utilizado es el cualitativo, donde utilizo la recolección y análisis de datos relacionados con el Trastorno Limite de la Personalidad en la Adolescencia.

Diseño utilizado es el narrativo, dando coherencia a los componentes principales de la investigación en el Trastorno Limite de la Personalidad en la Adolescencia.

Muestra cualitativa. Estudio de caso presentado por el Hospital Psiquiátrico “Ramón de la Fuente Muñiz”:

Categorías principales de análisis.

- 1) Área emocional.
- 2) Área biológica.
- 3) Área psicosocial.
- 4) Área cognitiva.

7.1. REPRESENTACION DEL CASO Y ANÁLISIS.

Nombre: A.

Edad: 21 años.

Sexo: mujer.

Estado civil: soltera.

Ocupación: sin ocupación.

Motivo de consulta: problemas con alcohol, conflictos severos con su madre e identidad sexual.

Diagnóstico: durante su niñez fue maltratada por su madre dejándola sola en casa por mucho tiempo. A los 15 años de edad se fue a vivir con su padre el cual era alcohólico e incapaz de cuidarla de forma adecuada.

Presento Trastorno de Déficit de Atención en la infancia y nunca fue tratada. Era una joven que había dejado inconclusos sus estudios de teatro y no trabajaba.

Evaluación 1: hacia grandes esfuerzos para evitar el abandono de una novia a quien seguía constantemente, le hablaba insistentemente por teléfono y la esperaba fuera de su trabajo. Sus relaciones interpersonales eran intensas e inestables, tanto con sus padres como con las personas que le rodeaban. Tenía confusión importante sobre su identidad sexual, no sabía si era bisexual u homosexual, dudas en su elección de carrera y vocación. Presentaba impulsividad al ingerir alcohol, robaba dinero a su madre y gastaba en exceso. Tuvo 3 intentos de suicidio y mostraba cambios frecuentes y fuera de contexto de estado de ánimo. Experimentaba sentimientos crónicos de vacío desde pequeña e ira intensa e inapropiada con conductas destructivas hacia su madre, pues peleaban constantemente.

Evolución: el tratamiento psicoterapéutico tuvo una duración de 2 años. Cuando a A. se le dio de alta, se le pidió acudiera a revisión a paso de un año. Al regreso de A. refirió que no

presentaba más conductas autodestructivas, y que su mejoría en el establecimiento de relaciones interpersonales tenía mejoría. Aunque sus emociones parecían no tener mejora pues aun cambiaban de un momento a otro mantenía relaciones más estables con sus amigos. Menciono que ya no idealizaba o devaluaba a los demás. Con respecto a la alteración de la identidad, presento una mayoría significativa, ya que tenía clara su identidad homosexual. Dejo de realizar intentos o amenazas de suicidio.

CONCLUSIONES.

El Trastorno Limite de la personalidad (TLP) se caracteriza por la inestabilidad en varias áreas de la vida incluyendo las relaciones interpersonales, miedo al abandono, tendencia a la idealización y devaluación, autoimagen alterada, impulsividad, amenazas suicidas recurrentes, poca tolerancia a la frustración, mal control de la ira, sentimientos crónicos de vacío e ideación paranoide relacionada con el estrés; vinculando estas características con la etapa de la adolescencia y puntualizando cada una de las características que esta tenía, finalmente el TLP se convierte en un diagnóstico confiable y válido para esta fase de desarrollo, destacando los rasgos psicopatológicos severos y alto riesgo para la salud, el desarrollo y el futuro de los individuos afectados; esto se concluye con apoyo de un examen neurológico que el adolescente se realiza.

Los adolescentes con TLP se benefician con la detección e intervención temprana a fin de alterar la trayectoria del ciclo de vida de la enfermedad, reduciendo las consecuencias adversas a largo plazo del trastorno, como el pobre funcionamiento psicosocial. Es expuesto en este trabajo que los adolescentes con TLP presentan desregularización en el comportamiento actuando con impulsividad reflejado en la promiscuidad sexual y abuso de sustancias; por ello, las características presentadas en una adolescencia normal y una patológica llegan a ser similares, debido a que el desarrollo presenta características como inestabilidad emocional, impulsividad, enojo, es por ello que la evaluación psicológica y neuropsicología juegan un papel importante en este proceso de identificación, precisando la detección de dicha patología.

En cuanto a las causas por las que hay más diagnósticos: el abuso sexual, que es común en los historiales de TLP; según diagnósticos realizados a adolescentes con este tipo de trastorno, es prevalente en mujeres; debido a que las mujeres experimentan más mensajes inconsistentes e invalidantes; las mujeres son socializadas para ser más dependientes; al publicarse una mayor prevalencia, los profesionales tienden a dar más diagnósticos de TLP a mujeres; los hombres tienden, por el estigma social, a buscar menos ayuda psiquiátrica.

Es relevante señalar una de las características encontradas en algunos paciente diagnosticados, este es el intento de suicidio en los pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica, los riesgos suicidas constituyen con frecuencia la presentación del padecimiento. Los pacientes recaen continuamente generando altos costos personales-familiares, de hospitalización en tratamientos, medicación e incapacidades laborales en personas económicamente activas, siendo el costo más alto, la pérdida de la vida humana.

Es por ello que se ha convertido en un gran desafío de investigación el tratamiento aplicado a los adolescentes con Trastorno Límite de la Personalidad; la integración de conceptualizaciones psicodinámica, cognitivo comportamental y de la neurociencia ha permitido el desarrollo de diferentes formas alternativas en las investigaciones reflejándose en los resultados alentadores de pacientes con este padecimiento. La psicoterapia focalizada en la transferencia constituye una de las modalidades terapéuticas que ha mostrado resultados significativos en el tratamiento de este tipo de pacientes. El paciente adolescente con conductas suicidas crónicas el hecho de que la TFP se centre en la responsabilidad del paciente tanto para ir al hospital como para controlar la conducta suicida hasta que pueda ser discutida en la próxima sesión, puede ser difícilmente tolerado por los

padres. Aquí, las reuniones frecuentes con los padres y el paciente para explicar la razón del mantenimiento de la neutralidad técnica y para compartir las responsabilidades para la supervivencia del paciente y su integridad física con el mismo paciente, pueden proporcionar un espacio para las explicaciones completas del enfoque del terapeuta. Cuando este tipo de intervención no termina con éxito, será necesaria una intervención neuropsicológica, llevando el proceso de desarrollo de cada batería a utilizar, llevando un seguimiento con el paciente riguroso, ya sea que, se interne en el hospital o se presente a cada cita según el día indicado.

Concluyo que al estar pendiente del desenvolvimiento de un adolescente disminuye la probabilidad de un desenlace caótico en su proceso de vida, y sé que por naturaleza, la personalidad de los adolescentes aún está en desarrollo y cambia con el tiempo. Los síntomas mencionados, junto con una impulsividad autodestructiva, como tener encuentros sexuales irresponsables, desenfreno al comer, abuso de sustancias, conducción temeraria y las autolesiones no son características de un adolescente normal en desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- A. Aberastury, M. Knobel. (1988). La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico. Ecuador: Paidós. Impreso en México.
- Akiskal, H. S. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 32-37.
- Álvarez, S. (2011). Estrategias de comunicación de padres con hijos adolescentes. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Amparo Belloch, Bonifacio Sandín, Francisco Ramos. (1995). Manual de psicopatología. McGraw Hill (Madrid, España; Vol 2 cap 4, 16:570-594).
- Andrew E. Skodol, M.D. Larry J. Siever, M.D. W. John Livesley, Ph.D., M.D. John G. Gunderson, M.D. Bruce Pfohl, M.D. Thomas A. Widiger, Ph.D. (2000). The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and Clinical Course. New York State Psychiatric Institute: 3-30.
- Antonio Bulbena Vilarrasa, Germán E. Berrios, Pedro Fernández de Larrinoa Palacios. (2000). Medición clínica en psiquiatría y psicología. Masson (Barcelona, España: 413-417).
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4.a ed. Rev. Barcelona: Masson.
- Bianculli CE. (1997). Realidad y propuesta para continuidad de la transición adolescente en nuestro medio. *Adolesc Latinoam*. 1:31-9.
- Biger Dulz, (2001). Trastorno Límite de la Personalidad. Madrid, España.

- Blumer, D.; Benson, D. (1975). Personality changes with frontal and temporal lesions. En D.F. Benson.; F. Blumer, eds. *Psychiatric Aspects of Neurologic Disease*. New York: Grune & Stratton.
- Cermak, L. & Butters, N. (1972). The role of interference and encoding in the short term memory deficits of Korsakoff patients. *Neuropsychologia*, 10: 89-95.
- Chávez, León, (2006). *Trastorno Limite de la Personalidad, salud mental*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México.
- Clarkin, J. F. (1998). «Treating borderline personality disorder. An overview». En: *Session-Psychotherapy in Practice*, 4, 109-114.
- Cohen, R. D. (1993). *The Neuropsychology of attention*. E.U.A: Plenum Press.
- Coid, J. W. (1998). «Axis II disorders and motivation for serious criminal behavior». En: A. E. Skodol (dir.), *Psychopathology and violent crime* (p. 53-97). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cummings JL. (1995). Frontal-subcortical circuits and Neurpsichiatric Disorders, en *La Psiquiatría en la década del cerebro*, Aran Ed, Madrid.
- Delgado (2006). *Relaciones familiares y desarrollo en la adolescencia*. Universidad de Sevilla. Vol. 27. N. 3).
- Dobzhansky, T. (1967). *The Biology of ultimate concern*. New York: New American Library.
- DSM-IV, APA (2009).
- Friedel RO. (2004). Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: a hypothesis. *Neuropsychopharmacology*; 29: 1029-39.

- Fuller, N. (2001). La adolescencia y juventud. Ciudad de México.
- Gunderson, J. G. (1984). Borderline personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Iliana T. Rojas, (1984). Psicopatología de la adolescencia. Manual moderno. Ciudad de México.
- Kernberg, O.F. (1970). Factors in the psychoanalytic therapy of narcissistic patients. Journal of the American Psychoanalytic Association, 18, 51-85.
- Kernberg, O. F. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. Nueva York: Jason Aronson.
- Kernberg O. (1979). La teoría de las relaciones objétales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós.
- Kernberg O. (1984). Trastornos graves de la personalidad. Estrategias terapéuticas. México: Manual Moderno.
- Kraepelin, E. (1921). Manic-depressive insanity and paranoia. Edimburgo: Livingstone.
- Leighton, D. H. (1963). The Stirling Country Study of psychiatric disorder and socio-cultural environment. Nueva York: Basic Books.
- Levi-Montalcini, R. (1982). Developmental neurobiology and the natural history of never growth factor. Annual Review of Neuroscience, 5, 341-362.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry (48:1060-4).
- Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral therapy of borderline personality disorder. Nueva York: Guilford.

- López Garza D. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes. México: Editores de textos mexicanos.
- Mc Kinney, J.P. (2000) Psicología del desarrollo edad adolescente. Editorial el manual moderno. · Grinder. Adolescencia. Limusa Noriega Editores.
- Millon, T. (1969). Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning. Filadelfia: Saunders.
- Núñez, N., (2012). Cambios en la adolescencia. Universidad Nacional de Colombia.
- Rogol AD, Roemmich JN, Clark PA. (2002). Growth at Puberty. J Adolesc Health. 31 suppl 6: 192-200.
- Smith, C. (1985). Sleep states and learning. A review of the animal literature. Neuroscience and biobehavioral reviews, 9, 157-169.
- Smith, G. P., Jerome, C., Cuslien, B. J., Eterno, R., & Simansky, K. J. (1981). The Physiological mechanisms of motivation (pp. 133-143). New York: Springer-Verlag.
- Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA). El crecimiento y las hormonas del adolescente. 2005 [online]. (Fecha de acceso 9 de agosto de 2016). Disponible en: <http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=38&id-doc=135&show=1>.
- Sorenson, R. (1962). youth's need for challenge and place in American society; it's implications for adults and adults institution", Washington, D. C., National Committe for children and Youth Inc.
- Stuss DT.; Benson DF. (1986). The frontal lobes. New York: Raven Press.

Tirapu-Ustárrroz, J.; Muñoz-Céspedes, J.M. (2005) Memoria y funciones ejecutivas. Revisión. España: Revista de Neurología; (vol. 41, núm. 8, págs. 475-484).

Tulving, E. (1987). Multiple memory systems and consciousness. *Human Neurobiology*, 6: 67-80.

Weinstein W, Jamison KL. (2005). Retrospective case review of lamotrigine use in affective instability of borderline personality disorder. Poster presented at the APA. 158th Annual Meeting. Atlanta.