



**Universidad de
Valladolid**

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO MEDICINA

Curso 2015/2016

**“¿TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN
LA ADOLESCENCIA?”**

Autoras: María de Arriba García y Ana Izquierdo Moreno

Director: Dr. José Manuel Martínez Rodríguez

Valladolid, Junio 2016

1. RESUMEN

El objetivo de este trabajo es el estudio de la existencia o no de trastornos de personalidad en la adolescencia, tema sometido a debate en el campo de la psiquiatría, mediante un diseño de caso único. Se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión para elegir un caso clínico relevante que se prestara a realizar una discusión de la que extraer conclusiones teóricas sobre dicho debate. Este caso es ilustrativo de un grupo de pacientes que ya en su adolescencia presentan patrones relacionales distintivos y característicos similares a los patrones de personalidad del adulto. Basándonos en los datos del caso y en la revisión de artículos relacionados con este tema, pensamos que es necesario reconocer la existencia de los trastornos de personalidad ya en la adolescencia, siendo de vital importancia el estudio y el seguimiento de los mismos.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Como estudiantes de medicina, somos conscientes de la alta prevalencia de patología psiquiátrica que existe en nuestra sociedad, y sin embargo, el estudio y manejo de este tipo de pacientes a lo largo de nuestra formación académica es escaso.

Los trastornos de la personalidad tienen una prevalencia¹ del 9.1 % de la población, y producen una gran disfuncionalidad en el individuo. Por ello, como futuros profesionales de la salud debemos poner los medios para sospecharlos ante factores de riesgo o comportamientos determinados, diagnosticarlos y tratarlos precozmente. Además, no podemos obviar la repercusión que tienen estos trastornos en el entorno del paciente.

Actualmente existe un debate entre diferentes autores y clasificaciones sobre si esta enfermedad, tan frecuente en los adultos, existe en la adolescencia. La revisión científica de las distintas alternativas diagnósticas de los trastornos de personalidad en la adolescencia, las implicaciones terapéuticas que el diagnóstico conlleva y un caso clínico ilustrativo, son el eje central de nuestro trabajo.

3. DISEÑO DEL TRABAJO

Dada la naturaleza del tema que nos hemos planteado como trabajo de fin de grado, hemos optado por un caso clínico relevante que se prestará a realizar una discusión clínica de la que extraer conclusiones teóricas sobre el debate anteriormente citado.

La elección del caso se realizó analizando la población de pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría infantojuvenil del Hospital Río Hortega entre enero y diciembre del año 2015 que cumplieran los siguientes requisitos:

Criterios de inclusión

Las alteraciones comportamentales y el funcionamiento interpersonal deben ser prominentes en el cuadro clínico.

Duración del trastorno significativa (al menos seis meses).

La intensidad de la sintomatología altera el rendimiento y el funcionamiento en el ámbito social y familiar del sujeto.

Disponer de datos suficientes de la dinámica familiar a lo largo del desarrollo evolutivo del paciente.

Disponer de datos suficientes sobre la dinámica intrapsíquica del paciente como para valorar los aspectos estructurales más allá de la sintomatología fenomenológica.

Criterios de exclusión

Psicosis.

Trastornos mentales orgánicos.

Trastornos generalizados del desarrollo.

Dependencia de sustancias.

Los síntomas de ansiedad y afectivos no son el núcleo psicopatológico del trastorno.

Se estudió el caso utilizando una metodología clínica, psicométrica y psicodiagnóstica. Se han aplicado al análisis de los datos diversos sistemas diagnósticos y se han obtenido conclusiones e implicaciones para la práctica profesional, para los servicios asistenciales y para la psicoeducación de la población en general. Como parte del diseño al final se realizará una valoración de las oportunidades y limitaciones del siguiente estudio.

4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA Y EN LA VIDA ADULTA

4.1 CONCEPTO Y DEFINICIÓN

En el DSM V¹ se definen los trastornos de la personalidad como un patrón de experiencia interna y comportamiento que se desvía de las

expectativas de la cultura del individuo, y que afecta a dos o más de los siguientes ámbitos: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y/ o control de los impulsos. Este patrón debe ser inflexible y dominar varias situaciones personales y sociales, además de que debe causar un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento. Este patrón será estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta. No se explica este patrón como consecuencia de otro trastorno mental ni puede ser atribuido a efectos de una sustancia u otra afección médica.

	Contemplado	No contemplado	Criterios estructurales	Criterios operativos
Autores	P.Kernberg O. Kernberg J. Manzano J. Bergeret Misés Hill Masterson Corcos	Cohen	P Kernberg O. Kernberg J. Manzano J. Bergeret R. Misés Hill	Cohen
Clasificaciones	Clasificación Francesa DSM-IV-TR DSM-V	CIE 10	Clasificación francesa	DSM-IV-TR DSM-V CIE 10

El planteamiento de nuestro trabajo se puede estructurar según dos clasificaciones: por un lado, aquella que se centra en agrupar los autores y las clasificaciones que siguen criterios operativos o los que siguen criterios estructurales y por otro lado, la que se centra en diferenciar los autores y las clasificaciones que contemplan, los trastornos de personalidad antes de alcanzar la vida adulta de los que no.

Basándonos en una clasificación vemos que hay escuelas como la DSM V¹ o la CIE 10² se basan en criterios operativos que se traducen en la presencia o ausencia de un número de síntomas determinado durante un período de tiempo mínimo. Así, los trastornos de la personalidad se conciben como una categoría diagnóstica sobre todo para adultos. Para los menores de 18 años el DSM-V¹

contempla esta posibilidad estableciendo que para diagnosticar un trastorno de la personalidad en este grupo las características habrían de estar presentes al menos un año:

“Para diagnosticar en un individuo menor de 18 años un Trastorno de la Personalidad deberían aparecer las características durante al menos un año. La única excepción a esto es el Trastorno de la Personalidad Antisocial que no se puede diagnosticar en las personas menores de 18 años” (DSM-V-pág: 647¹).

Otros autores y/o clasificaciones en lugar de utilizar criterios operativos utilizan criterios psicopatológicos y estructurales estudiando para ello la dinámica intrapsíquica e interpersonal. Esta forma de hacer el diagnóstico permite independizarlo de criterios temporales y sintomáticos.

Basándonos en la tabla podemos ver que hay autores como (Masterson³; O.Kernberg^{4,5}; Bergeret⁶; Misés⁷; Corcos⁸; P.Kernberg⁹; Manzano¹⁰; etc.), que sobre la base de datos clínicos y empíricos, postulan la idea de que los Trastornos de la Personalidad pueden y deben diagnosticarse incluso desde la primera infancia. De hecho la clasificación Francesa de los Trastornos Mentales¹¹ facilita códigos diagnósticos para cada uno de los trastornos de personalidad en la infancia y adolescencia. Estos autores aportan criterios claros y específicos que permiten evaluar la personalidad de niños y adolescentes con criterios psicopatológicos precisos. Para este grupo las líneas fundamentales del desarrollo de la personalidad están ya presentes en la primera infancia pudiéndose reconocer clínicamente importantes trastornos ya a edades tempranas. La identificación precoz asociada a la rápida instauración del tratamiento podría ser muy beneficiosa para los pacientes ya que la terapia en estas fases, cuando aún el desarrollo evolutivo está por completar, puede tener una relevancia trascendental.

Los retractores del diagnóstico de trastorno de la personalidad en la adolescencia consideran que diagnosticar un trastorno de la personalidad en un individuo menor de 18 años tiene efectos negativos sobre el mismo por categorizarle como “enfermo”, y entienden que la formación de la personalidad aún no está finalizada. Estudios como el de Cohen et al. “The children in the community”¹² señalan la importancia de tener en cuenta este constructo para prestar la atención adecuada ya que en su estudio los trastornos de

personalidad son más prevalentes en la adolescencia, debiendo revisarse el diagnóstico individual con cierta periodicidad.

En el CIE-10^a ² la definición es similar al DSM V pero especifica que estos trastornos aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la edad adulta. Además expone que:

“Es probable que los diagnósticos de los trastornos de la personalidad ya sean adecuados antes de los 16 o de los 17 años” (C.I.E 10^a, pag: 249²).

Esta forma de entender los trastornos de la personalidad de la CIE 10 refleja exactamente el tema de nuestro trabajo.

Se produce así un desamparo diagnóstico, *¿qué ocurre cuando los criterios establecidos para el adulto ya son perceptibles en la niñez o adolescencia?, ¿no estaríamos descuidando la realización de un abordaje apropiado si no tenemos en cuenta los factores de personalidad operantes en el niño y el adolescente?*

Por otra parte este tema es complejo y plantea especificidades en relación a los trastornos de personalidad en el adulto. Por ejemplo, *¿podemos extrapolar los criterios expuestos para el diagnóstico en adultos a niños y adolescentes?, ¿habría criterios propios para el diagnóstico en la adolescencia?*

4.2 CLASIFICACIONES INTERNACIONALES CIE-10 Y DSM-V Y TIPOS CLÍNICOS. EPIDEMIOLOGÍA

CIE 10²	DSM V¹
Trastornos de la personalidad específicos	Trastornos de la personalidad grupo A (5,7%)*
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno paranoide de la personalidad • Trastorno esquizoide de la personalidad • Trastorno disocial de la personalidad • Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad • Trastorno histriónico de la personalidad • Trastorno anacástico de la personalidad • Trastorno ansioso de la personalidad • Trastorno dependiente de la personalidad • Otros trastornos de la personalidad específicos • Trastorno de la personalidad no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la personalidad paranoide (2,3-4,4%)* • Trastorno de la personalidad esquizoide (4,9-3,1%)* • Trastorno de la personalidad esquizotípica (3,9%)*

Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	Trastornos de la personalidad grupo B (1,5%)*
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos mixtos de la personalidad • Cambios conflictivos de la personalidad • Trastorno de la personalidad no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la personalidad antisocial (0,2-3.3%)* • Trastorno de la personalidad límite (1,6-5,9%)* • Trastorno de la personalidad histriónica (1,8%)* • Trastorno de la personalidad narcisista (0-6,2%)*
Cambios persistentes de la personalidad no atribuibles a enfermedad o daño cerebral	Trastornos de la personalidad grupo C (6%)*
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica • Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica • Otras transformaciones persistentes de la personalidad • Cambio persistente de la personalidad no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la personalidad evitativa (2,4%)* • Trastorno de la personalidad dependiente (0,6-0,49%)* • Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (2,1-7,9%)*

*Porcentajes de prevalencia recogidos del DSM V¹ sobre el total de la población.

4.3 ETIOLOGÍA. FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES. FACTORES DE RIESGO

Para explicar la etiología de los trastornos de la personalidad hay diversas teorías psiquiátricas:

- **Hipótesis temperamentales y neurobiológicas**¹³: surgieron a comienzos del siglo XX. Para este grupo de teorías el factor etiológico principal es una alteración temperamental. Algunos autores representativos son E. Hirt, W. McDougall, E. Meumann y J. Kollarits¹⁴.

En la actualidad los principales representantes de este punto de vista son Donald Klein, H. Akiskal y Robert Cloninger.

Hoy en día las concepciones temperamentales son un factor más al que hay que añadir los factores provenientes de la experiencia y del aprendizaje. Así según el modelo psicobiológico de Cloninger¹⁵ la personalidad se entiende como un conjunto de estructuras psicobiológicas formadas por la interacción de nuestra predisposición genética con el ambiente. El temperamento es la base biológica innata que incluye las respuestas automáticas ante estímulos simples y determina las diferencias emocionales tales como miedo (evitación del riesgo), ira (búsqueda de novedad) y asco (dependencia de

recompensa), y la educación y aprendizaje modularán este temperamento definiendo el carácter. Va a ser la experiencia la que nos aportará esquemas afectivos, cogniciones y conductas que influirán en cómo vamos a percibir la realidad y cómo vamos a responder al ambiente. En los trastornos de personalidad vamos a ver especialmente afectadas las dimensiones del carácter, autodirección y cooperación.

- **Hipótesis genéticas**¹⁶: la mayor evidencia de la existencia de factores genéticos en la génesis de los trastornos de personalidad parte de la investigación de trastornos psiquiátricos en 15.000 pares de gemelos en EEUU. Entre los gemelos monocigóticos la concordancia para los trastornos de la personalidad es varias veces más amplia que en los dicigóticos.

Los trastornos del cluster A son más comunes en los familiares biológicos de los pacientes esquizofrénicos que entre los grupos controles. Los trastornos del grupo B también muestran alguna base genética por ejemplo el trastorno borderline de la personalidad tiene más familiares con trastornos del humor que los grupos controles, el trastorno obsesivo compulsivo es más prevalente en monocigóticos que en dicigóticos.

- **Hipótesis psicoanalíticas**^{16,20}: los autores psicoanalíticos han realizado aportaciones cruciales para la comprensión de los trastornos de personalidad. Han insistido en la importancia de las experiencias tempranas en la infancia que predisponen al individuo a desarrollar patrones adaptativos patológicos que se mantendrán a lo largo de toda su vida. Sigmund Freud fue el iniciador de esta concepción que luego han continuado Karl Abraham, Wilhem Reich, Jung, Adler, etc. Las principales contribuciones actuales dentro de este campo las han realizado O. Kernberg, J. Gunderson y M. Stone^{18,19}.

Por su parte John Bowlby²⁰ señaló que en el proceso de formación de la personalidad tiene gran importancia el vínculo del niño con personas de su entorno. A los doce meses todo bebé habrá desarrollado un fuerte lazo específico y diferencial con una figura de apego. Rutter²⁰ aclara que esta relación no tiene que ser necesariamente con la figura que le alimenta y es muy importante la cantidad de tiempo y de interacción recíproca. El tipo de apego en la infancia va a asociarse con la capacidad futura de regulación

emocional, relaciones sociales, memoria autobiográfica y desarrollo de autorreflexión.

Una relación de apego cercana y sensible va a producir seguridad en el niño y va a ser un factor protector contra el estrés a lo largo de su vida. En contraposición, los niños con historia de apego inseguro, evitativo, con rechazo de contacto, muestran ya desde el primer año una relación más problemática, y tienden a comprender mal los estados emocionales de los demás. Este apego inseguro se va a relacionar con desarrollo de psicopatología ante acontecimientos estresantes.

Martínez y Fernández^{18,19} describen como ha cambiado la concepción del Trastorno límite de la personalidad, siendo considerado primero una variante de la esquizofrenia, posteriormente un trastorno general de la personalidad y por último un tipo específico de trastorno de la personalidad. Otto Kernberg⁴ popularizó la concepción del trastorno límite como un trastorno general de la personalidad, separado de la neurosis y psicosis, y define que es una estructura especial de la personalidad la que define estos trastornos, proponiendo la existencia de tres estructuras, neurótica, límite y psicótica, según la integración de la identidad, los mecanismos de defensa que subyazcan y funcionamiento de la prueba de realidad. Esta manera de entender el trastorno límite de la personalidad ha sido la más fructífera para guiar una psicoterapia dinámica específica. Kernberg se centra en la fase de reaceramiento definida por M. Mahler, que tiene lugar entre los 15 y los 24 meses.

- **Hipótesis traumatológicas y psicosociales**²¹: otros factores de riesgo en la aparición de trastornos de la personalidad son un seno familiar inestable, pobres relaciones con compañeros y entorno social, el fracaso escolar, cambios en la figura de los padres en la infancia o en la adolescencia, problemas de conducta primarios, sufrir intimidación o “bullying”, el abuso físico, sexual, emocional, y algunos autores incluyen como factor de riesgo el presentar un “temperamento difícil” (tendencia a frustración, emociones negativas...) que produce en los padres una conducta evitativa. La aparición de estos trastornos en presencia de estos antecedentes ha hecho que algunos autores consideren el trastorno límite de la personalidad como un tipo de estrés postraumático.

3.4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en los datos clínicos observacionales de la conducta del paciente, en pruebas psicodiagnósticas de personalidad y en la aplicación de los criterios operativos de las clasificaciones²². En la práctica no hay parámetros biológicos útiles para el trastorno.

4.5 TRATAMIENTO

Los trastornos de personalidad son con frecuencia difíciles de tratar y necesitan una atención continuada durante un periodo largo de tiempo. Más importante que la medicación, que en esta patología va a tener una eficacia limitada, va a ser el tratamiento psicológico, ya que tendremos que intervenir cambiando esos patrones de comportamiento que dificultan su correcto funcionamiento y su pensamiento inadecuado.

- **Tratamiento psicoterapéutico**^{18,19,23-27}: Las relaciones con personas significativas son un pilar base de la personalidad, y las rupturas relacionales tempranas con las mismas, durante el desarrollo, pueden causar una desadaptación social y aparición de trastornos de la personalidad, hecho contemplado por muchas psicoterapias. Al margen de los tratamientos cognitivo conductuales (Albert Ellis, Aaron, T. Beck), que han sido las terapias de primera elección hasta el momento, las terapias de índole psicodinámica han ido evolucionando progresivamente hacia una modalidad de tratamiento relacional. En la actualidad hay diversas modalidades de psicoterapias relacionales: Psicoanálisis relacional (Mitchell²²), Análisis transaccional relacional (Hargaden y Sills), Psicoterapia integrativa (Erskine), Psicoterapia relacional (De Young), Gestalt relacional (Stawmann). Todas estas modalidades consideran como eje central del tratamiento la relación terapéutica, descrita como un espacio intersubjetivo cocreado entre el paciente y terapeuta en el que el sujeto podrá modificar sus creencias sobre sí mismo, los demás y la vida.

En los Trastornos de la Personalidad del Cluster B generalmente el contacto con ayuda externa se va a producir en un momento de crisis del sujeto y de la familia, cuando su relación se vea superada. La crisis es una oportunidad

bien de progresión y aprendizaje de adaptación o puede ocurrir que el individuo no sepa responder y aparezca desadaptación o regresión.

Son Gunderson y Gabbard²⁵ los que hablan del vínculo paciente-terapeuta como la pieza fundamental para el cambio, siendo necesario un abordaje secuencial del paciente, construyendo activamente esta alianza terapéutica, promoviendo el contacto empático. Así Gabbard en su abordaje secuencial define las siguientes fases: *construcción de alianza contractual* (de 0 a 3 meses), *construcción de una alianza relacional-dependencia ansiosa* (de 1 mes a 1 año), *construcción de una alianza relacional-dependencia positiva* (de 1 a 3 años), y por último la fase de *alianza de trabajo, de la ansiedad de separación al vínculo seguro* (a partir de los 3 años).

Martínez^{21,22} expone la psicoterapia relacional en el Trastorno Límite de la Personalidad como la secuencia de varias etapas, siendo la primera la construcción de una relación terapéutica intersubjetiva. La segunda etapa será el trabajo intrapsíquico e interpersonal, con el control de los acting outs. La tercera etapa consistirá en elaborar la transferencia y contratransferencia relacional, trabajando en la estructura escindida. Esta estructura escindida es la que muchos psicoterapeutas definen como el eje central en el que debe basarse la terapia. La última fase consistirá en elaborar un nuevo plan de vida, una vez que hemos conseguido transformar la forma en la que el paciente se relaciona. Las relaciones dejarán de ser para él la sustitución de ese vínculo que fracasó en el pasado y necesitará un plan que cubra sus necesidades adultas.

En el caso de los trastornos límites de la personalidad la terapia de grupo interpersonal²⁷ puede iniciarse cuando los pacientes están en hospitalización parcial o en tratamiento ambulatorio intensivo.

Esta modalidad está especialmente indicada para los pacientes límite que no necesitan hospitalización u hospitalización parcial y cuyo nivel de atención podría consistir únicamente en medicación y psicoterapia. No está indicada en aquellos que presentan comportamientos peligrosos para su vida. Actualmente se usa muy poco por la aprehensión que sienten muchos terapeutas hacia el manejo de problemas conductuales y por la dificultad que conlleva poner en marcha estos grupos.

- **Tratamientos biológicos**²⁷: Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se considera el punto de partida en el tratamiento. Son fármacos de probada eficacia, con pocos efectos adversos y se observan resultados en 1-4 semanas. En el caso de que la primera elección tenga un efecto parcial o poco claro, según impresión clínica, aumentamos la dosis del mismo y si seguimos sin obtener los resultados esperados cambiamos a otro ISRS.

Si los pacientes no respondan al tratamiento adecuado con ISRS, podemos potenciarlos con un estabilizador del humor o con un anticomicial. Pese al hecho de que el litio ha recibido cierto apoyo empírico, diversos estudios ilustran que sus efectos son limitados. El valproato ha demostrado empíricamente cierta eficacia, tiene la ventaja de causar pocos efectos secundarios, su toxicidad es baja y su administración es más fácil.

En el caso en el que el paciente no responda a la combinación de un ISRS y valproato o litio, se recomienda aplicar una tercera estrategia con una pauta de carbamazepina, un anticomicial. Hay que tener especial cuidado con esta pauta porque incluso los pacientes con trastorno límite de la personalidad en los que parece lograr mayor control de la conducta las toman con desagrado ya que les puede hacer sentirse más deprimidos.

5. CASO CLÍNICO

5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Varón de 15 años, originario de un país del este, llega a España con su madre adoptiva a los 5 años de edad.

5.2 MOTIVO DE CONSULTA

El paciente acude a la consulta traído por su madre y por los Servicios sociales debido a que presenta una intensa labilidad emocional que altera su vida doméstica y escolar. Ha tenido varios episodios de autolesión, tres intentos autolíticos, múltiples desencuentros en el colegio por amenazas y actos de agresión verbales y físicos hacia sus compañeros y profesores, estando en el momento actual incurso en una causa legal por llevar un cuchillo

al colegio y subir una foto en las redes sociales de una katana junto a un mensaje intimidatorio dirigido a profesores y compañeros.

5.3 HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL Y EVOLUCIÓN

El paciente toma progresivamente conciencia del significado autolesivo de su comportamiento y asume el control sobre sus impulsos agresivos y autodestructivos. Los síntomas desadaptativos comienzan cuando su madre adoptiva le informa bruscamente de su adopción a los 14 años, coincidiendo con la muerte de un hermano biológico del paciente.

Se descubre en la evolución del caso un patrón transgeneracional: la madre fue también adoptada e informada de esto de la misma manera en la que ella se lo contó a su hijo.

Actualmente, ocho meses más tarde, nuestro paciente se encuentra en un centro de menores por sentencia del juez debido a las amenazas proferidas a sus compañeros y profesores. Ha pasado de un locus externo en el que culpabilizaba a la gente que tenía a su alrededor, sobre todo a su madre biológica, a un locus de control interno en el que se responsabiliza de las consecuencias de sus actos. Con el tratamiento psicoterapéutico se está trabajando en el profundo sentimiento de culpa experimentado, consecuencia de sus conductas desadaptativas previas.

5.4 ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades propias de la infancia, cefaleas esporádicas y crisis epilépticas desde los 12 años.

5.5 ANTECEDENTES FAMILIARES

La información es escasa. El único dato relevante es la presencia de trastornos mentales por parte de la familia de la madre biológica.

5.6 DESARROLLO EVOLUTIVO

El paciente fue un embarazo no deseado. La madre biológica se lo dio a su prima (madre adoptiva actual) tras el parto. Una hija adolescente de la madre adoptiva fue la que cuidó al bebé la mayor parte del tiempo.

Hitos del desarrollo: “no muestra angustia ante los extraños a los 8 meses”; “no presenta rabietas entre los 2 y los 4 años”; y “siempre ha dormido con la madre adoptiva”. El resto de los hitos se encuentran dentro de la normalidad.

5.7 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS^{28,29}

- **En el SDQ (Cas), Cuestionario de Cualidades y Dificultades (Goodman, 1.997)** obtenemos información sobre los recursos positivos del paciente y también sobre la psicopatología predominante. Sobrepasa el punto de corte de dificultades en síntomas emocionales, de conducta, problemas con compañeros y conducta prosocial.
- **Inventario Psiquiátrico de T.M. Achenbach (2.001) autorespondido:** de este cuestionario podemos extraer las siguientes conclusiones: sentimiento de inferioridad que le impide relacionarse de forma adecuada con su familia y con la gente de su edad y por ello pasa la mayor parte de su tiempo libre solo jugando con el ordenador o con el móvil, manifiesta conductas agresivas e impulsivas, sentimiento de soledad, mentiroso, padece de insomnio, mal estudiante.
- **Inventario Psiquiátrico de T.M. Achenbach (2.001) respondido por la madre:** la madre reafirma la conducta solitaria del hijo remarcando que no le conoce ningún amigo íntimo. No está al corriente de los resultados académicos de su hijo.
- **WISC-IV.** Es una prueba de inteligencia en la que apreciamos: inteligencia normal. Suma de puntuación escalares: CI= 106, VP= 15, RP= 29, MT= 22, CV= 40; Puntuación compuesta: CI= 103, VP= 88, RP= 97, MT= 105, CV= 120. Se encuentra por debajo de la media en los campos del razonamiento perceptivo y de la velocidad de procesamiento.
- **MMPI-A de Millon.** Sirve para describir las Características de Personalidad: manifiesta una tendencia importante (puntuación superior a 70) de evitación social, discordia familiar, rumiación, ausencia de control, baja autoestima, preocupación excesiva por la salud e incoherencia.
- **MACI.** En esta Prueba de personalidad destacan las puntuaciones TB superiores a 85 que se resumen a continuación: la transparencia, la

alteración, la tendencia depresiva y al suicidio, la difusión de la identidad y la desvalorización de sí mismo.

- **TAMAI.** Con esta prueba podemos describir su nivel de adaptación o desadaptación en diversos entornos: en esta prueba se manifiesta la gran inadaptación personal con rasgos importantes de insatisfacción personal, intrapunición y depresión. Además presenta inadaptación escolar por su aversión a la instrucción e inadaptación social con disnomia, introversión hipoactiva, restricción social, y autodesajuste social.
- **Cuestionario de depresión infantil (Modificación de Beck):** puntúa por encima del punto de corte siendo significativos: los trastornos del sueño, la irritación, sentimiento de fracaso, fatiga, apatía, tristeza, ideas autolíticas constantes, labilidad emocional, anhedonia, pesimismo y gran sentimiento de culpa.

5.8 JUICIO CLÍNICO

Adolescente que responde de forma desadaptativa a una situación de estrés biográfica poniendo en marcha mecanismos de defensa de negación, proyección, acting out, y represión que desvelan una estructura estable de tipo límite en la que se perciben experiencias no integradas en su personalidad, escindidas, que conducen a una vivencia de vacío y depresión por abandono. Su desadaptación actual permite visualizar una estructura psicopatológica de base con elementos límites histriónicos similar a la que podría mostrarse en un adulto con estos trastornos de personalidad.

5.9 DIAGNÓSTICO

- **Diagnóstico fenomenológico C.I.E., 10^a 2:**
 - Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y comportamiento disocial (F43.25).
 - Rasgos de carácter histéricos.
 - Epilepsía (G40.3).
 - Problemas de adaptación cultural (Z60.3).
- **Diagnóstico fenomenológico DSM V¹:**

- Eje 1: (F43.25)* Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta.
- Eje 2: rasgos de personalidad histriónica y límite.
- Eje 3: Epilepsia (G40.3)*
- Eje 4: (Z60.5)* Blanco (percibido) de discriminación adversa o persecución; (Z62.820)* Problema de relación con los padres; (Z59.6)* Ingresos bajos; (Z91.5)* Historia personal de autolesión.
- Eje 5: EEAG: 40, síntomas graves, amenazas y gestos suicidas aislamiento social y alteración grave en las relaciones escolares y familiares.

* Código equivalente en C.I.E., 10ª.

Como podemos ver, en el eje 2 no podemos aún diagnosticar al paciente de trastorno de personalidad ya que no ha transcurrido un año cumpliendo los criterios operativos diagnósticos.

- **Diagnóstico estructural:** Estructura Límite (Kernberg⁹; Bergeret⁶). Podríamos decir que este paciente se ajusta a los criterios clínicos de diagnóstico de una Estructura Límite, de tipo Depresivo Anaclítica según la tipología de Palacios Espasa³⁰. El paciente presenta sentimiento de vacío y depreciación interna que compensa con comportamientos orientados a ajustarse a un Ideal del Yo de tipo perfeccionista. Tendencia a experimentar angustia de abandono en sus relaciones afectivas, sentimiento de humillación narcisista, idealización de sus relaciones y devaluación ante frustraciones relacionales que le aboca a comportamientos impulsivos y autodestructivos. Utilización estable de mecanismos de defensa de negación, proyección y acting out en sus relaciones. El mecanismo de proyección le ayuda a poner en los demás la responsabilidad de sus actos en orden a mitigar un sentimiento de culpa profundo que le deprime intensamente.

Paulina Kerneberg⁹ destaca como en la Estructura borderline los rasgos son fluctuantes y por ello el diagnóstico va a exigir una observación clínica prolongada. En este caso llevamos 6 meses observando cómo estos mecanismos son estables en el sujeto. Entre los rasgos de esta patología asociados a nuestro paciente destacan la fluctuación relacional entre actitudes de dependencia y apego, defensas primitivas destacando

la escisión, negación y proyección, vínculos extremos con otros, negación y amnesia emocional, distorsión y labilidad yoica, con rasgos caracterológicos contradictorios y falta de control de los impulsos.

En el contexto de su estructura límite el paciente presenta abundancia de rasgos de carácter histéricos. Presenta un conflicto entre su necesidad de adaptación y complacencia con las figuras femeninas y un resentimiento crónico en relación a las mismas. En las relaciones con el otro sexo se muestra seductor, exhibicionista y amable. Sin embargo se siente frustrado fácilmente lo que le aboca a un sentimiento depresivo de ser relegado que le pone en contacto con vivencias arcaicas propias de su estructura límite. Tiende a utilizar mecanismos de autoagresión masoquistas en orden a manipular a las figuras femeninas a través de un sentimiento de culpa.

- **Diagnóstico según la CFTMNA-R¹¹:** ésta es una de las pocas clasificaciones hechas exclusivamente para niños y adolescentes. Cuando diagnosticamos el caso clínico aplicando sus criterios encontramos que:

- Eje I:
 - 3.01, Estado límite que cumple criterios de patología anaclítica, predominio de tendencias regresivas, conductas de dependencia, angustia de pérdida y abandono y defectos en la regulación de la autoestima.
 - 8.09, Intento de suicidio
- Eje II: 16.0 Epilepsia idiopática; 21.4 Trastorno importante de relaciones precoces; 21.8 Perturbaciones psicológicas severas y actuales en el medio familiar; 24.1 Muerte entre los hermanos; 24.6 Abandono parenteral; 25.2 Niño adoptado; 25.6 Familia inmigrada; 25.8 Medio socio-familiar muy desfavorecido.

5.10 ORIENTACIONES Y TRATAMIENTO

Hacemos con el paciente un contrato de no suicidio ni autoagresión. Pautamos fluoxetina 20mg/ml (1-0-0), valproato sódico en comprimidos de 200 mg (2-0-2) y Tranxilium pediátrico de 2,5 mg (0-0-0-1).

5.11 CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

Tras el análisis psicopatológico del caso y su análisis en función de diferentes marcos de referencia diagnóstico pensamos que este caso es ilustrativo de un grupo de pacientes que ya en su adolescencia presentan patrones relacionales distintivos y característicos similares a los patrones de personalidad del adulto. Efectivamente, comprobamos en un análisis psicopatológico de tipo estructural, que este paciente a raíz de demandas incrementadas de adaptación a un cambio biográfico inesperado, no dispone de los mecanismos requeridos y necesita recurrir a fórmulas de comportamiento demasiado inmaduras, más propias de estructuras de personalidad fijadas en estadios arcaicos de evolución. Recurre a comportamientos regresivos infantiles para obtener del entorno la estimulación y el reconocimiento del que no dispone internamente. El shock producido por el cambio biográfico al que ha de adaptarse pone en juego su identidad y genera una angustia que trata de apaciguar con mecanismos regresivos de tipo manipulador, y con actos dramáticos orientados bien a culpabilizar a los demás o a espiar un sentimiento de culpa inmanejable.

Pensamos que entender este caso como un trastorno de personalidad y no solo como un trastorno adaptativo permitiría profundizar la atención y extenderla en el tiempo con la finalidad de prevenir futuras descompensaciones ante circunstancias estresantes que pongan de nuevo en juego su identidad. Un abordaje limitado a ofrecer apoyo al paciente en su desadaptación al entorno obviaría la profundidad del trastorno, vendría limitada en el tiempo y se limitaría a ofrecer terapia de apoyo y recursos psicosociales para favorecer la reintegración social del paciente.

Por lo tanto parece justificado mantener el esfuerzo por defender en la práctica clínica la utilización del concepto de trastornos de la personalidad al menos en la adolescencia, no obstante se necesitaran estudios de seguimiento que muestren la continuidad de los trastornos y que utilicen una metodología adecuada dada la estructura de estos trastornos meramente fenomenológicos.

5.12 LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES

Limitaciones

Caso único

Falta de información

Resistencia de la madre a colaborar

Tratamiento en curso (faltan datos finales)

Escasez de estudios empíricos sobre el tema

Oportunidades

Respuesta temprana al tratamiento (demuestra la necesidad de abordar este tipo de casos desde esta óptica)

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Renato D. Alarcón, Carl C. Bell, Donna S. Bender, Lee Anna Clarck, W. John Livesley, Leslie C. Morey et al. Trastornos de la personalidad. En: Robert F. Krueger, coordinador. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5º edición. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2014. p. 645-684.
2. Pedro García Parajuá, Mónica Magariños López. Trastornos mentales y del comportamiento. (F60-F69) Trastornos de la personalidad y del comportamiento en el adulto). En: Luis Caballero, coordinador. Guía del bolsillo de la clasificación CIE 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2000. p. 158-183.
3. Masterson J.F. El Dilema Psiquiátrico del Adolescente. Buenos Aires: Paidós Asappia;1.967, p74-97.
4. Kernberg O: The structural diagnosis of borderline personality organization. En: Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient. M.P. Hartocollis (Ed.) New York: I.U.P, 1977.
5. Kernberg O: The diagnosis of borderline conditions in adolescence. En: S. Feinstein y P. Giovacchini (Eds.), Adolescent Psychiatry, volume 6, Chicago: University of Chicago Press; 1978, p298-319.
6. Bergeret J., La personalidad normal y patológica. Barcelona: Gedisa ; 1980.
7. Mises R, Disarmonías evolutivas, patologías límite y trastornos de los aprendizajes. ed. Xabier Tapia. En: Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente(SEPYPMA). V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 22 octubre 1991, Vitoria.

8. Corcos M. Anotaciones sobre la noción de terapia bifocal en la adolescencia. Revista Colombiana de Psiquiatría 2008, 37(1). <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a07.pdf>. (último acceso 28 abril 2016).
9. Kernberg P, Weiner KS, Bardenstein KK: Trastornos de personalidad en niños y adolescentes. Buenos Aires: Manual Moderno, 2001.
10. Mises R, Disarmonías evolutivas, patologías límite y trastornos de los aprendizajes. ed. Xabier Tapia. En: Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente(SEPYPMA). V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 22 octubre 1991, Vitoria.
11. Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000). Misès RN, Quemada M, Botbol CI, Bursztejn B, Durand J, Garrabé B, GolsePh, Jeammet A, PlantadeCh, Portelli JP. Thevenot Editorial. Buenos Aires: Polemos.2004
12. Cohen P, Crawford T, Johnson J, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. Journal of Personality Disorders. 2005. 19(5), p466-486. <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.2005.19.5.466> (último acceso 28 abril 2016).
13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Teorías de la personalidad y psicopatología. En: Kaplan y Sadock, Sinopsis de Psiquiatría. 11ªed.Barcelona: Wolters Kluwer;2015. p. 151-191.
14. Millon T, Davis RD. Trastornos De La Personalidad, Más Allá Del DSM-IV, edición española. Barcelona (España): MASSON; 1998.
15. Bayón C. Modelo Psicobiológico De Personalidad De Cloninger: Aproximación Integradora En La Evaluación De Los Trastornos De Personalidad Y Proceso Psicoterapéutico. Psiquiatría.com. 2006. http://www.psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/modelo-psicobiologico-de-personalidad-de-cloninger-aproximacion-integradora-en-la-evaluacion-de-los-trastornos-de-personalidad-y-proceso-psicoterapeutico (último acceso 28 abril 2016).
16. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Trastornos de la personalidad. En: Kaplan y Sadock, Sinopsis de Psiquiatría. 11ªed.Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. p. 742-762.
17. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Teorías de la personalidad y psicopatología. En: Kaplan y Sadock, Sinopsis de Psiquiatría. 11ªed.Barcelona: Wolters Kluwer;2015. p. 151-191.

18. Martínez JM, Martín B. Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de la Personalidad. Parte I. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2015; 35 (125): p.19-35.
19. Martínez JM, Martín B. Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de la Personalidad. Parte II. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2015; 35 (127): p587-606.
20. Martínez Rodríguez J.M. Cuestionamiento de los vínculos y crisis. En: Cuadernos De Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente, 59.Madrid: Selene; 2015. P.45-57.
21. Early identification of individual at risk for antisocial personality disorder, Jonathan Hill, British Journal of Psychiatry (2003), 182 (44), p.11-14
22. Westen, Drew et al. An Empirically Derived Classification of Adolescent Personality Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53(5), mayo 2014, p528 – 549.
23. Mitchell SA, Aron L, ed. Relational Psychoanalysis: the emergence of a tradition. Hillsdale, NJ: TheAnalyticPress; 1999.
24. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Psicoterapias. En: Kaplan y Sadock, Sinopsis de Psiquiatría. 11ªed.Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. p. 845-909.
25. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Tratamientopsiquiátrico de niños y adolescentes. En: Kaplan y Sadock, Sinopsis de Psiquiatría. 11ªed.Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. p. 1283-1304.
26. Gunderson J.G, Gabbard G.O, comps. Psicoterapia en los trastornos de personalidad. Barcelona: ArsMedica. 2002.
27. Gunderson JG. Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica. Ed. ARS MÉDICA. 2002. Barcelona.
28. Comeche Moreno Mª I., Díaz García M., Vallejo Pareja M. A. Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Ed: Fundación Universidad Empresa.1995. Madrid.
29. Maganto C., Amador J.A. y González R. Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. Casos prácticos. Ed: TEA. 2002. Madrid.
30. F. Palacio Espasa. Los trastornos de la personalidad en el adolescente, el niño e incluso el bebé. Psicopatología Y Salud Mental del niño y el adolescente. 10; 2007. p21-30.

Universidad de Valladolid

