

**García Quintero, C<sup>1</sup>. y Martín Moreno, E<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Psicóloga especialista en psicología clínica. Unidad de salud mental infanto- juvenil Cabo Huertas (Alicante)

<sup>2</sup> Psicóloga especialista en psicología clínica. Unidad de salud mental infanto- juvenil San Vicente del Raspeig (Alicante)

**Correspondencia:**

Cayetana García Quintero.

Unidad de Salud Mental Infanto – Juvenil Cabo Huertas (Alicante)

Calle Arpón s/n Alicante 03540. 965160928  
cayetana\_garcíaquintero@yahoo.es

*El TPL en la adolescencia:  
Propuesta de intervención  
grupal desde las USMI-J de  
Alicante*

*Borderline Personality  
Disorder in Adolescence:  
Proposal of Group  
Intervention in USMI-J in  
Alicante*

---

**RESUMEN**

El Trastorno de Personalidad Límite (TPL), es el más frecuente de los trastornos de personalidad y uno de los más severos por el deterioro global que genera. Presenta una amplia variabilidad sintomática y una elevada comorbilidad, por lo que consume una gran cantidad de recursos sanitarios. El inicio de este trastorno se sitúa en la adolescencia tardía, por lo que las unidades de salud mental infanto-juvenil (USMI-J) juegan un papel relevante en el diagnóstico e intervención precoces. En este artículo describimos la clínica, las dificultades para un diagnóstico precoz y controversias acerca del mismo, a pesar de que en la investigación reciente es cada vez más aceptado. Posteriormente se describen las intervenciones psicológicas más relevantes que han mostrado eficacia para el TPL y su adaptación a la población adolescente. Destacamos iniciativas desarrolladas en nuestro país, sobre todo a nivel de terapia grupal combinada con la individual y por último se propone una intervención grupal específica para mejorar el tratamiento que reciben en las USMI-J de Alicante.

**Palabras clave:** TPL, Adolescencia y Terapia grupal.

Borderline Personality Disorder in Adolescence: Proposal of Group Intervention in USMI-J in Alicante.

**SUMMARY**

Borderline personality disorder (BPD), is the most frequent of personality disorders, and one of the most severe in global impairment. It shows huge symptomatic variability and high comorbidity rate, so that it spends a big amount of public health service resources. The beginning of this disorder takes place in late adolescence, so Child and Adolescent Mental Health Units (USMI-J) have a relevant role in early diagnosis and intervention. In this article, we describe clinics, early diagnosis difficulties and controversies about it; although in recent investigation it is gradually more accepted. We describe the most relevant psychotherapeutic interventions useful in BPD and its adaptation for adolescent population. We remark initiatives developed in our country, most of all in combination of group and individual therapy, and finally, it is proposed a specific group intervention in order to improve treatment in USMI-J in Alicante.

**Key words:** BPD, adolescence, group therapy.

## EL TPL EN LA ADOLESCENCIA

El hecho de padecer síntomas TPL en la adolescencia se asocia con un riesgo incrementado para el diagnóstico de TPL en adultos, para trastornos del Eje I (abuso de sustancias y trastorno del estado de ánimo), problemas interpersonales, estrés y calidad de vida reducida<sup>1</sup>. Por ello es muy importante el diagnóstico precoz, aunque en estas edades existe cierta controversia a la hora de entender la sintomatología TPL.

Las primeras descripciones se remontan a 1940, dos años después de que A. Stern (1938) utilizase por primera vez el término *borderline*<sup>2</sup>. Pero no fue hasta la publicación del DSM-IV cuando fue posible realizar el diagnóstico del TPL en menores de edad<sup>3</sup>. Los estudios de prevalencia muestran que ésta es similar o incluso superior a la de adultos. Se estima que en la población general, el TPL afecta al 3% de los adolescentes, siendo el 1% de la población clínica y al 49% de los adolescentes hospitalizados.<sup>4</sup>

La fiabilidad y validez de constructo del TPL encontrada en muestras de adolescentes son adecuadas y comparables a las muestras de adultos estudiadas<sup>5</sup>, pero existe confusión respecto a la validez predictiva (estabilidad temporal de los síntomas) del TPL en esta etapa. En algunos estudios<sup>5,6</sup> se observan tasas de remisión elevadas a los 2 años (entre el 66%-85%) y superiores a las obtenidas en los adultos con TPL (35%). También se detecta que, en una proporción pequeña pero clínicamente significativa de adolescentes, la sintomatología persiste hasta la edad adulta.<sup>5</sup>

Por tanto, en la adolescencia, el pronóstico es variable y se describe una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo, de tal forma que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones y el funcionamiento familiar. El grupo de Zanarini<sup>7</sup>, llevó a cabo un estudio que incluía el seguimiento a 6 años de 362 pacientes ingresados con trastorno de la personalidad con el objetivo de realizar un estudio longitudinal de la fenomenología sindrómica y subsindrómica del TPL. De los 362 pacientes evaluados, 290 cumplieron criterios diagnósticos de TPL. De éstos, 34,5% cumplían criterios de remisión a los 2 años, 49,4% a los 4 años, 68,6% a los 6 años y el 73,5% a lo largo de todo el seguimiento. Sólo el 5,9% de estos pacientes mostraron recaídas. Los síntomas impulsivos tuvieron la evolución más favorable, en

especial las autolesiones, el abuso de tóxicos y la promiscuidad sexual. En segundo lugar, los síntomas cognitivos y las relaciones interpersonales. Finalmente, los síntomas afectivos fueron los que menos remitieron, ya que la mayoría seguían presentando un afecto disfórico, siendo así de los síntomas más estables a nivel longitudinal del TPL. Los diferentes estudios de seguimiento a 15 años ofrecieron resultados similares. Todos mostraban una evolución general favorable con dificultades moderadas pero dentro del rango de la normalidad. Para el grupo de Paris<sup>8</sup>, sólo el 25% continuaban cumpliendo criterios para el TPL pero con mejoría en todas las áreas. Entre el 8 y el 10% de los pacientes diagnosticados de TPL fallecen por suicidio consumado, siendo la mayor tasa en los primeros 5 años, es decir en la fase más temprana del TPL, donde hay una impulsividad más marcada. En un estudio de seguimiento a casi treinta años, Paris señala que la mayoría de pacientes funcionan aún mejor al final que en la valoración a los 15 años, a los veintisiete años de seguimiento, sólo un 8% de los pacientes cumplía criterios para TPL y un 22% cumplía criterios para trastorno distímico, lo que corrobora la presencia de alteración afectiva como síntoma más estable del TPL.

Según estos estudios longitudinales, aunque algunas de las características del trastorno pueden estar presentes a lo largo de la vida de las personas con TPL, la intensidad sintomatológica puede variar, por lo que se pone en entredicho la estabilidad en el tiempo del diagnóstico de TPL, ya que, si los pacientes mejoran, ya no cumplen criterios diagnósticos.

Como hemos visto, por un lado, hay quien se cuestiona el diagnóstico TPL en los adolescentes defendiendo que en la adolescencia la personalidad está todavía en desarrollo y que suelen ser frecuentes las disfunciones emocionales y conductuales. Las razones que aducen para mantener esta postura son la escasa estabilidad de los síntomas TPL y los pocos estudios existentes al respecto.

Por otro lado, cada vez son más autores<sup>9</sup> los que defienden que los síntomas TPL son reconocibles en la adolescencia y no son reducibles a un diagnóstico del eje I. Desde esta perspectiva, se defiende que, aunque la personalidad de los adolescentes está aún en desarrollo y cambia con el tiempo, los síntomas TPL más graves de la adolescencia como es la marcada impulsividad autodestructiva, con conductas como: encuentros sexuales desenfrenados, atracones, abuso de sustancias, conducción temeraria y conductas autolesivas, no son manifestacio-

nes propias de un adolescente normal en desarrollo<sup>10</sup>.

Existe cierta evidencia de que el diagnóstico es estable entre el 21 y el 40% de los jóvenes durante un período de 2-3 años. Sin embargo, otros estudios muestran las posibilidades de recuperación del trastorno y aconsejan tener precaución al realizar el diagnóstico de TPL en jóvenes, por el estigma asociado al mismo. En la práctica clínica habitual, el diagnóstico de TPL no suele hacerse antes de los 13 años sino más bien después de los 16 y siempre y cuando el diagnóstico se haya manifestado a lo largo de un año.

Si revisamos el DSM-IV-TR, encontramos que permite realizar el diagnóstico en menores de 18 años, “en los casos relativamente raros en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares del individuo parezcan ser tendentes a extenderse, a persistir y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo o a un episodio de trastornos del Eje I”. En este caso, especifica que “es necesario que los síntomas estén presentes como mínimo durante un año, en lugar de dos años para TLP en adultos”.<sup>3</sup>

Por tanto, según esto, el TPL puede diagnosticarse en adolescentes cuando sus comportamientos inadaptados o autodestructivos son persistentes, omnipresentes y empeoran con el tiempo. Es decir sus comportamientos coinciden con un Patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos.

Aunque encontramos en nuestras consultas de salud mental adolescente este perfil patológico con claridad, pensamos que se ha de realizar el diagnóstico de TPL con especial cautela. Los patrones impulsivos se dan con mayor frecuencia en la adolescencia y no necesariamente acaban derivando en un TPL, por lo que habrían de tener un menor peso para el diagnóstico temprano. Y por el contrario, un comportamiento autolesivo repetitivo, especialmente si es en privado, es un indicador de gran riesgo, así como la inestabilidad afectiva y el patrón de búsqueda o necesidad de relaciones sentimentales exclusivas, por lo que estas características tendrían un mayor peso para el diagnóstico esta etapa del desarrollo.<sup>11</sup>

La conclusión es que a los adolescentes que acuden a nuestras USMIS, amparándonos en la bibliografía científica, se les puede y debería dar el diagnóstico de TPL si sus síntomas se ajustan a los criterios diagnósticos. Pero en la realidad de nuestra práctica clínica habitual, una proporción significativa de jóvenes que cumplen criterios propios de TPL únicamente son diagnosticados y tratados

para trastornos del Eje I (depresión mayor, si presentan síntomas internalizantes, o trastorno de conducta, si presentan síntomas externalizantes). De esta forma no reciben un tratamiento específico para su comportamiento disfuncional y acaban recibiendo tratamientos inapropiados, con lo que el curso del trastorno puede empeorar y/o complicarse y por tanto aumentar los riesgos para su salud y su calidad de vida posterior.

## **TRATAMIENTO DEL TPL EN LA ADOLESCENCIA**

En nuestra revisión, encontramos que las intervenciones psicológicas que se realizan para el TPL en la adolescencia son prácticamente las mismas con alguna adaptación, que para el TPL adulto, de hecho, en los ensayos clínicos consultados se seleccionan pacientes a partir de los 16 años.

La primera Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en ser evaluada empíricamente para el TPL, fue la Terapia Dialéctica Comportamental (TDC) de Linehan<sup>12</sup>, cuya meta principal es el aprendizaje de habilidades para cambiar patrones desadaptativos de conducta, emociones y de pensamiento asociados a problemas vitales. El tratamiento diseñado originalmente, comprende una larga duración (mínimo un año) y el abordaje es individual, grupal y telefónico.

Las intervenciones que se han desarrollado posteriormente para abordar los síntomas específicos del TPL se basan en los postulados de la TDC, intentado simplificarla y acortarla sin perder potencia terapéutica.

Se han realizado adaptaciones para validar la TDC a la población adolescente con síntomas de TLP<sup>13</sup>. La TDC para adolescente se ha adaptado en su duración y contenido, pasando de un año a 16 semanas. La TDC para adolescentes incluye una intervención grupal familiar de entrenamiento en habilidades de manejo, para que el ambiente sirva de modelo y refuerzo de las habilidades que se trabajan con los adolescentes, de este modo la familia utiliza un lenguaje común y se implica en la validación emocional del adolescente. También, además de las sesiones individuales, se da especial énfasis al entrenamiento grupal de habilidades de afrontamiento, de carácter semanal y con una duración media de 2 horas. En estas sesiones se dedica la primera parte a revisar las tareas para casa y en la segunda parte se entrenan diferentes habilidades (mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional...). Se han propuesto un mínimo

de 4 sesiones multifamiliares para una intervención con el adolescente de 16 semanas<sup>14</sup>.

Desde principios del año 2000, ya encontramos evidencia empírica de los buenos resultados de aplicar la TDC adaptada a adolescentes<sup>14</sup>:

- En el año 2008, Woodberry<sup>15</sup>, con adolescentes entre 13 y 18 años, aplican 12 semanas de TDC individual, terapia grupal multifamiliar y asesoramiento telefónico, consiguiendo resultados significativos para el control del malestar.
- El grupo de James<sup>16</sup>, aplican a adolescentes, con edades comprendidas entre trece y diecisiete años y con funcionamiento borderline, un año de sesiones semanales individuales, grupales y familiares, seguimiento telefónico y obtienen resultados significativos en los síntomas propios del TLP.
- En otro estudio, el grupo de Shelton<sup>17</sup>, adaptan la TDC para adolescentes entre 16 y 19 años en un centro de reforma, con problemas de conducta por impulsividad e inestabilidad emocional. Realizan 16 semanas de sesiones grupales de entrenamiento de habilidades, consiguiendo mejoras significativas en sus estrategias de afrontamiento y conductas impulsivas.

Hay evidencias del aumento de la eficacia de la intervención para la regulación emocional en los adolescentes inestables mediante el entrenamiento grupal de habilidades de afrontamiento como adyuvante a la intervención individual.<sup>18</sup>

Por otro lado, en España también se han realizado adaptaciones de programas de tratamiento para TPL como es el caso del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau que ya en 1998 realizó una primera adaptación<sup>19</sup> del modelo de grupo de habilidades de M. Linehan de TDC. El programa general comprende una duración de 6 meses de terapia individual y grupal.

Otro ejemplo y en esta ocasión más específico para adolescentes es el del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde han desarrollado el programa ATRAPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia), para adolescentes con inestabilidad emocional grave y alto riesgo de suicidio. Realizan terapia grupal para pacientes y sus familias, en combinación con un abordaje individual.

Hay otras adaptaciones de la TDC que comparten sus axiomas básicos de funcionamiento (STEPPS, TRC...), pero nosotras vamos a destacar la Terapia Icónica, derivada de la TDC, ya que nos parece muy adecuada para la población adolescente y se ha desarrollado en nuestro país.

La terapia Icónica de Soledad Santiago interviene<sup>20</sup> en los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, con el fin de mejorar la estabilidad emocional y las habilidades de autodirección personal, aumentando así la capacidad de recuperación emocional y de afrontamiento ante cualquier frustración. Contiene:

1. Técnicas de reestructuración y reconceptualización cognitiva,
2. Técnicas conductuales: entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento,
3. Conciencia y control de emociones,
4. Utilización de conflictos espontáneos de la vida real para generalizar lo aprendido sobre afrontamiento.

Los conceptos trabajados en la terapia, se representan en imágenes gráficas (iconos) y sirven tanto para comprender como para evocar, mediante la memoria visual, todos los aspectos trabajados. Los iconos funcionarían como señales para la autodirección personal, lo que facilitaría a las personas impulsivas la aplicación de las técnicas, anticipándose a su propio impulso.

Desde nuestro servicio nacional de salud se enfatiza la importancia de la prevención, siendo el TPL en el adulto, uno de los diagnósticos donde más esfuerzos y recursos se consumen con resultados parciales. Por esto la importancia de una atención específica y fundamentada científicamente para el TPL en sus fases iniciales, la adolescencia.

Desde la Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. (Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut) 21 se realizan las siguientes recomendaciones generales sobre las intervenciones psicosociales preventivas para la población con riesgo de TPL incipiente:

√ Se recomiendan intervenciones preventivas que incluyan a jóvenes y adolescentes con riesgo de TPL, dirigidas a reducir los síntomas presentes y no limitarse a

las manifestaciones del TPL ya consolidado.

√ Se recomiendan intervenciones específicas de atención temprana para mejorar la sintomatología subsindrómica del TPL y prevenir un declive en el funcionamiento global del paciente.

√ Se recomienda educación sanitaria dirigida a los profesionales de la salud, profesionales en contacto con la población de riesgo y población general, para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población, sobre todo en jóvenes.

√ Se recomienda realizar una aproximación cuidadosa a la sintomatología y sufrimiento presente, tanto con el paciente como con la familia, con una actitud empática y esperanzadora.

## CONCLUSIÓN Y PROPUESTA

En general, encontramos que, basándose en la TDC, los tratamientos específicos para los adolescentes borderline se centran principalmente en el entrenamiento de habilidades para la autorregulación emocional. Con respecto al tipo de abordaje, encontramos que generalmente las sesiones grupales/individuales se complementan mutuamente, trabajando los mismos conceptos:

- ▶ En la intervención grupal: conceptualización y aprendizaje de estrategias para el control emocional y
- ▶ En la individual: relación terapéutica y generalización de lo aprendido en el grupo para producir el cambio en su vida personal.

En aras de rentabilizar esfuerzos, consideramos necesaria la mejora asistencial que actualmente podemos ofrecer a la población adolescente con rasgos de personalidad límite y sus familias.

Como hemos visto, cada vez encontramos más ejemplos de proyectos de adaptación de los tratamientos validados en adultos a la población adolescente con un funcionamiento TPL. La intervención más eficaz para este perfil de pacientes es conjunta (psicoterapia individual y grupal). Por esto nos proponemos:

- Adaptar una de las propuestas con evidencia empírica para el TPL a nuestra realidad asistencial.
- Valorar si la aplicación de una terapia grupal añadida a la psicoterapia individual en los adolescentes con un funcionamiento TPL, mejora la evolución y el curso de la enfermedad, en:

- ▶ Disminuir las conductas inadaptadas,
- ▶ Aumentar las conductas de afrontamiento y
- ▶ Mejorar la funcionalidad en los diferentes ámbitos de su vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chanen A. Early intervention for borderline personality disorder in young people. Youth Health Research Centre & Clinical Program. The University of Melbourne & Northwestern Mental Health 2009.
2. Middleton A. Differentiating adolescents with borderline personality disorder from normal adolescents and adolescents with other disorders. The University of Texas at Austin 2004.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4.ª ed. rev.). Washington, American Psychiatric Association. Barcelona: Masson, 2002.
4. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Disord.* 2004;18:526-41.
5. Miller A, Muehlenkamp J y Jacobson C. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review* 2008; 28, 969-981.
6. Salters-Pedneault, K. Borderline personality adolescents. *Health's Disease and Condition* 2008.
7. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2003; 160:274-83.
8. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987;28:530-5.
9. Lyons-Ruth. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood *Psychiatry Research* 2013; 273-281.
10. Sharp C. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:563-73.
11. Washburn. Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents *Child and Ado-*

- lescent Psychiatry and Mental Health 2012; 6:14.
12. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, NY (US): Guilford Press; 1993.
  13. Miller A, Rathus J, Linehan M, Wetzler S, Leigh E. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997;3:78-86.
  14. MacPherson H. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes *Clin Child Fam Psychol Rev* 2013; 16:59–80.
  15. Woodberry KA, Gallo KP, Nock MK. An experimental pilot study of response to invalidation in young women with features of borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2008;157:169–180.
  16. James A, Winmill L, Anderson C, & Alfoadari K. A preliminary study of an extension of a community dialectic behaviour therapy (DBT) programme to adolescents in the looked after care system. *Child and Adolescent Mental Health* 2011; 16, 9–13.
  17. Shelton D, Kesten K, Zhang W & Trestman R. Impact of dialectical behavior therapy—Corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2011; 24,105–113.
  18. Marieke Schuppert Effectiveness of an Emotion Regulation Group Training for Adolescents—a Randomized Controlled Pilot Study *Clin. Psychol. Psychother* 2009;16, 467–478.
  19. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MF, Gich I, Álvarez E y Pérez V Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2009;47, 353-358.
  20. Santiago, S. *Tratando... inestabilidad emocional, Terapia Icónica*. Madrid: Pirámide 2008.
  21. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.