

Adolescencia (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017])

Adolescence (Psychoanalytic diagnostic manual 2 [Lingiardi and McWilliams, 2017])

Elena Calvo Serrano

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica
Asociación Española de Terapia Gestalt

Reseña de Lingiardi, V. y McWilliams, N. (2017). Adolescence. En V. Lingiardi y N. McWilliams, (Eds.), *Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2* (pp. 263-373). The Guilford Press.

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Es una etapa de transición que se caracteriza por ser un tiempo de cambios en diferentes áreas de la persona y que está condicionada por diversos procesos biológicos. Durante este periodo todos los adolescentes se enfrentan (cada uno a su tiempo y con sus características de personalidad particulares) a diferentes retos de desarrollo que los autores agrupan en cuatro áreas concretas: cambios cognitivos, movimiento hacia la independencia, formación de la identidad (con moralidad) y sexualidad.

La adolescencia transcurre a lo largo de tres etapas: adolescencia temprana (12-14 años aproximadamente); adolescencia media (15-16 años aproximadamente) y adolescencia tardía (17-19 años aproximadamente, aunque a veces se alarga hasta los primeros 20).

Como etapa importante en el proceso de desarrollo humano, la adolescencia tiene una sección concreta dentro del manual PDM-2. Esta sección está dividida en tres capítulos. El primer capítulo se centra en las capacidades que conforman el funcionamiento mental del adolescente (Eje-MA). El segundo hace una descripción de los patrones de personalidad y los síndromes emergentes en la adolescencia (Eje-PA) y el tercero nos muestra una descripción de la experiencia subjetiva (Eje-SA) que tienen los adolescentes de los patrones sintomáticos tal y como están descritos por las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales DSM-5 y CIE-10.

Capítulo 4. Mario Speranza y Nick Midgley. Eje-MA Perfil del funcionamiento mental para adolescentes

La evaluación del funcionamiento mental es necesaria a la hora de establecer un diagnóstico, planificar una intervención terapéutica y llevarla a cabo. Durante la adolescencia, al estar las funciones mentales en un desarrollo progresivo, esta evaluación es más compleja.

Tal y como refieren los autores, para crear un perfil diagnóstico psicodinámico del adolescente, necesitamos considerar que la información recopilada se centra en el nivel actual de funcionamiento mental, su historia de desarrollo y los antecedentes familiares de salud mental.

La observación clínica se hace a través de los diferentes contextos en los que el adolescente se encuentra (familia, escuela, grupos de iguales, etc..) e integra múltiples fuentes (entrevistas a padres y adolescentes, medidas basadas en el desempeño, informes de padres, profesores y escalas de autoevaluación).

El Eje-MA evalúa en una escala de 1 a 5 puntos doce capacidades mentales referidas a diferentes niveles de adaptación psicológica. Estas capacidades no están separadas sino que se conceptualizan como un conjunto de procesos unificado e integrado.

A lo largo del capítulo los autores hacen una descripción de estas funciones mentales básicas (entendidas como capacidades), destacando la principal tarea de desarrollo de cada una, y ofrecen un listado de herramientas que facilitan su evaluación.

Al finalizar el capítulo, se ofrece un modelo de evaluación general del funcionamiento mental del adolescente. Este modelo hace una descripción cualitativa de siete niveles de funcionamiento mental diferentes, agrupados en cuatro categorías: Funcionamiento mental óptimo/saludable, neurótico, límite y psicótico. Para obtener esta evaluación, el clínico tiene que sumar las evaluaciones de 1 a 5 asignadas en cada capacidad, obteniendo así una puntuación numérica única entre 12 y 60. Esta puntuación permite colocar al paciente de manera temporal en una de las categorías nombradas anteriormente (se puede ver el resumen en la tabla que aparece en las páginas 306-307 del manual PDM-2).

Las diferentes capacidades que evalúa el Eje-MA son:

Capacidad de regulación, atención y aprendizaje

Esta capacidad hace referencia a las funciones relacionadas con los procesos internos que manejan la emoción, cognición y comportamiento. Engloba la capacidad para iniciar o inhibir el comportamiento acorde a las necesidades contextuales, la capacidad para planificar y la capacidad de detectar errores. Según los autores, estas funciones pueden englobarse bajo el concepto más amplio de “autorregulación”, muy relacionado con ciertos aspectos del funcionamiento (competencia social, habilidades de afrontamiento y éxito académico).

Estas capacidades varían en función de factores individuales (predisposición genética, temperamento, recursos cognitivos), factores ambientales (interacciones del

cuidado infantil temprano, apoyo/regulación de adultos) y contextos situacionales (emociones asociadas), y mejoran significativamente durante la adolescencia.

Adolescentes con puntuaciones altas (5) en esta capacidad se caracterizan por ser adolescentes con buena concentración, organizados y capaces de adaptarse y aprender de la experiencia. Expresan fácilmente pensamientos, afectos y otras experiencias internas. La memoria, atención y las funciones de ejecución son de alto nivel y están bien integradas. Aquellos *adolescentes que tienen una puntuación media (3)*, presentan las mismas características que los que obtienen una puntuación alta pero únicamente cuando están motivados. Cuando no están del todo comprometidos o están bajo una situación de estrés, presentan una disminución moderada de estas capacidades. Únicamente pueden mantener la atención y concentrarse durante periodos cortos y en grado limitado. Su aprendizaje depende del apoyo externo y está muy condicionado por la interferencia emocional. Pueden aparecer problemas en el lenguaje, en el procesamiento de la información y/o en la función de ejecución. Los *adolescentes con una puntuación baja (1)*, tienen una atención fugaz y encuentran difícil concentrarse, organizarse y prestar atención. Muestran dificultades en su expresión verbal y puede costarles adaptarse al entorno y aprender de la experiencia debido a las dificultades en el procesamiento.

Capacidad para el rango afectivo, comunicación y comprensión

Esta capacidad hace referencia a la habilidad del adolescente para experimentar, reconocer, nombrar y regular sus propias emociones y las de los demás. Puede involucrar la regulación de experiencias subjetivas (sentimientos), respuestas cognitivas (pensamientos), respuestas fisiológicas (ritmo cardíaco, actividad hormonal) o comportamientos relacionados con la emoción (acciones o expresiones corporales). Es una capacidad importante para poder establecer relaciones sociales positivas.

Los adolescentes difieren en el curso temporal de las respuestas emocionales a los estímulos, un fenómeno conocido según los autores como *cronometría afectiva*. Viene determinado genéticamente y también está influenciado por el apoyo socioemocional dado por el entorno.

Los *adolescentes con puntuación alta* en esta capacidad, pueden utilizar, expresar y entender las emociones de manera efectiva acorde a la situación vivida. Identifican y responden a las señales emocionales con flexibilidad y precisión. *Aquellos con puntuación media* experimentan y expresan un rango restringido de emociones, teniendo dificultades para experimentar afectos específicos. Cuando tienen que identificar estados emocionales en los demás, pueden hacerlo con dificultad y responder de forma desregulada, especialmente cuando están estresados. Los *adolescentes con puntuación baja* muestran expresiones emocionales caóticas, fragmentadas y comunican pocas emociones. Tienen dificultades en identificar sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales. A veces distorsionan las señales emocionales de los otros y les lleva a responder de manera inapropiada o incongruente.

Capacidad para la mentalización y función reflexiva

Durante la adolescencia se producen una serie de cambios en el desarrollo cognitivo que afectan a la forma como el adolescente integra y expresa a través del lenguaje, el conocimiento sobre su propio estado mental y el de los otros.

Los *adolescentes con puntuación alta* en esta capacidad experimentan y muestran sus estados mentales internos (emociones, pensamientos, deseos y necesidades) y comprenden las experiencias internas de los comportamientos de los demás. Distinguen con facilidad la realidad externa e interna pudiendo parar a reflexionar sobre sus propios comportamientos. Los *adolescentes con puntuación media* entienden y reflejan sus propios estados mentales, experimentan un sentido cohesivo de sí mismos y de los otros, e infieren las experiencias internas de los demás si no están bajo situaciones de estrés y conflicto. Cuando esto sucede, tienen dificultades para percibir y expresar las emociones y para comprender los estados mentales propios y ajenos. Los *adolescentes con puntuación baja* muestran dificultades para diferenciar la realidad externa e interna. No pueden inferir, comprender, reflexionar o simbolizar sobre los estados mentales ni sobre sus propias experiencias afectivas. Sus comportamientos y respuestas suceden sin mediación de la reflexión y tienen una pobre regulación emocional. Deficiencias importantes en esta capacidad pueden sentar las bases para la psicopatología.

Entre las medidas para evaluar la mentalización en adolescentes, los autores incluyen: medidas avanzadas de la teoría de la mente, auto informes, medidas basadas en viñetas, y escalas de evaluación proyectiva.

Capacidad para la diferenciación e integración (identidad)

Para los autores, una tarea fundamental en la adolescencia es desarrollar un sentido de la identidad coherente y estable. En términos psicológicos, la identidad comprende la autoimagen, la individualidad, la autorreflexión y la conciencia de uno mismo. El *self* subjetivo (continuidad) y el *self* definitivo (coherencia de la experiencia personal).

Los *adolescentes con altos niveles* en esta capacidad muestran una clara definición de sí mismos, representaciones mentales diferenciadas, una consistencia en la autoimagen y autonomía. Se diferencian claramente de los demás y establecen compromisos, roles y relaciones estables. Los *adolescentes con puntuaciones medias*, pueden diferenciar e integrar su experiencia pero con limitaciones. En situaciones de estrés pueden sufrir una fragmentación temporal o polarizada de su propia experiencia interna. Los *adolescentes con bajos niveles* en esta capacidad tienen una pobre perspectiva de sí mismos, una experiencia interna fragmentada o rígida. Sus representaciones mentales son pobres y difusas y les cuesta acceder a niveles emocionales de realidad.

En la descripción de esta capacidad, los autores incluyen un resumen (pp.281) de la pauta de desarrollo de la identidad desde la adolescencia temprana hasta los jóvenes en edad adulta, apoyada en la Teoría del estado de la identidad del Yo de James Marcia (1996).

Capacidad para las relaciones de intimidad

Esta capacidad refleja la habilidad de los adolescentes para ajustar la distancia y cercanía interpersonal en una relación. Es una capacidad que se genera a partir de los patrones de apego temprano y también de los modelos de relación internalizados a partir de las relaciones tempranas.

Los *adolescentes con niveles altos* en esta capacidad, experimentan la relación con los demás como una relación segura donde poder apoyar el desarrollo de su identidad.

Buscan la cercanía en las relaciones, favoreciendo una sexualidad asociada con intimidad emocional. Ajustan sus comportamientos y respuestas a las necesidades intrapersonales e interpersonales acordes a su edad. Muestran habilidades para la intimidad, el cuidado y la empatía. Los *adolescentes con niveles medios* muestran una capacidad apropiada a su edad que se ve interrumpida ante situaciones emocionalmente intensas, donde les resulta difícil poder ajustarse a las demandas situacionales. Los *adolescentes con niveles bajos* muestran una gran dificultad en las relaciones, experimentando relaciones superficiales y con poca mutualidad. Se muestran indiferentes a las necesidades de los otros y socialmente pueden estar aislados y retirados.

Además de esta descripción, los autores incluyen una guía de desarrollo de esta capacidad en la adolescencia explicando la evolución desde unas relaciones más superficiales acompañadas de sentimientos de vergüenza en la adolescencia temprana, hasta la preocupación por las relaciones más serias y profundas en la adolescencia tardía.

Capacidad para la regulación de la autoestima y la calidad de la experiencia interna

Esta capacidad hace referencia al grado en el que el adolescente es consciente de su control interno, su autoeficacia y su capacidad de agencia. La autoestima refleja la evaluación que hace el adolescente de su propia valía, mostrándola a través del juicio y la actitud hacia sí mismo. Es una evaluación del Yo real en comparación con el Yo deseado y está muy relacionada con la autoconciencia.

Los autores relacionan los niveles de autoestima con la calidad de las relaciones tempranas. Cuidadores sintonizados con las necesidades de los infantes, que consiguen transmitirles que son personas valiosas, facilitan el desarrollo de una autoestima elevada.

Adolescentes con niveles altos en esta función son capaces de mantener un sentido del bienestar y seguridad incluso bajo situaciones de estrés. Tienen un nivel adecuado de confianza a la hora de enfrentarse con retos y situaciones novedosas, lo que afecta positivamente al modo en el que piensan, sienten y se relacionan con los demás. Los *adolescentes con niveles medios* tienen un sentido del bienestar y confianza adecuado que puede ser alterado en situaciones de intensidad emocional. Frente a situaciones novedosas pueden sentirse vulnerables e inadecuados. Los *adolescentes con niveles bajos* tienen sentimientos de incompletitud o excesiva preocupación. Su autoestima es inestable y fluctúa entre los extremos. Pueden mostrar una sobrecompensación de los sentimientos de vulnerabilidad a través de su comportamiento como forma de tapar su propia experiencia interna.

Capacidad para el control de impulsos y la regulación

Tal y como explican los autores, hay evidencia de una disminución de la impulsividad y un incremento de la autorregulación a lo largo del desarrollo desde la infancia hasta la edad adulta, con un cambio significativo en la adolescencia donde los comportamientos de riesgo alcanzan su punto máximo.

Adolescentes con niveles altos en esta capacidad muestran una expresión de sus impulsos acorde a la situación. El control de impulsos y la expresión de los afectos se hace de forma modulada y adaptativa, favoreciendo las relaciones interpersonales. Los *adolescentes con niveles medios* pueden controlar y regular los impulsos salvo que se encuentren bajo situaciones estresantes o intensas emocionalmente. A veces muestran

patrones de hipercontrol (rigidez) o descontrol (desregulación) asociados a determinadas situaciones. Los *adolescentes con niveles bajos* no tienen prácticamente ningún manejo sobre sus impulsos, bien porque no controlan la expresión de los afectos o porque el control es tan rígido que los impulsos aparecen completamente inexpresados.

Capacidad para el funcionamiento defensivo

Según explican los autores, el funcionamiento defensivo va evolucionando a lo largo del desarrollo alcanzando las defensas más complejas y maduras en la adolescencia tardía y principio de la edad adulta. Estos cambios son paralelos a cambios en el pensamiento cognitivo (desarrollo del pensamiento operacional formal y el razonamiento abstracto), cambios físicos, hormonales, puberales y sociales, al progreso de la individuación y la integración del *self*, y al incremento en las capacidades de mentalización.

En los *adolescentes con altos niveles* en esta capacidad predominan las defensas apropiadas al momento de desarrollo, lo que les permite manejarse con un amplio rango de afectos, tomar conciencia de sus sentimientos y pensamientos y estar en un continuo crecimiento en la relación con el mundo y con los otros. Los *adolescentes con niveles medios* tienden a distorsionar la realidad, minimizando o ignorando las causas internas y viendo los problemas como externos. Tienden a negar aspectos de su propia existencia devaluándose o idealizándose. En situaciones de estrés aparecen defensas más inmaduras (fragmentación, proyección o *acting out*). Los *adolescentes con niveles bajos* presentan muchas dificultades para manejarse con los conflictos internos o las demandas del ambiente, lo que les lleva a estar abrumados por la ansiedad, distorsionar la realidad externa, y tener muchas dificultades para la adaptabilidad y las relaciones sociales.

Capacidad para la adaptación, resiliencia y fuerza

Se entiende “adaptación” aquí como la capacidad crítica hacia determinados contextos específicos, lo que facilita que los adolescentes amplíen sus oportunidades para el crecimiento. Cuando se habla de “resiliencia”, los autores hacen referencia a procesos complejos personales, interpersonales y contextuales que protegen frente a situaciones de adversidad. La describen como un proceso dinámico a lo largo de la vida que durante la adolescencia consiste en una creciente asertividad, autoprotección, toma de perspectiva y creatividad.

Los *adolescentes con altos niveles* en esta capacidad responden de manera flexible a lo novedoso, manejan sus estados emocionales y piden ayuda cuando la necesitan, al conocer sus fortalezas y vulnerabilidades. Se enfrentan a las situaciones de estrés sin que afecte a su funcionamiento general, personal e interpersonal. Los *adolescentes con puntuaciones medias*, pueden responder de manera flexible utilizando sus fortalezas, pero frente a situaciones más complejas utilizan estrategias menos adaptativas. Esto interfiere temporalmente en su comportamiento sin llegar a afectar de manera significativa en su crecimiento y funcionamiento general. Los *adolescentes con niveles bajos* son vulnerables y dependientes del mundo externo para mantener cierto equilibrio emocional y comportamental. Funcionan con patrones de respuesta desadaptativos (evitación, hipercontrol o disociación) que los llevan a un inadecuado funcionamiento personal e interpersonal y un pobre manejo de situaciones socioemocionales complejas.

Capacidades de autoobservación (mentalidad psicológica)

Estas capacidades juegan un papel importante en la organización de las experiencias emocionales y en la evaluación de los cambios afectivos por parte del adolescente. Es una capacidad que se basa en las habilidades cognitivas y emocionales desarrolladas en la infancia y la adolescencia involucrando la capacidad de abstracción y la comprensión de sí mismos y de los otros.

Los *adolescentes con puntuación alta* tienen la capacidad para reflexionar sobre sus propios sentimientos y experiencias y las de los demás, el pasado y el presente. Esto les permite comprenderse en relación a los otros y tener una visión a largo plazo de sí mismos. Pueden hacer asociaciones entre sentimientos y experiencias acordes a su edad. Los *adolescentes con puntuación media* al igual que los de puntuación alta pueden observar y reflexionar sobre lo que ocurre. Sin embargo, bajo condiciones de estrés, la conciencia de sí mismos y la autorreflexión disminuyen, generando así una dificultad para poder utilizar toda la información de manera efectiva. Los *adolescentes con puntuaciones bajas*, están pobremente motivados o son incapaces de reflexionar sobre sí mismos o los otros, asociar situaciones y emociones tanto del presente como del pasado. Se manejan con estados afectivos polarizados o con reacciones emocionales simples que los llevan a utilizar defensas más primitivas o a actuar de manera impulsiva.

Capacidad para construir y usar estándares e ideales internos

Esta capacidad hace referencia al modo personal como un adolescente utiliza la moralidad. Los autores explican que el modo como se construyen los ideales y estándares internos (construcción del Superyó) se va desarrollando a través de la interacción con los cuidadores de referencia y son elaborados y redefinidos en la adolescencia a través de las interacciones con sus contextos sociales. Ven a esta capacidad como una extensión de otras funciones mentales que integra parte de ellas (empatía, toma de perspectiva, etc.).

Los autores aportan una guía de desarrollo de esta capacidad haciendo una descripción de la evolución desde la adolescencia temprana hasta la adolescencia tardía. Destacan que, durante la adolescencia temprana, la moralidad de una acción se juzga más desde las consecuencias que esa acción conlleva para ellos (si me hace sentir bien es algo bueno, si me hace sentir mal es algo malo). Durante la adolescencia media, explican que la moralidad se apoya principalmente en la aceptación de las convenciones sociales de lo que está bien o mal. Con el desarrollo de la introspección, en la adolescencia tardía, la moralidad pasa a apoyarse en la perspectiva de uno mismo frente al punto de vista social.

Los *adolescentes con puntuaciones altas* tienen ideales y estándares internos flexibles e integrados que facilitan los sentimientos de autenticidad y autoestima. Muestran empatía y crítica objetiva. Los *adolescentes con niveles medios* en esta capacidad, muestran estándares moderadamente rígidos e inflexibles o inconsistentes con el contexto. Les mueven más sus propias necesidades que un conjunto de guías morales. Los *adolescentes con puntuaciones bajas* muestran ideales y estándares rígidos e inflexibles que se apoyan en expectativas duras y punitivas. Su sentido moral tiene un rol insignificante o tiránico en la organización de la experiencia personal y en la interpretación del comportamiento propio y de los demás.

Capacidad de significado y propósito

Según los autores, esta capacidad está muy ligada a la construcción de la identidad, el desarrollo moral, un reconocimiento realista de las potencialidades y

limitaciones personales y la capacidad de mentalización. Un retraso en su maduración puede estar ligado a problemas de inhibición o inclusión sin crítica a grupos de riesgo.

Los *adolescentes con niveles altos* en esta capacidad tienen un sentido de propósito y significado claro, junto con un sentido interno de agencia y autodirección que facilita la capacidad para mirar fuera de uno mismo e ir más allá de las preocupaciones inmediatas. Los *adolescentes con puntuaciones medias*, tienen un sentido de propósito y significado que alternan con periodos de incertidumbre y duda. Pueden mirar fuera de sí mismos con dificultad y a veces pueden conectar con otras personas. Los *adolescentes con puntuaciones bajas* muestran dificultades con el sentido de propósito mostrando falta de dirección o rumbo. Les resulta difícil explicar sus objetivos vitales o filosofía personal. Para ellos la subjetividad o intersubjetividad tienen muy poca importancia.

Capítulo 5. Johanna C. Malone y Norka Malberg.

Eje-PA Patrones de personalidad emergentes y síndromes en la adolescencia

Este capítulo se centra en la descripción de los patrones de personalidad y síndromes que emergen durante la adolescencia. Se parte de la investigación actual, que destaca como conclusión la importancia de evaluar los patrones de personalidad adolescente teniendo en cuenta ciertos aspectos concretos de esta etapa.

Tal y como explican los autores, los patrones de personalidad se empiezan a formar en la infancia y continúan su desarrollo a lo largo de la vida. En la adolescencia, aunque no están del todo constituidos, se puede empezar a intuir un estilo de personalidad emergente, relativamente estable, que permite al individuo tener un marco de referencia para su forma de estar en el mundo (pensamientos, sentimientos y comportamientos). Este estilo de personalidad incluye las fortalezas y debilidades de la persona y está afectado por la disposición biológica, las capacidades cognitivas, la etapa de desarrollo y la influencia familiar y cultural.

Para conceptualizar y describir el estilo de personalidad adolescente, los autores plantean considerar tres dominios: 1) Deseos, miedos, valores y conflictos. 2) Recursos psicológicos o adaptativos. 3) Aspectos de la relación.

Personalidad emergente y adolescentes: antecedentes y significado

En este apartado, los autores nos relatan cómo podemos encontrar diferentes opiniones respecto a si se puede considerar o no la aparición de patología de la personalidad en la adolescencia. Explican que tanto la CIE-10 como el DSM-5 se muestran cautos a la hora de diagnosticar los trastornos de personalidad adolescente (CIE-10 poco probable antes de los 16 años, y no antes de los 18 años en DSM-5) al mismo tiempo que nos muestran un creciente número de evidencias que sugieren la alta prevalencia de patrones de patología de la personalidad en la infancia y la adolescencia. Kernberg (1998) analizando la diferencia entre las características asociadas a la etapa de desarrollo y la patología, diferenció aquellos adolescentes que se encuentran en una *crisis de identidad* (algo frecuente en la adolescencia), de aquellos que se enfrentan a una *difusión de la identidad* (como muestra de una falta de integración de las representaciones de uno mismo y de los otros) (Chen et al., 2004; Johnson et al., 2004; Wiley y Berman, 2013).

Considerar la posible patología de la personalidad adolescente es importante porque ayuda a que los tratamientos psicoterapéuticos sean más eficientes. Es importante poder evaluar la sensibilidad del adolescente a los factores familiares y ambientales y ver de qué manera estos contextos contribuyen a los rasgos observados en el adolescente.

Al evaluar el patrón emergente de personalidad en la adolescencia es importante observar la interacción de diferentes factores: la predisposición genética (temperamento, nivel de actividad y capacidad para calmarse), el patrón de relación infante-cuidador (nos aporta información de cómo el niño aprende a modular y regular sus propias respuestas afectivas), los patrones de comportamiento y la experiencia interna que surge de la interacción con el ambiente, y las operaciones defensivas y adaptativas que surgen como forma de manejarse con las experiencias vividas.

El proceso de desarrollo de los patrones de personalidad muestra características diferentes y concretas en función de la etapa de la adolescencia en la que nos encontremos. Los autores explican que la adolescencia temprana se caracteriza por la aparición de importantes cambios físicos, entre los cuales destaca la maduración sexual, lo que hace que a veces en esta etapa surjan problemas relacionados con su corporalidad (identidad, integración de los cambios corporales, etc.). Bajo situaciones de estrés en esta etapa, se puede observar una tendencia a regresar a comportamientos infantiles o una tendencia a poner a prueba los límites. Durante la adolescencia media los conflictos con los padres están más presentes (reordenación de la relación durante la adolescencia) y los iguales empiezan a ocupar un lugar más importante, lo que les hace ser más vulnerables a la presión ejercida por ellos. En relación a la sexualidad, son más conscientes de sus deseos sexuales y empiezan a desarrollar certezas sobre aspectos de su identidad y orientación sexual. En la adolescencia tardía aparece un sentido de la identidad más firme, un aumento de la sensibilidad emocional y un mayor interés en el razonamiento moral. Continúan desarrollando una visión más matizada de su sexualidad y de su identidad de género.

Las relaciones y dinámicas familiares tienen un importante papel en el desarrollo de la personalidad, por lo que evaluar el modo en que la familia contribuye a la emergencia o el mantenimiento de la sintomatología es crucial en el trabajo con adolescentes. Implicar a los padres en el tratamiento ayuda a la familia a entender de qué manera las dinámicas familiares contribuyen al desarrollo de la personalidad adolescente y a la aparición de los síntomas.

Otro contexto importante a tener en cuenta es el grupo de pares. Aunque la influencia de los padres no desaparece por completo durante la adolescencia, la influencia de los iguales cobra mucha más importancia. El grupo de iguales puede ejercer influencia de dos formas diferentes, como factor protector (si se han construido buenos vínculos) o como importante factor de riesgo en ambientes conflictivos y con relaciones poco profundas.

Los factores socioeconómicos y culturales también tienen influencia en el desarrollo de algunos de los síndromes de personalidad. Los valores y creencias culturales afectan a la hora de evaluar como normal un comportamiento específico dentro de un contexto determinado. Observar cómo el adolescente se adapta a su entorno (casa, amigos, escuela, barrio, origen cultural, creencias religiosas...) ayuda a descubrir la forma en que el adolescente se percibe a sí mismo y a los otros en estos contextos, si se siente en congruencia o en conflicto.

Tal y como explican los autores, es importante evaluar las fortalezas de la personalidad adolescente y los factores de protección en la familia (parentalización positiva) y otros contextos (colegio, grupos comunitarios). Se ha observado que las capacidades de mentalización y el funcionamiento competente en tareas importantes para el adolescente, actúan como importantes factores de protección.

Las características particulares de la adolescencia hacen que sea fundamental tener en cuenta, además de al adolescente, a otros informantes (padres, profesores, compañeros) para llevar a cabo la evaluación.

Los autores proponen diferentes modos de evaluación agrupados en: Medidas de autoinforme, entrevistas o informes clínicos, métodos basados en la interpretación (Roschard, técnicas de *storytelling* y TAT)

Eje-PA Enfoque diagnóstico

Para hacer el diagnóstico Eje-PA es necesario observar el nivel de organización de la personalidad y evaluar el estilo de personalidad emergente.

Nivel de organización de la personalidad

Los autores nos explican que el nivel de organización de la personalidad se evalúa a lo largo de un continuo que va desde relativamente sano hasta comprometido. Este continuo incluye los niveles sano, neurótico, *borderline* y psicótico y se evalúa a través de las 12 capacidades de funcionamiento mental incluidas en el Eje-MA agrupadas en cuatro categorías (procesos cognitivos y afectivos, identidad y relaciones, defensa y afrontamiento y autoconocimiento y autodirección).

En el extremo “sano” del continuo, estas capacidades trabajan conjuntamente de manera flexible y acorde a la edad. El adolescente utiliza sus patrones de personalidad para apoyar el funcionamiento saludable. Por el contrario, en el lado opuesto aparece una dificultad notable en el funcionamiento de gran parte de las capacidades del Eje-MA.

Los autores clasifican los diferentes patrones de personalidad en varias categorías:

- Patrones de personalidad emergente *normales* (sanos): Los adolescentes muestran un nivel de organización de la personalidad y un sentido de sí mismos cohesionado junto a un desarrollo adecuado a su edad en las relaciones familiares y con los pares, en las habilidades de afrontamiento, empatía y manejo de emociones.
- Patrones de personalidad emergente *medio disfuncionales* (neuróticos): estos adolescentes muestran un nivel de organización de la personalidad menos cohesionado aunque su sentido del *self* y de la realidad son sólidos. Sus patrones defensivos son moderadamente rígidos y sus reacciones a las situaciones complejas pueden ser poco funcionales. Puede haber cierta tensión en las relaciones con pares y familiares.
- Patrones emergentes de personalidad *disfuncionales* (*borderline*): Estos adolescentes presentan vulnerabilidad en la prueba de realidad y el sentido del

self, lo que se manifiesta con un pobre manejo emocional y con cierta distorsión de la realidad.

- Patrones de personalidad emergente *severamente disfuncionales* (psicóticos): Estos adolescentes muestran serios problemas a la hora de evaluar la realidad y construir su propio sentido del *self*. Sus operaciones defensivas interfieren directamente en su capacidad para las relaciones interpersonales y para separar sus propios sentimientos y deseos de los de los demás.

Estilos emergentes de personalidad adolescente

El Eje-PA se apoya tanto en la evidencia de la experiencia clínica como en la investigación empírica. Para los autores, su objetivo no es tanto que se piense en los estilos de personalidad como categorías diagnósticas, sino que se les tenga en cuenta como un marco de referencia a la hora de formular y desarrollar la intervención terapéutica.

El Eje-PA, organiza los estilos de personalidad en varias categorías: *internalización* (incluye estilo depresivo, ansioso-evitativo y esquizoide), *externalización* (con estilo antisocial-psicopático, narcisista y paranoide), *desregulación límite* (con estilo impulsivo-histriónico, límite, dependiente-victimizado) y *estilo de carácter obsesivo* (Westen, DeFife, Malone y DiLallo, 2014).

En esta parte del capítulo los autores hacen una descripción empírica de cada uno de los estilos de personalidad centrándose en las características clave de cada estilo (patrones de maduración constitucional contribuyentes, tensión/preocupación central, afectos centrales, creencias patógenas sobre uno mismo y tipos de defensas centrales) y las reacciones de transferencia y contratransferencia. En algunos casos lo acompañan de una ilustración clínica donde además de la descripción del caso, aparece la evaluación clínica Eje-PA (nivel de organización de la personalidad y estilo de personalidad emergente).

Personalidades depresivas. Es necesario poder diferenciar a los adolescentes que tienen personalidad depresiva de aquellos que presentan una depresión clínica. Para los autores, mientras los segundos presentan sintomatología concreta a nivel psicológico, comportamental y vegetativo, los pacientes con personalidad depresiva pueden presentar estos síntomas o no.

Exponen que los adolescentes con personalidad depresiva suelen caracterizarse por sentirse inadecuados, sin valor o verse como fracasados. Generalmente se muestran infelices, tristes o abatidos, y muchas veces acompañados de un sentimiento de vacío que les impide encontrar satisfacciones. Pueden tener dificultades en el manejo y expresión de la rabia y el placer.

Son muy sensibles a experimentar miedo al rechazo o abandono en sus relaciones. Su preocupación central está asociada a las dicotomías bondad/maldad, soledad/relación, lo que les lleva a un constante sentimiento de culpa

La contratransferencia va desde despertar la necesidad de rescatarlos, a sentir irritación y/o rechazo, junto con sentimientos dolorosos si aparecen ideas suicidas. En la

transferencia, los pacientes pueden volverse dependientes de los psicoterapeutas o por el contrario desconfiar de ellos cuando desafían sus autocreencias negativas.

Personalidades ansiosas-evitativas. Los adolescentes con este estilo de personalidad muestran una falta de capacidad de afrontamiento y de regulación afectiva. Sus niveles de ansiedad son altos y tienden a ser sensibles a los sentimientos de humillación y ridículo, lo que les hace evitar con frecuencia las situaciones sociales. En las relaciones interpersonales carecen de habilidades sociales, lo que a veces les hace experimentar cierto rechazo social que refuerza su tendencia evitativa. Puede resultarles difícil expresar sus deseos o impulsos y tomar decisiones. A veces experimentan ataques de pánico o miedo a enfermar. Los clínicos pueden sentirse responsables de rescatarles de su miedo y ansiedad intentando contrarrestar sus procesos de pensamiento. Los pacientes pueden idealizar al psicoterapeuta y verlo como una fuente de seguridad construyendo una dependencia o por el contrario proyectar sus miedos en el terapeuta mostrándose desconfiados y resistentes.

Personalidades esquizoides. Estos adolescentes se caracterizan por mostrar desapego hacia las relaciones sociales y exhibir pocas expresiones emocionales en los encuentros con los demás. Son altamente sensibles y tímidos, con una apariencia extraña. Les cuesta dar sentido al comportamiento de los otros y valoran la soledad como una estrategia defensiva primaria frente al miedo a la cercanía (aunque no se descarta cierto anhelo a esa cercanía).

Según los autores, los patrones esquizoides aparecen en un continuo que va desde una leve (neurótica) incapacidad para las relaciones, a trastornos psicóticos severos donde la separación de los demás tiene que ver con una falta de contacto con la realidad.

Los clínicos pueden mostrarse paternales y tratar de establecer una relación de cercanía y distancia en la terapia para calmar sus propias ansiedades, provocando que no aparezcan los miedos del paciente o por el contrario que se incrementen los temores a la intrusión.

Estos adolescentes pueden tener dificultades para dar un sentido a los comportamientos del terapeuta, e incluso poner a prueba al terapeuta para ver cómo reacciona ante sus comportamientos y actitudes bizarras.

Personalidades psicopáticas-antisociales. Los adolescentes con personalidad psicopática-antisocial muestran desprecio o falta de respeto hacia los derechos de los demás y las normas sociales. Carecen de empatía y remordimiento cuando causan daño o dolor. Su capacidad para el apego está disminuida y tienden a desafiar a las figuras de autoridad. Buscan emociones a través de comportamientos de riesgo y exhiben un sentido de control omnipotente como estrategia defensiva primaria y como forma de sentirse poderosos y con ventaja frente a los demás.

Al igual que otros estilos de personalidad, los rasgos psicopáticos se mueven en un continuo. Los de nivel bajo se caracterizan por tener una prueba de realidad pobre, menos integración interna y alta probabilidad de comportamientos de riesgo y agresivos. Los que están en el nivel alto, suelen esconder sus intenciones utilizando su inteligencia para manipular y humillar a los demás.

Bateman y Fonagy (2004, 2008 y 2013) sugieren la mentalización como estrategia terapéutica para trabajar con este estilo de personalidad. Explican que de esta forma podrían potenciar la capacidad de entender sus propios estados internos y los de los demás, al mismo tiempo que les ayudaría a identificar y ampliar el rango de emociones con el que se manejan.

Los clínicos pueden ser seducidos por los pacientes y verse saltándose algunas reglas para con ellos. En otras ocasiones pueden sentir miedo, impotencia, rechazo, odio y resistencia a las dinámicas de la relación. Los pacientes pueden proyectar sobre el terapeuta sus modos de actuar o tratar de manipularle para obtener algún beneficio, lo que dificulta poder dar significado a las perspectivas del tratamiento.

Personalidades narcisistas. Los autores nos explican que, dentro del continuo de la personalidad narcisista, encontramos que los adolescentes situados en el extremo *sano* se caracterizan por sentir orgullo por las metas conseguidas. Sin embargo, los adolescentes que se encuentran en el lado más disfuncional, muestran fantasías y comportamientos de grandiosidad poco consistentes con la realidad, lo que se traduce en arrogancia, autoritarismo, necesidad de admiración y falta de empatía o en irritabilidad y depresión como consecuencia de unas aspiraciones de grandiosidad frustradas.

Generalmente los adolescentes con estilo de personalidad narcisista se mueven entre dos polaridades, la devaluación y la idealización. En el núcleo, aparece un sentido del *self* deficitario que los lleva a preocuparse por conseguir la perfección, un estatus social o una alta opinión por parte de los demás.

En sus relaciones interpersonales son competitivos, críticos y manipuladores. Tienden a sentirse por encima del resto y creen ser merecedores de un trato especial. Emociones como la envidia, rabia y la vergüenza aparecen con frecuencia.

Los pacientes pueden alternativamente idealizar y devaluar al terapeuta. Los clínicos pueden responder de manera positiva a la idealización de sí mismos y con emociones de rabia y rechazo cuando se sienten devaluados. Pueden sentirse no vistos por el paciente como personas reales.

Personalidades paranoides. Los adolescentes con un estilo de personalidad paranoide se mueven en un continuo de desconfianza y susceptibilidad hacia los otros como forma de protegerse de un sentimiento de vergüenza y humillación. Suelen culpar a los demás de sus propias limitaciones, dando por hecho que los demás les van a engañar, dañar o traicionar.

Los autores destacan la importancia de diferenciar aquellos adolescentes con un estilo de personalidad paranoide de aquellos que presentan expresiones tempranas de un espectro psicótico (las primeras manifestaciones pueden darse en la adolescencia). Para poder hacer la diferenciación, es necesario evaluar en qué medida el pensamiento paranoide es poroso o creído con firmeza, constituyendo entonces un pensamiento delirante.

Los clínicos pueden experimentar sentimientos de frustración e impaciencia frente a la irracionalidad de los pensamientos de los pacientes. Los pacientes pueden mostrar sentimientos de miedo, suspicacia y hostilidad hacia el terapeuta.

Personalidades impulsivas-histriónicas. Estos adolescentes muestran una tendencia a la dramatización y a la búsqueda de atención en la interacción con los otros. Pueden actuar de forma impulsiva con un comportamiento provocativo sexual y/o agresivo. Sus relaciones suelen ser inestables, caóticas, muy cambiantes y a veces, de riesgo. Sus emociones cambian con facilidad y no tienen un claro sentido de sí mismos.

Miedo, vergüenza y culpa son sus afectos centrales acompañados de represión, regresión, sexualización, *acting out* y sobrecompensación.

Los clínicos en la primera parte del tratamiento pueden sentir la necesidad de complacer a los pacientes, pero conforme va avanzando la psicoterapia, pueden desconectarse de la intensa demanda del paciente. Para los pacientes, los clínicos se convierten en fuentes donde encontrar la atención y la gratificación. Cuando esto no sucede, aparecen comportamientos pasivo-agresivos. La idealización y devaluación del terapeuta va a estar con frecuencia presente en la relación.

Personalidades límite. Se cree que un patrón temprano de apego desorganizado facilita el desarrollo de un estilo de personalidad límite. Los adolescentes con este estilo de personalidad suelen experimentar estados emocionales que se descontrolan y cambian rápidamente de forma impredecible. Tendientes a sentimientos de vacío, con mucha dificultad para la autorregulación, buscan calmarse con la ayuda de una fuente externa. Tienen muchas dificultades en las relaciones interpersonales. Sus relaciones son inestables y caóticas debido a la dificultad para integrar en la misma persona cualidades positivas y negativas. A veces hacen gestos o amenazas suicidas como forma de pedir ayuda o como intento de manipular a los demás.

No tienen un sentido estable de quienes son y cuando están muy angustiados, su sentido de la realidad puede verse dañado. La fragmentación, la identificación proyectiva y el *acting out* son sus defensas centrales.

Los clínicos pueden tener la sensación de haber generado enfado en el paciente, junto a emociones intensas y pérdida de la toma de conciencia cognitiva. Pueden pasar de estados emocionales positivos a negativos rápidamente. La percepción del paciente sobre el clínico suele estar distorsionada, alternándose desde la idealización a la devaluación. Muestran fuertes cambios en sus estados afectivos.

Personalidades dependientes-victimizadas. Estos adolescentes presentan una convincente necesidad de ser cuidados. Muestran comportamientos sumisos y aferrados frente a un alto temor a la separación y al rechazo. Las situaciones novedosas y los cambios les generan ansiedad. Buscan la aceptación social y su estado de ánimo es muy dependiente de la validación y el reconocimiento de los otros. Su dificultad para reconocer y expresar su enfado puede llevarles a ser muy autocríticos y autocastigadores, manifestando síntomas depresivos y dificultad para tomar conciencia de sus propias necesidades. En las relaciones interpersonales se colocan en el rol de cuidar, rescatar o proteger a los demás.

Los clínicos pueden sentir un amplio rango de afectos, desde emociones positivas al sentirse identificados con la proyección del paciente de que es una persona que lo sabe todo, hasta sentimientos de irritación y desvinculación por sentirse cargados y/o constreñidos. Los pacientes por su lado pueden experimentar abandono o rechazo cuando el terapeuta no responde a sus necesidades de dependencia.

Personalidades obsesivo-compulsivas. Estos adolescentes muestran una excesiva preocupación con el orden, perfeccionismo y control (mental e interpersonal) como forma de contener una ansiedad abrumadora, una posible pérdida de realidad o una pérdida de control de los impulsos. Muestran dificultades para el placer, la diversión o las amistades al estar excesivamente preocupados por el colegio, trabajo o la productividad.

En el lado más leve del continuo, estos rasgos pueden facilitar que sean obedientes y se hagan cargo de sus propias tareas. Sin embargo, en el lado más desadaptativo, sus necesidades de control pueden convertirse en un agobio para las personas de alrededor generándoles problema en sus relaciones.

Los clínicos pueden experimentar frustración, intento de ser controlados, aburrimiento y distancia en la relación con el paciente. Para los pacientes, los clínicos a veces son percibidos como controladores y experimentan ira y hostilidad hacia el terapeuta. Es su forma de conseguir libertad y autonomía.

Capítulo 6. Mario Speranza.

Eje-SA Patrones de síntomas adolescentes: La experiencia subjetiva

En este capítulo los autores tratan de explicar la experiencia subjetiva de los adolescentes asociada a los patrones sintomáticos que aparecen en los sistemas de clasificación Internacional (DSM-5 y CIE-10).

Se parte de que los patrones sintomáticos en la adolescencia aparecen en un contexto dinámico fuertemente afectado por el ambiente y muy condicionados en su significado y expresión por el desarrollo de las capacidades mentales de los adolescentes. Teniendo esto en cuenta, resaltan la importancia de favorecer las observaciones en periodos largos de tiempo antes de considerar un diagnóstico específico en esta etapa.

La descripción de la experiencia subjetiva asociada se apoya en los estados afectivos, los patrones cognitivos, los estados somáticos y los patrones relacionales. A veces, los autores la acompañan con una breve ilustración clínica que facilita la comprensión.

Respuestas saludables

Crisis situacionales y de desarrollo

La adolescencia es un periodo de cambio y desarrollo que generalmente va acompañado de periodos de crisis en los adolescentes. Se entiende crisis no como un trastorno, sino como un periodo de desequilibrio temporal que favorece la construcción de la identidad y la autonomía al poner en contacto a la persona con nuevas formas de funcionamiento.

Poder afrontar esta crisis de manera favorable depende de factores internos al adolescente y también de los recursos que su entorno sea capaz de utilizar. Cuando un sistema puede adaptarse a los cambios asociados al desarrollo del adolescente, la ansiedad que acompaña a esta experiencia de crisis es contenida y se reduce el riesgo de que aparezca un comportamiento patológico.

Tal y como explican los autores, los adolescentes encuentran a través de su comportamiento una forma de expresión de sus sentimientos. La actuación coge el lugar de la representación mental acerca de lo que les pasa. Como clínicos que trabajan con adolescentes, acompañarlos a buscar otras respuestas más adecuadas al *acting out* como forma de manejar su ansiedad a través de reflexionar sobre sí mismos, sus dinámicas de relación y establecer otro tipo de comunicación, es un paso fundamental.

Trastornos predominantemente psicóticos

La psicosis es definida como una severa disrupción de pensamiento y comportamiento, dando por resultado una pérdida de prueba de realidad. Cuando aparece en la adolescencia, la capacidad del adolescente para funcionar en sus actividades diarias se ve afectada a veces de forma bastante debilitante e incapacitante. Hay evidencia creciente de que el reconocimiento y el tratamiento temprano de los trastornos psicóticos puede llevar a una mejora sustancial en la recuperación y el funcionamiento general (Thompson et al, 2015).

Trastorno psicótico breve

Tal y como explican los autores, en los adolescentes como en los adultos, la característica esencial del trastorno psicótico breve es la aparición repentina de sintomatología positiva (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento formal y comportamiento desorganizado) con la diferencia de que en la adolescencia estos síntomas están asociados con fenómenos de despersonalización y/o desrealización, labilidad extrema del estado de ánimo y un estado de conciencia de sueño sin la confusión adecuada.

La aparición de episodios psicóticos breves en la adolescencia afecta y puede tener consecuencias negativas en el desarrollo de la personalidad, las relaciones interpersonales y el desarrollo de un sentido de sí mismo cohesionado.

Trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia

La experiencia emocional de los adolescentes con esquizofrenia está caracterizada por una combinación de síntomas de ansiedad y depresión. Generalmente la ansiedad va asociada con las alucinaciones, los delirios y las experiencias de despersonalización y desrealización. La depresión suele estar presente en todas las fases y puede coger la forma de afecto embotado o incapacidad para sentir placer. Frecuentemente está asociada con una progresiva percepción de la enfermedad.

Los procesos de pensamiento y comportamiento, al igual que las relaciones sociales, también están condicionados por las alucinaciones y los delirios. Muestran dificultades para organizar sus pensamientos, prestar atención a estímulos externos, memorizar y procesar la información, priorizar tareas, tomar decisiones y a veces, el entorno se les hace incomprensible mostrando dudas acerca de sus percepciones y sentimientos.

En relación a los estados somáticos, pueden informar de experiencias corporales inusuales relacionadas con la presencia de sinestesia o temas delirantes focalizados en el cuerpo. También se suceden cambios en los patrones del sueño y la alimentación (a veces amplificadas por la medicación).

Mejorar en la comprensión y comunicación social junto con una mayor comprensión y expresión de sus propias experiencias, facilita la mejora emocional y ayuda a la recuperación.

Trastornos del estado de ánimo

Trastornos depresivos

Según los autores, las dinámicas depresivas son difíciles de diagnosticar en la adolescencia debido a la dificultad para identificar qué pertenece al trastorno depresivo y qué forma parte de la etapa de desarrollo.

Al igual que ocurre para la depresión de adultos, los autores psicoanalíticos diferencian dos subtipos de depresión, la caracterizada por preocupaciones relacionadas con la interrupción de la relación con los demás (anaclítica) y otra centrada en los problemas de identidad cuya preocupación está centrada en la consecución de un sí mismo positivo y cohesionado (introyectiva). Esta diferenciación marca los diferentes estados afectivos que podemos encontrar. Aunque en ambas los síntomas nucleares que se describen son un sentimiento de tristeza abrumadora y desesperación persistente, en el subtipo anaclítico los sentimientos de vergüenza, humillación y baja autoestima conducen a fuertes sentimientos de inseguridad y miedo al abandono, mientras que en el subtipo introyectivo, prevalecen los sentimientos de fracaso y culpa.

En los adolescentes con depresión, se observa un enlentecimiento mental y una disminución de la concentración. Aparece una fuerte autocrítica y un alto riesgo de suicidio. Corporalmente muestran una experiencia de pesadez corporal, fatiga y falta de autocuidado acompañada de cambios en el hábito del sueño. Socialmente tienden a buscar la retirada alejándose del colegio y sus familiares.

Los autores destacan como indicador de depresión adolescente la percepción de una tristeza irreprimible y en los casos más severos, una silenciosa angustia.

Trastorno bipolar

Los autores empiezan este apartado explicando que aunque el grupo de trabajo DSM-5 en trastornos bipolares ha decidido limitar el diagnóstico para adolescentes casi al mismo fenotipo que muestran los adultos, hay una diferencia significativa en sus síntomas. Exponen que la manía en los adolescentes aparece como una aumentada irritabilidad, con explosiones destructivas y comportamientos altamente disruptivos y/o agresivos, una extrema sensibilidad a las reacciones negativas de los otros y con dificultad significativa para las relaciones interpersonales. Más proclives a experimentar síntomas mixtos y síntomas que ciclan con más continuidad entre los estados depresivos y maníacos. Los síntomas delirantes durante los episodios maníacos son también más frecuentes en los adolescentes que en los adultos al mismo tiempo que también presentan altos índices de trastornos comórbidos (uso de sustancias, hiperactividad, comportamiento disruptivo...).

En relación a la experiencia subjetiva, los estados emocionales de los adolescentes con trastorno bipolar son intensos y pueden cambiar de manera drástica. Las subidas y bajadas en el humor van acompañadas de subidas y bajadas de energía, actividad, sueño y comportamiento.

Durante los episodios maníacos aparece mucha energía, intenso placer y disminución de la necesidad de dormir acompañada de una autoconfianza y poder irreales con fantasías de grandiosidad. Sus pensamientos son a menudo confusos e ilógicos mostrando problemas de concentración. Nombran un sentido de sí mismo inestable que se mueve entre sentir debilidad o fortaleza, competencia o incompetencia, con una experiencia interna de estar fuera de control. A nivel somático, sus ritmos biológicos están alterados durante las fases con estados de hiperactivación, inquietud, insomnio. Sus patrones relacionales son impredecibles, caóticos e impulsivos, apareciendo muchas dificultades a nivel social y relacional.

Trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo

Esta categoría ha sido recientemente incluida en el DSM-5 para abordar la preocupación sobre la clasificación y diagnóstico adecuado de los niños y adolescentes con irritabilidad persistente y crónica. Es un trastorno que incluye la desregulación del estado de ánimo caracterizada por una persistente irritabilidad que se manifiesta con frecuentes arrebatos de genio desproporcionados a la situación e inconsistentes con la etapa de desarrollo, junto con un humor de enfado persistente.

Los autores explican que la experiencia afectiva de estos adolescentes se caracteriza por una irritabilidad crónica expresada con frecuentes explosiones de ira. Muestran baja tolerancia a la frustración, poca autoconciencia de sus comportamientos, sintiendo una terrible injusticia cuando los demás les ponen límites. Expresan dificultades para relacionarse, resultándoles difícil iniciar o mantener relaciones con iguales. Aparecen comportamientos de riesgo, intentos de suicidio y agresión severa. Debido a un inestable sentido de sí mismos y a una autopercepción negativa, su experiencia interna es de estar fuera de control.

A nivel somático, frecuentemente presentan síntomas de hiperactivación.

Suicidio

La experiencia subjetiva que describen los adolescentes tras un intento de suicidio es de un intenso sentimiento de sufrimiento psíquico acompañado de una sensación de estar sin salida. Expresan tristeza, dolor, desesperación, desapego e irritabilidad acompañados de autodesprecio y una pobre valoración de sí mismos (sentimientos de ineptitud, incompetencia e inutilidad). Su experiencia interna es de pérdida de sentido de la vida y desesperanza de un futuro mejor.

Los autores sugieren la importancia de explorar con los adolescentes los sentimientos que aparecieron antes y después del intento de suicidio, junto con los significados y expectativas a los que los adolescentes conectan su acción. El acto suicida puede interpretarse como una salida a una situación abrumadora y desbordante, asociarse con una forma de recuperar un sentimiento de dominio sobre la propia vida o puede ser la forma que utiliza para expresar a los demás el malestar que está sintiendo.

Los adolescentes que intentan suicidarse suelen experimentar altos niveles de ansiedad. La experiencia de no ser escuchado o de ser rechazado es central. Describen un intenso malestar emocional junto a problemas de comunicación y relación con familiares y amigos (conflictos, separaciones, pérdidas).

Autolesión no suicida

A la hora de hacer una intervención clínica para este tipo de comportamientos, es útil considerar estos actos desde la función que cumplen en el adolescente que los lleva a cabo. Se ha observado que, como en el acto suicida, los comportamientos autolesivos pueden cumplir funciones intrapersonales (regulación afectiva, manejo de pensamientos angustiosos y reducción de emociones negativas) y también funciones interpersonales (deseo de influir sobre otros, obtener atención o producir angustia).

Estos adolescentes experimentan un amplio rango de emociones y pensamientos negativos junto con altos niveles de ansiedad e intensidad emocional, justo antes del acto autolesivo. En sus relaciones interpersonales, pueden sacar cierto beneficio al conseguir una atención extra por parte de los otros o evitar la exigencia en la relación.

De cara a la alianza terapéutica, los autores sugieren la importancia de estar atentos a los sentimientos que estos adolescentes suscitan, ya que pueden despertar un amplio rango de reacciones negativas. La evaluación puede centrarse en la historia de las autolesiones, las manifestaciones actuales y las funciones que éstas cumplen.

Trastornos relacionados principalmente con ansiedad

Trastornos de ansiedad

La experiencia subjetiva de los adolescentes con trastorno de ansiedad incluye una sensación de peligro permanente, miedo y un estado de alerta incrementado. En su forma más extrema, un temor a la muerte inminente.

Cuando los niveles de ansiedad son leves o moderados, la actividad cognitiva puede verse estimulada. Sin embargo, con niveles de ansiedad muy altos, los procesos cognitivos y el pensamiento general pueden ser interrumpidos afectando directamente a su capacidad de concentración.

A nivel somático los adolescentes con ansiedad experimentan cambios en su actividad motora, ritmo cardiaco, respiración, alimentación y sueño.

En sus relaciones interpersonales, frente a una incapacidad para atender a otra cosa diferente a la ansiedad o sus esfuerzos por reducirla, los adolescentes pueden aislarse y dañar su confianza. Generalmente la comunicación con los demás se ve reducida y aparecen sentimientos de vergüenza, fracaso, incompreensión o miedo a ser juzgados.

Los autores recalcan la importancia de hacer una detección precoz de los síntomas de ansiedad. Una intervención temprana puede reducir la severidad de los síntomas y facilitar el desarrollo y crecimiento del adolescente, mejorando su experiencia de vida.

El contenido de lo que para el adolescente es peligroso y generador de su ansiedad puede ser consciente o inconsciente, real o no real y a veces está asociado a temas específicos. En el manual se clasifican según:

Fobias específicas. Frente a la presencia o anticipación de un objeto o situación específica aparece un miedo identificable y persistente que es excesivo o irracional. En los adolescentes este miedo debe durar al menos 6 meses para considerarse una fobia específica.

Fobia social. Los adolescentes con fobia social frente al miedo a ser humillados, avergonzados o rechazados evitan o temen las situaciones de encuentro social o aquellas donde aparece la posibilidad de ser juzgados.

Agorafobia y trastorno de pánico. La agorafobia se caracteriza por una ansiedad excesiva frente a estar en situaciones donde es difícil la posibilidad de escapar o en las que es difícil recibir ayuda en el caso de tener un ataque de pánico. Según explican los autores, la agorafobia y el trastorno de pánico son muy frecuentes en la adolescencia.

Trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes se caracteriza por la aparición de una ansiedad persistente y excesiva frente a situaciones que el adolescente encuentra difíciles de controlar. Generalmente estos adolescentes informan de una hiperactivación y un temor exagerado a manejarse con gran parte de las actividades del día a día.

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados

Trastorno obsesivo-compulsivo. La experiencia subjetiva de un trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes se caracteriza por una ansiedad omnipresente acompañada de síntomas de angustia y pensamientos repetitivos e intrusivos. Estos pensamientos incluyen una preocupación o ritual al servicio de defenderse de esta ansiedad subyacente.

A nivel somático, describen sensaciones como dolores de estómago y cabeza.

Su patrón relacional se caracteriza por ser un patrón rígido y a veces dependiente, donde tratan de controlar las situaciones y a los otros como forma de mantener la ansiedad en niveles manejables.

Trastorno dismórfico del cuerpo (Dismorfofobia). El foco central de este trastorno en los adolescentes es una obsesión delirante centrada en la apariencia física que afecta directamente a su funcionamiento psicosocial. Aparece una ansiedad abrumadora y un temor constante al juicio de los otros.

Trastornos relacionados con sucesos y factores estresantes

Previamente este tipo de trastornos eran considerados trastornos de ansiedad pero tras observarse que muchas de las personas que han sufrido la exposición a un hecho traumático o estresante, no mostraban signos de ansiedad sino de otro tipo (anhedonia, disforia, ira o disociación), se decidió incluirlos en una categoría diferente.

Trastornos relacionados con trauma y estresores

Se especifican a continuación.

Trastornos de adaptación. Los trastornos de adaptación surgen como una nueva categoría en el DSM-5. Se caracterizan porque los síntomas comportamentales y emocionales producen daños significativos en varias áreas de funcionamiento y aparecen como una respuesta desproporcionada a la intensidad de un hecho concreto.

Como respuesta a los hechos adversos, los adolescentes pueden mostrar diferentes tipos de reacciones, desde intentar incrementar su sensación de dominio, hasta el uso de

defensas regresivas. Poca reflexividad, impulsividad, comportamientos de riesgo, intentos de suicidio, autolesiones o comportamientos provocativos, pueden aparecer como formas de expresar o evitar su malestar.

Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático. En ambos trastornos se puede encontrar una respuesta ansiosa como reacción a un hecho traumático. Esta respuesta puede incluir una reexperimentación del hecho traumático o una reactividad al mismo.

Se ha observado que el trauma en la infancia puede ser la base para la aparición de estados disociativos durante la adolescencia y la edad adulta. También que tiene una marcada influencia en el desarrollo del sí mismo.

Dentro de los estados afectivos de los adolescentes con este diagnóstico encontramos sentimientos de desesperación, de inadecuación, agresividad y desesperanza de que les puedan ayudar. Los patrones cognitivos incluyen una reexperimentación del hecho traumático a través de *flashbacks*, rumiaciones o pesadillas acompañados a veces de fantasías de venganza, reparación o suicidio. Suelen aparecer sesgos de atención para la información negativa que enlentecen el ritmo de procesamiento o afectan a la capacidad de juicio.

A nivel somático, la disociación o desrealización suelen estar presentes junto con trastornos del sueño, trastornos de alimentación o abuso de sustancias. Algunos adolescentes expresan dolor de estómago, de cabeza o episodios de taquicardia.

Trastorno de estrés postraumático complejo. Tal y como nos explican los autores, esta categoría surge como forma de captar el daño psicológico severo que aparece en niños y adolescentes que experimentan un trauma crónico prolongado en el tiempo.

Experiencias de negligencia crónica, abuso y maltrato severo a lo largo de la infancia y la adolescencia generan daños en la construcción de la identidad, autoestima, manejo emocional, relaciones con los otros e intimidad. La disociación puede desarrollarse como única estrategia de supervivencia en estos casos.

Un espacio terapéutico que genere seguridad para el recuerdo y el duelo puede facilitar la reconexión con la vida.

Trastornos disociativos

Según la Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación (2004), los niños y adolescentes con trastornos disociativos pueden describir un rango de síntomas que reflejan una falta de coherencia en el funcionamiento mental. Pueden manifestarse como consciencia inconsistente, olvidos autobiográficos y dificultades en el acceso al conocimiento. Exhiben humor y comportamientos cambiantes, creencias en un yo alternativo o amigo imaginario, despersonalización y desrealización.

Los autores destacan que el trabajo clínico con estos adolescentes a través de la relación terapéutica, puede facilitar la integración y coherencia del sí mismo facilitando así su adaptación.

Trastorno de conversión

El trastorno de conversión se caracteriza por la aparición de síntomas y déficits en las funciones motoras voluntarias que sugieren un problema neurológico o físico sin que éste esté presente.

Según los autores, se han observado rasgos de personalidad concretos, estados de ansiedad o depresión, presencia de abuso, mala relación familiar con sentimientos de rechazo junto con fuertes sentimientos de infelicidad como factores predisponentes.

Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Este tipo de trastornos se caracterizan por la aparición de una angustia significativa como respuesta a una profunda preocupación en los fenómenos somáticos.

Trastorno de síntomas somáticos

Tal y como destacan los autores, existe un cambio en el diagnóstico del trastorno de síntoma somático en el DSM-5 frente al DSM-4. Mientras en el DSM-4 el diagnóstico se basaba en la ausencia de explicación médica para los síntomas somáticos, en el DSM-5 se apoya en la presencia de síntomas positivos y de señales (síntomas somáticos angustiantes junto con pensamientos, comportamientos y sentimientos asociados a ellos).

La característica principal en los adolescentes no es el síntoma somático en sí, sino la forma en la que se presenta e interpreta. Aparece como una angustiada preocupación por dolores de cabeza, estómago y náuseas no asociados con ningún hecho concreto (están absolutamente seguros de que se corresponde con una enfermedad física). Se ha observado que los síntomas están relacionados con situaciones que les provocan ansiedad.

Sus pensamientos se focalizan principalmente en los síntomas físicos y la gravedad que les pueda acompañar. A veces creen estar en peligro de morir. Sus patrones de relación pueden variar entre estar prácticamente intactos, hasta presentar miedo a la separación de sus cuidadores acompañado de aislamiento social.

Trastorno de ansiedad por enfermedades (hipocondría)

Los autores nos explican que en este caso la angustia aparece como respuesta a un miedo no realista de tener o desarrollar una enfermedad seria sin ninguna evidencia médica de enfermedad. Los adolescentes con este trastorno están siempre pensando en su salud física e interpretan síntomas corporales no patológicos como si fueran una enfermedad.

Se apoyan en su familia y amigos o cuidadores médicos como forma de encontrar seguridad.

Trastorno facticio

En la infancia y adolescencia es más frecuente ver el Síndrome de Munchausen por poderes que el trastorno facticio per se. En el Síndrome de Munchausen por poderes un adulto genera de forma permanente un daño físico o enfermedad al niño o adolescente, mostrando al personal médico una gran angustia sobre la crisis de salud de la persona a la que ha dañado. De esta forma recibe una atención emocional que funciona como recompensa psicológica.

Existen pocos estudios acerca de la etiología o los factores predisponentes, pero se ha observado que los padres con este tipo de diagnóstico presentan historias previas de tratamiento médico temprano.

Trastornos psicofisiológicos

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos

Aunque dentro de esta categoría se encuentran todos aquellos trastornos que implican una alteración persistente de la alimentación o relacionada con la alimentación que desencadenan un daño en la salud y el funcionamiento psicosocial, los autores han elegido centrarse en la anorexia y bulimia nerviosa por ser los que tienen un inicio más frecuente en la adolescencia.

Explican el inicio en la adolescencia asociado con los cambios fisiológicos (cambios hormonales y figura corporal) y psicológicos (autonomía, individuación, desarrollo de la sexualidad) que surgen en esta etapa del desarrollo.

Los adolescentes con trastornos alimentarios presentan una gran dificultad en el reconocimiento, identificación y expresión emocional de las propias experiencias afectivas. Suelen mostrar emociones intensas, rápidamente cambiantes y dolorosas acompañando a un sentido de sí mismo vulnerable. Algunos llegan a percibir su trastorno como parte de su identidad mostrándose muy resistentes a cualquier cambio. Los problemas con la alimentación pueden ser el modo de manejar los sentimientos de falta de control.

A nivel somático la característica principal de los adolescentes con este trastorno es la negación de sus propias necesidades generando múltiples consecuencias, desde el riesgo a morir hasta cambios dermatológicos, alteraciones de crecimiento y desarrollo corporal, amenorrea, osteoporosis, diabetes, complicaciones gastrointestinales, etc.

Los patrones relacionales de estos adolescentes también se ven afectados, encontrando los contextos sociales como amenazadores. Los autores destacan que uno de los principales problemas de estos adolescentes es la lucha por la autonomía y la autodefinition como manifestación de una separación-individuación incompleta durante la infancia. En los adolescentes anoréxicos se manifiesta con características muy dependientes para las relaciones, y en aquellos con bulimia en forma de depresión autocrítica, fragilidad de su identidad y dificultades en la regulación de la autoestima. Las experiencias de separación son difíciles de manejar.

En la relación con sus padres podemos encontrar un patrón invertido donde el adolescente sienta la necesidad de ejercer control sobre la vida, sentimientos y comportamientos de sus padres.

Trastorno de comportamiento disruptivo

Este tipo de trastornos se caracteriza por agrupar una serie de comportamientos que generan consecuencias negativas en los demás debido a una falta de control emocional y comportamental en uno mismo.

Factores personales y ambientales tienen un papel importante en el desarrollo de este tipo de trastornos.

Trastorno de conducta

Tal y como explican los autores, cuando hablamos de trastorno de conducta se hace referencia a un patrón de comportamientos en el que el adolescente se salta las normas sociales y vulnera los derechos básicos de los otros de forma repetitiva y permanente.

Estos adolescentes muestran deficiencias en el funcionamiento social, académico y profesional producto de experiencias traumáticas, patrones de relación familiar, vulnerabilidad genética, etc. La investigación ha observado que hay dos tipos de manifestaciones de este trastorno, una que aparece en la infancia y se mantiene a lo largo de la vida (el comportamiento se asienta como una muestra de identidad) y otra que aparece en la adolescencia y remite al principio de la edad adulta (más asociada al mimetismo con los iguales).

Estos adolescentes tienen dificultades en la identificación de sus estados afectivos y suelen mostrarse insensibles a los estados afectivos de los demás. Se mueven con impulsividad. Su estado emocional cambia fácilmente y expresa dificultades para regularlo. A veces reconocen sentimientos de miedo, dolor y resentimiento por haber sido poco cuidados o maltratados.

Sus pensamientos giran alrededor de la convicción de haber sido explotados y buscan obtener ganancias materiales y poder. Construyen relaciones pobres y con poco recorrido. En general, muestran activación e hipervigilancia

Trastorno opositor desafiante

Los adolescentes con trastorno opositor desafiante se mueven con negacionismo, hostilidad y desafío hacia las figuras de autoridad. La irritabilidad y el enfado son permanentes y afectan a sus relaciones.

Existe una pobre regulación emocional con cierta tendencia a arranques explosivos y comportamientos contraproducentes. Expresan pobre conciencia de lo que les sucede, tendiendo a justificar su comportamiento como una respuesta a ser tratados injustamente. Normalmente, debajo de este comportamiento aparece una pobre valoración de sí mismos, una sensación de incompreensión y de no recibir la atención que merecen.

Trastornos relacionados con sustancias

Aunque este tipo de trastornos aparece como una categoría específica en los adultos, cuando se habla de adolescentes, los autores prefieren incluirlos en el grupo de comportamientos disruptivos al haber numerosas investigaciones que apuntan a que un déficit del control emocional y comportamental es un buen predictor para los problemas con el uso de sustancias en la adolescencia.

Los adolescentes suelen explicar el inicio en el consumo de sustancias como una respuesta a la presión social y a cierta curiosidad por la experimentación. Sin embargo, se ha observado que el consumo se utiliza como una estrategia de afrontamiento para manejar el estrés, olvidar experiencias traumáticas o desensibilizarse de sentimientos dolorosos.

Se observa en estos adolescentes un pensamiento fragmentado con fantasías de ser especial, brillante e invulnerable. La negación y racionalización son frecuentemente utilizadas cuando se les confronta con el uso que hacen de las sustancias.

Los estados somáticos varían entre la activación y agitación hasta la tranquilidad y adormecimiento dependiendo del tipo de sustancia que utilicen.

Tal y como explican los autores, podemos encontrar diferentes patrones relacionales en los adolescentes que consumen sustancias. Desde una implicación activa en un grupo donde se idealice el consumo (empujada por una necesidad de aceptación), a relaciones frágiles o de poca confianza donde el punto de encuentro es el consumo y no la intimidad. En algunos casos, buscan soledad y aislamiento.

Trastorno de adicción a internet

Los autores explican el trastorno de adicción a internet como el uso de internet en un grado excesivo que afecta a la vida diaria y lleva a la aparición de síntomas cognitivos, comportamentales, tolerancia y síndrome de abstinencia.

Lo subdividen en dos tipos, por actividad (redes sociales, blogs, comprobación de correo, pornografía, etc.) y por juego (con una participación recurrente y persistente dejando de lado otras actividades).

Se ha observado que el juego en el ordenador implica una respuesta neurológica que afecta directamente a los sentimientos de placer y recompensa, facilitando el desarrollo de un comportamiento adictivo.

Patrones en la adolescencia de trastornos de inicio en la infancia/niñez

Los autores incluyen estos trastornos clasificados en el DSM-5 como trastornos del neurodesarrollo, porque hacen referencia a un grupo de trastornos de inicio temprano caracterizados por déficits en el desarrollo que afectan al funcionamiento general del niño e implican retos específicos durante la adolescencia.

Trastorno de espectro autista

Los adolescentes con este trastorno muestran un daño cualitativo en la interacción social, lenguaje y comunicación junto con comportamientos repetitivos e intereses restringidos. Estos síntomas empiezan en la infancia y evolucionan a lo largo del desarrollo, apareciendo frecuentemente mejoras en la comunicación y en los movimientos estereotipados a lo largo de la adolescencia.

Durante la adolescencia, estos adolescentes pueden experimentar síntomas ansiosos (activación psicológica, ansiedad de separación, pánico y ansiedad social) que expresan con cambios en los patrones de sueño, hábitos alimentarios, rumiaciones, retirada de sus actividades e incremento de comportamientos repetitivos y destructivos. Su dificultad para las relaciones sociales contribuye también al aumento de la ansiedad desencadenando patrones de evitación y retirada. Los síntomas depresivos son frecuentes, manifestándose con irritabilidad, enfado, tristeza y aumento de ideas suicidas.

Su patrón cognitivo se caracteriza por un déficit en el dominio de las cogniciones sociales. Les cuesta comprender las sutilezas de las relaciones interpersonales debido a

su incapacidad para comprender el lenguaje no verbal y para hacer inferencias de la información no presentada.

Este daño en la comunicación social recíproca les limita en sus relaciones sociales. Al estar centrados en ellos mismos, no advierten los intereses y necesidades de los demás. Son vulnerables a sufrir abuso por parte de otros y a veces pueden ser inadecuados y molestos al no ser capaces de hacer una lectura en clave social.

Sus estados somáticos están caracterizados por señales somáticas de ansiedad (temblores, dificultades con la respiración, dolores de estómago, problemas de sueño). Muestran muchas dificultades para poder reconocer y expresar sus necesidades psicológicas.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Los adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se caracterizan por mostrar unos niveles de inatención, desorganización y/o hiperactividad, a veces acompañada de impulsividad, que perjudican al resto de áreas de su vida. Suelen presentar dificultades en la regulación emocional.

Sus expresiones afectivas suelen ser de decepción, insatisfacción y vergüenza al sentirse diferentes a los demás. Estas emociones suelen acompañarse de falta de confianza y baja autoestima.

Tienen dificultad para atender las claves sociales y suelen sufrir rechazo por parte de sus iguales. Construyen relaciones inconsistentes con falta de reciprocidad. En su entorno familiar, las relaciones pueden ser conflictivas.

Krueger y Kendall (2001) utilizan el término “*Self* definido TDAH” para hacer referencia a que estos adolescentes desarrollan una identidad y sentido de sí mismos condicionado por las creencias, estigmatizaciones y respuestas asociadas a su trastorno.

Estos adolescentes muestran dificultades para tomar conciencia de sus estados somáticos. Generalmente les cuesta regular su excitación y necesitan de ayuda externa para poder hacerlo. Los patrones del sueño suelen verse alterados.

Tal y como explican los autores, una preocupación central que expresan estos adolescentes es que su experiencia subjetiva cambia bajo los efectos de la medicación, volviéndose menos sociables, extrovertidos o creativos.

Trastorno específico del aprendizaje

Los adolescentes con trastornos específicos del aprendizaje construyen una percepción negativa de su propia competencia que afecta directamente a su motivación por el aprendizaje.

Los autores describen dos grupos de respuestas entre estos adolescentes. Un grupo se caracteriza por intentar mantener cierto rendimiento académico a pesar de su limitación. Estos adolescentes experimentan un sufrimiento intenso cuando se encuentran con su incapacidad. Muestran sentimientos ansiosos y depresivos que pueden tomar la forma de inhibición y pasividad. El otro grupo lo forman los adolescentes que directamente rechazan todo lo relacionado con lo académico y adoptan actitudes

oposicionistas. En estos casos el sufrimiento es menos evidente y se experimenta más por el entorno.

A nivel relacional, sus dificultades les llevan a construir relaciones de dependencia. Cuando buscan autonomía, se apoyan en sus iguales y rechazan la ayuda de padres y profesores.

Sus estados afectivos se caracterizan por sentimientos de inadecuación e impotencia con altos niveles de ansiedad que mejoran con la aceptación de su trastorno y la búsqueda de estrategias más funcionales.

Experiencias psicológicas que pueden requerir atención clínica

Población demográfica minoritaria (étnica, cultural, lingüística, religiosa, política)

Los autores en este apartado destacan la importancia de tener en cuenta los aspectos culturales a la hora de entender el funcionamiento interno de una persona con el objetivo de mejorar la adhesión y eficacia del tratamiento.

Generalmente, la clínica y la investigación se centran en los aspectos individuales (temperamento), interaccionales (familia) y relacionales de los adolescentes, dejando de lado el modo como los aspectos culturales afectan y condicionan la aceptación e interpretación de las características individuales y los patrones relacionales. Encontrarse entre dos culturas diferentes (familia y sociedad) puede ser de especial relevancia en la construcción de la identidad. Ecklund (2012) utiliza la expresión *interseccionalidad de la identidad* para hacer referencia a como diferentes identidades culturales, étnicas y grupales conforman la identidad de un individuo.

Población lesbiana, gay y bisexual

Los autores explican la forma como un ambiente estigmatizador afecta al buen funcionamiento psicológico y relacional, y al desarrollo de la identidad sexual de los adolescentes homosexuales y bisexuales.

Las primeras atracciones por personas de su mismo sexo pueden ir acompañadas de un estado de confusión de género y estrés de género. Creencias de estar enfermos junto a sentimientos de ser diferentes o de miedo a decepcionar a personas importantes, suelen ser también frecuentes.

Varios marcos (muy criticados por rígidos, lineales y simplistas) intentan explicar el desarrollo de la identidad homosexual y bisexual incluyendo diferentes etapas de desarrollo. Parten de una confusión inicial sobre la identidad sexual, a una creciente integración a través de la exploración y aceptación.

Incongruencia de género

La incongruencia de género se caracteriza por una marcada y persistente disconformidad entre una experiencia individual de género (sentido subjetivo) y el género asignado al nacer. Cuando hablamos de los adolescentes, la característica principal de la incongruencia de género es la discrepancia entre el género experimentado y el género asignado junto a la angustia subjetiva que esta discrepancia les produce.

Los autores explican que estos adolescentes experimentan frecuentemente sentimientos de ansiedad, depresión y desesperanza. Sus pensamientos muestran preocupación acerca del género y a veces, ideas suicidas. Sus estados somáticos se caracterizan por un intenso malestar hacia sus propias características sexuales.

Suelen encontrar dificultades sociales como discriminación, lo que facilita el aislamiento.

El modo como el ambiente en el que viven responde a su comportamiento condiciona su manera de afrontar la situación. Se ha observado coexistencia con otros trastornos, siendo los más comunes los trastornos ansiosos y depresivos.

Ilustración clínica y perfil PDM-2

Michelle es una adolescente de 17 años de complexión delgada pero no excesivamente flaca, que acude a consulta sola después de pararse a pensar sobre ella misma tras ver la historia de una chica con trastorno de alimentación en la televisión. Describe un malestar provocado por emociones cambiantes que pasan de una tristeza enorme a sentir que puede conquistar el mundo.

Con lenguaje calmado y apropiado a su edad explica que hace dos años, tras empezar una dieta con su madre (quien hace dietas con frecuencia) perdió 15 kg en 40 días. Siente un odio hacia su cuerpo desde que cambió cuando le vino la menstruación y también a raíz del abandono sentido cuando su único novio la deja. Él está ahora con su amiga, a la que ella describe como más guapa. Se cree fea e indigna de ser querida.

Michelle explica que cuando perdió peso se seguía forzando a perder más pero no podía. Nombra periodos de comer muy poco y motivarse cuando veía en la balanza que su peso iba bajando. Bebía agua continuamente. Dice no haber sentido nunca hambre incluso cuando sentía una aguda necesidad física de comer. La comida y perder peso se convirtieron en el centro de sus pensamientos, planificando continuamente lo que no tenía que comer. Describe estos pensamientos como implacables e invasivos. Cuando no podía llevar a cabo su plan alimenticio, sentía un gran malestar consigo misma y crecía el sentimiento de no ser digna.

Después de dos meses de dieta, su peso se atascó y dejó de menstruar. Empezó a sentirse deprimida por pensar que había fracasado y decidió apuntarse a un gimnasio. Hacer ejercicio aeróbico se transformó en otra obsesión. A raíz de pesarse y descubrir que su peso había subido a pesar de sus esfuerzos, la rabia y el desánimo la llevaron a comer grandes cantidades de comida. Asocia ese momento con el principio de un periodo de atracones. Después de este hecho, empezó a seguir el mismo patrón: forzarse a comer muy poco, no conseguir la abstinencia que se había marcado y empezar a comer de forma voraz y sin control. No puede recordar qué comía en estas ocasiones.

En el momento de la consulta, continúan las obsesiones con el ejercicio y el peso. Va al gimnasio todos los días, utiliza laxantes y a veces, se induce el vómito.

Michelle tenía muy buen rendimiento académico con resultados por encima de la media y nunca generaba problemas con su comportamiento. Decide ir sola a la entrevista porque cree que sus padres la verán como “loca” si se enteran de su comportamiento. No sospechan nada de lo que está ocurriendo. Trata de no preocupar a sus padres siendo la

hija perfecta, trabajadora, con talento, sonriendo todo el tiempo para evitarles sufrimiento. Cree tener todo en su vida (vacaciones en el extranjero, ropa de moda, buen colegio) y se siente culpable porque ellos pudieran sentirse decepcionados.

Cuando habla de sí misma lo hace con desprecio, describiéndose como idiota y débil. Decide buscar ayuda porque cree que quizás el problema esté en su cabeza. Intenta hacer cosas para sentirse mejor sin llegar nunca a conseguirlo. Dice tener una buena relación con su madre aunque reconoce que a veces le cuesta llevar esta relación puesto que, aunque su madre la ve como su mejor amiga y la única persona en la que puede confiar, Michelle le esconde cosas para evitar que su madre vea en ella cualquier signo de debilidad y no perjudicarla en su ansiedad. Su madre la describe como una chica fuerte y sobresaliente. Michelle relata cómo cuando era niña veía llorar a su madre con frecuencia sin saber por qué. Siempre intentaba consolarla. Con su padre describe una relación ausente, ni buena ni mala. Pasa gran parte del tiempo fuera por trabajo y cuando está en casa, sólo muestra interés por los estudios y no por la vida de Michelle. Lo describe como un hombre autoritario, irascible y siempre serio. Cree que si sus padres escucharan la conversación con el terapeuta, se preocuparían y pensarían que no vale, sintiéndose avergonzados y fracasados. Transmite una gran necesidad de cuidado y afecto y expresa un anhelo de ser protegida y apreciada.

Tiene un hermano 4 años mayor que ella con el que no tiene gran relación. Continuamente compiten ya que sus padres les animan a demostrar quién de los dos es mejor. Comparten colegio y amigos.

Michelle relata que nunca ha podido elegir nada relevante en su vida porque siempre ha estado mediatizado por la elección de sus padres (colegio prestigioso y amigos sanos). Está confusa acerca de lo que quiere y siente presión porque sus padres han elegido la universidad a la que quieren que vaya pero ella no tiene claro si quiere ir. Esto le genera rabia que no puede expresar porque le asusta que sea tan fuerte que no la pueda controlar y también cómo sus padres puedan reaccionar.

Una tía materna de Michelle está diagnosticada de esquizofrenia paranoide con inicio adulto.

Observaciones generales:

Afectos relevantes

Michelle manifiesta un humor depresivo. Explica que si no consigue perder peso, puede quedarse tumbada en la cama el resto del día. Se observa su baja autoestima, miedo a ser abandonada (pregunta al terapeuta si continuará el tratamiento con ella si algún día no tiene nada especial que contarle), vergüenza, miedo a la debilidad y al fracaso, miedo a la pérdida de control de la rabia y la agresión, y sentimientos de ser indigna e inefectiva.

Defensas

Michelle parece tener un conflicto entre sus deseos de crecer y las expectativas de sus padres. Tiene amigos con los que a veces sale y con los que aparentemente muestra un buen funcionamiento social (aunque siente ansiedad al pensar si es lo suficientemente buena con ellos). Le asusta decepcionarlos y hace un esfuerzo continuo por agradecerlos.

Siempre está dispuesta a ayudarlos para evitar que le dejen de querer y la rechacen. Cree que ningún amor es gratis y siempre hay que dar algo a cambio.

Se muestra altamente intelectual, talentosa y sobresaliente en su trabajo. Se valoran la preocupación por su propio sufrimiento y su grado de autoconciencia como recursos potenciales para el tratamiento.

Nunca ha consultado con otro terapeuta antes, según ella porque siempre había sido una “buena chica”. Explica que a veces de niña no quería ir al colegio por algunos problemas somáticos. Tenía asma y dolores de cabeza severos. En el jardín de infancia lloraba con frecuencia porque le costaba separarse de su madre. No recuerda como era su reacción cuando su madre volvía a recogerla.

Preocupación central y pensamiento patológico

La representación que tiene Michelle de sí misma está constituida por pensamientos de mucha devaluación. Expresa temores acerca de ser rechazada cuando alguien cercano a ella descubra como es. Estos pensamientos junto a su conflicto con las emociones placenteras, afectan a sus recursos y a la capacidad de valorar el desarrollo de su personalidad e identidad.

Reacciones del terapeuta a la paciente

El terapeuta siente que Michelle no se escucha realmente a sí misma y que ofrece respuestas socialmente aceptables. El esfuerzo por esconder sus verdaderos pensamientos y sentimientos por miedo al rechazo, despierta en el terapeuta la preocupación para construir intimidad con la paciente.

Indicación terapéutica

Se hace una propuesta de trabajar con Michelle dos veces por semana con el objetivo de desarrollar su capacidad de manejo de la ansiedad hablando y reflexionando sobre sus sentimientos en vez de actuarlos.

Se espera que a través de la relación terapéutica Michelle pueda sentirse lo suficientemente segura como para explorar nuevas formas de estar con los demás e identificar las estrategias que utiliza y le llevan a comportamientos autodestructivos y compulsivos. También se espera que desarrollando la confianza y seguridad en la relación terapéutica, se pueda convencer a Michelle para que incluya a sus padres en el tratamiento.

Se recomienda un trabajo multidisciplinar con un seguimiento médico.

Diagnóstico DSM-5 y CIE-10

Bulimia nerviosa (código CIE-10: F50.2)

Diagnóstico PDM-2

Eje-MA

MA4. Deficiencia moderada en el funcionamiento mental (rango 33-39)

Michelle muestra una buena puntuación en su capacidad de regulación, atención y aprendizaje, en la capacidad para el rango afectivo, comunicación y comprensión, y para la capacidad de autoobservación.

Para la capacidad de mentalización y el funcionamiento reflexivo, diferenciación e integración de la identidad, relaciones e intimidad, funcionamiento defensivo y resiliencia y adaptación, muestra puntuaciones moderadas.

Muestra una pobre capacidad para la regulación de la autoestima y la calidad de la experiencia interna y también para la regulación y el control de los impulsos.

Eje-PA

Nivel de organización de la personalidad límite con una puntuación de 5 en la escala de 0 (psicótico) a 10 (saludable).

Estilo de personalidad emergente: depresivo

Eje-SA

Patrón de síntomas emergentes: trastornos de la alimentación y comida

Referencias

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: Mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 181-194.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613.
- Chen, H., Cohen, P., Johnson, J. G., Kasen, S. y Crawford, T. N. (2004). Adolescent personality disorders and conflict with romantic partners during the transition to adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 507-525.
- Ecklund, K. (2012). Intersectionality of identity in children: A case study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 256-264.
- Johnson, J. G, Chen, H. y Cohen, P. (2004). Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 923-932.
- Kernberg, O. F. (1998). The diagnosis of narcissistic and antisocial pathology in adolescence. En A. H. Esman (ED.). *Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies* (Vol 22, pp, 169-186). Analytic Press
- Krueger, M. y Kendall, J. (2001). Descriptions of self: An exploratory study of adolescents with ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14, 61-72.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of Ego Identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- Thompson, E., Millman, Z.B., Okuzawa, N., Mittal, V., DeVlyder, J., Skadberg, T. y Schiffman, J. (2015). Evidence-based early interventions for individuals at clinical high risk for psychosis: A review of treatment components. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(5), 342-351.

-
- Westen, D., DeFife, J. A., Malone, J. C y DiLallo, J. (2014). An empirically derived classification of adolescent personality disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(5), 528-549.
- Wiley, R. E. y Berman, S. L. (2013). Adolescent identity development and distress in a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1299-1304.