

ADOLESCENCIA COMPLEJA: ¿INICIO DE UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD O MOMENTO DE VULNERABILIDAD EN LA BÚSQUEDA DE LA IDENTIDAD?

Palacin, Francisco¹, Lievendag, Leonora y Kosovsky, Romina

Resumen

El diagnóstico de Trastorno de personalidad en población infantojuvenil constituye un área de controversia. Por una parte, esto se debe a las dificultades que presenta el diagnóstico en una época de la vida caracterizada por una gran inestabilidad y constantes cambios. Además, las categorías y los conceptos que utilizamos para establecer esos diagnósticos, han sido traspolados del estudio de la población adulta; por otra parte, se reconoce que la aplicación de esta categoría diagnóstica puede conllevar diversas ventajas y desventajas para los pacientes, que deben ser sopesados frente a diferentes casos. Nos parece que la discusión de este tema es fundamental para establecer acuerdos que conduzcan a que los adolescentes que padecen síntomas de impulsividad, inestabilidad e inflexibilidad, puedan acceder a tratamientos efectivos, cuyos resultados podrían tener consecuencias benéficas tanto en la calidad de vida en el corto plazo como en su desarrollo futuro.

Abstract

Diagnosing Personality disorders in children and adolescents is a controversial issue. In part, because during those stages instability and frequent changes are expected. Moreover, categories and concepts used to make diagnostic decisions, have been adapted from adult studies. Besides, posing this diagnosis can carry advantages and drawbacks for patients, that should be weighted in different cases. The debate about this subject seems important in order to arrive to agreements that would lead to effective treatments for adolescents who are impulsive, unstable and rigid. This could help them not only to improve their current quality of life, but also in their future development.

¹ Francisco Palacin. Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Director del Grupo TC infantojuvenil. Miembro y Terapeuta Cognitivo Certificado por la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva (AATC) Especialista en Psicología Clínica por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Paraguay 4252 – 1ºB – Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.
T.E. 4962 – 6128. E mail : franciscopalacin@yahoo.com.ar o grupo@tcinfantojuvenil.com.ar

Ser psicoterapeuta de adolescentes puede resultar sumamente motivante y enriquecedor. Pero también suele representar un desafío arduo y plagado de dificultades. Esto se debe, por una parte, a que los adolescentes experimentan todas las situaciones de la vida con enorme intensidad, rapidez e inestabilidad.

Buscando construir y afirmar su identidad, son muy vulnerables a la influencia de sus pares y a los cambios socio-culturales de la época. Muchas veces se tornan en consumidores poco críticos, poniéndose con frecuencia a prueba sin medir riesgos, y con tendencia a la impulsividad.

Además, la clínica con adolescentes resulta una tarea compleja porque requiere conocer las distintas etapas evolutivas de la niñez que van dejando atrás, de la adolescencia que están transitando y, a la vez, comprender las dificultades propias del comienzo de la adultez en la que están ingresando. También es necesario ser buen terapeuta de familia y de pareja (acompañando a sus padres en una de las tareas más difíciles que existen, ser padres de adolescentes en el mundo de hoy). Al mismo tiempo debemos desenvolvernos como interconsultores orientando y coordinando el trabajo con el colegio y con otros profesionales, según las características particulares de cada caso.

Por otra parte, y para agregar mayor complejidad al planteo, existen una multitud de conceptos que se solapan y yuxtaponen en el abordaje de este tema: rasgos, perfiles, trastornos y el hoy controvertido concepto de “personalidad”.

No queda duda: estamos sumidos en un sistema complejo. ¿Qué es un *sistema complejo*? Un sistema complejo está compuesto por varias partes interconectadas o entrelazadas. Contiene información adicional y oculta al observador con *propiedades emergentes*: sinérgica, causa y efecto no proporcional, generación de procesos irreversibles, procesos dinámicos que no se encuentran en equilibrio, no son completamente probabilísticos ni completamente determinísticos y que presenta contradicción entre sus partes.

Un *sistema complicado*, en contraposición, también está formado por varias partes pero los enlaces entre éstas no añaden información adicional. Nos basta con saber cómo funciona cada una de ellas para entender el sistema.

Para abordar clínicamente la complejidad debemos tener en cuenta los niveles en que se integran los subsistemas. Cada uno de los cuales requerirá abordajes y recursos técnicos

específicos. Estos son: nivel político-socio-económico-cultural, nivel sistémico-social, nivel sistémico-familiar, nivel cognitivo, nivel conductual, nivel biológico.

¿Por qué tenemos la responsabilidad de articular estos “niveles de intervención” y estos “contextos significativos”? Por un lado, porque los adolescentes aún son muy maleables, sensibles a las influencias y dependientes afectiva, económica y hasta los 18 años incluso legalmente, de los adultos. Por otro lado, porque nuestros pacientes aún carecen de la *autonomía* necesaria para gestionar cambios en su entorno y todavía presentan dificultades en la *transferencia* y la *generalización* entre los contextos.

Ahora bien, más allá de aceptados planteos éticos en torno a entender que el diagnóstico del eje II en un adolescente puede involucrar un estigma, si tuviéramos que definir brevemente en qué consistiría un trastorno de personalidad durante esta etapa vital, utilizaríamos 2 palabras: inestabilidad e impulsividad. Dos marcadores típicos de la adolescencia. Se observa así la dificultad que tenemos para discriminar entre el inicio de un trastorno de personalidad y lo que es un adolescente en busca de su identidad.

Un elemento clave para distinguirlos podría ser entonces la *inflexibilidad*: “*Probablemente los marcadores más sencillos para entender e identificar un trastorno de personalidad son las conductas inflexibles (ej: la persona siempre responde de la misma forma idiosincrática, mostrando poco margen para cambiar su estilo de respuesta), desadaptativas (ej: la conducta puede acarrearle problemas), que causan un deterioro funcional significativo (ej: dificulta o limita su función adaptativa) y estrés subjetivo (ej: experimenta frecuentemente una sensación de intenso discomfort)*” (Freeman y Rigby, 2006).

En cuanto al desarrollo de la terapia cognitiva para población infantojuvenil, al igual que con población adulta, los primeros modelos clínicos se enfocaron en el eje I, particularmente en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Con el correr del tiempo y atentos a la presencia de una sintomatología más ligada a la desregulación emocional y conductual junto a una respuesta pobre a los tratamientos estándar propuestos hasta el momento para pacientes niños y adolescentes, se comenzó a trabajar en la adaptación de algunos modelos originariamente desarrollados para adultos que presentaban trastornos de personalidad, a esta nueva población.

El constructo “trastorno de personalidad” en la adolescencia sigue siendo controversial

(Krueger y Carlson, 2001). ¿Cuándo podemos hablar de Trastorno de Personalidad antes de los 18 años? Cuando los síntomas o características estuvieron presentes el menos durante un año, excluyendo el trastorno disocial de la personalidad (APA, 2000).

En esta línea, existirían dos modos de pensar los trastornos de personalidad en la niñez y la adolescencia. Una de ellas sería pensarlo como una *versión precoz* de un trastorno de la edad adulta y otra forma sería verlo como un *indicador precoz* de un aumento del riesgo de padecer un trastorno de personalidad cuando adulto. Esta última siguiendo la línea de perfiles y rasgos.

Los trastornos de personalidad más frecuentes en adolescentes y jóvenes son los del *cluster B*. Los llamados “dramático/emotivos”: Trastorno Antisocial de la Personalidad, Trastorno Histriónico de la Personalidad, Trastorno Narcisista de la Personalidad, Trastorno Límite de la Personalidad (Torgersen et al, 2001; Samuels et al, 2002). Como mencionamos anteriormente, son los cluster cuyos rasgos patognomónicos distintivos son la *labilidad* emocional, cognitiva y conductual, junto con la *impulsividad*. Rasgos que suelen observarse (de un modo más atenuado) en cualquier adolescente. Estas características comunes a ambas poblaciones (adolescentes y pacientes que padecen trastornos de personalidad del cluster B) tornan complejo el diagnóstico y la consecuente intervención precoz. Si entendemos a la adolescencia como “personalidad en construcción”, observamos la tensión que existe entre lo que son *rasgos y perfiles* de personalidad en un adolescente versus lo que sería el inicio de un *trastorno* de personalidad. Retomando lo expuesto anteriormente, algunos autores plantean a la *inflexibilidad* (más allá de la disfuncionalidad) como el rasgo a tener en cuenta para hacer un diagnóstico diferencial (Crawford et al, 2001).

En este sentido las investigaciones muestran *variaciones en los grados de estabilidad* entre la adolescencia y la etapa adulta (Roberts y Del Vecchio, 2000). Algunos autores enfatizan la variabilidad que se observa entre estas 2 fases, mientras que otros plantean que la transición entre la adolescencia y la edad adulta se caracteriza más por la *continuidad* de la personalidad que por el cambio (Roberts, 2001).

También surgen controversias en torno a la formulación de un diagnóstico *categorial* para un trastorno de personalidad en la adolescencia. Se han planteado reparos respecto de la extrapolación de criterios categoriales pensados para adultos a la población infanto-

juvenil (Widiger, 2003). Estas críticas se suman a los consabidos planteos en torno a las características *dimensionales* que tienen en el la niñez y la adolescencia los trastornos mentales y a la importancia del *espectro* en el campo de los trastornos mentales en esta población.

La investigación en este campo es poca y pobre. Se observa gran escasez de instrumentos para la evaluación diagnóstica diseñados específicamente para esta población (PDE, Loranger, MACI, Millon), y las investigaciones con población adolescente son también bastante escasas. Sin duda sería de un enorme interés contar con investigaciones longitudinales prospectivas con evaluaciones repetidas en el tiempo (Brook et. Al., 2002). Hasta el momento, no existen investigaciones que hayan podido mostrar con claridad cuáles son los precursores infantiles de los trastornos de personalidad. Para lo cual, buena parte del esfuerzo debería centrarse en trabajar activamente para crear continuidad longitudinal en el sistema diagnóstico (Paris, 2003; Rettew, 2003).

Por otra parte, es importante recordar que los tratamientos disponibles en la actualidad para la población con las características que estamos describiendo, han sido diseñados para población adulta y adaptados más tarde a niños y adolescentes. El gran desafío consiste en desarrollar tratamientos originales para esta particular población (Oldham, Skodol y Bender 2007).

Retomando lo planteado al comienzo de este trabajo, y siguiendo las últimas indicaciones de la guía NICE, debemos trabajar para lograr que estos futuros tratamientos “originales y específicos” articulen los diferentes niveles de intervención (NICE Guidance, 2008)

Por último, existe consenso en que el objetivo terapéutico con pacientes que presentan rasgos y perfiles de labilidad, inestabilidad, impulsividad e inflexibilidad, más allá de las dudas diagnósticas, debería apuntar a la prevención secundaria. Esto es, intentar que esos rasgos no devengan en un trastorno mental del eje II (Westn et. al., 2003).

Conclusiones:

Los profesionales que nos dedicamos a asistir a población adolescente vemos con frecuencia en nuestra la práctica clínica la presencia de problemas relacionados con el eje II. Compartimos con otros colegas la impresión de que la misma va en aumento en los últimos tiempos.

Sabemos que si bien la formulación diagnóstica puede representar una gran ayuda para desarrollar e indicar intervenciones específicas para determinada constelación de síntomas o problemas, no debe perderse de vista que el diagnóstico puede transformarse en una etiqueta que estigmatice al sujeto, tanto frente a los otros como frente a sí mismo. Este planteo cobra mayor relevancia cuando el paciente es un niño o un adolescente, que tiene por delante un enorme potencial de crecimiento y cambio. De modo que habría que sopesar pros y contras de proponer un diagnóstico en cada caso. Lo cierto es que constantemente en la clínica nos encontramos discutiendo con otros colegas (o con nosotros mismos), la pertinencia, la utilidad y el valor ético de plantearnos diagnósticos del eje II en niños y adolescentes.

Por otra parte, queda también planteado el interrogante de hasta qué punto y de qué modo debemos adaptar conceptos y categorías estudiados en adultos a la población infantojuvenil. Es sabido que las nosologías se van modificando a lo largo del tiempo, a la luz de nuevos estudios y del desarrollo de nuevos paradigmas. Nos parece que sería deseable que esos cambios tuvieran como objetivo central el de aumentar su utilidad clínica.

Creemos importante señalar que la cuestión del diagnóstico y de validar el uso de cierta nomenclatura, se relaciona con la posibilidad de bogar por la cobertura universal, por parte de los sistemas de salud, de los tratamientos que se consideren adecuados y probablemente efectivos para los trastornos que padecen nuestros pacientes. Además, la aceptación y la visualización de una categoría diagnóstica (en este caso los trastornos de personalidad en niños y adolescentes) deberían conducir también al reclamo de su inclusión en los programas de formación profesional y en la investigación, ya sea en cursos de especialización, como en residencias hospitalarias.

Por último, consideramos que el tema en cuestión es de suma relevancia dada la necesidad imperiosa de trabajar con estos pacientes en pos de la prevención secundaria, con el fin de impedir la consolidación de un trastorno que podría mantenerse o incluso agravarse, y podría cronificarse a lo largo de su vida. Si bien no contamos con estudios longitudinales que nos permitan aseverar que nuestras intervenciones son útiles en ese sentido, nuestros esfuerzos sin duda deberían tener en cuenta esa posibilidad. Además, sería fundamental alentar la consecución de estudios de seguimiento que nos muestren los resultados a largo plazo de los tratamientos que actualmente utilizamos en nuestra práctica clínica con niños y adolescentes.

Bibliografía

- Crawford, T.N., Cohen, P. y Brooks, J.S. (2001 a) Dramatic-erratic personality disorder symptoms, I: continuity from early adolescence into adulthood. *J Personal Disord* 15:319-335
- Crawford, T.N., Cohen, P. y Brooks, J.S. (2001 b) Dramatic-erratic personality disorder symptoms, II (2001 b) developmental pathways from early adolescence to adulthood. *J Personal Disord* 15:336-350,.
- Krueger, R.F. y Carlson, S.R. (2001) Personality disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 3:46-51
- Paris, J.(2003) Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *J Personal Disord* 17:479-488
- Freeman, A. y Rigby, A. (2006) "Trastornos de personalidad en niños y adolescentes ¿Es un diagnóstico poco probable?" En: Reinecke, M., Dattilio, F. Y Freeman, A. (Eds.) *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice*, second edition . New York: Guilford Press
- Rettew, D.C., Zanarini, M.C., Yen, S., et al (2003) Childhood antecedents of avoidant personality disorder: a retrospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:1122-1130
- Roberts, B.W., Caspi, A. y Moffitt, T.E. (2001) The kids are alright: growth and stability in personality development from adolescence to adulthood. *J Pers Soc Psychol* 81:670-683
- Widiger, T.A. (2003) Personality disorder and Axis I psychopathology: the problematic boundary of Axis I and Axis II. *Personal Disord* 17:90-108
- Samuels, J., Eaton, W.W., Bienvenu, O.J., et al (2002) Prevalences and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 180:536-542
- Torgersen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58:590-596
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A, et. al. (2000) A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 41:416-425
- Van Os, J., Hanseen, M., Bijl, R.V., et. al. (2001) Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry* 58:663-668

- Zimmerman, M. y Coryell, W. (1989) DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 46:682-689
- Zimmerman, M., Coryell, W.H. (1990) Diagnosing personality disorders in the community: a comparison of self-report and interview measure. *Arch Gen Psychiatry* 47:527-531
- Shiner, R., Caspi, A. (2003) Personality differences in childhood and adolescence measurement, development, and consequences. *J Child Psychol Psychiatry* 44:2-32
- Westen, D., Shedler, J., Glass, S., et al (2003) Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *Am J Psychiatry* 160:952-966