

## Clínica Psicológica en adolescentes con Difusión de identidad y LGTBIAQ+

## Psychological Symptomatology in Adolescents with Identity Diffusion and LGTBIAQ+

Diego Padilla Torres

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

**Resumen:** Los adolescentes que presentan Trastorno de Personalidad (TP), manifiestan una identidad no consolidada, y dentro de la esfera de la identidad sexual pueden no haber integrado, ni elaborado su identidad sexual, ni de género, ni vocacional, ni tienen tampoco clara una visión de quiénes son, tienen gran confusión sobre sí mismos y sobre los demás. Adolescentes con clínica de TP, manifiestan su problemática a través de conductas impulsivas y autodestructivas (pe: autolesiones, consumo de drogas, intentos de suicidio...) y la base, según la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT), está relacionada con la difusión de identidad. La difusión de identidad es uno de los factores claves para el diagnóstico de TP en la adolescencia y tiene que ver con la baja integración de las relaciones objetales internalizadas idealizadas y persecutorias mutuamente escindidas que aparecen en la transferencia, que darán lugar a una visión coherente, realista y estable de sí mismo y de los otros. El trabajo está focalizado en adolescentes con TP, con una identidad LGTBIAQ+, y pone de relieve la importancia de un buen diagnóstico que no lleve a confusiones ni sobrediagnósticos, al mismo tiempo que focaliza (PFT) la psicoterapia psicodinámica como brújula que guía el trabajo clínico con adolescencias autodestructivas. Un objetivo del trabajo también es poder ofrecer una mirada LGTBIAQ+ a la clínica de la adolescencia, y poner de relieve la necesidad de revisar los autores y referencias clásicas desde una mirada más diversa.

**Palabras Clave:** trastorno de personalidad, adolescencia, suicidio, autolesiones, Psicoterapia Focalizada en la Transferencia, LGTBIAQ+

**Abstract:** Adolescents who present Personality Disorder (PD) manifest an unconsolidated identity, and within the sphere of sexual identity they may not have integrated or developed their sexual, gender, or vocational identity, nor do they have a clear vision of who they are,

---

**Dr. Diego Padilla Torres** es Psicólogo Clínico. Especialista en Infancia y Adolescencia. Psicoterapeuta. CSM Majadahonda. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid

**Para citar este artículo:** Padilla Torres, D. (2023). Clínica Psicológica en adolescentes con Difusión de identidad y LGTBIAQ+. *Clínica Contemporánea*, 14(3), Artículo e20. <https://doi.org/10.5093/cc2023a16>

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a Diego Padilla Torres. E-mail: [diego.padilla@salud.madrid.org](mailto:diego.padilla@salud.madrid.org)



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

they are very confused about themselves and others. Adolescents with PD symptoms manifest their problems through impulsive and self-destructive behaviors (e.g., self-harm, drug use, suicide attempts...) and the basis, according to Transference Focused Psychotherapy (PFT), is related to the diffusion of identity. Identity diffusion is one of the key factors for the diagnosis of PD in adolescence and has to do with the low integration of mutually split idealized and persecutory internalized object relations that appear in the transference, which will give rise to an inconsistent vision, realistic and stable of oneself and others. The work is focused on adolescents with PD, with an LGTBIAQ+ identity, and highlights the importance of a good diagnosis as long as it does not lead to confusion or overdiagnosis, at the same time that it focuses on (PFT) psychodynamic psychotherapy as a compass that guides clinical work with self-destructive adolescences. The work also seeks to be able to offer an LGTBIAQ+ look at the symptomology of adolescence, and to highlight the need to review classic authors and references from a more diverse perspective.

**Keywords:** personality disorder, adolescence, suicide, self-harm, Psychotherapy Focused on Transference, LGTBIAQ+

En la adolescencia se da un proceso de gran expansión y consolidación de la identidad en muchas parcelas de la vida del adolescente. Se desarrolla una imagen de sí mismo de lo que quiere estudiar y lo que dedicarse en el futuro, se produce una visión de sí mismo en su rol de amigo diferenciándose de los demás, se elaboran las diferencias de lo que comparte con su familia y lo que le diferencia, avanza en autonomía y se integran imágenes de sí mismo de lo que es capaz de hacer frente a lo que no podía hacer antes, y lo que no puede hacer ahora que antes podía hacer. También empieza a reconocer deseos en sí mismo, darles salida y actuarlos. Por lo que un adolescente puede verse a sí mismo como un hijo cariñoso, un amigo leal, un novio comprometido y un alumno responsable, o puede verse a sí mismo como carente, o incluso puede verse como alguien que merece una admiración enorme viéndose a sí mismo con muchas capacidades pudiendo ser incapaz de tener relaciones de amistades duraderas. Estos ejemplos responden a procesos de estructuración de personalidad normales, pero como el último caso, dónde existe una contradicción entre la visión de sí mismo y su capacidad relacional puede responder a procesos de estructuración anormales. El buen proceso de integración de la visión de sí mismo en el periodo de adolescencia en las diferentes facetas, dónde se van dando la presencia de crisis y resolución de crisis de forma adecuada en relación con la identidad tiene que ver con una buena integración de la identidad en adolescencia (Erikson, 1968).

Cuando a lo largo del desarrollo se producen una serie de factores que afectan a estos procesos, y alteran una buena integración de la identidad, pueden aparecer problemas en la adolescencia como autolesiones, intentos de suicidio, conductas compulsivas sexuales adicciones, falta de empatía, agresividad, desesperanza, y alteraciones en el estado de ánimo, bajo desarrollo académico, y dificultades en relaciones interpersonales, evidenciándose problemas psicológicos que están relacionados con estructuras de personalidad deficitarias (Normandin et al, 2021). La adolescencia como fase crítica, puede desembocar en la expresión de dificultades relacionadas con la identidad, que atrapan al adolescente en una visión de sí mismo caótica, contradictoria, viendo a los demás como enemigos de los que defenderse y huir. Cuando esto sucede, puede aparecer la difusión de identidad, fenómeno psicopatológico vinculado al TP (Kernberg, 2006).

En la consolidación de la personalidad, la identidad (incluida la identidad sexual y la expresión de género), la identidad social, como hijo o como amigo, pueden estar muy poco integradas en el adolescente, generando gran confusión y caos, pudiéndose expresar con gran sufrimiento. Los adolescentes, o todas las personas hay periodos de su vida que se cuestionan estos aspectos, pudiendo generar o no emociones intensas, se pueden considerar como un proceso normalizado en el desarrollo del ser humano, sin más. No obstante, en los adolescentes con TP, el cuestionamiento de su identidad como amigo, de su sexualidad, de su profesión, se da mayor medida, de una forma poco mentalizadora y basada en actuaciones auto y heteroagresivas.

La PFT, también en su versión de adolescentes (PFT-A) (Normandin et al., 2021), ambas basadas en la Teoría de las Relaciones Objetales (Kernberg, 1993), se centran en la explicación teórica desde un punto de vista psicoanalítico de la clínica de los TP graves, dónde la difusión de identidad, basada en la construcción alterada de una visión de sí mismo y de los otros, da lugar a estructuras de personalidad alteradas.

En los adolescentes la aparición de procesos psicopatológicos asociados a la personalidad, se expresan en cuadros clínicos en los que aparece autolesiones, actuaciones suicidas, conductas sexuales de riesgo, adicciones, rendimiento académico por debajo de sus posibilidades... que pueden aparecer aisladas o en combinación con un TP. Cuando todos estos síntomas aparecen juntos, se da la posibilidad de que exista un diagnóstico de TP. Lo importante aquí es señalar que la identidad y su alteración está en el centro de los TP. Pero, además, puede ser que además exista un inicio de identificaciones sexuales o de expresión de género LGTBIAQ+, lo que puede complicar el proceso de evaluación y diagnóstico. Digo complicado, porque aunque las identidades sexogenéricas no normativas, son entendidas como iguales a las heteronormativas, existen aspectos más sensibles que hay que tener en cuenta en las adolescencias LGTBIAQ+.

El proceso de diagnóstico de TP en la adolescencia ya es sensible, porque muchos clínicos no está de acuerdo en ello y existe aún al día de hoy resistencias (Sharp y Tackett, 2015), pero en el caso de los adolescentes con identidades sexo-afectivo-genéricas no normativas, hay que ser más cuidadosos ya que los estudios señalan que presentan más alteraciones emocionales que sus pares heterosexuales, entre ellas las manifestaciones autoagresivas (autolesiones e intentos de suicidio), para no caer en sobrediagnósticos, y al mismo tiempo tener en cuenta que el desarrollo de un adolescente que se identifica como heterosexual es diferente del desarrollo de un adolescentes que se identifica como LGTBIAQ+.

Por lo que para poder realizar una buena evaluación y tratamiento en primer lugar me gustaría centrarme en estos aspectos diferenciales que hacen más sensible el trabajo con adolescentes LGTBIAQ+, la mayor expresión de problemas de salud mental, el sobrediagnóstico y los hitos diferenciales del desarrollo para más tarde dedicarme a comprender y abordar los TP.

### Factores diferenciales a tener en cuenta en adolescentes LGTBIAQ+

El desarrollo de un adolescente LGTBIAQ+ puede darse sin alteraciones y no producirse bloqueos o inhibiciones en su integración afectivo sexual, sin embargo la literatura científica nos revela como el desarrollo de adolescentes con una identidad LGTBIAQ+, atraviesa dificultades diferentes, y posiblemente mayores, que adolescentes con identidades más normativas. Esto no quiere decir que los adolescentes que en su proceso de desarrollo psíquico acaban por identificarse como heterosexuales no se enfrenten a adversidades.

Los retos a los que se enfrentan las personas con una orientación sexo-afectivo-genérica diferente a la normativa son posiblemente mayores, ya que su consolidación de identidad se topa con el estrés de la cultura principalmente heteronormativa que estigmatiza, critica, acosa, genera miedo, induce culpabilidad, agresiones homofóbicas, y peores índices de salud mental (Russell y Fish, 2016; Wittgens et al., 2022), peores incluso tras el COVID incluso una mayor alteración de la identidad (Platero et al., 2020), presentando mayores índices de autolesiones y suicidio (Williams, et al., 2019). De esto se ha hecho eco tanto las sociedades científico-profesionales como la sociedad, dando lugar a legislaciones que ponen de relieve la necesidad de estructuras sociales igualitarias y de respeto a la diversidad.

En relación con la salud mental la población LGTBI presenta más problemas si se les compara con la población no LGTBI (Gil-Borrelli et al., 2017; Wittgens et al., 2022). Sintomatología depresiva, ansiedad, abuso sexual, verbal, físico y ciberacoso se encuentran más en jóvenes LGTBI, en comparación sus contrapartes heterosexuales y cisgénero (Jonas et al., 2022). Existen altas proporciones de autolesiones (65.3%), ideación suicida (73.8%) e intentos de suicidio (25.7%) en jóvenes LGTBI. El ser mujer, no binaria o trans, y tener bajos ingresos son los factores sociales asociados. El acoso se asoció con un mayor riesgo de intentos, y una experiencia escolar positiva con menor riesgo (Jadva et al., 2023). En comparación de los adolescentes LGTBIAQ+ la proporción de autolesiones es del 47% frente al 23% en adolescentes heterosexuales (Quarshie, 2021). Los adolescentes LGTBIAQ+ ingresados en unidades de

hospitalización, presentan un mayor número de autolesiones e ideación suicida que sus iguales heterosexuales (Peters et al., 2020).

De entre los factores de riesgo asociados a mayores tasas de suicidio, se encontró que el tener mayor número de eventos estresantes, las interacciones interpersonales negativas, la raza (latinos y personas de color trans), ser bisexual y mujer, (hasta 5 veces mayor riesgo), pertenecer al colectivo trans- (el 51.6% de los jóvenes trans había tenido conductas autolíticas), y carecer de una red de apoyo social, estaba relacionado con un mayor número de intentos previos de suicidio. Dentro de los factores protectores encuentran que potenciar las alianzas entre el colectivo, tener un currículo inclusivo en educación afectivo-sexual en la escuela, así como políticas afirmativas LGBTQ+, apoyo familiar y entre iguales, así como contar con acceso a intervenciones en el ámbito de la salud mental, son factores que protegen (Gorse, 2022).

La OMS<sup>1</sup> señala el suicidio como la cuarta causa de muerte entre los jóvenes entre 15 y 29 años, señalando como grupos de riesgo las personas lesbianas, homosexuales bisexuales, transexuales e intersexuales. Desde las consultas de salud mental, se viene observando un aumento de la clínica autolesivas, intentos de suicidio y actos suicidas por jóvenes (Díaz de Neira et al., 2015; Ministerio de Sanidad, 2022; Navarro-Gómez, 2017).

En España, se describe como en una muestra de 267 adolescentes de entre 11 y 18 años un 20.6% de los adolescentes afirmaron tener ideación suicida, un 2.2% planes suicidas, un 9.4% gestos suicidas, un 4.5% intentos de suicidio, y un 21.7% autolesiones al menos una vez a lo largo de su vida (Díaz de Neira et al., 2015). No existen datos en España que hagan un desglose de datos de autolesiones ni de suicidio, en relación con diferentes identidades sexuales.

Son necesarios más estudios para comprender los factores psicosociales que están relacionados con los mayores índices de alteraciones emocionales en los adolescentes, así como conductas de mayor gravedad hacia sí mismos. De entre los factores de riesgo se recoge en las revisiones, que factores externos como los relacionados con la marginación, el acoso, el rechazo familiar, estigma, falta de contextos educativos protectores e inclusivos, etc., y a nivel interpersonal, la rumiación, la homofobia interiorizada, rol de victimización, falta de habilidades interpersonales y de afrontamiento, son factores explicativos que aparecen en la literatura (Russell y Fish, 2016; Wilson y Cariola, 2020).

Las conductas autodestructivas, en forma de autolesiones o suicidios, pueden estar o no relacionadas con TP. No todas las conductas autolesivas, ni intenciones suicidas se dan en contexto de procesos patológicos de personalidad o de trastornos de personalidad, si no que se pueden dar en contextos de trastornos afectivos u otras patologías. Pero una parte de las conductas autoagresivas, se dan en adolescentes con TPs, y con TP que están organizados en estructuras límites de personalidad (Normandin et al., 2021).

Otro factor a tener en cuenta es la relación entre TP e identidades LGTBIAQ+. En adultos tras varios años de errores, en los que se ha constatado una sobrediagnóstico de TP en personas con identidades sexo-afectivo-genéricas no normativas (Rodríguez-Seijas et al., 2021), existiendo estudios de revisión y meta analíticos que señalan que no hay estudios suficientes para afirmar una mayor prevalencia de alteraciones de la identidad en TLP (Trastorno Límite de la Personalidad) (Sainz de la Cuesta Alonso et al., 2022), en adolescentes aparecen estudios que pueden ir en dirección de los errores cometidos en el pasado con población adulta.

Zanarini et al. (2021), en estudio con adolescentes señala que los índices de TLP en adolescentes LGTBIAQ+, son más altos que en adolescentes heterosexuales sin patología psiquiátrica, indicando que el estatus de minoría sexual es significativamente más común entre los adolescentes con TLP que entre los adolescentes con otros trastornos. Otro estudio (Reuter et al., 2016) también señala la relación entre la orientación sexual y la presencia de TLP, explica que las minorías sexuales puntuaron más alto en las características limítrofes en comparación con los adolescentes heterosexuales, aunque dicho estudio cuenta con una evaluación muy pobre a la hora de considerar la patología límite. No obstante, al revisar ambos estudios, en el caso de Zanarini la entrevista diagnóstica de TLP es la DIB-R, que está construida y validada en población adulta, y en el caso del estudio de Reuter et al. (2016), la prueba de cribado no es suficiente para poder señalar aspectos limítrofes en adolescentes, desde mi punto de vista. No es posible con los datos actuales señalar que el TP es más prevalente en población no heteronormativa, por lo que son necesarios más estudios, para no caer en errores.

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Otro factor a tener en cuenta es el desarrollo diferencial en adolescentes LGTBIAQ+ frente a adolescentes heterosexuales, ya que los estudios determinan un proceso con hitos diferenciales. Los adolescentes LGTBIAQ+, empiezan a tener relaciones afectivo-sexuales más tardías, tardan muchos más años en tener parejas estables, que los pares heterosexuales, y la *salida del armario* como hito fundamental del desarrollo se da entre los 16 y 18, más tarde que los heterosexuales, y que a la primera relación romántica estable es más tardía los heterosexuales, la salida del armario se da entre los 16 a 18, permitiendo una mayor socialización y configura de su identidad (Hall et al., 2021; Rosario et al., 2006; Ybarra et al., 2016). Los estudios señalan que los hitos afectivo-sexuales, de desarrollo de identidad y su consecuente expresión en las relaciones sociales es más tardía en los adolescentes no heteronormativos que los heteronormativos. Es necesario por tanto que en el caso de adolescentes con clínica psicopatológica tanto con estructuras de personalidad neurótica, psicótica o limítrofe puedan ser comparados en relación al desarrollo psicosexual y los hitos sexo-afectivos, entre adolescentes heterosexuales y LGTBIAQ+ (Padilla, en preparación).

Por lo que la tarea de evaluación y tratamiento en adolescentes es complicada y adolece de estudios, por lo que ante la presencia de autolesiones, suicidios y demás conductas autodestructivas, hay que tener en cuenta que si es un paciente que se expresa como LGTBIAQ+, hay que ser cuidadoso, no estar guiado por prejuicios y tender al sobrediagnóstico, al mismo tiempo que a la hora de hacer un diagnóstico sea cual sea, tener en cuenta aspectos evolutivos del desarrollo, pero al mismo tiempo tener presente que el desarrollo psicosexual tiene una trayectoria diferente a los pacientes heterosexuales, por lo que habrá que incluir en el proceso de evaluación y ayuda dichos aspectos diferenciales.

En resumen, señalar que la orientación sexual LGTBIAQ+ los adolescentes tienen que integrarla en su identidad, por lo que puede haber adolescentes que no encuentren dificultades en dicho proceso, no obstante, la identidad sexual puede ser un factor de riesgo que pueda desembocar a alteraciones de la personalidad en forma de trastornos de personalidad (Normandin et al., 2021). Por lo que los datos presentados nos señalan que la población LGTBIAQ+ están expuestos a más riesgos en su desarrollo si no encuentran un ambiente validante, que no nos tiene que llevar al sobrediagnóstico de TP, pero si nos tiene que poner en una actitud más cuidadosa.

### Autolesiones, suicidio y Trastorno de Personalidad en la adolescencia

El proceso de consolidación y estructuración de personalidad necesita su tiempo, si da lugar a un proceso normalizado puede haber crisis en la adolescencia, o si se entorpece por diferentes conflictos psíquicos y/o por diferentes factores externos traumáticos, esto puede dar lugar a la estructuras de personalidad con una estructuración deficitaria, que expresan el malestar a través de autolesiones, sentimientos crónicos de vacío, bajo rendimiento escolar, intentos de suicidio, adicciones, u actos agresivos hacia sí mismos y hacia otros. Todos estos síntomas, son una expresión de una estructura de personalidad que reacciona de forma rígida y limitada hacia sí mismo y hacia los demás, que conduce a una dificultad de para adaptarse a las complejidades de la vida y exacerba la tendencia a la reactividad emocional (Yeomans et al., 2016).

Las autolesiones, intentos de suicidio pueden estar asociados a TPs en la adolescencia, lo que viene a complicar aún más el desarrollo normativo y saludable que puede darse en una adolescente. El TP está asociado a grandes dificultades de la gestión de emociones con inestabilidad emocional, vacío, y ataques de ira, dificultades en tener un funcionamiento educativo estable, consolidación de identidad, dificultades en las relaciones interpersonales desde los criterios DSM-5 y CIE-11 (APA, 2013; OMS, 2019).

El TP en la adolescencia ha sido cuestionado por una parte de la comunidad clínica y científica, argumentando que debido al periodo de desarrollo aún no está finalizado no se puede considerar que aparezca un TP hasta edad más avanzada. No obstante autores relevantes señalan la identificación de una constelación de síntomas indicativos de TP en la adolescencia (Kernberg et al., 2002) con una extensa literatura que señala la existencia y necesidad de una atención de calidad a los TP en la adolescencia (Delgado, 2015; Feenstra, 2012; Sharp y Tackett, 2015; Trias, 2022).

Los estudios muestran que alrededor del 33% de los pacientes ingresados y un 22% de los adolescentes tratados ambulatoriamente tiene síntomas que cumplen criterios para Trastorno de Personalidad Límite (TLP),



presentan comorbilidad con trastornos del eje I y se pueden diferenciar de la adolescencia normal (Chanen y McCutcheon, 2008; Ha et al., 2014; Johnson et al., 2008; Sharp y Fonagy, 2015).

El DSM 5 (APA, 2013), incluye un modelo mixto de clasificación categorial y dimensional, donde señala en la sección II, que el diagnóstico de TP puede ser aplicado a niños y adolescentes “en aquellos casos relativamente inusuales en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares del individuo son muy presentes, persistentes y diferentes y es poco probable que estén limitados a una etapa de desarrollo particular u otro trastorno mental” (APA, 2013, p. 647). Con una duración de un año en contraste con los dos años requeridos para el adulto antes de ser diagnosticado de TP. Como complemento a la evaluación categorial, la Sección III del DSM 5 propone que para los TP hay que realizar una evaluación del funcionamiento de la personalidad en relación a la identidad, auto-dirección, empatía e intimidad, al mismo tiempo que señala la necesidad de evaluar aspectos como la labilidad emocional, la ansiedad, la inseguridad a la separación, la depresividad, impulsividad, hostilidad y riesgo.

Los principales factores diagnósticos que se observan en la clínica refrendados por trabajos teóricos recogen, como en el caso del TLP, las características psicopatológicas tienen que ver con a) Figuras principales diagnósticas: alteración de la identidad, ira intensa, ideación paranoide, sentimientos crónicos de vacío y propensión a la disociación b) marcadores de vulnerabilidad en la infancia; b1) trastornos en la infancia como: Trastorno por déficit de atención en la infancia, Trastorno Negativista Desafiante, conductas de control hacia los padres, y un sentido del yo pobre, b2) problemas de conducta en la infancia; agresión relacional, explosiones de ira, hostilidad, inestabilidad afectiva, y b3) factores protectores como, reflexión (capacidad y disposición a reconocer, experimentar y transmitir los propios pensamientos, sentimientos y motivaciones, agencia (un sentido de uno mismo como efectivo y responsable en las acciones de uno) y necesidades de relación (valora de relaciones dónde se pueden abrir a la perspectivas de los otros y dónde existe un compromiso con el otro).

Por lo que en adolescentes que presentan cortado su funcionamiento educativo, tienen relaciones interpersonales caóticas, conductas impulsivas, sentimientos que les desbordan, regulación emocional basada en autolesiones, adicciones, autolesiones, y/o intentos de suicidio, junto con claras signos de difusión de identidad, sea cual sea su identidad sexual o expresión de género, hay que realizar un proceso de evaluación y clarificación diagnóstica de TP, orientada la evaluación, a verificar la existencia de difusión de identidad. Es importante no caer en sobrediagnósticos de TP en adolescentes que se identifican como LGTBIAQ+ al mismo tiempo que ser sensibles al proceso de desarrollo diferencial.

### Identidad y difusión de identidad en TP de adolescentes

La identidad se ha considerado como un constructo importante tanto clínicamente como a nivel de desarrollo evolutivo psicológico (Erikson, 1956; Feenstra et al., 2014). La identidad tiene que ver con la visión de un mismo, cómo se diferencia de los demás, cómo se siente en relación con su cultura, etnicidad, familia, cuerpo, aspiraciones de futuro, o sus proyecciones relacionales. Por lo que en la identidad sexual de adolescentes LGTBIAQ+, la salida del armario, cómo reaccionan los padres y los iguales a ello, son aspectos importantes del desarrollo para adolescentes con no normativos a nivel sexo-genérico. Para Erikson, (1968), la identidad es una constante organizadora que se desarrolla a lo largo de la vida y proporciona un sentido de continuidad dentro del Yo y de los Otros (auto-igualdad-self-sameness) o de diferenciación de los otros (unicidad) lo que permite actuar de forma autónoma con los otros. Akhtar y Samuel, (1996) describen los componentes de la identidad, con una imagen realista de la imagen corporal, una conciencia central de identidad de género (hombre o mujer), roles de género (masculinidad y feminidad) orientación sexual (homo sexual y hetero sexual); y una subjetiva sensación de mismidad, a lo largo de situaciones; transiciones tranquilas entre varias auto representaciones emergentes de varias circunstancias; continuidad temporal; una capacidad real para conocer los rasgos positivos y negativos en el yo y los otros, que transmita autenticidad; una identidad ética constituida por valores culturales, modos de expresión verbal y no verbal; y patrones de conducta interpersonal, y finalmente una conciencia que refleja la capacidad de responder a las recompensas y castigos, experimentando culpa y remordimientos así como un trabajo por los ideales de uno mismo.

Una visión integrada de la identidad también implica una visión realista de otros, tolerando la complejidad integrada de aspectos positivos y negativos de la personalidad de los otros, y la capacidad de mantener dicha visión, a pesar de tener conflictos o estados de ánimo negativos con ellos. La formación de la identidad es un proceso a lo largo de la vida, y hunde sus raíces desde las primeras interacciones del niño con sus cuidadores. Las identificaciones e introyecciones que se van dando, son precursores del proceso de formación de la identidad del niño en la adolescencia y su dominio en la infancia es la base para tener éxito a las demandas a las que se enfrentan los adolescentes, lo que incluye adaptarse a fuertes y diversos impulsos instintivos, despidiéndose, a menudo con tristeza de la imagen del self y de los objetos de la infancia (Jacobson, 1964).

Desde un punto de vista psicodinámico, una identidad normalizada, está compuesta por una totalidad de imágenes internas de uno mismo profundamente relacionadas con el yo ideal, dónde van apareciendo fases de crisis dónde las identificaciones más antiguas junto con las nuevas van generando una visión de sí mismo (Erikson, 1968). No es cuestión de este trabajo diferenciar entre crisis de identidad y difusión de identidad, pero si existe interés se puede profundizar en los trabajos de Marcia (2006) y Feenstra (2012).

La consolidación de identidad, incluida la esfera afectivo sexual y de expresión de género, son procesos complejos psicológicos y sociales, que empiezan desde la infancia, se desarrollan a lo largo de la vida, pero muestran su punto álgido en la adolescencia o adultez joven.

Desde el punto de vista de la TFP (Normandin et al., 2021; Yeomans et al., 2016) un desarrollo anormal de la personalidad tiene que ver con alteraciones en diferentes dimensiones de la personalidad que tienen que ver con dimensiones que incluyen un sentido del self (identidad), cualidad en la representación subjetiva del objeto, defensas (de primitivas a maduras), prueba de realidad, funcionamiento moral, agresividad, narcisismo y un proceso anormal de separación-individuación de los iguales y de los padres. La gravedad y el pronóstico del TP va a venir dada por si existen varias dimensiones problemáticas o solo en algunas de ellas (Normandin et al., 2021), por lo que podemos encontrar adolescentes dónde se dé una alteración de la identidad, pero la esfera de agresividad y falta de moral no están alteradas por lo que se empezará hablar de organización de personalidad límite alta, media o alta (Normandin et al., 2021).

Una característica fundamental de la organización psicológica del TP de la adolescencia es una alteración en la conceptualización integrada del self y de los otros, que se denomina difusión de identidad. La falta de integración de la identidad deriva en una falta de integración de los segmentos positivos (idealizado) y negativo (persecutorio) primitivos de las primeras relaciones objetales, que han quedado guardadas en la memoria durante el transcurso de experiencias afectivas intensas tempranas. Esta falta de coherencia del self y de la representación coherente de otras personas significativas, constituye la difusión de identidad, y se manifiesta a través de la vivencia reflexiva caótica de sí mismo, de los otros y en la incapacidad de integrar o incluso tomar conciencia de dichas contradicciones (Yeomans et al., 2016). Desde la teoría de las relaciones objetales, la libido y agresión, son siempre experimentados en relación con un objeto, por lo que la representación o simbolización del otro (madre, padre, cuidador) está integrado en el self, con una carga afectiva determinada. En la relación, con el cuidador o la principal figura de apego, las interacciones tempranas de los primeros años, se va a dar un proceso de internalización (introyecciones, identificaciones e identidad del yo) que van a determinar los orígenes de la identidad del Yo, y del aparato psíquico. Las alteraciones en el desarrollo de las primeras etapas de construcción del yo (la internalización del sí mismo y las representaciones de los objetos), va a dar lugar a escisión de aspectos del sí mismo y de los otros, que provocan la difusión de identidad y la baja consolidación de una personalidad coherente y estructurada (Kernberg, 1993; Yeomans et al., 2016) y una falta de estructuración del aparato psíquico con sus diferentes instancias (Kernberg, 1993).

En las primeras experiencias con los cuidadores, el bebé internaliza aspectos de sí mismo y del objeto, junto con los afectos que aparecen en el contexto de la relación. En el niño que se desarrolla con normalidad durante los primeros años de vida, se produce una integración gradual de estas representaciones, buenas y/o malas del self y de los otros, que van a derivar a representaciones mentales del self y de los otros, cada vez más complejas, produciéndose una integración de aspectos complejos de rasgos positivos y negativos de los otros, dando lugar a empatía y afectos positivos en la relación. Sin embargo, cuando esto no se da, por diferentes razones, se produce un proceso alterado, dónde no se produce una integración de la visión de sí mismo y de los otros compleja e integrada de aspectos graduales, complejos, positivos y negativos, sino que existe una visión pola-

rizada y se viven las relaciones con vivencias afectivas de relaciones objetales muy primitivas en el desarrollo. Es decir, en el proceso de internalización, debido a mecanismos de defensa como la escisión, idealización excesiva, control omnipotente, se tiene la visión de uno mismo muy idealizada, escindida totalmente de aspectos negativos, y la visión de los otros está alejada de la realidad objetiva externa, dónde pueden ser vistos o como totalmente benevolentes o, todo lo contrario, pueden ver a sus cuidadores como extremadamente aterradores. Desde el inicio, con los cuidados de los padres, se produce un proceso de desarrollo de identidad e integración dónde se integran en la representación de sí mismo y del otro, el rol que ocupa en la relación, y los afectos libidinales y agresivos (Kernberg, 1993).

La escisión, es uno de los mecanismos de defensa primitivos que, fijados en un proceso anormal de desarrollo, al mantenerse en el mismo desarrollo van a reforzar la distorsión de la integración del self y de la visión de los otros, generando alteraciones crónicas en las relaciones interpersonales, reforzando la falta de autorreflexión y “mentalización”, disminuyendo la capacidad para valorar la conducta de otras personas. La falta de integración del concepto de self va a interferir en la capacidad de integrar aspectos del self del pasado y del futuro, disminuyendo la capacidad de compromiso con objetivos, profesionales, personales, sociales y de relaciones íntimas (Kernberg, 2012). Es importante señalar que estas diadas de self y objeto no son precisas, las representaciones internas del self y de objeto son experimentadas en el curso de las primeras relaciones de apego, y ellas pueden ser distorsionadas por el impacto de deseos, miedos, y ansiedades en el curso del desarrollo intrapsíquico (Kernberg, 2012; Kernberg, 2021; Yeomans et al., 2016).

Por lo tanto, en el desarrollo anormal de la personalidad, la identidad, no se ha ido integrado las representaciones de sí mismo/otros de forma en que se han ido abstrayendo las partes idealizadas y persecutorias de los demás, de forma integrada, sino que el sí mismo/otros pueden ser integrados de forma polarizada. Las experiencias que ha podido tener con una figura cercana como el padre, con el que se ha podido identificar, puede haberlo integrado como autoritario, exigente, poco afectivo, en interacciones cargadas de hostilidad con él, por lo que por un lado puede haber internalizado una visión de sí mismo como un chico pobre, víctima y al padre como una figura distante y de la que hay que defenderse. Al mismo tiempo que han podido darse aspectos en la relación de seducción, que han podido generar sentimientos inconscientes hacia el padre, que pueden haberse disociado y que puedan explicar la visión de uno mismo como víctima seductora, que tiene que protegerse de figuras de apego, pudiendo darse otras derivadas en función de la integración, en la estructura de personalidad y del mundo afectivo. Esto se da de forma escindida dentro de su mente, separando aspectos positivos y negativos de sí mismo/otro.

Desde la Teoría de las Relaciones Objetales (Kernberg, 1993) y de las PFT (Yeomans et al., 2016) y en su adaptación a adolescentes (Normandin et al., 2021) explican el proceso normal/anormal de consolidación de la identidad, cómo está relacionado con las figuras de apego, y cómo, desde el contexto de relaciones afectivas de los primeros años, marcan y establecen la base para el desarrollo de una identidad consolidada o difusa. En la formación de la personalidad y de la estructura psíquica, también se internalizan no solo la forma en que el cuidador responde al niño, sino que el niño introyecta aspectos que están relacionados con el rol, la expresión de género, aspectos de masculinidad/feminidad, la identificación que hace de su sexualidad de sus progenitores, complejizando cada vez más su identidad y la visión de los otros, o escindiéndose cada vez más dichas representaciones internas de self/otros, si el proceso es anormal.

Por lo que la comprensión del desarrollo de la construcción de identidad desde la PFT-A, nos coloca en un lugar de poder comprender y responder no sólo, cómo se originan las estructuras de personalidad desorganizadas, sino que, a nivel terapéutico, nos abre caminos sobre los que actuar en el desarrollo del adolescente, con el fin de poder aumentar su identidad y coherencia interna, proporcionando en los adolescentes con TP una visión positiva de sus deseos y desarrollo de su identidad.

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (Kernberg, 1993; Yeomans, et al., 2016) y su adaptación a población a adolescentes (PFT-A) (Normandin et al., 2021) es un tratamiento para adolescentes que sufren de graves Trastornos de Personalidad. Está basada en la teoría de las relaciones objetales desarrollada por Kernberg. Es un tratamiento dirigido principalmente al proceso de formación de la identidad, que es lo alterado en los TPs. Puesto que la adolescencia es un periodo central en la formación de la identidad y consolidación de la personalidad, la PFT-A es por lo tanto sensible a la intervención en este período, y desde sus principios



teóricos de las relaciones de objeto, da claves para la evaluación e intervención en adolescentes con TPs que se identifican como LGTBIAQ+.

La especificidad de PFT-A incluye desde la relación vincular psicoterapeuta-paciente, un foco sobre la integración de la identidad y la consolidación de la personalidad, evaluando e identificando las relaciones objetales dominantes patológicas activadas en el aquí y ahora, elabora un contrato con el adolescente y la familia que permita realizar un trabajo de reflexión sobre el self así como las consecuencias de sus acciones y el futuro, conteniendo los acting-outs, ofrece un espacio a los padres. La PFT-A se centra en la interpretación de las reacciones transferenciales, para ayudar a integrar las diádas de sí mismo/otros patológicas, sirviéndose de la contratransferencia y neutralidad técnica. El objetivo es, reducir las conductas negativas, así como un aumento de la calidad de vida del adolescente, provocando cambios en la estructura de personalidad, en su autoimagen, en su visión de sí mismo ideal, en sus valores morales y éticos, así como busca poder tener una identidad más integrada, compleja y coherente que permita vivir en armonía con los demás, y disfrutar de relaciones maduras.

### Abordaje en Trastornos de Personalidad con Difusión de Identidad desde PFT-A

Lo primero a realizar es llevar a cabo un proceso diagnóstico, que nos permita establecer, desde una visión psicoanalista, si existe la presencia de difusión de identidad y trastornos de personalidad.

Tras una primera entrevista, con la familia y por separado con el adolescente, donde se pueden recoger los motivos de consulta, el tiempo de desarrollo de los problemas, el impacto en las diferentes áreas del adolescente y de la familia, así como una recogida del desarrollo evolutivo del paciente, se procederá a evaluar los procesos de personalidad tanto desde una entrevista semiestructurada de personalidad, Interview Personality Organization Process in Adolescents (IPOP-A) (Ammaniti et al., 2012; Fontana et al., 2021) ayudados además por cuestionarios de trastornos de personalidad para adolescentes, como el MACI (Inventario Multiaxial Clínico de Millon para Adolescentes, 2004).

La entrevista estructural IPOP-A, basada en el modelo de TFP y que está siendo validada por nuestro grupo a nivel multicentro (Padilla et al., 2019) está enfocada a valorar la presencia de difusión de identidad evaluando la funcionalidad de la personalidad del adolescente en varias áreas de su vida. La entrevista está centrada en valorar aspectos como el a) Sentido del Self y de Otros: Confusión vs Difusión; b) Calidad de las relaciones objetales: Buenas, Preservadas vs, Pobres, inestables; c) Madurez de las Defensas: Maduras vs Primitivas; d) Prueba de Realidad: Preservado vs Cuestionable (Como psicótico); e) Funcionamiento Moral: Individualizado-Rebelde vs Rígido, persecutorio, con justicia propia; g) Agresividad: al servicio de la autonomía vs al servicio de la destrucción y la regresión; h) Sexualidad: en función del yo corporalizado, intimidad y amor vs Inhibición, promiscuidad; i) Autoestima: Narcisismo Saludable vs Vulnerable o Narcisismo Grandioso, j) Separación: Autonomía, Individuación vs fallo al crecimiento, huida hacia la adultez, es una de las herramientas fundamentales para la evaluación de los TPs, en la adolescencia.

En el caso de adolescentes que se identifican como LGTBIAQ+, se aconseja poder realizar preguntas sobre sus primeras relaciones, la reacción de los demás a su salida del armario. Esto orientará no solo a discriminación de la difusión de identidad, si fuese el caso, sino que dará la oportunidad de valorar como el o la paciente, están afrontando su proceso de identidad y expresión en la sociedad.

La evaluación va a permitir, rastrear una serie de áreas que nos darán una visión de conjunto de las dimensiones alteradas en la personalidad del adolescente, por lo que podrá obtenerse una idea de si la organización de personalidad límite es de alta, media o baja organización, apareciendo trastornos narcisistas malignos, o trastornos más antisociales (Normandin et al., 2021; Yeomans et al., 2016).

Una vez iniciado el tratamiento, y terminada la fase del contrato, los objetivos estarán centrados en reducir las conductas autodestructivas, y conductas de riesgo. En la jerarquía de objetivos, se incluirá las relaciones interpersonales y también la evaluación, exploración y búsqueda interna de su propia identidad. Los adolescentes con TP y difusión de identidad, al estar perdidos y tener un mundo caótico interno, buscan referentes externos (Tik Tok, Instagram...) continuamente, en lugar de poder integrar en sí mismos aspectos relacionados con su propia experiencia, por lo que ayudarles a tener una identidad integrada, sobre los otros y sobre sí mismo es

imprescindible. Esta búsqueda externa, puede seguir reforzando los patrones caóticos conductuales, así como pueden propiciar las conductas sexuales de riesgo, embarazos o situaciones traumáticas.

En terapia hay que ayudarles a explorar, a detectar contradicciones, y sobre todo a que acepten su cuerpo, sus deseos y los del otro en una relación saludable que integre pasión y ternura. La búsqueda en la realidad externa, lejos de ayudar, lo pone más difícil. Lo necesario es poder ayudarles a reflexionar sobre sus necesidades de amor y ternura, y que vivan su sexualidad de forma integrada. Las estrategias, técnicas y tácticas presentes en la TFP-A donde el análisis de la transferencia, uso de la contratransferencia, y neutralidad técnica, va a permitir contener las ansiedades y agresividad del adolescente que presenta un mundo caótico interno, que necesita ser integrado y elaborado. Va a ser desde la relación terapéutica estructurada, psicoanalítica e intensiva la que va a permitir poder dar lugar al desarrollo e integración de una personalidad más funcional, y al mismo tiempo una identidad de sí mismo, en su faceta de deseos, identidad y expresión de género, individual, diferencial y única.

En TFP-A hablar directamente de las fantasías y de aspectos sexuales sin una actitud superyoica, sin actitud crítica, ni hacia una huida, ni hacia la liberación sexual masiva, desbloquea esta área importante de la experiencia del adolescente, permitiendo hablar sobre las inhibiciones sexuales, los fantasmas sexuales y la conducta sexual polimorfa, así como la ansiedad y confusión de los deseos sexuales y sus inhibiciones (Normandin et al., 2021). Poder ayudar al adolescente a hacerse cargo de sus deseos, aceptar su cuerpo, y explorar su sexualidad, deteniéndose en sentimientos de culpa, vergüenza, y rechazo es algo que hay que tener en cuenta.

La orientación sexual, identidad y expresión de género, se pueden dar en estructuras de personalidad narcisistas malignas o con rasgos antisociales donde pueden expresar sus sexualidades e identidades de género, con devaluación, rechazo y control de los demás. La falta de una identidad coherente, que pueda integrar los deseos, que los reconozca, que puedan estar nombrados y mentalizados, desde la conexión con los afectos, las representaciones del sí mismo/otros, produciéndose un desarrollo, donde los otros no son visto como totalmente devaluados, o idealizados, sino que exista una integración de experiencias emocionales con empatía, ética, afecto y conexión con los otros, va a permitir una mayor integración de la identidad.

Los adolescentes que han sufrido apegos dolorosos, o incluso abuso sexual, pueden contar con grandes experiencias de miedo, frustración, abandono, negligencia, y situaciones traumáticas. En el proceso de identificación interna de deseos los primeros encuentros sexuales, salir del armario, pueden ser una fuente de sentimientos reactivado de dichas experiencias traumáticas, que aparecen como amenazas para la cohesión y continuidad del sentido del self. El abuso sexual en estos pacientes abre otro capítulo dentro de la actuación clínica, ya que los pone en situación de mayor vulnerabilidad, desarrollando patrones que impidan una evolución sana de su personalidad, y que les haga menos capaces de protegerse del peligro e incluso de actuar la identificación con el agresor o agresora.

A nivel de formación técnica y emocional tanto Kernberg y Normandin, señalan la dificultad en manejo transferencial-contratransferencial, por lo que es necesario una gran preparación, supervisión y formación del terapeuta que tiene que estar preparado para dejar de lado sus prejuicios e ideología, y poder acercarse a explorar y trabajar aspectos de las sexualidades diversas y expresiones de género en los adolescentes.

La cuestión aquí es poder estar abierto, a los sentimientos contra transferenciales que se generan y poder abrirse con aceptación radical a ellos, a los sentimientos e expresión de la identidad del adolescentes, actualizándose en conocimientos sobre la población LGTBIAQ+, sobre su desarrollo e hitos, así como la forma de poder vivir su sexualidad. La falta de apertura, o de conocimientos característicos de dicha población, limita la evaluación y las intervenciones. Esto puede dar lugar, a no explorar las experiencias de la salida del armario, como se manejan en las relaciones sexuales, propiciando la escisión y negación de deseos y sentimientos. Por lo tanto, la identificación de sentimientos contra transferenciales y la conciencia de las limitaciones que como terapeutas podemos tener es uno de los principales aspectos a tener en cuenta. Yo creo como Kernberg (2002) que los terapeutas podemos atender a población LGTBIAQ+ siempre y cuando tengamos esto en cuenta, estamos bien entrenados, con una neutralidad técnica, y que estemos lo suficientemente analizados, con el fin de poder ayudar a los pacientes a consolidar su propia identidad sexual y de género, con una aceptación total de la potencial libertad del paciente, y con una alta conciencia autorreflexiva del riesgo de contaminarse por ideologías.

## Conclusiones

El trabajo ha querido poner de relieve que en la actuación con adolescentes que presenta clínica autolesiva y suicida que se identifican como LGTBIAQ+, hay que llevar a cabo un proceso clínico serio y minucioso. En primer lugar, en cualquier adolescente con actitudes autoagresivas, tendría que valorarse la existencia de un posible TP, trastorno que en muchas ocasiones necesita un tiempo para poder realizarlo desde una perspectiva longitudinal. Si además es LGTBIAQ+, cuidado con no tomar su orientación como algo que indique TP, sino que tiene que ser tomado como algo a poner más énfasis por el posible estrés asociado a dicha población. Y al mismo tiempo en el proceso de evaluación hay que tener en cuenta que la valoración tiene que hacer desde la comparación con hitos del desarrollo característico de la población LGTBIAQ+, que no es la misma que los adolescentes heterosexuales.

Todo ello se ha presentado desde la PFT-A, y la teoría de las relaciones objetales, que se considera como una de las más capaces para poder comprender el desarrollo de la identidad, la personalidad y cómo se genera la sexualidad y los roles de género. Al mismo tiempo que se introducen aspecto en la misma, que incluyan una mirada más amplia y diversa, introduciendo aspectos en la evaluación y tratamiento, característicos de los adolescentes LGTBIAQ+.

Desde mi punto de vista, las infancias trans, y las expresiones de género disidentes, el no binarismo, la intersexualidad y asexualidad, necesitan también más análisis, que no era objetivo de este trabajo.

Dentro de este marco de estudio y análisis de las poblaciones en riesgo, señalar que estamos en momentos complicados debido a las deficiencias existentes en la atención a la salud mental. Dónde la atención a la salud mental infanto-juvenil sigue empobrecida y maltratada, con falta de especialistas y con la necesidad de poder atender desde la Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia, mejor a los niños, niñas, niños y a sus familias de una manera más correcta y alineada a los conocimientos con los que contamos.

Este trabajo pone de relieve la importancia de una visión psicológica sobre los fenómenos humanos, y la necesidad de entender la construcción del ser humano desde un punto de vista psicoanalítico, y desde una escucha diferente al paciente y a su familia, sin patologizar, sino todo lo contrario, desde un espacio dialéctico y empático. Está dentro de las competencias de la Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia la comprensión y abordaje de las minorías culturales, sexuales y étnicas, por lo que este trabajo está alineado con la identidad de dicha especialidad.

Las políticas sanitarias que canturrean cambios pero que no son apreciados en el día a día de las consultas, generando contextos dónde es imposible realizar tratamientos intensivos a largo plazo para adolescentes graves (Padilla et al., 2021) necesitan especialistas que les ayude a reflexionar sobre sí mismos, sobre cómo enfrentan los avatares de la vida, sobre su familia, sobre cómo viven su sexualidad, sobre la idea de pareja que tienen, sobre sus relaciones de amistad, sobre cómo propiciar una visión más bondadosa de sí mismos, una sociedad más comprensiva, sobre su sexualidad. Esto unido a la falta de especialistas y políticas que pongan en primer plano la Psicoterapia en niños y adolescentes, asegurando una calidad de verdad, y permitiendo que para los adolescentes con clínica suicida pueda ser atendidos como dicen las técnicas psicoterapéuticas basadas en la evidencia, de 1 a 2 veces por semana durante 1 o dos años seguidos.

Destacar la importancia en este trabajo de una mirada LGTBIAQ+, en adolescentes graves, que necesitan de atención, que necesitan de una estructura de salud mental fuerte, con especialistas de todas las formaciones y sensibilidades, pero que necesitan sobre todo de políticas que pongan en primer lugar la infancia y la adolescencia así como tratamientos que se puedan implementar de la forma en que han sido estudiados e implementados, no como sucedáneos o tratamientos que lo parecen pero que no lo son. Son necesarias políticas y estrategias, que aseguren la calidad de los tratamientos psicológicos, sin ello todo avanzado no sirve para nada.

## Referencias

- Akhtar, S. y Samuel, S. (1996). The concept of identity: Developmental origins, phenomenology, clinical relevance, and measurement. *Harvard Review of Psychiatry*, 3(5), 254-267. <http://doi.org/10.3109/10673229609017193>

- Ammaniti, M., Fontana, A., Clarkin, A., Clarkin, J. F., Nicolais, G. y Kernberg, O. F. (2012). Assessment of Adolescent Personality Disorders Through the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A): Clinical and Theoretical Implications. *Adolescent Psychiatry*, 2(1), 36-45. <http://doi.org/10.2174/2210677411202010036>
- Association Psychiatry American (2013). *DSM 5. American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association Publishing.
- Chanen, A. M. y McCutcheon, L. K. (2008). Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2(1), 35-41. <http://doi.org/10.1002/pmh.28>
- Delgado, C. (2015). *Atrapa: Acciones para el Tratamiento de la personalidad en la adolescencia*. Fundación Alicia Koplowitz.
- Díaz de Neira, M., García-Nieto, R., de León-Martínez, V., Pérez Fominaya, M., Baca-García, E. y Carballo, J. J. (2015). Prevalence and functions of self-injurious thoughts and behaviors in a sample of Spanish adolescents assessed in mental health outpatient departments. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental (English Edition)*, 8(3), 137-145. <http://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2013.06.001>
- Erikson, E. H. (1968). *Youth: Identity and crisis*. WW Norton & company.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(1), 56-121. <http://doi.org/10.1177/000306515600400104>
- Feenstra, D. (2012). *Personality disorders in adolescents: prevalence, burden, assessment, and treatment*. [Tesis doctoral, Erasmus University Rotterdam]. Repositorio institucional de la Erasmus University Rotterdam <http://hdl.handle.net/1765/37415>
- Feenstra, D. J., Hutsebaut, J., Verheul, R. y van Limbeek, J. (2014). Identity: Empirical Contribution: Changes in the Identity Integration of Adolescents in Treatment for Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 28(1), 101-112. <http://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.1.101>
- Fontana, A., Ammaniti, M., Callea, A., Clarkin, A., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F. (2021). Development and Validation of the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A). *Journal of Personality Assessment*, 103(3), 352-364. <http://doi.org/10.1080/00223891.2020.1753753>
- Gil-Borrelli, C. C., Velasco, C., Iniesta, C., de Beltrán, P., Curto, J. y Lacasa, P. (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 175-177. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.013>
- Gorse, M. (2022). Risk and Protective Factors to LGBTQ+ Youth Suicide: A Review of the Literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 39, 17-28. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00710-3>
- Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J. y Sharp, C. (2014). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), e457-e464. <http://doi.org/10.4088/JCP.13m08696>
- Hall, W. J., Dawes, H. C. y Plocek, N. (2021). Sexual Orientation Identity Development Milestones Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 753954. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.753954>
- Jacobson, E. (1964). *The Self and the Object World*. International Universities Press.
- Jadva, V., Guasp, A., Bradlow, J. H., Bower-Brown, S. y Foley, S. (2023). Predictors of self-harm and suicide in LGBT youth: The role of gender, socio-economic status, bullying and school experience. *Journal of Public Health*, 45(1), 102-108. <http://doi.org/10.1093/pubmed/fdab383>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E. y Oldham, J. M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 410-413. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x>
- Jonas, L., Salazar de Pablo, G., Shum, M., Nosarti, C., Abbott, C. y Vaquerizo Serrano, J. (2022). A systematic review and meta analysis investigating the impact of childhood adversities on the mental health of LGBT+ youth. *JCPP Advances*, 2(2), e12079. <http://doi.org/10.1002/jcv2.12079>
- Kernberg, O. (1993). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós.
- Kernberg, O. (2006). Identity: recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1004. <http://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x>



- Kernberg, O. (2012). Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas. *Psicopatología Y Salud Mental Del Niño Y Del Adolescente*, 19, 13–28.
- Kernberg, O. (2021). Thoughts on transference analysis in transference-focused psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 49(2), 178–187. <http://doi.org/10.1521/pdps.2021.49.2.178>
- Kernberg, P., Weiner, A. S. y Berdenstein, K. (2002). *Trastornos de Personalidad en Niños y Adolescentes*. Editorial El Manual Moderno.
- Marcia, J. E. (2006). Ego identity and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 577–596. <http://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.577>
- Millon, T. (2004). *MACI inventario clínico para adolescentes de Millon*. Pearson
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia*. Ministerio de Sanidad, Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico. [https://doi.org/10.46995/pr\\_4](https://doi.org/10.46995/pr_4)
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica Y Salud*, 28, 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>
- Normandin, L., Ensink, K., Weiner, A. y Kernberg, O. (2021). *Transference Focused Psychotherapy for Adolescents with severe personality disorders*. American Psychiatric Association Publishing.
- OMS. (2019). CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. <https://icd.who.int/es>
- Padilla Torres, D., Albaladejo Gutiérrez, E. F. y Palanca Maresca, I. (2021). Psicoterapia Intensiva en Trastorno Mental Grave Infanto-Juvenil. *Clínica Contemporánea*, 12, e12, 1–16. <https://doi.org/10.5093/cc2021a11>
- Padilla Torres, D., Martínez Martín, N., Albaladejo Gutiérrez, E. y Palanca Maresca, I. (2019, En validación). Hospital Universitario Puerta de Hierro, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Fundación Orienta, y Grupo TLP Barcelona, H. U. 12 O. (2019). *Validación al Español de Entrevista de Procesos de Personalidad en Adolescentes*.
- Peters, J. R., Mereish, E. H., Krek, M. A., Chuong, A., Ranney, M. L., Solomon, J., Spirito, A. y Yen, S. (2020). Sexual orientation differences in non-suicidal self-injury, suicidality, and psychosocial factors among an inpatient psychiatric sample of adolescents. *Psychiatry Research*, 284, 112664. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112664>
- Platero Méndez, R. L. y López Sáez, M. Á. (2020). “Perder la propia identidad”. La adolescencia LGTBQA+ frente a la pandemia por COVID-19 y las medidas del estado de alarma en España. *Sociedad E Infancias*, 4, 195–198. <http://doi.org/10.5209/soci.69358>
- Quarshie, E. N. B. (2021). Self-harm and suicidal behaviour among LGBTQ+ young people: An overlooked public mental health issue in Africa. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 955–956. <http://doi.org/10.1177/0020764020962145>
- Reuter, T. R., Sharp, C., Kalpakci, A. H., Choi, H. J. y Temple, J. R. (2016). Sexual orientation and borderline personality disorder features in a community sample of adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 30(5), 694–707. <http://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.224>
- Rodriguez-Seijas, C., Morgan, T. A. y Zimmerman, M. (2021). Is There a Bias in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder Among Lesbian, Gay, and Bisexual Patients? *Assessment*, 28(3), 724–738. <http://doi.org/10.1177/1073191120961833>
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., Hunter, J. y Braun, L. (2006). Sexual identity development among lesbian, gay, and bisexual youths: Consistency and change over time. *Journal of Sex Research*, 43(1), 46–58. <http://doi.org/10.1080/00224490609552298>
- Russell, S. T. y Fish, J. N. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 465–487. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Sainz de la Cuesta Alonso, S.; Calera Cortés, F. y Vicent Forés, S. G. H. (2022). Prevalencia de alteraciones de la identidad sexual en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. *Boletín Psicoevidencias*, 63. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/banco-de-cat-s/889-prevalencia-de-alteraciones-de-la-identidad-sexual-en-pacientes-con-trastorno-limite-de-la-personalidad>
- Sharp, C. y Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence - Recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(12), 1266–1288. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12449>



- Sharp, C. y Tackett, J.L (2015). *Handbook of Borderline Personality Disorders in Children and Adolescents*. Springer.
- Trias, T. (2022). El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia. *Psicopatología Salud Mental Del Niño Y Del Adolescente*, 40, 63-76.
- Wilson, C., y Cariola, L. A. (2020). LGBTQI+ Youth and Mental Health: A Systematic Review of Qualitative Research. *Adolescent Research Review*, 5, 187-211. <http://doi.org/10.1007/s40894-019-00118-w>
- Williams, A. J., Arcelus, J., Townsend, E. y Michail, M. (2019). Examining risk factors for self-harm and suicide in LGBTQ+ young people: A systematic review protocol. *BMJ Open*, 9, e031541. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031541>
- Wittgens, C., Fischer, M. M., Buspavanich, P., Theobald, S., Schweizer, K., y Trautmann, S. (2022). Mental health in people with minority sexual orientations: A meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(4), 357-372. <http://doi.org/10.1111/acps.13405>
- Ybarra, M. L., Rosario, M., Saewyc, E., y Goodenow, C. (2016). Sexual Behaviors and Partner Characteristics by Sexual Identity among Adolescent Girls. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 310-316. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.001>
- Yeomans, F.F; Clarkin, J.F y Kernberg, O. (2016). *Psicoterapia Centrada en la Transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*. Desclée de Brouwer.
- Zanarini, M. C., Magni, L. R., Temes, C. M., Heinm, K. E., Aguirre, B. A., y Goodman, M. (2021). Sexual orientation and gender of intimate relationship partners among adolescents with bpd and psychiatrically healthy adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 35, 1-7. [http://doi.org/10.1521/pedi\\_2020\\_34\\_470](http://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_470)

Artículo recibido: 26/04/2023

Artículo aceptado: 12/11/2023