



121
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO *Tejem*

FACULTAD DE PSICOLOGIA

APORTACIONES TEORICAS Y TECNICAS DE OTTO KERNBERG
A LA PSICOLOGIA CLINICA

TESINA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

LAURA GRACIELA LAGUNA LAMAS

DIRECTOR: MTRA. ASUNCION VALENZUELA COTA

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A decir verdad,
juzgando mi pasado,
imaginando el porvenir.
Recordando momentos y lugares,
las flores y los pájaros,
los montes y las espinas,
el sol en tus ojos, la luna en los míos.
Tu amanecer hijo mío,
y luego la penumbra.
No he terminado, apenas comienzo.**

***Dedico este trabajo
a mis padres, por su amor,
a mi hijo, por su existencia.***

**Agradezco el apoyo de todas
las personas que contribuyeron
al cumplimiento de esta meta;
en particular a
la Mtra. Asunción Valenzuela Cota,
al Dr. Humberto Rico Díaz,
a Héctor Belazcoarán S.,
alguien muy especial,
a mi amiga Silvia Gómez Thomé y
a Ulises, quien en su momento,
fue un excelente compañero.**

INDICE

| | |
|--|-----------|
| INDICE | 4 |
| INTRODUCCION | 5 |
| Capítulo 1 | 7 |
| ANTECEDENTES | |
| 1.1.Ubicación cronológica del autor; 1.2. Ubicación teórica del autor; 1.3. Definición de relación objetiva; 1.4. Algunos representantes de la Psicología del yo y de la Teoría de las relaciones objetivas | |
| Capítulo 2 | 24 |
| PLANTEAMIENTOS TEORICOS | |
| 2.1. Teoría del desarrollo; 2.1.1. Desarrollo normal; 2.1.2. Desarrollo patológico; 2.1.3. Etapas del desarrollo planteadas por Otto Kernberg 2.2.Los síndromes; 2.2.1.Los desórdenes fronterizos; 2.2.2. Narcisismo patológico. | |
| Capítulo 3 | 42 |
| PLANTEAMIENTOS TECNICOS | |
| 3.1. Aportaciones al diagnóstico clínico; 3.1.1. La entrevista estructural como método diagnóstico; 3.1.2.Consideraciones para el diagnóstico 3.1.2.1. Desórdenes fronterizos; 3.1.2.2. Personalidad narcisista; 3.2. Aportaciones a la psicoterapia; 3.2.1. Desórdenes fronterizos; 3.2.2 Per- sonalidad narcisista; 3.2.3. Tratamiento hospitalario. | |
| Capítulo 4 | 67 |
| EVALUACION Y TRASCENDENCIA | |
| 4.1. Evaluación como Teoría de la Personalidad; 4.2. Evaluación teórica y técnica. | |
| Capítulo 5 | 80 |
| DISCUSION Y CONCLUSIONES | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 85 |
| BIBLIOGRAFIA | 89 |

INTRODUCCION

El presente trabajo pretende resaltar la importancia de las aportaciones teóricas y técnicas de Otto Kernberg a la Psicología Clínica, quien al proponer planteamientos sobre el desarrollo, desde el punto de vista del proceso de separación-individuación, menciona cinco etapas del desarrollo: *1. Autismo normal o indiferenciado, 2. Simbiosis normal o periodo de representaciones primarias indiferenciadas sí mismo objeto, 3. Diferenciación entre las representaciones del sí mismo y las representaciones objetales, 4. Integración de las representaciones del sí mismo y las representaciones objetales y desarrollo de las estructuras intrapsíquicas superiores derivadas de relaciones objetales y 5. Integración del super yo y del super yo.*

Kernberg propone que de acuerdo a la resolución del proceso de individuación en las etapas mencionadas, hay varios niveles carecterológicos de la personalidad, que presentan características particulares. Kernberg enfatiza tres niveles de organización de la personalidad, que son: Nivel superior, medio e inferior, en los cuales el autor hace referencia a que el terapeuta ponga su atención de forma sistemática en las características de estos niveles. Estas características (que son empleadas para el diagnóstico) son: El desarrollo de los instintos, el desarrollo del super yo, los mecanismos de defensa empleados y principalmente las características de las relaciones objetales.

La relevancia de Kernberg estriba en que para él, la patología del carácter es consecuencia del nivel en que se encuentran las relaciones objetales internalizadas del paciente, lo cual no se había realizado anteriormente; es por ello que surge la inquietud de la realización de este trabajo. Asimismo, porque ha generado una ubicación de los pacientes en un diagnóstico más específico, puesto que brinda elementos claros, precisos y sistemáticos de los niveles caracterológicos y su diferencia con otras patologías, de una forma diferente a la utilizada con anterioridad, sobretudo, enfatiza en las características del paciente fronterizo (ubicado en el nivel medio) desde los cuatro puntos esenciales para el diagnóstico.

Además, de una forma clara, puntualiza al terapeuta las características y viscositudes de la transferencia y la contratransferencia con este tipo de pacientes (lo cual tiene relación con las relaciones objetales, a las cuales Kernberg da suma importancia), ampliando así las opciones terapéuticas para este tipo específico de pacientes.

Dentro de las aportaciones al tratamiento se incluye su propuesta a la que él llamó Psicoterapia de expresión, la cual retoma elementos técnicos fundamentales del Psicoanálisis, pero que debido a las características del paciente fronterizo, retoma también algunos elementos de la Psicoterapia de apoyo.

A lo largo de este trabajo se abordarán temas que van desde los antecedentes del trabajo del autor hasta elementos teóricos, tales como sus propuestas sobre el Desarrollo y las características de los síndromes del paciente fronterizo y el paciente narcisista patológico y elementos técnicos, tales como sus aportaciones al diagnóstico, pronóstico y tratamiento, sobretodo al tratamiento hospitalario a este tipo de pacientes.

Posteriormente, en los capítulos finales, se hará un análisis sobre la relevancia, trascendencia e importancia de los postulados del autor en la actualidad.

El presente trabajo pretende invitar al lector a hacer un viaje a lo largo de la Psicología a través de la mirada de Otto Kernberg.

CAPITULO 1
ANTECEDENTES

CAPITULO 1

ANTECEDENTES

1.1 Ubicación cronológica del autor

He decidido iniciar con una ubicación cronológica del autor, se trata de una persona contemporánea a nosotros; él empieza sus primeros escritos en los años sesenta y desde entonces hasta la fecha ha tenido una carrera brillante, es miembro de la Asociación Psiquiátrica Americana, director médico del Hospital Cornell Medical Center de la ciudad de Nueva York, División Westchester y Profesor de psiquiatría en el Colegio de Medicina de la Universidad de Cornell. Asimismo es analista didáctico y supervisor en el Centro Psicoanalítico de la Universidad de Columbia de entrenamiento e investigación.

Anteriormente el Dr. Kernberg fue director en el Hospital C:F:Menninger Memorial, analista didáctico y supervisor en el Instituto Psicoanalítico de Topeka y Director del proyecto de investigación en Psicoterapia de la Fundación Menninger. Mas recientemente fue director del Servicio Clínico General del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York y Profesor de Psiquiatría Clínica en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia. Actualmente, el Dr. Kernberg es editor del *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Es también Vicepresidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Ha sido galardonado con el premio Heinz Hartmann en 1972 con el premio Edward A. Strecker en 1975, el Premio al mérito George E. Daniels en 1981. además ha publicado numerosos artículos y libros.

Como se puede observar es una persona que ha tenido incidencia en nuestro tiempo, y si además añadimos el que por ser originario de un país vecino a nosotros como lo es Estados Unidos, es importante conocer sus postulados mas a fondo para poder definir su trascendencia y relevancia en la psicología actual, motivo por el cual se realiza el presente escrito.

1.2. Ubicación teórica del autor

A Otto Kernberg lo podemos ubicar dentro de la Escuela Americana de Relaciones Objetales, no excluyendo que su teoría tenga influencia de algunos teóricos de origen europeo.

Michaca (1986), realiza una ubicación de Kernberg, en cuanto a la línea teórica que sigue:

"La definición que hace el Dr Kernberg acerca de las Relaciones Objetales lo ubica dentro del pensamiento freudiano. Su aproximación integrativa ha tomado a la técnica psicoanalítica estándar como una línea base de la cual parten parámetros para el tratamiento de condiciones mas regresivas con métodos modificados y crean una jerarquía en una amplia perspectiva del psicoanálisis. El se ha comparado correctamente con K.R.Eisler en el intento de crear un continuo similar. Yo diría que esto se hace posible justamente por los avances en las investigaciones acerca de las relaciones de objeto. Al fin Kernberg liga el fenómeno regresivo que él describe con las

fases el desarrollo del niño particularmente los descritos por Margaret Mahler y sus colaboradores." (1-p.94)

Además, Michaca comenta que las influencias que Otto Kernberg ha tenido para el planteamiento de su teoría corresponden a autores que varían desde Melanie Klein, Ronald Fairbairn hasta Edith Jacobson y Margaret Mahler y que en sus postulados intenta combinar todos los puntos de vista de los diferentes teóricos en uno solo, por lo que en ocasiones parecería paradójico y contradictorio; pero reconoce que la teoría y técnica de Kernberg muestran un avance firme en la teoría psicoanalítica.

Con base en lo anterior, podemos ubicar al autor como un teórico que sigue la línea psicoanalítica planteada por Freud, puesto que retoma los principios psicodinámicos y el establecimiento de estructuras internas, además le da gran importancia a los primeros años de vida del ser humano. También se le ubica como teórico de las Relaciones Objetales puesto que le da importancia al establecimiento de la constancia objetal (la cual será definida posteriormente) para un desarrollo óptimo de las estructuras psíquicas y sobre todo de la personalidad.

1.3. Definición de relación objetal

Para llegar a una definición de relación objetal o relaciones de objeto, han tenido que pasar varios años; Freud en sus escritos de 1900 y 1905, no hablaba de relaciones objetales como tal, pero sí introducía ya el término objeto, tal como lo menciona Cansino (1990), Freud decía que al inicio de la vida, la base está en que se registran en la memoria las percepciones repetitivas, acompañadas de experiencias gratificantes, las cuales se asociarán a una persona externa y se organizarán en una unidad coherente, Freud le llamó a esa representación de la persona OBJETO, por lo tanto, para él, el objeto es una experiencia persistente. Para Barreto (1985), es precisamente ésto el origen de las relaciones objetales, es decir menciona a la teoría psicoanalítica como la precursora, ya que para él los instintos buscan llegar a una meta y es precisamente el objeto el agente a través del cual la meta del instinto es lograda, el lugar donde éstos se depositan. Venegas (1987) plantea que cada paso en la formación del objeto corresponde a una fase de la diferenciación psíquica, ella retoma a Freud cuando dice que para él, el objeto fue conceptualizado como un instrumento por el cual el instinto llega a obtener un fin o una dirección.

Con estas definiciones de objeto, podemos empezar a entenderlo como una unidad diferente del infante. A la relación que establezca éste con aquel será la relación objetal; en la actualidad, el término es empleado y definido de varias formas: En el Glosario Psiquiátrico de la Asociación Americana de Psiquiatría (1975), la relación objetal está definida como: "Lazos emocionales que existen entre un individuo y otra persona, que contrastan con sus intereses y amor por sí mismo; se describe usualmente en términos de la capacidad del individuo para amar y reaccionar de manera apropiada a los demás" (11-p.37). Otra definición del término es la utilizada en el Diccionario Enciclopédico de Psicología de Harré y Lamb (1983), quienes dicen que "Es un término utilizado frecuentemente por escritores psicoanalíticos contemporáneos, los matices de su significado reflejan un movimiento teórico que se aleja del sujeto aislado y motivado biológicamente, hacia una visión que incluye las interacciones del sujeto con su medio y sus relaciones interpersonales. La utilización del término objeto

para referirse a personas, deriva del compromiso de los psicoanalistas con la teoría de los instintos. El objeto a través del cual la gratificación institucional es dirigida y obtenida usualmente es una persona, un aspecto de ésta o una representación simbólica de la misma; hacia la cual el sujeto dirige sus acciones y deseos. Técnicamente 'relaciones objetales' se refiere a las representaciones mentales del 'self' y de los demás, que son un aspecto de la organización del yo" (11-p.37-38)

En el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche (1983), se menciona que "El término relación objetal es utilizado con gran frecuencia en el Psicoanálisis contemporáneo para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión mas o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes" (37-p. 53)

En general, todas las definiciones mencionadas coinciden en que el término relación objetal se refiere a la relación del individuo con el otro, visto éste como el depositario de las cargas instintivas y que a lo largo del desarrollo del infante puede distinguirse como diferente de él, formando así una imagen mental de él mismo y del otro, en base a representaciones ideales y reales de él, del otro y de la relación misma, lo cual va estableciendo una forma de actuar e interactuar con los demás.

Como menciona Noguera(1988), los objetos preexisten a la relación del sujeto con ellos y conforme el sujeto se va constituyendo psíquica y físicamente es capaz de establecer una relación con aquellos. Sin embargo, esto no es sencillo, puesto que al nacimiento, el yo del bebé se encuentra muy inmaduro, por lo que recurre a la fantasía y al pensamiento mágico para cubrir a los objetos, conforme se va avanzando en el proceso del desarrollo, el yo va madurando y la forma de relacionarse con los objetos también se va modificando, ubicando de forma muy primitiva principios de realidad.

Estrada(1991) afirma que el primer objeto depositario de las cargas libidinales es la madre, la cual es percibida por el infante como la satisfactora de las necesidades mas esenciales. Barreto(1985) coincide con este supuesto, al mencionar que por lo general, todos los teóricos afirman que el primer objeto con el que tiene relación el infante es la madre y que generalmente la primera relación que establece con ella es oral.

Otto Kernberg citado en Cansino (1990), habla de las relaciones objetales haciendo referencia tanto a las externas como a las interiorizadas. La represión mantiene un equilibrio dinámico de la "estructura tripartita", influyendo y controlando al sí mismo en términos de relaciones de objeto interiorizadas reprimidas, acompañadas de un componente afectivo(libido-agresión), las relaciones se reactivan a través de invadir el campo intrapsíquico e interpersonal del sí mismo.

Otto Kernberg, en su artículo sobre "*Desarrollo normal y patológico*"(1979), las relaciones objetales se refieren a la formación de representaciones bipolares intrapsíquicas (imágenes del self y de los objetos) como reflejos de la relación original madre-hijo y su posterior desarrollo en diadas, triadas y múltiples relaciones interpersonales, internas y externas

Como se puede observar, el hablar de relaciones objetales no es un tema sencillo de abordar, puesto que nos lleva al cuestionamiento sobre ¿cómo se logra esa diferenciación entre el bebé y el objeto?, ¿cómo y cuándo se logra depositar los

instintos tanto agresivos como libidinales en un solo objeto?, ¿cómo se forman esas representaciones ideales y reales del sí mismo y del objeto?, ¿cómo y cuándo es posible lograr una constancia internalizada del objeto?, ¿por qué se dice que el primer objeto con el que tiene relación el bebé es la madre?, etc..Es por ello que se decide abordar brevemente a algunos teóricos que intentan dar una explicación a estas preguntas y que a su vez son los antecesores del autor que nos concierne.

1.4. Algunos representantes de la Psicología del yo y de la Teoría de las relaciones objetales

Sigmund Freud fue el primero en hablar de un objeto al cual se dirijan los impulsos y así en su escrito *Tres Ensayos para una Teoría sexual* (1905), menciona que los instintos tienen una fuente, un fin y un objeto, comenta que durante las diversas etapas del desarrollo psicosexual se tienen objetos parciales (oral, anal, fálica) y es hasta la pubertad cuando ya se tiene un objeto sexual definido. En esta obra, Freud emplea el término objeto pulsional a partir de las pulsiones sexuales.

Posteriormente en *Los Instintos y sus destinos*(1915), define al objeto como contingente de la satisfacción, es decir, el objeto le sirve al instinto para satisfacerse, lo define como aquello más variable del instinto. El autor establece dos tipos de objeto:

a) El objeto que solo sirve para obtener satisfacción, aquí el objeto puede ser intercambiable, lo único que importa es que proporcione satisfacción.

b) El objeto que tiene que poseer características particulares que se deben a los requerimientos del sujeto, de acuerdo a su historia personal. En este caso, solo un objeto específico o uno muy similar que lo sustituya, podrán brindar satisfacción.

En su texto *Introducción al narcisismo* (1914), Freud habla sobre la elección del objeto, comenta que hay dos tipos de elección: a) La elección anaclítica, donde se busca apoyo y/o protección tal como se obtuvo de los padres, o bien b) La elección narcisista, donde el modelo de elección es el mismo sujeto y no una relación existente.

En *Duelo y Melancolía* (1917), retoma la incorporación en la melancolía, donde el sujeto se identifica con un objeto perdido, (un modelo oral). Aguiñaga (1991) retoma la clasificación del objeto que mencionó Freud: a) Según la pulsión, donde el objeto es de ésta; b) según al narcisismo, donde se entra en contacto con el yo y este mismo puede ser objeto de la pulsión, c) según la identificación, donde el objeto puede continuar su existencia dentro del sujeto, aún habiendo desaparecido de la existencia externa real y finalmente d) según la instancia, donde se establece a partir de la relación con su existencia en el interior del sujeto.

Algunos teóricos continuaron por el lineamiento establecido por Freud sobre la labilidad de los objetos y sobre cómo el bebé percibe a la madre como un objeto, a través de la dependencia hacia ella, percibida ésta como la satisfactora de las necesidades primarias.

Este grupo de teóricos considera relacionado el desarrollo de las relaciones objetales con el desarrollo del yo, y por lo tanto, dependiente de la adquisición de estructuras cognoscitivas que no se encuentran al principio de la vida. Esta es la tradición de la **Psicología del Yo**. Tal como lo menciona Barreto (1985), para estos teóricos, de primera instancia, el bebé no es capaz de percibir a los objetos y las cosas como diferentes de él, puesto que sus estructuras no están lo suficientemente

desarrolladas para ello (su yo todavía no está formado) y es precisamente a través de las experiencias que tenga con el medio, como va ir estableciendo dichas diferencias. Los teóricos del yo coinciden en que al final de este proceso, el niño habrá establecido una diferenciación entre él y el medio (pasando por las etapas que se mencionan enseguida), pero además, habrá establecido un fuerte lazo de unión con su madre; para ello, estos teóricos mencionan que hay tres etapas o periodos durante esta transformación:

a) Etapa indiferenciada, narcisista o sin objeto. En esta etapa, los teóricos coinciden en que el bebé cuenta con una constitución biológica genéticamente determinada que esta inmadura, pero que al madurar permitirá la discriminación ya mencionada del medio ambiente que rodea al infante; sin embargo, en un inicio, la relación que establezca con el medio será con base en sus necesidades biológicas(viscerales, autónomas) y sin una conciencia de la diferenciación entre él y el otro.

b) Etapa transitoria. En este periodo, empieza a existir el desarrollo de algunas funciones del yo, es decir hay un primitivo yo corporal, donde el bebé inicia el establecimiento de límites entre él y el mundo exterior, comienza a reconocerlo como tal; las huellas mnémicas se empiezan a establecer en el infante y a pesar de que todavía la relación con el objeto se da en base a la dependencia de satisfacer las necesidades biológicas, también empieza a establecerse una relación de satisfacción al satisfactor (comida, pecho, biberón); sin embargo esto no es muy consistente y puede haber algunas detenciones en este proceso.

c) Etapa de las relaciones objetales verdaderas. En esta etapa ya hay una internalización de la imagen del objeto, independientemente de que haya o no la satisfacción de la necesidad, aquí ya hay una diferenciación clara entre él y la madre, la relación no está basada en la gratificación de la necesidad, sino que la relación esta basada en percibir a la madre como un objeto. La internalización de esta imagen o de esta relación, permite al niño que la madre se ausente, aunque la ausencia todavía no puede ser por periodos largos

Algunos teóricos con esta tendencia son Anna Freud, Erik Erikson, René Spitz, Margaret Malher, Heinz Hartmann, los cuales revisaremos brevemente:

ANNA FREUD

Anna Freud, citada por Atta Abraham (1985), plantea que el bebé al momento de su nacimiento y durante el primer periodo de su vida es incapaz de subsistir solo, razón por la cual, requiere de otros para que le satisfagan sus necesidades y que durante este tiempo, el mundo interno del pequeño consiste en dos sentimientos contrastantes de la serie placer-displacer; placer al satisfacer la necesidad y displacer ante el impacto de la necesidad orgánica.

Al darle al niño satisfactores constantemente, el niño crea una imagen del satisfactor, la cual será evocada de forma alucinatoria y simultánea a la aparición de la necesidad; esta relación:

Necesidad-objeto satisfactor-procedimiento satisfactor

es el primer paso para el funcionamiento psíquico. Al percatare y comenzar a diferenciar entre la alucinación y la realidad (mundo externo-mundo interno), debido a que se da cuenta que la alucinación no es suficiente para satisfacer la necesidad; utiliza partes de su propio cuerpo para satisfacer la necesidad.

Cuando el pequeño es capaz de introyectar la imagen del objeto satisfactor y relacionarla con sensaciones de placer o displacer, es el momento en el que se establece el primer vínculo con la madre o con quien funja como tal, este primer vínculo solo está basado en las sensaciones de necesidad-satisfactor, placer-displacer. Alrededor de los 5 meses, el vínculo no solo se da en este nivel, sino que al infante le agrada la compañía de la madre, su atención, sus mimos (aunque no haya una necesidad física). Ya para los dos años, la relación entre madre-hijo es tan estrecha, que el niño difícilmente acepta separarse de su madre, posteriormente y gracias a un desarrollo físico e intelectual del bebé, éste deja de vivir en asociación emocional exclusiva con la madre y se percata de la existencia de un grupo familiar más amplio.

Según Atta Abraham (1985), para Anna Freud, la línea divisoria entre una forma primitiva de relación objetal (donde el objeto es tratado como parte del mundo interno) y una relación con un objeto "psicológico" se establece cuando puede diferenciar entre el primero, el cual posee características de los procesos narcisistas de la catexia libidinal y el segundo, el cual requiere que atraiga la catexia del cuerpo hacia el objeto; transformando así, la libido narcisista en libido objetal.

Esta relación objetal tiene dos etapas:

- 1) Cuando se satisface la necesidad; en la cual el objeto tiene interés mientras se da la satisfacción y después, éste "deja de existir" para el infante.
- 2) Cuando se establece la constancia objetal, donde el objeto "existe" esté o no presente el mismo.

Para Anna Freud (1980), "...a medida que el yo madura y el principio de placer cede ante el principio de realidad, el infante es capaz en forma gradual de conservar catexia libidinal con respecto al objeto ausente durante separaciones cada vez más largas" (2-p.97).

Anna Freud (1980), mencionó las siguientes etapas en el desarrollo infantil:

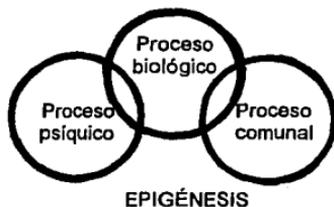
1. Unidad biológica de madre y bebé en un medio narcisista
2. Relación por apuntalamiento, anaclisis, de satisfacción de necesidades.
3. Capacidad para la constancia de objeto
4. Control ambivalente y sádico sobre el objeto.
5. Fase de posesividad y rivalidad centrada en el objeto.
6. Desplazamiento de la libido (padres- ámbito extrafamiliar).
7. Retorno preadolescente a relaciones objetales de tipo arcaico.
8. Lucha adolescente por desprenderse de vínculos objetales de edad temprana.

ERIK ERIKSON

Erikson fue uno de los principales expositores e intérpretes del pensamiento Freudiano, sin embargo él amplía la perspectiva al utilizar un concepto importante; él siempre se interesó en lo social; para él toda crisis personal y social aporta elementos

que llevan al crecimiento. Afirmó que todo ser humano depende de tres procesos de organización que son complementarios entre sí:

1. El proceso biológico (soma).
2. El proceso psíquico (psyche) y
3. El proceso comunal (ethos).



Menciona Angola (1991) que el primer proceso comprende la organización jerárquica de los sistemas orgánicos que constituyen un cuerpo, el segundo organiza la experiencia individual mediante la síntesis del yo y el tercero, consiste en la organización cultural de la interdependencia de la persona.

Erikson explica de manera muy particular el desarrollo psicosexual y psicosocial, partiendo del principio epigenético del postulado organicista de la embriología, donde se presupone un continuo que va desde el nacimiento, y donde cada una de las partes van evolucionando paulatina y paralelamente. Erikson (1989), retoma conceptos como tiempo, lugar de origen y momento crítico; por lo que para él, desde su punto de vista epigenético, "...hay una progresión a través del tiempo de una diferenciación de partes (en su momento decisivo y crítico) y se mantiene una vinculación con características de las fases anteriores y posteriores, de modo tal que el conjunto depende de la secuencia, la oportuna eclosión y la importante relación entre las fases" (45-p.47), es decir su importancia radica en resaltar el proceso del desarrollo como un continuo.

Erikson relaciona las zonas y periodos erógenos mencionados por Freud con sistemas orgánicos del desarrollo, y plantea 8 etapas o estadios psicosociales, donde todas las etapas tienen características, problemas, expectativas y limitaciones culturales muy particulares; Cueli (1975), explica gráficamente se puede observar así:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|-------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Sensorio-oral | Confianza vs desconfianza | | | | | | | |
| Muscular-anal | | Autonomía vs vergüenza | | | | | | |
| Locomotor-genital | | | Iniciativa vs culpa | | | | | |
| Latencia | | | | Industria vs inferioridad | | | | |
| Pubertad y adolescencia | | | | | Identidad vs difusión de rol | | | |
| Adulthood joven | | | | | | Intimidad vs aislamiento | | |
| Adulthood | | | | | | | Generatividad vs estancamiento | |
| Madurez | | | | | | | | Integridad del yo vs disgusto |

Según Angola (1991), para Erikson, cada etapa presenta los siguientes aspectos:

1. Un modo psicosocial correspondiente
2. Un radio de relaciones objetales significativas
3. Una crisis social o antítesis evolutiva
4. Una fuerza o cualidad básica del yo
5. Una patología o antipatía.

Erikson plantea cada etapa con un momento de crisis, no vista ésta como un conflicto, sino como un cambio o una posibilidad de cambio en la vida del sujeto y cuando ésta es superada, es un logro del yo, de ese yo que es un agente activo que coordina las necesidades del individuo con las del ambiente; adquiriendo a lo largo de la vida fuerza y desarrollo, necesarios para una vida plena y satisfactoria.

RENE SPITZ

René Spitz (1985), postuló etapas de evolución psicogenética en relación con la figura materna, donde se establece una comunicación que comienza por el contacto corporal y posteriormente por medio del lenguaje: En la diada madre-hijo se encuentra la base del desarrollo del establecimiento de las relaciones (narcisista u objetal). La evolución de este desarrollo está dirigida por organizadores, los cuales se dan gracias a la maduración somática y psíquica. Existen indicadores de que los organizadores ya están establecidos, permitiendo la evolución en tres etapas:

1) **Pre-objetal** (0-3 meses). La interacción es fisiológica, no distingue entre el yo y el no-yo (él y la madre, respectivamente), no hay representaciones psíquicas, las satisfacciones provienen de sí mismo.

2) **Precursor de objeto** (3-7 meses), aquí el indicador es la *sonrisa*, lo cual indica que el niño reconoce el rostro humano, el cual funje como estímulo, como una señal. En este periodo, el niño todavía no reconoce a una persona específica, y al ser algo constante provoca la aparición del primer organizador.

3) **Objeto libidinal** (8 meses en adelante). Aquí ya hay una percepción discriminativa, ya que el bebé solo le sonríe a personas conocidas, en este periodo, su madre se vuelve consciente para él. El indicador es la *angustia ante extraños* y el organizador es el poder reconocer el rostro de la madre (yo ≠ no yo). Es el momento del establecimiento de la primera relación con el objeto libidinal (madre), ésto se da a la par del temor de que esta relación se extinga: Posteriormente se establece el último organizador que es la comunicación semántica (lenguaje), cuyo indicador es la *palabra "no"*, con ésto, el niño afirma su independencia y limita su acción impulsiva, es decir comienza el proceso de la internalización de los objetos y el uso extendido del lenguaje

MARGARET MAHLER

Su aportación mas importante fue el comprobar que el nacimiento biológico y el nacimiento psíquico no se dan al mismo tiempo: en el "embarazo psicológico", el niño se encuentra en una especie de mezcla o fusión con la madre, lo cual le permite tener elementos para después existir como persona independiente.

Mahler (1975) establece cuatro etapas del proceso separación- individuación:

1) **Fase autista normal** (aobjetal) 0-1 mes. Aquí se da una tendencia a relacionarse con los objetos, pero sin tener una intención de ello. Puesto en palabras de Mahler: "En las semanas que preceden a la evolución hacia la simbiosis, los estados somniformes del neonato y del infante muy pequeño superan los periodos de vigilia, y recuerdan ese estado primigenio de distribución de la libido que prevalecía en la vida intrauterina y que se parece al modelo de un sistema monádico cerrado, autosuficiente en su realización alucinatoria de deseos" (19-p.53).

2) **Fase simbiótica normal** (preobjetal) 1-5 meses. Aquí ya existe una conciencia difusa del objeto satisfactor y ésto le facilita el poder distinguir entre experiencias placenteras y displacenteras. No hay diferenciación entre self y objeto (yo- no yo).

3) **Fase de separación- individuación** (objetal) 10-36 meses. Esta fase se divide a su vez en tres subfases:

a) *Subfase de diferenciación.* Comprende de los 5-10 meses, en este periodo se da la diferenciación somatopsíquica, es decir, identificar afectiva y cognitivamente al objeto libidinal (madre) y lo extraño a éste. La sonrisa es fundamental.

b) *Subfase de práctica.* Va de los 10 a los 15 meses. Durante este periodo se da la conciencia de la separación-individuación, debido a que el infante se diferencia corporalmente de su madre y establece un vínculo específico con ella, además se da el desarrollo y funcionamiento de la autonomía primaria del yo, debido a que el niño puede conocer mas del mundo externo por medio de la posibilidad de caminar, dando la oportunidad a que su narcisismo llegue al clímax.

c) *Subfase de reaproximación.* Corresponde de los 15 a los 22 meses. En esta fase el niño experimenta angustia de separación, sufre por darse cuenta que es un ser inválido y solo, además se percata que no es tan omnipotente como creía; ante ésto el niño reacciona con diversos cambios de humor, hay un aumento de la angustia, hasta que el niño puede establecer una distancia adecuada entre él y su madre. La resolución de esta crisis de reaceramiento puede darse o bien presentar obstáculos para ello.

4) **Fase de la Constancia objetal:** Es cuando el niño logra internalizar a la madre como un objeto total cargado de energía libidinal y agresiva. En esta fase se logra la representación del self diferente a la representación de los objetos.

Michaca (1987), dice respecto a esta etapa. que cuando se ha logrado la constancia objetal, la representación interna de los objetos ya no cambia, ni se rechaza, aunque la madre no esté presente o sea frustrante.

HEINZ HARTMANN

Para Hartmann (1962), el interés era que se volvieran a destacar aquellos procesos y métodos de trabajo del aparato mental que llevan a logros adaptados; estos logros son referentes a la percepción, la intención, la comprensión de los objetos, el pensamiento, el lenguaje, la productividad, las fases del desarrollo motor (gatear, asir, caminar), la maduración y el aprendizaje que se incluye en ellos.

Según White (1973), para Hartmann, los impulsos instintivos no podrían garantizar por sí solos la supervivencia, por lo que es necesario suponer la maduración de un aparato yóico innato para que el niño pueda enfrentar eficazmente las condiciones ambientales. Además comenta que el desarrollo del yo permite un crecimiento independiente al crecimiento del principio de realidad, no solo al inicio de la vida, sino durante todo el transcurso de ésta; es por ello que Hartmann se incluye dentro de los teóricos de la Psicología del yo.

Hartmann, citado por Angola (1991), plantea que el proceso de la formación de los objetos empieza con una diferenciación de éstos, debido al desarrollo del yo y a impulsos instintuales; y a su vez, éste va a ser posible porque se sustituye el principio de placer por el principio de realidad, además comenta que las etapas del desarrollo dependen del crecimiento fisiológico, y más allá de éste, el significado de estas secuencias biológicas para la esfera de las relaciones de objeto y la importancia de estas mismas relaciones en el contexto biológico, es decir, de los estímulos externos e internos, ha mantenido una posición central en el análisis de los comienzos.

Hartmann (1987) describe que las primeras etapas de las relaciones entre el objeto y el sí mismo son como pasos que van desde el narcisismo primario hasta la relación objetiva; él plantea dos etapas en la relación objetiva:

1. La relación objetiva como satisfactor de necesidades.
2. Logro de permanencia del objeto.

La separación del sí mismo del objeto es el tránsito para la estancia de la segunda etapa. En un principio, el objeto no es sino una prolongación de la actividad del niño, posteriormente éste distingue entre la actividad y el objeto hacia el cual va dirigida la actividad. La etapa primitiva puede estar relacionada con la acción mágica y representa probablemente un paso transitorio en el desarrollo del yo (o más bien preyo), interpuesto entre la simple descarga y la acción real dirigida y organizada por el yo. La última etapa representa un aspecto de la objetivación, que es una contribución del yo al desarrollo de las relaciones objetivas y un elemento esencial del establecimiento del principio de realidad.

Hartmann (1987) habla de "autonomía primaria" y "autonomía secundaria" en el desarrollo del yo: "La autonomía secundaria en las funciones del yo concierne a la estabilidad de sus adquisiciones evolutivas y el yo, tanto como ambos impulsos primarios parecen ser variables parcialmente independientes, pero solo estos dos aspectos del conjunto pueden proporcionar una imagen del desarrollo del individuo. El poder introyectar la permanencia y reconocimiento del otro, del objeto, es dar los primeros indicios del principio de realidad.

Después de haber revisado brevemente aquellos teóricos que se ubican dentro de la Psicología del Yo, es conveniente retomar aquel grupo de teóricos que implícita o explícitamente utilizaron los conceptos de Freud solo como un fundamento y consideraron las respuestas objetales mas como primarias que como secundarias y adquiridas; es decir, para este grupo de teóricos, la estructura yoica no requiere estar previamente estructurada para empezar a establecer relaciones objetales, es decir, para la interacción del individuo con los objetos externos (principalmente la madre); sino, por el contrario, para ellos es precisamente la relación con el objeto externo y el cómo el infante perciba esta interacción (placentera y/o displacentera) y lo constante que ésta sea; lo que va a determinar el desarrollo de las estructuras intrapsíquicas.

Esta tradición es la que conocemos como **Teoría de Relaciones Objetales**, como lo menciona Barreto (1985), estos teóricos afirman que existe una relación objetal temprana, aunque muy primitiva; presentan una explicación referente al desarrollo a través de estudios de la infancia, sobre todo a la niñez temprana. Para ellos la primera relación del bebé es establecida con objetos esenciales (p.ej. para Melanie Klein el pecho), esta relación está basada en sistemas conductuales propios de la especie, los cuales son activados o desactivados por estímulos que surgen de otras personas y que facilitan la aproximación-interacción entre madre e hijo.

En un principio, Barreto (1985) plantea que esta relación está muy fantaseada, por lo que no hay una distinción clara entre el yo y el otro, pero con base en las gratificaciones y frustraciones del objeto, se empieza a establecer la internalización de la imagen de éste y con ello se forma una diferenciación entre mundo externo y mundo interno.

Algunos de los teóricos representantes de esta corriente son Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Edith Jacobson, Donald Winnicott y Otto Kernberg; los cuales revisaremos brevemente:

MELANIE KLEIN

Esta autora establece que los instintos se conciben de dos instancias: 1) Existe un dualismo pulsional- pulsión de vida y pulsión de muerte, lo cual surge de los planteamientos de Freud de las pulsiones instintivas de Eros y Thanatos; tal como lo dice Guntrip (1973): es una intensa y secreta tragedia, una lucha psicodinámica y terrible entre las fuerzas del amor y las de la muerte, inherentes a la estructura del bebé. Además afirma la importancia de lo interno y de lo externo 2) El momento tan temprano en el que existe este dualismo, ya que afirma que este existe desde el nacimiento y comienza a formar las estructuras del yo y del super yo arcaicos.

Klein cita a las fantasías como fundamentales, ya que sirven como defensa contra la realidad externa e interna, ya que la fantasía contrarresta la frustración derivada de la realidad externa. Con respecto a las fantasías, menciona que ya sea que las fantasías sean normales o patológicas, Klein destacó la importancia que tienen en las mas tempranas relaciones objetales internalizadas, así como en las vicisitudes del conflicto intrapsíquico y las estructuras psíquicas; además, el mundo interior del bebé es una función del yo que establece relaciones objetales, parcializando a los

objetos en buenos y malos. En este momento, al percibir a los objetos como parcializados, no son percibidos como objetos externos como tales, sino como receptores de las proyecciones del bebé (pulsiones de amor y odio).

Klein no habla de etapas sino de posiciones que se escalan, pero su logro no es definitivo y se mantienen oscilando en el individuo. En palabras de Segal (1985): "posición implica una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas, persistentes a lo largo de la vida" (47-p.17).

Las posiciones que Klein plantea son:

1) **La posición esquizo-paranoide**, donde el bebé se relaciona con objetos parciales (pecho bueno- pecho malo), donde se encuentra la dualidad de pulsiones; estos impulsos son percibidos como fuerzas separadas, como consecuencia de un yo fragmentado y con características de paranoia, ya que las buenas experiencias se relacionan con la pulsión libidinal y las malas con la pulsión de muerte; las primeras son percibidas como buenas y se introyectan, mientras que las segundas, al ser percibidas como malas se proyectan al exterior.

Entonces el Objeto Bueno es internalizado, idealizado como gratificante y debe protegerse; es precisamente esto lo que permite la formación de un yo precario.

El Objeto Malo es percibido como frustrante, persecutorio, es externo y es aquel del cual debe protegerse; con esto se va formando un super yo arcaico. Posteriormente esta separación se va haciendo menos nítida.

2) **La posición depresiva**, es cuando el yo del bebé tiene mejor capacidad para integrarse y entonces es capaz de percibir al Objeto como Bueno y Malo, sintiendo una angustia depresiva por ese amor y odio experimentado hacia el objeto, pero sobretudo por la culpa ocasionada por las fantasías omnipotentes de destrucción a ese objeto percibido como malo (objeto parcial).

Klein, citada en Escamilla (1989), afirma que la estructura de la personalidad esta determinada por las fantasías permanentes del yo sobre sí mismo y los objetos que contienen, por lo tanto, existe una estrecha relación entre integración yoica y relaciones objetales.

RONALD FAIRBAIRN

Este autor establece una teoría del self y su relación con los objetos, proponiendo tres etapas del desarrollo de dichas relaciones, según el tipo de dependencia que se da con el objeto; estas etapas son planteadas por Michaca (1987) de la siguiente forma:

1) **La dependencia infantil**, donde el niño depende totalmente de su madre para la satisfacción de sus necesidades y teniendo solamente la posibilidad de aceptar o rechazar su objeto. En esta etapa el narcisismo es muy importante, ya que se da como consecuencia de la identificación que establece el infante con su objeto, lo cual representa la persistencia en la vida intrauterina. El narcisismo primario es aquel donde se da la identificación con el objeto, mientras que el narcisismo secundario se refiere a aquel que se da con la identificación del objeto internalizado.

Dentro de esta etapa hay dos fases:

a) **La fase oral primaria**, donde el pecho es el objeto (parcial) y la relación con el objeto es ambivalente (esquizoide).

b) **La fase oral secundaria**, donde el objeto es la madre, percibida ésta como un objeto total (depresivo)

2) **Transición**, esta etapa se origina debido a que el conflicto esta internalizado y reprimido. El conflicto de esta etapa se debe al hecho de acercarse y alejarse del objeto para lograr una unión con él, esto provoca angustia manifestada por el temor al aislamiento. Para resolver esta angustia hay técnicas que intentan conservar la armonía entre las estructuras internalizadas y sus objetos: Técnica obsesiva, técnica paranoide, técnica fóbica, técnica histérica. Gran parte de la gente permanece toda su vida en esta etapa.

3) **Dependencia madura**, aquí se dejan las relaciones basadas en la identificación y se empiezan a establecer relaciones con objetos diferenciados.

EDITH JACOBSON

Esta autora principalmente se interesa en el problema de cómo se da la diferenciación entre la realidad externa (objeto-self) y la realidad psíquica (representación del objeto - representación del self). Menciona que en una etapa inicial el bebé se encuentra dormido, o en situaciones de pasividad, caracterizado por una dispersión difusa de fuerzas instintivas dentro de un self psicológico indiferenciado total

En este momento no hay una distinción entre lo externo y lo interno, entre la libido y la agresión, entre placer y displacer; después las descargas se dirigen al exterior y a las zonas erógenas pregenitales, con esto el objeto se hipercatectiza permitiendo que la descarga de impulsos hacia el exterior se desarrolle, tornándose en conducta sexual y agresiva, antecedente de las funciones yoicas.

La autora citada por Michaca (1987), plantea diversas etapas de estructuración energética y estructural con la formación y catectización de las representaciones del self y de los objetos, junto con su correspondiente desarrollo ideacional, afectivo y funcional. las etapas son:

1) **Condición primaria** (embrional), donde la energía es indiferenciada (agresión-libido) y se da por diversos procesos fisiológicos, el self no esta estructurado.

2) **Después del nacimiento**. Aquí se establecen las zonas erógenas pregenitales y se empieza a distinguir entre el mundo exterior, al igual que se empieza a diferenciar entre las sensaciones placenteras y las sensaciones displacenteras; las cuales a su vez se

relacionan vagamente como provenientes del mundo exterior. En este periodo existe un lenguaje afectivo de los órganos.

3.a) Diferenciación estructural incipiente y formación del yo. En esta fase, la fantasía inconsciente y la actividad sexual, así como la afectomotora comienzan su desarrollo. El bebé percibe imágenes de objetos parciales, los cuales se ligan a sensaciones de placer y displacer.

3.b) Conciencia del self y objetos. El niño al aprender a caminar y controlar esfínteres aprende un lenguaje simbólico y con ello se establece la prueba de realidad; se desarrolla la constancia objetal, los estados emocionales son también más constantes.

4) Narcisismo secundario. en esta fase, la sexualidad llega a su punto máximo, el pensamiento se organiza, hay control sobre las emociones, los afectos se dan en forma compuesta, hay tolerancia a la tensión y el establecimiento de relaciones objetales duraderas. Se forma el super yo debido a la neutralización de las catexias.

Para la autora, la relación del niño con sus padres es fundamental para su desarrollo psíquico.

DONALD WINNICOTT

Esta autor plantea que en el desarrollo del infante hay dos fenómenos que se presentan simultáneamente y ambos son de gran importancia: La influencia del mundo externo (realidad) y las variables del mundo interno (instintos). Winnicott afirma que un bebé no puede existir solo, sino que es parte de una relación. Plantea que el bebé tiene una necesidad de crear, de probar su omnipotencia y ante esto crea el satisfactor correspondiente, por medio de la fantasía y el concepto de self, el cual todavía no tiene importancia hasta que el bebé toma conciencia de lo que es el ser humano como tal. Además, Winnicott agrega el concepto de "realidad interna", la cual surge de las fantasías del niño; esta realidad puede ser agradable o no, dependiendo del ambiente o cuidados maternos, ya que el bebé junto con su madre, forman en un principio una unidad y la dependencia con ella, éste momentos de unión pasa por tres etapas:

1) Dependencia absoluta: No conoce el cuidado materno, solo esta en la posición de gozarlo o sufrirlo.

2) Dependencia relativa: Aquí ya hay cierta conciencia sobre los "detalles" del cuidado y los puede relacionar con impulsos personales.

3) Hacia la independencia: En este periodo ya se da el desarrollo para estar sin cuidados permanentes, gracias a la internalización de los "detalles", el recuerdo de los cuidados y la proyección de necesidades.

Para ésto se requiere que la madre sea sensible a las necesidades del infante y le brinde apoyo al yo, sobretudo en la primera fase del desarrollo planteado por él, esta sensibilidad a las demandas del infante fue a lo que Winnicott le llamó "holding" (sostenimiento, abrazo, contención). Ante un "holding" adecuado, se experimentará la omnipotencia como una herramienta para crear y ésto dará seguridad al niño ("yo he creado ésto"), en caso contrario se presentará un trauma, provocando con ésto "agonías primitivas" o "ansiedades impensables".

- a) Desintegrarse
- b) Caer para siempre
- c) No tener relación con el cuerpo
- d) Estar desorientado
- e) Aislamiento completo por no haber forma de comunicación

Para Winnicott son las relaciones de objeto las que establecen la formación y el desarrollo de la estructura endopsíquica.

Con esta breve revisión de los autores podemos observar que casi todos formulan una explicación entre objeto externo y objeto interno. Algunos como Anna Freud, Spitz y Mahler ponen más énfasis en el objeto externo, mientras que otros como Klein, Fairbairn y Jacobson se concentran en el objeto interno; a Winnicott lo podemos ubicar en un término medio, ya que enfatiza su teoría hacia aspectos del mundo interno y a aspectos del mundo externo.

La mayoría de ellos coinciden en que en el principio de la vida, el objeto constituye parte del medio de una forma indiferenciada, constituyendo una unidad con el individuo sin límites claros, los cuales se irán estableciendo paulatinamente durante los primeros años de vida. Otro punto en el cual coinciden es que suponen que primero es necesario el establecimiento y diferenciación del objeto externo para que ulteriormente se logre establecer una imagen interna del objeto (Constancia objetal).

Si leemos este escrito con detenimiento, parecería que pasamos por alto la breve revisión de Otto Kernberg, dentro del grupo de los Teóricos de las Relaciones Objetales; sin embargo el no haberlo incluido en este capítulo fue propositivo, puesto que al ser él el autor de la inspiración de este trabajo se ha preferido puntualizar detalladamente los postulados fundamentales de su teoría en los dos capítulos siguientes, para hacer una revisión exhaustiva de la misma. Teniendo ahora un marco de referencia a sus escritos pasemos a la descripción y análisis de los mismos.

CAPITULO 2
PLANTEAMIENTOS TEORICOS

CAPITULO 2

PLANTEAMIENTOS TEORICOS

2.1 Teoría del Desarrollo

Como ya se ha mencionado, Otto Kernberg pertenece a la línea teórica de la corriente psicoanalítica, por ello es importante recordar brevemente lo que esta corriente menciona como puntos fundamentales para una teoría del desarrollo

Sigmund Freud, iniciador de la corriente psicoanalítica, sostiene que las personas no son activas ni pasivas, sino que oscilan entre ambos estados; afirma que hay un conflicto entre impulsos naturales y las normas impuestas de esta sociedad. La naturaleza de estos conflictos dependerá del estadio del desarrollo en que se encuentra una persona en un momento determinado.

Los teóricos de la corriente psicoanalítica afirman que el desarrollo humano se va dando a través de diversas etapas, en la que las estructuras psíquicas más importantes se van estableciendo. En el capítulo anterior ya hicimos una breve revisión de algunos autores de esta corriente, ahora nos toca revisar los planteamientos establecidos por Kernberg en este aspecto.

2.1.1 Desarrollo Normal

Para Kernberg (1977), la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales enfatiza la internalización de las relaciones interpersonales como determinantes al desarrollo normal. Para ello, define tres postulados que lo identifican:

1. La teoría de las relaciones objetales se refiere a la teoría general de las estructuras que conservan en la mente las experiencias interpersonales y las influencias mutuas entre estas estructuras intrapsíquicas y problemas generales de la expresión de las necesidades instintivas en el medio psicosocial.
 2. También se refiere a un enfoque más restringido dentro de la metapsicología psicoanalítica, centrada en la constitución de representaciones intrapsíquicas de imágenes del sí mismo e imágenes objetales, como reflejos de la primera relación madre-hijo y su posterior desarrollo en relaciones externas interpersonales
 3. En esta teoría sería más propio hablar de "objeto humano" que de "objeto" simplemente, ya que refleja el sentido común que se da a este término en la metapsicología psicoanalítica para indicar las relaciones con otros.
- Para el autor, las relaciones objetadas internalizadas son vistas como un punto en el que se centran los instintos y el entorno social, contribuyendo así al desarrollo óptimo de la personalidad. Enfatiza cinco puntos como marco de referencia para delimitar los conceptos de salud y enfermedad, relacionados con el desarrollo:
1. La profundidad y constancia de las relaciones objetales internalizadas con otros.

2. La tolerancia del encuentro contradictorio de las valencias positivas y negativas con respecto a los objetos significativos.
3. La capacidad de experimentar culpa, separación y la capacidad de elaborar las depresiones.
4. El grado de integración del sí mismo.
5. El grado en que correspondan los patrones de conducta y el concepto del sí mismo.

La teoría de Kernberg se enfoca en cómo se originan las representaciones básicas de la imagen del sí mismo, de la imagen objetal y del componente afectivo que acompaña la interacción (relaciones objetales internalizadas); plantea el desarrollo de la diferenciación e integración de estas relaciones en cinco etapas y qué es lo que ocurre si se da algún fracaso en este desarrollo, estableciéndose así una patología.

Para Kernberg (1977), el primer estadio yoico es aquel donde los objetos internos buenos y los objetos externos buenos, constituyen la primera organización defensiva del yo, y todas las experiencias negativas o malas son percibidas como parte del no-yo. Con esta escisión de bueno-malo y este "acto de expulsión", se empieza a formar el "yo".

Cuando madura la percepción, el control de la movilidad y la organización de la memoria, se establecen los límites entre mundo interno y objetos externos, dando lugar a una típica "situación tripartita"

1. De primera instancia, el yo se organiza por la introyección de objetos "buenos".
2. Un aspecto positivo, con valencia positiva o cargada libidinalmente de la realidad, se reconoce como parte de la realidad externa, íntimamente relacionado con el yo, estableciéndose una interacción que permite la diferenciación entre el sí mismo y los objetos.

Michaca (1986), afirma esto cuando dice que Kernberg hace hincapié en la pulsión o el coloreo afectivo que acompaña la internalización de la interacción self-objeto; ya que ésta le da la carga positiva o negativa a la interacción: positiva cuando va acompañada de libido y negativa cuando va acompañada de agresión. Dependiendo del signo que acompañe la interacción, va a ser el como se organice en la internalización (valencia positiva-objeto interno bueno / valencia negativa-objeto interno malo)

3. Un grupo de "objetos externos malos", que son amenazantes o frustantes, son puestos en el exterior.

De la Garza (1986), citando a Kernberg, comenta que para poder lograr la separación e individuación, es necesario, según Kernberg, lograr primero una internalización del objeto externo de forma adecuada, la cual es posible solo cuando el niño es lo suficientemente maduro para distinguir la diferencia entre él y el otro. Para la adecuada internalización, Kernberg propone la necesidad de que el yo cumpla con dos tareas básicas:

1. Poder distinguir entre las imágenes del sí mismo y las imágenes objetales (identificación/introyección)

2. Integrar las imágenes del sí mismo y las objetales que se encuentran asociadas a cargas instintivas libidinales con las imágenes de sí mismo y objetales asociadas a instintos agresivos

Kernberg (1977) formula las siguientes proposiciones:

- 1) Para la internalización de las relaciones objetales, hay tres niveles: **introyección, identificación e identidad del yo**. Los cuales a su vez, formarán estructuras psíquicas, por lo que éstos serán mencionados como procesos y como estructuras psíquicas.
- 2) Los tres procesos de internalización tienen tres componentes básicos: **imágenes del self, imágenes objetales y derivados pulsionales** o estados afectivos específicos.
- 3) Los niveles de organización se van dando en un orden que va desde un nivel primitivo (donde la escisión es un mecanismo principal), hasta un nivel más elaborado (donde la escisión es sustituida por la represión)
- 4) El grado de integración del yo y del super yo va a depender en gran medida de cómo pueda sustituirse adecuadamente la escisión por mecanismos de defensa más avanzados.

Ahora se expondrá de una forma más explícita lo que Kernberg quiso decir con cada uno de los niveles de internalización:

INTROYECCION

Es el nivel más básico y primitivo, es la reproducción y fijación de una interacción con el medio a través de una unión organizada de huellas mnésicas, la introyección depende de funciones mentales como la percepción y la memoria, pero las sobrepasa no solo en virtud de una compleja y específica organización de las percepciones y las huellas mnésicas, sino además por relacionar la percepción 'externa' con la percepción de primitivos estados afectivos que representan derivados instintivos

Para Kernberg esto es fundamental, ya que el matiz afectivo de la introyección, o sea el impulso que acompaña la interacción "objeto-self", le va a dar la valencia activa (positiva o negativa, las cuales ya se explicaron con anterioridad), y se van a organizar y clasificar todas las representaciones, en un primer momento, según su valencia, aún sin distinguir la diferencia entre objeto y self, esto a su vez perfecciona la organización e integración de los aparatos de la percepción y memoria; por consiguiente, las introyecciones posteriores contienen una información cada vez más completa y elaborada acerca del objeto y del sí mismo en el momento de cada interacción.

Con esto se puede observar que Kernberg, además de seguir una línea sobre relaciones objetales, no olvida asociar sus planteamientos psicoanalíticos con sus conocimientos sobre las bases biológicas de la conducta, entonces es importante mencionar que aporta elementos para ambas corrientes, estableciendo la importancia de un trabajo observado desde la perspectiva interdisciplinaria.

IDENTIFICACION

Se da cuando las capacidades perceptuales y cognitivas del bebé se han desarrollado lo suficiente para distinguir roles en la interacción interpersonal. Aquí el niño aprende conductas socialmente aceptables para ciertas personas; de primera instancia, de él y de su madre. Primero lo vive en forma pasiva, pero posteriormente los actúa; ésto también puede utilizarse en forma defensiva.

Cansino (1990), cita a Kernberg y comenta que este nivel de internalización se da al final del primer año de vida y se desarrolla durante el segundo; aquí las huellas mnésicas comprenden la imagen del sí mismo (más diferenciada y posiblemente actuando un rol complementario), la imagen del objeto (que ha adoptado un rol con el mismo) y el matiz afectivo de la interacción; ésto de forma menos intensa debido al desarrollo del yo y la disminución de disociación. También se puede emplear con fines defensivos.

IDENTIDAD DEL YO

Es el nivel mas elevado de internalización y al ser una estructura característica del yo para sintetizar y controlar los instintos y los matices de las interacciones, permite organizar a las introyecciones y a las identificaciones en el sentido de que haya una continuidad del sí mismo, una coherente concepción global de los objetos y el reconocimiento de esta coherencia en las interacciones como característica del individuo.

Al internalizar continuamente las relaciones objetales, éstas se van despersonalizando, lo que hace que la relación objetal sea una representación constante que integra estructuras yoicas y super yoicas, incluyendo el ideal del yo, las funciones autónomas del yo y sus constelaciones caracteriológicas.

Kernberg (1977) afirma que: "El proceso normal de individualización está determinado por el reemplazo de identificaciones indiscriminadas por identificaciones parciales y sublimadas, bajo la influencia de una identidad del yo bien integrada. Se podría decir que la despersonalización de relaciones objetales internalizadas, modificando parte de los objetos de manera que se asemejan mas a los objetos reales y a la individualización; son procesos estrechamente vinculados" (3-p.29)

Para Kernberg (1977), este proceso de internalización descrito con anterioridad implicaría el desarrollo de una individualización óptima, sin embargo, puede haber alguna detención, fijación o regresión en este nivel, lo que puede crear algún problema en el desarrollo de la estructura de la personalidad; a continuación se explicarán brevemente los planteamientos de Kernberg en cuanto al desarrollo patológico.

2.1.2. Desarrollo patológico

Hemos dicho constantemente que para Kernberg la internalización adecuada de las relaciones objetales logra un desarrollo óptimo de la personalidad; en su libro: *Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clásico*, publicado en 1977, afirma que la presencia constante de tempranas introyecciones 'no elaboradas' es producto de una fijación patológica de tempranas relaciones objetales gravemente alteradas, fijación que está íntimamente asociada con el desarrollo patológico de la escisión

Michaca (1986), enfatiza que Kernberg hace una clara diferenciación entre los conceptos de escisión y represión, teniendo que:

La escisión consiste en disociar a sistemas cargados con valencias opuestas, fuera del control o la conciencia. Este es reforzado por la proyección y la negación.

En tanto que la represión consiste en rechazar un impulso o a su representante ideacional de la conciencia. Reforzada ésta por el aislamiento, desplazamiento y otras defensas de tipo neurótico.

Kernberg afirma que la escisión obstaculiza el que puedan integrarse adecuadamente las imágenes del sí mismo y de los objetos y en general no permite la despersonificación de las relaciones objetales internalizadas

Kernberg, encontró en las historias de sus pacientes borderline, experiencias de frustración extrema e intensa agresión en los primeros años de vida, ya que la agresión externa incrementada, favorece la disociación, y por consecuencia la permanencia en estados esquizo-paranoides: la ansiedad es primordial en dichas situaciones, bien puede ser que exista un déficit hereditario en la tolerancia de la angustia, o también que haya una severa intensidad de los impulsos agresivos, por umbrales bajos, constitucionalmente determinados, o lo que resulta más clínico, frustraciones muy tempranas por falta de un 'mothering' adecuado.

Este tipo de pacientes son incapaces de integrar las introyecciones e identificaciones positivas y negativas, así como imágenes de sí mismo y objetales libidinales y agresivas.

Aquí también se observa, además de una posible explicación a la etiología psicoanalítica de las relaciones objetales, el énfasis que hace Kernberg a la estructura físico-biológica, al hablar de umbrales y la constitución innata.

Si para Otto Kernberg es fundamental la internalización de las relaciones objetales, es importante conocer cuáles son las etapas de desarrollo que él plantea para una adecuada internalización, (sin olvidar la relación paralela que existe con dichos niveles de internalización). Así que pasemos a describir los planteamientos hechos por el autor sobre las etapas del desarrollo.

2.1.3. Etapas del desarrollo planteadas por Otto Kernberg

Kernberg, establece un esquema del desarrollo en cinco fases que muestran el desarrollo progresivo de sus unidades básicas (Imágenes objetales, imágenes del self e imágenes del vínculo) y sus repercusiones en la formación de la estructura intrapsíquica, para ello, afirma el autor, se basó en los diversos autores ya

mencionados, así como en sus conocimientos sobre neuropsicología y la etología. Las etapas o estadios del desarrollo son:

PRIMERA ETAPA *Autismo normal o indiferenciado*

Tal como dice Michaca (1986), este estadio comprende del nacimiento al primer mes de vida. Aquí se constituye un preámbulo a la representación primaria indiferenciada sí mismo- objeto. La prevalencia en esta etapa impediría la capacidad para establecer simbiosis y provocaría una psicosis autista.

SEGUNDA ETAPA *"Simbiosis" normal o periodo de representaciones primarias indiferenciadas sí mismo-objeto.*

Va del segundo al octavo mes de vida. Se inicia cuando se logra consolidar la imagen de sí mismo "buena" y termina cuando se ha logrado diferenciar de manera estable el núcleo de la representación "buena" sí mismo-objeto y "mala" sí mismo-objeto. Todavía no hay una clara diferenciación entre el sí mismo y el objeto; pero ya distingue claramente entre experiencias "buenas" y "malas". Esta separación, según Cansino (1990) se debe a que el yo no está lo suficientemente maduro para integrar en un solo núcleo las representaciones de valencias opuestas. Las representaciones "malas", más tarde serán proyectadas al exterior, mientras que las experiencias gratificantes estimulan la atención y el aprendizaje y se logran formar gracias a las experiencias placenteras experimentadas. Kernberg (1977), afirma que a la par de esto, se desarrolla la formación de la representación conjunta "mala", debido a que también se experimentan situaciones frustrantes y dolorosas; para el autor, estas estructuras intrapsíquicas se organizan independientemente, ya que se dan en situaciones independientes. En cuanto a la finalización de este periodo dice que la segunda etapa del desarrollo finaliza cuando las imágenes del sí mismo o autoimágenes y las del objeto se han diferenciado de manera estable a partir del núcleo de representación conjunta 'buena' sí mismo-objetos.

Michaca (1986) menciona que Kernberg equipara esa etapa con la simbiosis descrita por Mahler, y que una detención o regresión a este estadio corresponde a las esquizofrenias, a las psicosis depresivas o las psicosis simbióticas infantiles.

TERCERA ETAPA *Diferenciación entre las representaciones del sí mismo y las representaciones objetales.*

Kernberg, menciona que esta etapa comprende del sexto al octavo mes hasta los dieciocho y treinta y seis meses, se inicia con la diferenciación de las representaciones del self y las del objeto dentro del núcleo "bueno" y "malo". Kernberg (1977) afirma que la diferenciación entre los componentes del sí mismo y del objeto, determina junto con el desarrollo general de los procesos cognitivos, el establecimiento de límites yoicos estables sin que exista aún un sí mismo integrado, ni una concepción integrada de los otros seres humanos, este periodo se caracteriza por relaciones objetales 'parciales'.

En un principio los límites yoicos son débiles y puede haber refusiones constantes como una defensa a experiencias frustrantes (ansiedad). Las frustraciones constantes y graves, pueden ganar terreno a las experiencias gratificantes y

representaciones buenas sí mismo-objeto, interfiriendo el establecimiento de límites yoicos, ya que 'regresan' a una refusión defensiva de representaciones solo 'buenas' del sí mismo y del objeto. Posteriormente la diferenciación self-objeto se da en la unidad de representación "mala", en la medida que se da la diferenciación de las representaciones self-objeto, catectizadas libidinal y agresivamente, los límites yoicos son mas estables, lo cual permite la constancia objetal.

Kernberg citado en Michaca (1986), dice que una detención o regresión a este periodo constituye la personalidad borderline, donde el principal mecanismo de defensa empleado es la escisión.

CUARTA ETAPA *Integración de las representaciones del sí mismo y las representaciones objetales y desarrollo de las estructuras intrapsíquicas superiores derivadas de relaciones objetales.*

Cansino (1990), explica esta etapa diciendo que es un periodo que comprende del final de los tres años y durante todo el periodo edípico: aquí se logra una representación de sí mismo con valencias opuestas, diferenciada de la representación objetal con valencias opuestas; es decir se perciben objetos totales.

Kernberg (1977) establece que es en esta etapa donde se consolidan el yo, el ello y el super yo como definitivas estructuras intrapsíquicas generales. Se dan representaciones totales de los objetos y del sí mismo, o sea, se perciben con componentes libidinales y agresivos. Para el autor, la estructura superyoica incipiente, como inicio, se origina en la internalización de imágenes objetales que fantasean como extremadamente hostiles e irreales y reflejan 'malas' representaciones del sí mismo y del objeto 'expulsadas', proyectadas e reintroyectadas, la segunda estructura del super yo tiene su origen en el sí mismo ideal y las representaciones ideales del yo, la condensación de estas mágicas representaciones ideales del sí mismo y del objeto, constituye el núcleo del ideal del yo. Aquí el super yo tiene que repetir las integraciones de representaciones buenas y malas, tal como lo hizo el yo; logrado ésto, amortigua lo fantaseoso y absoluto de idealización primitiva y sus componentes sádicos e idealizados.

Michaca (1986) plantea que es aquí donde se ubica al ello como una estructura intrapsíquica que contiene las representaciones objetales inaceptables en la conciencia, ya que generan ansiedad y culpa (estableciéndose el super yo como una estructura independiente).

Es en este periodo donde se instala el nivel mas elevado de internalización: la identidad del yo, Kernberg (1977) dice: "La identidad del yo comprende la consolidación del concepto del sí mismo y del mundo con representaciones objetales" (3-p.60); afirma que una detención o regresión a esta etapa se observan en las neurosis y patologías como histerias, obsesivos-compulsivos, depresivos-masochistas y aquí el mecanismo defensivo que predomina es la represión

QUINTA ETAPA *Consolidación de la integración del superyo y del yo*

Kernberg considera que, la integridad en la identidad del yo, permite remodelar las representaciones, al comparar ideal-real, produciéndose un reforzamiento reciproco entre sí mismo, las representaciones de objeto y el conocimiento real del sí mismo.

Para Kernberg (1977), este periodo inicia con la integración del super yó, se disminuye la oposición con éste y el yo, se van remodelando las experiencias con objetos externos a la luz de objetos internos y una remodelación de estas representaciones a la luz de las representaciones de experiencias reales con otras personas. Mientras mejor integradas estén las representaciones internalizadas del sí mismo, mejor concordancia tendrá él cómo el sujeto se perciba a sí mismo en diversas situaciones, así como en una realidad de las relaciones objetales con los demás. Mientras mejor integradas estén las representaciones objetales, mejor será la capacidad de ver realista a los demás, permitiendo una remodelación de las representaciones internas.

Michaca (1986) considera que, es en este periodo donde queda establecida la estructura del carácter, habiendo una relación recíproca entre el concepto del self y la estructura del carácter.

Con esto se concluye la explicación sobre las etapas de desarrollo donde, según Kernberg se da el proceso de separación-individuación, lo cual requiere de la internalización adecuada de las relaciones objetales, así como de una adecuada integración y consolidación de estructuras intrapsíquicas como el yo, el ello y el super yo.

2.2. Los síndromes

Cuando hablamos de **síndrome**, nos referimos al conjunto de signos y síntomas que presenta un paciente. Al aludir a los signos, hablamos de la manifestación externa que se observa en las personas, éstos pueden ser observados por otros, por ejemplo por pruebas de laboratorio, en pruebas psicométricas, o bien en una entrevista. En cambio, síntomas se refiere a la reacción que experimenta el paciente en él como algo ajeno a sí mismo; pero que no puede ser detectado por otra persona, por ejemplo, cuando nos refiere que se siente desesperado, ansioso o bien que le duele algo. Kernberg en su escritos hace toda una descripción del síndrome del paciente fronterizo y del paciente con personalidad narcisista.

Se hará una revisión sobre los aportes teóricos de Otto Kernberg a los síndromes, él plantea las características de acuerdo a algún problema (fijación o regresión) en las etapas del desarrollo descritas y analizadas con anterioridad. Se espera hacer un análisis sobre **los desórdenes fronterizos** y un subgrupo de éstos que son **las personalidades narcisistas**, se efectuará una revisión sobre sus características. los principales síntomas y su estructura defensiva. Empezaremos con:

2.2.1. Los desórdenes fronterizos

*"Así como el histérico era el paciente
típico en los tiempos de Freud, el
borderline es el problema del nuestro"*

*R.P. Knight
(1953)*

Antes de entrar al concepto dado por Kernberg, haremos una revisión histórica del término; Jiménez (1987) manifiesta que en algunos tratados de Psiquiatría del siglo pasado ya se incluía el término, hacia 1884 lo definían como un estado fronterizo de la locura. Posteriormente para autores como Bleuler en 1911, Kretschmer en 1921, Minkowsky en 1953, era una fase comprendida entre estados de neurosis y psicosis. Freud en 1938 en varios de sus escritos ya habla sobre este continuo, en *Compendio del Psicoanálisis*, menciona directamente a los casos fronterizos, nombrándolos como neurosis graves emparentadas con las psicosis y comenta sobre la posibilidad del análisis de tales casos. (Jiménez, 1987)

Heydrich en 1938 y Deutch en 1942 (citados en De la Garza), lo conceptualizaron como un trastorno del desarrollo del yo, Deutch (1942), en su estudio *Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia*, describe a las denominadas personalidades "como si"; término que posteriormente es retomado por Grinker (1962), quien menciona que estos no tienen cargas objetales verdaderas ni sentimientos auténticos, pero actúan como si los tuvieran.

Wolberg (1952) formuló uno de los primeros diagnósticos diferenciales entre el paciente fronterizo y el paciente psicótico, fue la primera que visualizó a estos pacientes con una estructura autónoma dijo que estos sujetos conservan el contacto con la realidad, pero su adaptación está lejos de ser satisfactoria debido a su agresividad y a su angustia de separación.

A lo largo de los años sesenta hubo grandes avances en el diagnóstico, psicodinamia y tratamiento, debido a que surgieron teorías que enriquecieron lo ya existente, como la Teoría de la Familia y la Teoría de los Sistemas, además de los avances en la Psicología del Yo y la Teoría de las Relaciones Objetales (las cuales ya revisamos en el capítulo anterior), estas se combinaron para una comprensión más profunda de los pacientes fronterizos.

Fenichel, se refiere a estos pacientes como casos marginales, donde hay esquizoides que canalizan la esquizofrenia a una esfera más o menos circunscrita y conservan en todas sus áreas restantes un contacto con la realidad.

Kernberg (1990) define esta patología como el síndrome "que describe a los pacientes que presentan una organización de la patología de la personalidad específica y estable y no a un estado transitorio que fluctúa entre la neurosis y la psicosis" (6-p.19); el autor comenta que en un principio los síntomas pueden confundirse con los de una neurosis o de los desórdenes del carácter, lo que en ocasiones lleva a un diagnóstico erróneo, limitando las posibilidades de tratamiento.

Sin embargo, estos pacientes al ser evaluados, no presentan lejanía con la realidad, esto se presenta generalmente cuando están bajo tensión, bajo el efecto de las drogas, o bien durante el tratamiento analítico, donde en lugar de presentar una neurosis de transferencia, presentan una psicosis de transferencia.

La mayoría de los autores coinciden en que es un desorden estructural, debido a una detención en el desarrollo, presentando síntomas observables, defectos en el yo y relaciones objetales defectuosas.

A continuación se explicarán los planteamientos hechos por Kernberg en cuanto a las características del síndrome y los principales mecanismos de defensa empleados.

CARACTERÍSTICAS

Kernberg (1990) manifiesta seis características del síndrome en su análisis descriptivo del mismo, aclarando que cualquiera de ellas, por sí sola no dice nada, que es necesario que se presenten dos o más conjuntamente para poder hablar de un trastorno fronterizo de la personalidad. Las características son:

1. Ansiedad flotante

Estos pacientes, presentan una ansiedad flotante, crónica y difusa, acompañada de otros síntomas, por lo que la ansiedad tiene un carácter más definitorio que otros síntomas.

2. Neurosis polisintomática

Se refiere a pacientes que presentan dos o más síntomas de las siguientes patologías: a) *Fobias múltiples*, en especial las que impiden la vida cotidiana del paciente, las que tienen que ver con alguna parte del cuerpo o con elementos de transición a una neurosis obsesiva, b) *Síntomas obsesivo-compulsivos* que secundariamente se han hecho sintónicos al yo, adquiriendo en consecuencia el carácter de pensamientos y acciones 'sobreevaluados', importan también aquellos pacientes con ideas obsesivas de tipo paranoide o hipocondríaco c) *Múltiples síntomas de conversión*, sobretodo si éstos son crónicos o tienen relación con alucinaciones de tipo corporal, d) *Reacciones disociativas* como 'estados de penumbra', fugas y amnesia, que estén ligadas con estados de la conciencia e) *Hipocondría*, manifestada por una excesiva preocupación por la salud, una serie de rituales para la conservación de la misma y aislamiento de la vida social, con el pretexto de poder atender su salud adecuadamente, f) *Tendencias paranoides e hipocondríacas*, donde las primeras están claramente definidas y las segundas son reactivas a la ansiedad.

3. Tendencias sexuales perverso-polimorfas

Son pacientes que de una forma estable presentan para un logro de la satisfacción sexual, una serie de conductas o fantasías que tienen que ver con actos perversos (parcialización del objeto) e inestabilidad en las relaciones objetales.

4. Las "clásicas" estructuras de la personalidad tipo prepsicótica

Aquí se incluyen las personalidades paranoides, esquizoide e hipomaniaca

5. Neurosis impulsiva y adicciones

Kernberg (1990), incluye en este rubro "...las formas graves de patología caracterológica en las que hace irrupción de modo crónico y repetitivo un impulso destinado a gratificar necesidades instintivas, de un modo que fuera de los episodios 'impulsivos', resulta distónico con el yo" (6-p.26), pero al estar involucrado en dichos episodios el impulso se percibe egosintónico.

6. Desórdenes caracterológicos de "nivel inferior"

El autor se refiere a las **personalidades infantiles**, las cuales presentan: *labilidad emocional*, que se manifiesta de forma difusa y generalizada, las áreas libres de conflicto son escasas, teniendo una inadecuación social, "*Excesivo compromiso*", quienes en sus relaciones presentan una identificación exagerada con características desesperadas e inadecuadas, malinterpretando la motivación y la vida interior de los otros, con características de agresión oral, *Necesidades de dependencia*

y exhibicionismo, donde la necesidad de ser el centro de interés, no está tan sexualizada, sino que sus demandas parecen tener cargas de oralidad, debido a una sensación de estar indefenso, *Seudohipersexualidad e inhibición sexual*, que tiene que ver con su conducta promiscua (pobre vínculo objeto) y el cómo manifiestan sus atractivos sexuales, los cuales son directos y poco sutiles (pobre adaptación social), el sustento del exhibicionismo, tiene que ver con demandas orales, por lo que se manifiesta de una forma "fría", contrario a lo que se observa en la personalidad histérica, *Tendencias competitivas con hombres y mujeres*, las cuales no están claramente diferenciadas como en la personalidad histérica, sino que se alternan en episodios de sentimientos positivos y negativos, *Masoquismo*, donde se presenta poca carga de culpa y características sádicas y masoquistas claramente interpretables.

El otro tipo de personalidad que toma en cuenta Kernberg (1990) para ejemplificar los desórdenes caracteriológicos de nivel inferior es el **Personalidad narcisista**, la cual será revisada con detenimiento ulteriormente en este trabajo, por lo que me permitirá no explicarla en este momento.

La siguiente personalidad son las **estructuras caracteriológicas depresivo-masoquistas**, Kernberg (1990) distingue la presencia de la depresión en personalidades con diferentes niveles de organización; ubica el carácter sádico-masoquista como el ejemplo de que algunos de estos pacientes presentan organización fronteriza; sin embargo aquellos pacientes que presentan autodestructividad primitiva, manifestada por una sexualización bastante primitiva y tendencias perverso-masoquistas, y con una carga de agresión excesiva hacia el mundo externo y hacia el propio cuerpo; son aquellos que pertenecen a un nivel inferior de organización. El autor concluye diciendo que la depresión puede estar como síntoma presente en cualquier nivel de organización, sin embargo, lo que importa es el aspecto cualitativo de la misma, cómo se manifiesta y cómo están presentes e integradas las estructuras yoicas y superyoicas (culpa, por ejemplo).

De la Garza (1986), hace un resumen general de algunas características de los pacientes fronterizos, basándose en lo propuesto por Kernberg; ella dice que las principales características son:

1.- Falta de tolerancia a la ansiedad, la cual es mencionada al hablar sobre la **labilidad yoica** manifestada en estos pacientes cuando ante la ansiedad, presentan la formación de nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o bien, tendencia a la regresión yoica, es decir, la ansiedad hace que el yo se desestructure. Para Kernberg, la labilidad yoica también se manifiesta por una falta de control de impulsos inestructurado y un insuficiente desarrollo de los canales de sublimación (logros y goce creativo= áreas libres de conflicto).

2.- Falta de síntesis de introyecciones de signos opuestos, lo cual no es posible por la carga de ansiedad, Kernberg (1990) dice que esta es una división defensiva del yo, en la cual, lo que fue primero una simple deficiencia de integración es después utilizada para otros fines, y constituye la esencia del mecanismo de escisión, además esto refleja la falta de internalización adecuada de las relaciones objetales, las cuales se encuentran en el nivel de objetos "parciales"

3.- Gran intensidad de los impulsos agresivos; la cual puede explicarse, según De la Garza (1986), por la intensidad de las frustraciones tempranas o a la intensa agresión a la que fueron expuestos este tipo de pacientes durante las primeras etapas de la vida; y por la fijación o regresión a esa etapa del desarrollo donde había una indiferenciación entre el sí mismo y el objeto, cabe señalar que sí diferencia las estructuras 'buenas' y 'malas' y por consiguiente había una necesidad de expulsar y depositar los impulsos agresivos al exterior.

4.- Poca capacidad para la evaluación realista de los otros y para la empatía, debido a la patología presentada en las relaciones objetales internalizadas, donde el objeto se percibe parcialmente y no totalmente, es decir, no son capaces de integrar en una representación total los aspectos libidinales y agresivos. Kernberg (1990), manifiesta "que persisten en el yo imágenes del sí mismo primitivas, irreales y de características extremadamente contradictorias, lo cual impide la formación de un concepto integrado de sí mismo; tampoco es posible la integración de las imágenes objetales ni la concomitante evaluación realista de los objetos externos." (6-p.46)

MECANISMOS DE DEFENSA

En los pacientes fronterizos, afirma Kernberg (1977) que existe lo que podríamos llamar una mutua negación de sectores independientes de la vida psíquica. Se puede hablar de una presencia alternativa de 'estados yoicos', entendiéndose por éstos, aquellas manifestaciones psíquicas departamentalizadas, repetitivas y temporariamente sintónicas del yo, o sea presentan debilidad yoica. Esto es lo que hace pensar a Kernberg que ante una representación con activación impulsiva contradictoria se provoca ansiedad lo que hace que se activen mecanismos específicos.

Un segundo punto que observó Kernberg en estos pacientes fue que cada uno de estos estados escindidos y prácticamente inaceptables activaban un tipo de transferencia específico de una relación objetal internalizada pero no integrada

Kernberg (1990) plantea que el yo tiene dos tareas fundamentales en el proceso de internalización de las relaciones objetales, y éstas son:

1. Diferenciar entre las imágenes del sí mismo y las objetales, las cuales, a su vez forman parte de las tempranas introyecciones e identificaciones.

2. Integrar las imágenes del sí mismo y de los objetos equiparadas con cargas libidinales con su correspondiente con carga agresiva.

En el caso de los pacientes fronterizos esto no se puede llevar a cabo, debido a que se forma, un círculo vicioso originado por la proyección de la agresión y reintroyección de imágenes del sí-mismo y de los objetos derivados de la agresión proyectada, quizás éste sea el factor central en el desarrollo de la psicosis y de la personalidad fronteriza, lo importante no es dicha fusión, sino la intensificación y fijación patológica de los procesos de escisión.

De la Garza (1986), resume los mecanismos de defensa empleados por los pacientes fronterizos, de la siguiente forma:

◆ **ESCISION.** Es el mecanismo con el que se pueden mantener separadas las introyecciones e identificaciones con cargas impulsivas opuestas. Es el principal mecanismo de defensa empleado en estas patologías.

◆ **IDEALIZACION PRIMITIVA.** Es la tendencia de ver a los objetos "solo buenos", los cuales se protegen de los "solo malos", con este mecanismo se asegura que los primeros no serán dañados, tocados o destruidos por los instintos agresivos propios o los proyectados.

◆ **TEMPRANAS FORMAS DE PROYECCION,** o identificación proyectiva. Aquí los impulsos agresivos se "ponen en los otros"(solo así se pueden externalar), de los que se tiene que cuidar, pero ésto es logrado en escasa medida.

◆ **NEGACION.** Esta refuerza la escisión, ya que se "borran" o niegan dos áreas totalmente independientes de la conciencia (agresión vs. líbido), no son capaces de ligar emocionalmente ambos estados.

◆ **OMNIPOTENCIA Y DESVALORIZACION;** se da una relación "fundida", con sentimientos de amor y odio, consecuencia de la escisión, ya que no son capaces de integrar objetos "buenos" (amor-idealización) y "malos"(odio-persecutorios). Kantor (1992) dice al respecto que las relaciones fronterizas alternativamente se funden en un apego inapropiado caracterizado por una sobrevaloración algunas veces y una devaluación en otras, las relaciones oscilan entre amor y odio. Dice que estos pacientes en su manifestación emocional son de un infantilismo marcado por alternar entre los extremos, de una repentina devaluación del objeto y separación del mismo, por un lado y una excesiva sobrevaloración del objeto y una profundidad e intensidad de la relación, en otro; el autor afirma que la línea divisoria entre un estado y otro es cruzada en ciclos.

Hasta aquí se han descrito las características principales de los pacientes fronterizos; ahora se hará una breve revisión de las características de la personalidad narcisista, así como los principales mecanismos de defensa que emplean este tipo de pacientes

2.2.2. Narcisismo patológico

"...si Narciso pudo enamorarse de su imagen fue por verla como mas hermosa, por preferirla a todas las otras que la rodeaban..."

Bleidmar, H.
(1933)

Para entender y ubicar el término de narcisismo patológico tal como lo plantea Kernberg, es necesario que hagamos un breve recorrido histórico sobre la evolución del mismo.

Freud en su escrito *Introducción al Narcisismo* estipula que "El término narcisismo procede de la descripción clínica y fue elegido en 1899 por P.Näcke para designar a aquellos casos en los que el individuo toma como objeto sexual su propio cuerpo y lo contempla con agrado, lo acaricia, lo besa, hasta llegar a la completa satisfacción,[...]los parafrénicos¹ muestran dos características principales: la manía de grandeza y la falta de todo interés por el mundo exterior,[...]la libido sustraída del mundo exterior ha sido aportada al yo, surgiendo así un estado al que podemos dar el nombre de narcisismo" (31-p.7-8).

Murguía (1991) sintetiza los planteamientos de Freud, diciendo que éste dió algunas ideas sobre narcisismo, pero no hubo una idea única del mismo. En 1905, para Freud el narcisismo es secundario a la relación objetal, los instintos tienen objeto fuera; en sus escritos de 1911 y 1914, el narcisismo es secundario al autoerotismo, aunque primario a la relación objetal, posteriormente sigue la secuencia autoerotismo-identificación con la madre-narcisismo-homosexualidad; en estudios ulteriores, reconoce al narcisismo como el estado originario (metáfora de la ameba), ya para 1914, para Freud coexiste simultáneamente el narcisismo primario anobjetal y de relaciones de objeto; propone un estado anobjetal en el cual, en un principio se carece de la percepción del mundo externo.

Según el enfoque del narcisismo de Goia, citado por Murguía (1991), solo hay un narcisismo secundario, ya que señala evidencias basadas en estudios tanto etiológicos como del recién nacido que contradicen las propuestas hechas sobre el narcisismo.

Murguía (1991) plantea que para Freud hay cuatro vías según la organización narcisista para la elección del objeto:

1. Según lo que el sujeto es
2. Según lo que el sujeto fue
3. Según lo que quisiera ser
4. Según lo que fue alguien que en cierto momento fue considerado parte de sí mismo.

Murguía (1991) afirma que la relación narcisista se constituye desde la identificación proyectiva en la que el objeto es sentido como conteniendo y siendo idéntico a las partes tanto buenas como malas del sujeto; además establece que para Rosenfeld en 1964 y Meltzer en 1967, el narcisismo no es la ausencia de la relación objetal, sino un tipo de relación basada en la omnipotencia y en la identificación proyectiva e introyectiva, destinado a conocer la separación entre self y objeto, evitando la frustración y dolor intrapsíquico.

Bleidmar (1983), manifiesta que la relación narcisista del objeto es aquella basada en el placer narcisista que produce, es una categoría compleja que se mantiene con diferentes tipos de objeto; afirma que las relaciones narcisistas con el objeto, pueden ser:

- Del deseo de ocupar el lugar de otro: su sitial narcisista(identificación narcisista)

¹ Parafrénicos es el término empleado por Freud para designar a los pacientes con personalidad tipo narcisista

- De lo que representa el otro como admirador, como alguien capaz de reconocer

- De la relación entre la actividad narcisista y su objeto(médico- paciente/patológico).

Kernberg (1990) define a los pacientes con narcisismo patológico como aquellos "...cuyo principal problema radica en un desequilibrio de autoapreciación relacionado con perturbaciones específicas de sus vínculos objetales ..." (6-p.205), en la mayoría de los casos, estos pacientes presentan un buen nivel de adaptación social y un control de impulsos mas o menos adecuado.

Teniendo un bosquejo general de la evolución histórica del término, podemos mencionar las características mas importantes, así como la estructura defensiva de estos pacientes:

CARACTERISTICAS

Kernberg señala que hace falta una distinción entre la grandiosidad normal y la patológica, ya que la idea de que el sí-mismo se desarrolla independiente de las demás relaciones objetales, se da porque el sí-mismo grandioso contiene representaciones del sí-mismo ideal, del sí mismo real y de las representaciones objetales, las representaciones derivadas de cualquiera de las tres instancias son escindidas, proyectadas, disociadas o reprimidas.

Para Kernberg, el narcisismo patológico no nada mas se distingue por las cargas libidinales hacia sí-mismo, sino por la estructura patológica del sí-mismo. Al haber un desarrollo anormal de amor a sí-mismo, hay un desarrollo anormal de amor a los demás, por lo que el narcisismo patológico no puede separarse de las relaciones objetales por lo que hay varios tipos de distorsión narcisista

1. Cuando el sujeto es identificado como objeto

2. Cuando existe un sí-mismo grandioso patológico. Personalidad narcisística propia. Aquí los pacientes presentan: *Normalidad superficial*, alto grado de autorreferencia con los demás; *necesidad de ser amados y admirados*, *sentimientos contradictorios de engrandecimiento y devaluación en extremo y pobre capacidad empática en su relación con los demás*.

Son pacientes envidiosos y desconfiados, por lo que se observa poca capacidad de dependencia y de relaciones profundas con los demás.

La personalidad narcisista, afirma Kernberg (1977), se caracteriza por una consolidación anormal de las estructuras psíquicas del yo, ello y super yo, las cuales se integran en la cuarta etapa del desarrollo. Esta patología se caracteriza por:

1) Una patológica condensación del sí-mismo real, el sí-mismo ideal y estructuras del objeto ideal 2) La represión y/o escisión de las 'malas' representaciones del sí mismo 3) Una devaluación generalizada de las representaciones objetales 4) Un desvanecimiento de los límites superyóicos normales. El resultado final es el desarrollo

del sí mismo grandioso, enclavado en una organización defensiva similar a la organización de la personalidad fronterizo.

Kernberg (1990), agrega que estos pacientes generalmente tienen un pobre concepto de sí mismo, se perciben a sí mismos como personas despreciables, pobres y vacías; permanentemente dejadas de lado e invadidas por la envidia. Este concepto se observa debido a que estos pacientes presentan una patológica fusión de las imágenes del sí mismo ideal, del objeto ideal y del sí mismo real, situación que para Venegas (1987) es la principal diferencia entre ésta y otras patologías; ya que mientras que en sujetos no narcisistas el ideal del yo se va modificando al percibir imágenes reales vs las idealizadas, tanto de las figuras parentales como de las demandas de éstas; dando origen a la gratificación narcisista, la cual reforzará la autoestima, dando confianza a las relaciones objetales gratificadoras, en las perturbaciones narcisistas hay una refusión de imágenes internalizadas de sí mismo y de los objetos, en una etapa del desarrollo en la que los límites yoicos ya están establecidos. Produciéndose una fusión de las imágenes del sí mismo ideal y del sí mismo real, junto con desvalorización y destrucción tanto de imágenes objetales como de los objetos externos. Al existir esta fusión, los límites entre el yo- y el otro no están definidos, negando así la dependencia de los objetos externos y las partes internalizadas de éstos, aquellas partes que permanecen pero que son inaceptables para el sujeto son proyectadas al exterior, formándose una idealización irreal; donde se funden imágenes irreales con demandas parentales entre el yo y el super yo., A pesar de que las normas están introyectadas son primitivas, agresivas y distorsionantes, por lo que son proyectadas al exterior en forma de proyecciones paranoides. Fernández de la Parra (1987) afirma que generalmente estos sujetos padecieron frustraciones orales, resentimiento y agresión por parte de las figuras parentales, insensibilidad o indiferencia y agresión no verbal, o bien fueron objeto del propio narcisismo de la madre, utilizando al hijo como satisfactor para su propias demandas narcisistas (41-p.5-6).

Kernberg (1977) afirma que "La doble ausencia de representaciones objetales integradas con carga libidinal y de un concepto integrado del sí mismo libidinalmente catectizado, determina la vivencia de vacío, tan característica de los pacientes fronterizos y en especial de los pacientes narcisistas, correspondan o no a la categoría de fronterizos." (3-p.61).

Fernández de la Parra (1987), hace un resumen de las características de los pacientes con personalidad narcisista, concluye que son personas que presentan:

1. Fantasías de éxito, poder, brillo, belleza, amor ideal.
2. Centralización en sí mismos
3. Falta de interés y empatía hacia los demás
4. Incapacidad de experimentar auténticos sentimientos de tristeza, duelo, anhelo, reacciones antidepresivas aparentes, ya que suelen ser de enojo y agresión, venganza.
5. Exhibicionismo, admiración y atención constantes.
6. Inflación y deflación narcisista (omnipotencia vs devaluación)
7. Deseos de obtener favores especiales, sin responsabilidad recíproca.

8. Explotación a los demás, despreciando integridad y derechos, sacando provecho para conseguir deseos y caprichos.

9. Incapacidad de relaciones interpersonales estrechas, oscilando su idealización y devaluación hacia los demás.

10. Conflictos con la autoridad.

MECANISMOS DE DEFENSA

Para Fernández de la Parra (1987) este tipo de pacientes, particularmente emplean como mecanismos defensivos muy primitivos, como:

- Disociación
- Negación
- Identificación proyectiva
- Omnipotencia
- Idealización primitiva
- Capacidad pseudosublimatoria (satisfacción parcial de deseos de grandeza y admiración de los demás).

Cabe señalar que Kernberg (1990), ubica a los pacientes con personalidad narcisista dentro de la categoría de fronterizos, aunque con una mejor capacidad de adaptación y mayores áreas libres de conflicto, también hace la aclaración que no necesariamente todos los pacientes narcisistas cubren las características nosológicas para ubicarlos como fronterizos. Puesto con palabra de Kernberg: "...el funcionamiento superficial de la personalidad narcisista es muy superior a la del paciente fronterizo corriente, ahí que su propensión a la regresión (que en el curso del tratamiento psicoanalítico puede llegar incluso a nivel psicótico), suele constituir una verdadera sorpresa para el analista". (6-p.207).

Después de haber revisado los planteamientos teóricos de Kernberg en cuanto a la Teoría del Desarrollo y a los Síndromes, según el nivel de organización de la personalidad; pasaremos a desarrollar sus planteamientos técnicos en el capítulo siguiente.

CAPITULO 3
PLANTEAMIENTOS TECNICOS

CAPITULO 3

PLANTEAMIENTOS TECNICOS

En este capítulo se revisarán los planteamientos técnicos por Otto Kernberg en relación a sus aportaciones al diagnóstico clínico, según sus propuestas sobre el desarrollo psicológico y sus aportaciones a la intervención terapéutica para los pacientes con una organización de la personalidad fronteriza y narcisista. Empezaremos por sus propuestas sobre el diagnóstico clínico:

3.1. Aportaciones al diagnóstico clínico

Kernberg (1977) establece algunos criterios para la clasificación de las patologías según el nivel de organización del carácter. Tomando en cuenta a Fenichel (1945), Prelinger (1964) y otros, establece cuatro puntos fundamentales que deben tomarse en cuenta de manera conjunta para establecer el diagnóstico:

a) Respecto al desarrollo instintivo

Aquí Kernberg aporta una nueva clasificación psicoanalítica del desarrollo de la libido. Esta incluye para el nivel superior tendencias genitales, para el nivel intermedio un predominio de puntos de regresión y fijación pregenital, sobre todo oral y para el nivel inferior una condensación patológica de tendencias pregenitales y genitales, con predominio de la agresión pregenital.

b) Respecto al desarrollo del superyó

En cuanto al desarrollo del superyó, el autor establece que en el nivel superior, el superyó se encuentra estructurado pero punitivo; en el nivel intermedio y en el nivel inferior, hay una falta de integración y la presencia de componentes sádicos

c) Respecto a las operaciones defensivas del yo y en particular de la naturaleza de los rasgos patológicos del carácter

Para el autor, hay dos niveles en la organización defensiva del yo: Un nivel básico donde los mecanismos defensivos principalmente utilizados son la escisión o disociación primitiva y un nivel más avanzado, donde la represión sustituye a la escisión. Los mecanismos defensivos más empleados según el nivel de organización son: En un nivel superior, la represión, intelectualización, racionalización, anulación y proyección elaborada; en el nivel intermedio predomina la presencia de mecanismos del nivel superior e inferior, alternativamente; y en el nivel inferior, donde se utiliza la escisión, negación, proyección primitiva y omnipotencia.

d) Respecto a las vicisitudes de las relaciones objetales internalizadas

Kernberg (1977) establece que en un nivel superior ya se encuentran establecidas las representaciones objetales y las del sí mismo (identidad del yo); en un nivel intermedio, también se encuentran establecidas, la diferencia es que en este nivel, se establecen con más conflicto. En el nivel inferior, los objetos son parciales, no hay constancia objetal, es decir, la capacidad para mantener apego a la persona amada y a su representación interna, a pesar de la frustración y hostilidad de la relación.

Para Michaca (1986), Kernberg en base a su teoría del desarrollo, establece niveles de patología, los cuales resumiremos en la siguiente tabla:

| | Nivel superior | Nivel intermedio | Nivel inferior |
|-------------------------------------|------------------------------|---|--|
| Desarrollo instintual | Primacía genital | Predominan puntos de fijación o regresión a nivel pregenital | Condensación patológica de los instintos (agresión pregenital) |
| Desarrollo del super yo | Bien integrado pero punitivo | No integración (diferentes grados) Presencia de precursores sádicos del superyo | No integración (diferentes grados) Precursores sádicos del yo |
| Operaciones defensivas | Represión | Represión más mecanismos de defensa primitivos | Escisión más mecanismos de defensa primitivos |
| Relaciones objetales internalizadas | No hay conflicto | Poco conflicto | Objetos parciales (no hay integración del objeto como total) No hay constancia objetal |

3.1.1. La entrevista estructural como método diagnóstico

Kernberg (1984) retoma algunos antecedentes sobre la entrevista psiquiátrica como a Whitehorn en 1944, Powdermaker en 1948, Fromm-Reichmann en 1950 y Sullivan en 1954, (todos citados por el autor), para formular una propuesta de entrevista que contuviera los principios de dos vertientes: por un lado, buscaba obtener información sobre el trastorno, los antecedentes, el factor desencadenante, etc. (lo cual es de importancia para el tratamiento) y por otro se centraba en la interacción médico-paciente; pero sobre todo, este tipo de entrevista permitía el diagnóstico diferencial de pacientes con los diferentes niveles de organización de la personalidad, ya que, según Kernberg, se centra en los síntomas, conflictos o dificultades que presenta el paciente y los modos particulares, en los que se refleja la interacción actual con el entrevistador, es decir, el tipo de relación objetal que establezca el paciente con el terapeuta. Este tipo de entrevista, presupone que al indagar sobre un conflicto, se provocará tensión, lo que a su vez activará las "estructuras" del paciente y sus operaciones defensivas, las cuales dependerán del nivel de organización de la personalidad alcanzado por el paciente.

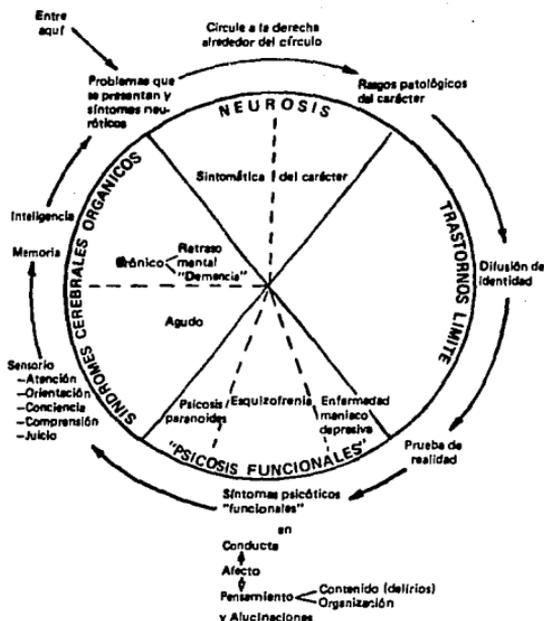
Kernberg (1984) integra la exploración del examen mental con una entrevista psicoanalítica centrada en la interacción paciente-terapeuta, poniendo énfasis en el

empleo de clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones de los conflictos; mecanismos defensivos y prueba de realidad, lo cual es observable en la transferencia.

Para el autor, la **clarificación** es un medio cognoscitivo, para explorar los límites de la conciencia de cierto material por parte del paciente. La **confrontación** intenta hacer conciente al paciente de aspectos potencialmente conflictivos o incongruentes de dicho material. La **interpretación** trata de resolver la naturaleza conflictiva del material, al asumir los motivos y defensas inconcientes subyacentes que hacen que parezca lógico lo contradictorio. La **interpretación de la transferencia** aplica todas estas modalidades a la técnica de interacción en curso entre el paciente y el diagnosticador.

Este tipo de entrevista agudiza el diagnóstico diferencial revelando información terapéutica y pronóstica (motivación, capacidad de introspección, colaboración al tratamiento, potencial de acting-out y de descompensación psicótica). El momento indicado para iniciar una evaluación con una entrevista estructural es cuando se tiene el tiempo y la experiencia suficiente, o bien cuando el diagnóstico inicial se centra en una personalidad límite.

Kernberg (1984) propone que la entrevista estructural se inicie indagando sobre la motivación de asistir al tratamiento, las expectativas al mismo y la naturaleza de los síntomas; posteriormente sugiere revisar los síntomas significativos, explorándolos según aparezcan en el aquí y el ahora durante la entrevista, utilizando las herramientas mencionadas anteriormente. El autor sugiere basarse en el *ciclo de síntomas de anclaje*, entendiéndolo como éstos, aquellos síntomas en los que frecuentemente el paciente queda "detenido", por no tener una variedad de opciones para adaptarse a las necesidades del medio externo, razón por la cual comúnmente presenta algunos síntomas particulares, esto dependerá evidentemente del nivel de organización de la personalidad alcanzado por el paciente. La idea de Kernberg de basarse en el ciclo propuesto es para revisar los síntomas y regresar a ellos cuando sea necesario, no como en la entrevista clásica lineal



CICLO DE SÍNTOMAS DE ANCLAJE (5-P.25)

Con este ciclo se destacan los síntomas de anclaje clásicos de la psicopatología descriptiva y la estructura subyacente de la personalidad. La entrevista estructural tiene tres fases importantes que son:

Fase inicial

Se refiere a someter al paciente a algunas preguntas presentadas secuencialmente, que incluyan lo que se espera de él, el papel que juega dentro de los síntomas, lo que espera del tratamiento, etc.. La forma en que el paciente responda, el si lo hace o no, el cómo ordena sus respuestas, si llevan secuencia sus respuestas según el orden en que se preguntaron, si las recuerda o no, el sentido que les da en el momento de la pregunta, la actitud de respuesta, etc, dan una idea sobre su prueba de realidad, sus funciones yoicas (percepción, memoria, inteligencia, juicio, conciencia, comprensión, etc.) sus mecanismos defensivos y sus síntomas de anclaje, los cuales pueden ser de tipo neurótico, psicótico o límite. Cuando el paciente es capaz de responder la serie de preguntas sin perder la prueba de realidad (ya que de perderla, encaminarían el diagnóstico a una psicosis), se continúa a explorar sobre la identidad del yo, preguntando cómo se percibe a sí mismo (tomando en cuenta las consideraciones mencionadas al momento de responder), aquí se permite evaluar también el tipo de relaciones objetales con personas significativas.

Como se observa, se somete al paciente a una situación de ansiedad y el cómo responda a ella, en esa realidad de interacción paciente-terapeuta, dependerá del nivel de organización de la personalidad en el que se encuentre el paciente. Durante esta fase se evalúan los rasgos patológicos del carácter y la difusión de la identidad (aunque ésto solo superficialmente), siguiendo la secuencia del ciclo de los síntomas de anclaje.

Fase media

En esta fase lo que se busca es explorar de una forma mas interna sobre la difusión de la identidad (autoconcepto), las relaciones objetales, los mecanismos defensivos, la prueba de realidad, los síntomas de anclaje, síntomas neuróticos y rasgos patológicos.

Kernberg plantea que en pacientes neuróticos hay una identidad del sí mismo y el concepto de los demás bien integrado y solo en algunas áreas es donde presentan conflicto, este tipo de paciente son capaces de dar una secuencia histórica de sus síntomas, de su propia identidad, aunque no les quede claro eslabonar el presente y el pasado, puesto que está reprimido. Mientras que en los pacientes límite se observa desintegración, confusión y difusión y mientras mas grave es la patología, menos importante y relevante de inmediato es la historia pasada, es decir, son ahistóricos.

Fase de terminación

Después de que ya se ha explorado lo mencionado con anterioridad, durante esta fase, lo que se intenta es obtener "...información nueva de importancia o mayores reflexiones sobre áreas ya exploradas. También da oportunidad a que el paciente exprese ansiedades activadas durante la entrevista..." (5-p.43). Permite evaluar la motivación del paciente a continuar el tratamiento, el manejo de los peligros que requieren atención urgente, el grado de tolerancia y la respuesta positiva del paciente.

La entrevista estructural permite indagar sistemáticamente sobre los elementos en los que Kernberg pone especial énfasis para el diagnóstico: El desarrollo instintivo, el desarrollo del super yo, las operaciones defensivas y algunos conflictos en las relaciones objetales internalizadas; los cuales fueron revisados con anterioridad. Si revisamos detenidamente el ciclo de síntomas de anclaje, nos percatamos que no olvida tomar en cuenta las funciones yoicas y permite la clasificación en un cuadro nosológico.

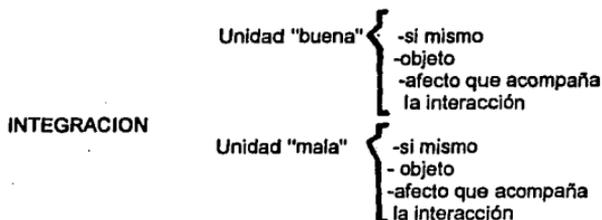
Ahora revisaremos brevemente las consideraciones para el diagnóstico propuestos por Kernberg.

3. 1.2. Consideraciones para el diagnóstico

De acuerdo a la Teoría de Desarrollo planteada por el autor, éste propone tener en consideración el cómo tiene desarrollado el paciente las estructuras del yo y del super yo y cómo ha internalizado las relaciones objetales, según el proceso de internalización ya mencionado con anterioridad (introyección, identificación e identidad del yo); puesto que para él es fundamental el que el sujeto haya podido tener una

buena internalización de las imágenes del sí mismo, de las imágenes objetales y que a su vez éstas en la interacción se hayan integrado o vinculado adecuadamente con el componente afectivo correspondiente, para así haber hecho la clasificación de unidades buenas y malas, las cuales son la base para la diferenciación entre el sí mismo y el no sí mismo. Para Kernberg (1977) el yo primitivo cumple dos funciones específicas:

1. La diferenciación entre imágenes objetales y las imágenes del sí mismo. Esta primera tarea se establece gracias a la percepción y la memoria, las cuales ayudan a la formación de huellas mnésicas y logran la discriminación de los estímulos internos y externos.
2. La integración de imágenes objetales y del sí mismo con carga libidinal y las imágenes objetales y del sí mismo con carga agresiva.



Kernberg (1977) establece que los pacientes fronterizos logran resolver adecuadamente la primera tarea, siendo esta la razón por la que no existe falta de la prueba de realidad, mientras que en la segunda tarea fracasan, razón por la cual no logran relaciones objetales totales, sino que sus relaciones objetales son parciales, es decir no lograron la constancia objetal, fundamental para el establecimiento de relaciones objetales duraderas y profundas. La falta de integración de ambas unidades (buenas y malas) en los pacientes fronterizos se presenta como un mecanismo de defensa: la exclusión, la cual a su vez es reforzada por otros mecanismos como la proyección. La "separación" entre unidades buenas y malas interfiere en la integración del super yo, puesto que el ideal del yo queda fantaseado y poco realista, con ideas de omnipotencia, poder y perfección.

El autor plantea que de acuerdo a las características de las estructuras y los síntomas descriptivos se puede establecer el grado de severidad y sobre todo realizar un diagnóstico diferencial entre neurosis, psicosis y trastornos límites. En su libro *Trastornos graves de la personalidad* (1987) esquematiza esta diferenciación:

| Criterios estructurales | Neurótico | Límite | Psicótico |
|------------------------------------|---|--|---|
| Integración de la identidad | <p>Representaciones del sí mismo y de los objetos precisamente delimitados.</p> <p>Identidad integrada imágenes contradictorias del sí mismo y de los demás integradas en concepciones comprensivas.</p> | <p>Difusión de identidad: aspectos contradictorios del sí mismo y de los demás pobremente integrados y mantenidos aparte.</p> | <p>Las representaciones del sí mismo y de los objetos están delimitados pobremente, o de otro modo hay una identidad de delirio.</p> |
| Operaciones defensivas | <p>Represión y defensas de alto nivel: formación reactiva aislamiento, anulación, racionalización, intelectualización</p> <p>Las defensas protegen al paciente del conflicto intrapsíquico: La interpretación mejora el funcionamiento.</p> | <p>Principalmente defensas de escisión y de bajo nivel: idealización primitiva identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación.</p> | <p>Las defensas protegen al paciente de la desintegración y de la fusión sí mismo/objeto</p> <p>La interpretación conduce a la regresión.</p> |
| Prueba de realidad | <p>La capacidad de la prueba de realidad se preserva: diferenciación del sí mismo del no sí mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de las percepciones y estímulos</p> <p>Existe capacidad para evaluar al sí mismo y a los demás en forma realista y con profundidad</p> | <p>Ocurren alteraciones en relación con la realidad y en los sentimientos de realidad</p> | <p>La capacidad de prueba de realidad se pierde</p> |

**DIFERENCIACION DE LA ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD
(5-p.17)**

Ademas, Kernberg (1977), plantea que dentro del nivel intermedio de organización, puede existir una subdivisión, él establece dos subgrupos: "Uno representado por la combinación de las operaciones defensivas centradas tanto en la represión como en la escisión, presenta por lo general, rasgos de tipo reactivo asociados con rasgos infiltrados por elementos instintivos.[...] El otro subgrupo del nivel intermedio esta centrado por un estrato de organización yoica del nivel superior centrado en la represión, debajo del cual existe otro estrato de organización yoica del nivel inferior centrado en la escisión." (3-p.128)

Para el autor, al establecer la clasificación de la patología del caracter intenta establecer criterios psicoanalíticos para el diagnóstico diferencial entre los distintos tipos y grados de severidad de la patología caracteriológica y establecer un orden de subgrupos de la patología del caracter según la gravedad.

Ahora pasaremos a realizar una breve revisión de las consideraciones para el diagnóstico de los pacientes con personalidad límite o fronteriza.

3.1.2.1. Desórdenes fronterizos

Kernberg (1990) hace una recopilación de los estudios hechos por otros autores sobre el diagnóstico de los pacientes fronterizos. Menciona que Grinker y colaboradores establecían que los pacientes con desórdenes fronterizos presentan relaciones afectivas deficientes, difusión de la identidad y soledad depresiva; Collum coincide en la difusión de la identidad; Cary enfatiza sobre la depresión, caracterizada por sentimientos de inutilidad, soledad y aislamiento, (distanciamiento esquizoide), este autor ya hablaba de la escasa integración yoica, razón por la cual no hay relaciones objetales totales y hay unas reacciones depresivas muy primitivas, así como vivencias de vacío. Bergeret, habló del predominio de conflictos pregenitales y de estructuras defensivas primitivas del yo, además de la inmadurez en las relaciones objetales. Mahler, establece un conflicto en el reaceramiento de la subfase de separación-individuación, por lo que no es posible la integración del objeto como total. Bellak y Huvrich evaluaban principalmente las funciones yoicas y la prueba de realidad (todos citados por Kernberg).

Kernberg retoma estos antecedentes y establece en Jimenez (1987) que para los desórdenes fronterizos se puede hacer un diagnóstico inicial, pero el diagnóstico definitivo, dependerá del análisis estructural, es decir, aquel análisis que integra subestructuras y funciones; Kernberg pone énfasis en:

1. Manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica. Aquí, el autor se refiere principalmente a tres características:

a) Falta de tolerancia a la ansiedad, manifestada porque en este tipo de pacientes, la ansiedad provoca la formación de nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o regresión yoica. Aquí lo importante es observar como la carga excesiva de ansiedad desestructura al paciente, o bien cómo el yo responde a esa ansiedad.

b) Falta del control de impulsos; donde la conducta impulsiva esta destinada a gratificar las necesidades instintivas.

c) Insuficiente desarrollo de canales de sublimación; es decir, evaluar las áreas libres de conflicto del paciente, por medio de su capacidad de goce, logros y potencialidades, ya que de ello dependerá la ausencia de labilidad yoica.

2. Desviación del pensamiento hacia el proceso primario: en este punto, Kernberg (1990), enfatiza que para evaluar esto se pueden utilizar las pruebas psicológicas, puesto que se ha demostrado que ante ellas, este tipo de pacientes tienden a manifestar fantasías primitivas, y pobre capacidad para adaptarse a la prueba, lo cual es una evidencia de la prevalencia del pensamiento del proceso primario.

3. Operaciones defensivas específicas: Michaca(1986) hace notar que para Kernberg, el principal mecanismo de defensa es la escisión, para ello retoma el artículo de Kernberg, sobre *Derivados estructurales de las relaciones objetales*, en él plantea que la utilización de este mecanismo se debe a que existe a una detención o regresión al estadio tres de las etapas del desarrollo, por un intento constante de mantener "protegidas" las representaciones "buenas" de las representaciones "malas", lo que ocasiona, como ya se ha mencionado, una falta de integración de las representaciones como totales. Para este autor, Kernberg "propone un modelo tentativo que liga los mecanismos de internalización de las relaciones de objeto por una parte, con las viscosidades de los derivados pulsionales instintivos y la formación del ego por otra" (1-p.96). Además de la escisión, los pacientes fronterizos presentan mecanismos como la idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y desvalorización.

4. Patología de las relaciones objetales internalizadas. Puesto que como ya se ha mencionado, este tipo de pacientes no tienen la capacidad de integrar las autoimágenes e imágenes objetales como una totalidad, no hay una integración de las relaciones objetales internalizadas, en los pacientes fronterizos, "...los límites yoicos se desvanecen únicamente en aquellas áreas en las que se produce una identificación proyectiva y una fusión con los objetos idealizados, tal como ocurre en la transferencia de estos pacientes..." (6-p.45)

Para Kernberg (1984) estos pacientes muestran una carencia de identidad integrada (difusión de identidad), es decir, al no tener la capacidad de integrar las "unidades buenas y malas", su autoconcepto no está integrado.

Ahora pasemos a revisar las consideraciones para el diagnóstico de los pacientes con personalidad narcisista.

3.1.2.2. Personalidad narcisista

Para Kernberg (1990), las características descriptivas de las personalidades narcisistas las diferencian de otros desórdenes del carácter con defensas caracteriológicas tipo narcisista, puesto que las primeras, tienen un objetivo fundamental: Proteger la autoestima, algún otro tipo de personalidades no necesariamente narcisistas, aparte de esta función buscan acrecentar la autoestima, el autor retoma a algunos autores como Hartmann, y define que el narcisismo normal se refiere a "...la catectización libidinal del sí-mismo. El sí-mismo es una estructura intrapsíquica formada por múltiples representaciones de sí mismo con sus

correspondientes disposiciones afectivas"(6-p.278), para el autor, las representaciones de sí mismo son estructuras afectivas y cognitivas de cómo el individuo se percibe a sí mismo en las interacciones reales y fantaseadas con los demás, es decir de sus representaciones objetales. Para que el sí mismo pueda integrarse adecuadamente, se requiere que haya existido una integración óptima de imágenes agresivas y libidinales de objetos, para así poder integrar un autoconcepto integral (amor/odio).

Las estructuras intrapsíquicas y los factores externos que determinan la catectización libidinal del sí mismo o del narcisismo normal son:

1. Si-mismo ideal y metas del yo. Se refiere a las metas inconcientes, preconcientes y concientes del yo, reales y fantaseadas, las cuales reflejan las etapas previas del desarrollo donde existe un proceso que va desde imágenes ideales y primitivas hasta imágenes reales y metas maduras.

2. Representaciones objetales. Para el autor, las representaciones objetales son de suma importancia puesto que intervienen en la regulación de la autoestima, es decir proveen suministros narcisistas, además de que como ya se ha mencionado, las representaciones objetales están íntimamente ligadas al sí mismo integrado.

3. Factores super yoicos. El autor menciona que en este sentido hay dos estructuras del super yo que regulan la autoestima, la primera se refiere a la que se encarga de hacer una evaluación crítica del yo en función a demandas y castigos superyoicos y la segunda se refiere a los componentes del ideal del yo.

4. Factores instintivos y orgánicos. Aquí se refiere a que cuando se tienen las necesidades fisiológicas e instintivas satisfechas, la autoestima aumenta, puesto con palabras de Kernberg, "...la manifestación sublimada de las necesidades instintivas son fuente de gratificación narcisista" (6-p.282)

5. Factores externos. Se refiere a que la autoestima puede estar regulada también por las gratificaciones de objetos externos, de metas y aspiraciones yoicas obtenidas por un buen éxito social y de aspiraciones intelectuales o culturales.

En el narcisismo normal, el aumento de la catectización del sí mismo conlleva el aumento de la catectización de los objetos, puesto que éste depende de la integridad estructural del sí mismo y las estructuras psíquicas, el autor establece que en general, todos los pacientes neuróticos o con desórdenes del carácter presentan "problemas narcisistas, puesto que los rasgos patológicos de las defensas, tienen como fin resguardar la autoestima. En el caso del narcisismo patológico, él menciona que hay varios niveles que van desde una regresión a conflictos neuróticos infantiles con frustraciones o distorsiones del narcisismo normal, hasta una distorsión total de las relaciones objetales establecidas por estos pacientes. Los niveles que establece son:

1. Regresión del narcisismo adulto normal al narcisismo infantil normal: Esto es cuando la autocatectización cumple la función de tendencias exhibicionistas o con la finalidad de imponer exigencias o buscar poder, esto se refleja con tendencias infantiles a la idealización y la dependencia.

2. Relación con un objeto que representa al sí mismo: Esto es en relación a que el sí mismo se identifica con el objeto; aquí sigue existiendo una vinculación con un objeto, se conserva la capacidad de interesarse por el objeto y amarlo realmente aunque éste generalmente tiene características similares al sí mismo, es decir las catectizaciones narcisistas y las del objeto están amalgamadas.

3. Relación del sí mismo grandioso con el sí mismo grandioso proyectado primitivamente en el objeto: Aquí no existe propiamente una relación objetal, sino que se establece una relación entre sí mismo y sí mismo; esto se observa por "...típicos rasgos de grandiosidad, desprecio, incapacidad de discriminar los sutiles aspectos reales de los demás, autojustificación y tendencias explotadoras o parasitarias. Asimismo alternan en periodos en que se interesan en actividades y relaciones que les reditúan triunfo, admiración y gratificación inmediata de sus necesidades, y periodos de precipitado abandono de dichas tareas, relaciones o actividades cuando ya no les ofrecen sustento para su grandiosidad; se retraen de la realidad social y la desvalorizan para protegerse del fracaso." (6-p.289). En este tipo de pacientes persiste "...una combinación de las ambiciones desmedidas, fantasías grandiosas, sentimientos de inferioridad y exagerada dependencia de admiración y el homenaje de los demás; sufren permanentemente sensación de hastío y futilidad; se esfuerzan constantemente por gratificar sus necesidades de brillo, poder y riqueza y su capacidad por amar y preocuparse por los demás es sumamente deficitaria; son incapaces de comprender a otros mediante la empatía, sufren una crónica incertidumbre y se sienten insatisfechos con su vida[...], presentan tendencias conscientes o inconscientes de tratar a los demás de manera explotadora e insensible y la crónica presencia de una envidia intensa y defensas contra esa envidia." (6-p291). Para ejemplificar a este tipo de pacientes, Kernberg explica el comportamiento de los adolescentes y de los homosexuales masculinos.

Para poder evaluar adecuadamente el narcisismo, ya sea normal o patológico en sus diferentes niveles descritos con anterioridad, es necesario explorar psicoanalíticamente las relaciones objetales intrapsíquicas y externas, así como analizar estructuralmente las relaciones objetales internalizadas junto con los factores que los acompañan.

Ahora es conveniente revisar los planteamientos técnicos de Kernberg al tratamiento de dichos pacientes.

3.2. Aportaciones a la Psicoterapia

Cuando nos referimos a la Psicoterapia, hacemos énfasis en una relación en la que existe una aplicación intencional de técnicas psicológicas a problemas de naturaleza emocional, en la cual una persona entrenada deliberadamente establece una relación profesional con un paciente con el objeto de:

- * Quitar, modificar o retardar síntomas existentes;
- * Modificar patrones alterados de comportamiento, y/o
- * Promover un desarrollo positivo de la personalidad (Wolberg, L:R:)

El objetivo general de toda intervención terapéutica es reducir el sufrimiento humano, procurar el bienestar y buscar la eficacia de la persona, en general buscar su crecimiento. Como ya se explicó en el capítulo 1, Kernberg pertenece a la corriente psicoanalítica, por lo tanto, las técnicas y procedimientos que emplea, tienen que ver con la misma: Toda terapia psicoanalítica debe tener en consideración los siguientes puntos:

1. Manejar técnicamente la referencia: Cómo llegó el paciente y qué hizo para llegar.

2. Manejo técnico de la motivación: Por qué acude a tratamiento, cuál es el motivo de consulta (contenido manifiesto y contenido latente)
3. Manejo técnico del afecto: Como maneja sus afectos y su reacción ante las situaciones que movilizan expresiones afectivas dentro y fuera de la psicoterapia.
4. Establecer una alianza terapéutica: Es decir, establecer la relación de trabajo, cuándo empezamos, cómo empezamos, cómo se va a trabajar, las expectativas del tratamiento, el monto del pago, etc.
5. Manejar la capacidad de regresión del paciente
6. Manejo de las resistencias, entendiéndolo a éstas como aquello que nos impida el proceso terapéutico o un cambio.
7. Manejo de la transferencia: para Greenson (1991), este término se refiere a "...tener pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas respecto de una persona actual que no convienen a esa persona sino son una repetición de reacciones formadas en relación con personas importantes de la primera infancia, y desplazadas inconscientemente a figuras actuales: Las dos características sobresalientes de una reacción de transferencia son la repetición y la impropiedad" (52-p.162). Lo adecuado es utilizar ésta como herramienta del terapeuta.
8. Tomar en cuenta la contratransferencia, es decir, lo que el paciente moviliza en el terapeuta.

Después de haber revisado brevemente los puntos fundamentales que se tienen que tener en consideración dentro de una intervención terapéutica de corriente psicoanalítica, y teniendo como antecedente que el autor que nos incumbe pertenece a este grupo, pasaremos a revisar los planteamientos que hace respecto al tratamiento de pacientes fronterizos y de personalidad narcisista.

3.2.1. *Desórdenes fronterizos*

Otto Kernberg (en Michaca 1986), llama **psicoterapia expresiva** a la utilizada en pacientes fronterizos, puesto que a pesar de llevar un lineamiento psicoanalítico, no necesariamente se pueden emplear todas las técnicas mencionadas en el apartado anterior, desde un punto de vista ortodoxo, puesto que las propias características del síndrome lo impiden, ya que el yo de estos pacientes está distorsionado o débil, lo cual no es útil para la facilitación de una neurosis de transferencia, herramienta indispensable en la técnica psicoanalítica.

En este tipo de pacientes hay resistencias que se presentan como transferencias primitivas inmedatas, las cuales deben interpretarse inmediatamente en el aquí y el ahora. En cuanto a la neutralidad técnica, para Kernberg está limitada, ya que en ocasiones, hay una necesidad de marcar parámetros y en ocasiones, hasta estructurar la vida externa del paciente, no impidiendo la capacidad empática y permitiendo siempre la interpretación.

Para tener una idea un poco mas clara de la Psicoterapia de expresión utilizada en los pacientes fronterizos, se explicarán sus características:

Psicoterapia de expresión

Kernberg

(1987) expresa los esfuerzos de varios autores por integrar un tratamiento que permita abordar adecuadamente a los pacientes fronterizos, menciona los intentos de utilizar una psicoterapia psicoanalítica por unos autores y una terapia de apoyo por otros; encontrando a lo largo de la historia del tratamiento de estos pacientes que lo idóneo era emplear algunas de las características de ambas. Basado en la Teoría de las Relaciones Objetales, Kernberg hace un resumen de los antecedentes de la Psicoterapia de expresión, mencionando principalmente que los principales objetivos de la misma son poder integrar los aspectos cognoscitivos y emocionales del paciente, centrandose en lo expresado por Bion en cuanto a "contener" y a lo manifestado por Winnicott en cuanto a "sostener" al paciente.

El autor establece que la Psicoterapia de expresión se basa en un modelo psicodinámico, empleando la transferencia, la contratransferencia, los mecanismos defensivos, las resistencias y técnicas de interpretación, como en la psicoterapia psicoanalítica, pero difiere de ésta porque "...se realiza cara a cara, en dos o tres sesiones a la semana, instruyendo al paciente para que mantenga una comunicación abierta y continua de lo que está en su mente (asociación libre modificada), [...] enfatiza en 'el aquí y el ahora', durante la mayor parte del tratamiento; solo en etapas avanzadas se hacen interpretaciones en el 'allá y entonces', [...] el análisis de la transferencia con pacientes limítrofes se modifica para considerar cualquier interpretación transferencial en el contexto de la vida cotidiana, [...] la severidad del acting out de los pacientes limítrofes hace que el terapeuta tenga que abandonar la neutralidad terapéutica siempre que sea posible" (53-p.25-26).

Además hace énfasis en que aunado a éstas consideraciones, se debe tomar en cuenta que como este tipo de pacientes presentan una debilidad yoica, requieren de la utilización del apoyo proporcionado en la psicoterapia del mismo nombre, pero difiere de esta en que "En el tratamiento de apoyo usualmente no hay análisis de la transferencia, aunque puede haber confrontación y manejo reeducativo de la transferencia al hacer notar su naturaleza inapropiada. En resumen, la psicoterapia de apoyo utiliza la clarificación y la confrontación, mas no la interpretación; mientras que la psicoterapia expresiva evita la expresión directa del apoyo afectivo y cognitivo..." (53-p.26)

En la psicoterapia de expresión se toman en cuenta los principios de la psicoterapia psicoanalítica, pero con diversas modificaciones, como por ejemplo la estructuración, a veces necesaria, en el ambiente social del paciente, haciendo parecer que se trata de una psicoterapia de apoyo, pero siempre intentando mantenerse lo más cercano posible a la primera.

El objetivo central del tratamiento es integrar adecuadamente las relaciones objetales parcializadas, las cuales se presentan debido a la presencia del mecanismo de escisión utilizado constantemente por este tipo de pacientes.

Kernberg(1995) expresa estas diferencias en el siguiente cuadro:

| | Psicoanálisis | Psicoterapia expresiva | Psicoterapia de apoyo |
|---|--|--|---|
| <p>Clarificación Confrontación</p> <p>Interpretación per se (aquí y ahora)</p> <p>Proceso interpretativo</p> <p>allá y entonces</p> | <p>Prerrequisitos de la interpretación</p> <p>Estrategia mayor</p> | <p>Prerrequisitos de la interpretación</p> <p>Estrategia mayor</p> <p>Solo en etapas tardías</p> | <p>Estrategias mayores</p> <p>Se reemplaza por apoyo afectivo efectivo y cognitivo e intervención ambiental</p> |
| <p>Análisis de la transferencia</p> | <p>Meta mayor del tratamiento</p> | <p>Meta mayor del tratamiento pero la realidad externa y las metas a lo largo plazo de la terapia deben evaluarse continuamente</p> | <p>Se maneja más que analiza. Se reduce a través de la clarificación. El énfasis sobre la realidad de la relación y/o se desplaza sobre objetos extra- transferenciales</p> |
| <p>Neutralidad técnica</p> | <p>Se mantiene todo el tiempo</p> | <p>Se mantiene cuando es posible. A veces puede perderse por el acting-out del paciente. Luego se restituye con técnica interpretativa</p> | <p>Se sacrifica libremente y no es necesario reinstalarla</p> |

CONTRASTES DEL TRATAMIENTO
(5-p.27)

Manejo de la transferencia y contratransferencia

Las consideraciones de la transferencia en el enfoque de Kernberg (1977) para los pacientes fronterizos, se puede resumir de la siguiente forma:

A) Interpretación de la transferencia limitada por la observancia de parámetros técnicos especiales

1) Análisis de la transferencia en el "aquí y ahora". Puesto que hay una deficiente diferenciación entre el yo y el no yo, el analista no se diferencia del objeto transferencial, además no hay una diferencia clara entre pasado y presente.

2) Interpretación de las defensas en la transferencia. Esto permite fortalecer el yo del paciente.

3) Fijar límites; bloqueando así el acting-out

4) La transferencia positiva no debe ser interpretada, ya que de ésta depende la alianza terapéutica, y en estos pacientes, esta establecida por la idealización primitiva, debido a la utilización de la escisión (todo es "bueno")

5) Las interpretaciones deben esclarecer las distorsiones que el paciente hace de la realidad y del terapeuta.

6) Las transferencias distorsionadas (extremo de la fantasía) deben ser elaboradas en primer lugar en transferencias reales.

B) Resolución sistemática de las constelaciones de las relaciones objetales primitivas, activadas en la transferencia

Puesto que la transferencia en pacientes fronterizos es caótica, con falta de significado, con sensación de vacío, omisión y distorsión conscientes; debido a las relaciones objetales primitivas donde no hay imágenes integradas del sí mismo y objetales. La estrategia va encaminada a resolver esas relaciones objetales no integradas, lo que se busca es precisamente que el sujeto sea capaz de integrar; esto tiene tres pasos:

1) Reconstruir la naturaleza de las relaciones objetales parciales o primitivas y vincularlas con el afecto adecuado. Dentro de lo caótico y desorganizado que puede parecer, debe encontrarse lo más significativo emocionalmente en cuanto a la relación terapeuta-paciente. El terapeuta debe dar significado emocional a la relación, a pesar de la desorganización.

2) Evaluar la relación objetal en función a las imágenes del sí mismo y del objeto, que participan en la relación e individualizar el afecto que caracteriza la relación sujeto-objeto (Qué representa el terapeuta)

3) Integrar la transferencia (relación objetal) con otras relaciones objetales parciales afines u opuestas y las defensas, es decir integrar la concepción del sí mismo real y su concepción interna de los objetos

{(sí mismo + objeto) + (afectos reales + afectos fantaseados) + (relaciones objetales fantaseadas y reales)}

Para Kernberg(1987) la estrategia para interpretar la transferencia en pacientes fronterizos consta de tres pasos:

1. Un esfuerzo por reconstruir, con base a la comprensión gradual del terapeuta la naturaleza de la relación primitiva o parcial que se ha activado con la transferencia. Kernberg (1987) en su artículo "*An ego Psychology-Object relations Theory approach to the transference*", menciona esto diciendo que "...la activación de primitivas relaciones objetales y la interpretación de las transferencias primitivas de pacientes borderline sugiere reconstruir las relaciones objetales parciales en relaciones objetales totales" (42-p.199)

2. El terapeuta debe evaluar la relación objetal establecida en la transferencia en relación al concepto del sí mismo y de la relación objetal primitiva involucrada y al afecto que la acompaña

3. La relación objetal que se activa en la transferencia tiene que relacionarse con otras relaciones objetales parciales contradictorias y disociadas, para así que el sí mismo real del paciente y su concepción interna se integren y consoliden, tomando en cuenta los aspectos positivos y negativos del autoconcepto enlazándolos con los aspectos positivos y negativos de las representaciones objetales del paciente

En cuanto a la **contratransferencia**, Kernberg(1990) menciona que ante la presencia de los pacientes fronterizos, el terapeuta se enfrenta a un proceso de regresión empática, debido al establecimiento de la transferencia primitiva con unas relaciones objetales conflictivas y no totalizadas; para el autor, el terapeuta se ve amenazado por: a) la reaparición de ansiedad vinculada con tempranos impulsos, sobretodo de carácter agresivo, dirigidos al paciente; b) la pérdida de los límites yoicos, en relación al trato con el paciente y c) la tentación de controlar al paciente, como consecuencia de la identificación de éste con un objeto pasado del analista.

Cuando el terapeuta es capaz de reconocer sus propios impulsos agresivos, está la capacidad de poder ayudar al paciente con los propios, ya que pareciera existir un proceso donde el terapeuta funciona como duplicado del proceso del paciente y cuando éste reconoce sus impulsos sin sentirse amenazado por ellos, es capaz de dar seguridad al paciente.

Por suerte, para el terapeuta, esta regresión solo se da en el área de la interacción con el paciente, se mantienen con madurez yoica otras áreas de la vida del terapeuta, sobre todo, éste se compensa con una presión a mantener los límites del yo. La regresión que se da debe ser momentánea y darse exclusivamente en el momento de la sesión, sin embargo, cuando esto se vuelve permanente, quiere decir que el terapeuta no fue capaz de mantener sus límites yoicos en relación con el paciente, es decir, su identidad del yo y del concepto de sí mismo se ven amenazados debido a la constantes regresiones.

Racker, mencionado por Kernberg(1990) manifiesta que por medio de la contratransferencia se puede obtener información de la constelación interna emocional del paciente, el clasifica en dos grupos a las identificaciones, las cuales se manifiestan por respuestas contratransferenciales:

1. **Identificación concordante**, la cual se refiere a la identificación del analista con el correspondiente aparato psíquico del paciente (yo-yo, superyó-superyó)

2. Identificación complementaria, la cual "...se refiere a la identificación del analista con los objetos transferenciales del paciente [...].el analista experimenta la emoción que el paciente atribuye a su objeto transferencial, en tanto que el propio paciente experimenta la emoción que vivió en el pasado, en su interacción con esa particular imagen parental" (6-p.65), por ejemplo: padre; en el analista se da esa sensación de querer controlar al paciente, mientras que en el paciente se experimenta miedo, temor o rebeldía.

En el analista estos dos tipos de identificaciones se presentan alternativamente y cuando son adecuadamente comprendidas y elaboradas, brindan el soporte fundamental al trabajo analítico, ya que brindan la posibilidad de modificar la estructura del paciente.

Kantor (1992) menciona que para Kernberg, en estos pacientes no se debe:

1. Habilitar, permitir o alentar al paciente a enamorarse del terapeuta. Nunca interpretar la conducta seductora ni el fanatismo o motivación terapéutica, ya que eso mantiene al paciente asistiendo a consulta.
2. Fomentar la contratransferencia negativa, o sea excesivo odio como venganza a los sentimientos de humillación y rechazo expresados por el paciente.
3. Permitir o alentar al paciente al acting-out (dice el autor que un terapeuta con una mala relación con su propia parte "borderline" puede permitir la expresión de un impulso)
4. Permitir felicitaciones a él inapropiadas por una cura transitoria

Para Kernberg (1990), la contratransferencia sirve para valorar el nivel de regresión del paciente y clarificar sus pautas transferenciales. Al mismo tiempo, si la patología del paciente es muy grave, puede provocar alguna fijación crónica del analista, la cual es manifestada principalmente por la reactivación en el analista de ciertos rasgos neuróticos abandonados y que se vuelven a manifestar con determinado paciente, una "discontinuidad emocional" del análisis, una "dedicación total" y actitudes "microparanoides" hacia el paciente y sobretudo una "preocupación" como rasgo general en el analista; en estos casos, el terapeuta debe revisar el significado de su reacción, para que pueda ayudar objetivamente al paciente.

Pronóstico

Para Kernberg (1987), está de acuerdo con lo que menciona Menniger sobre los pacientes, que muestran una fuerza yoica y unas relaciones objetales deficientes, éstos tienen un pronóstico menos favorable que los que tienen mejor integradas y consolidadas estas características, agrega que para él son fundamentales dos características importantes: La presencia de rasgos antisociales empeora el pronóstico y la calidad de las relaciones objetales lo favorece. Además considera el establecimiento de la transferencia negativa como una variable importante para el pronóstico.

Kernberg (1990) dice que hay cuatro puntos fundamentales que se deben tomar en cuenta para el pronóstico de los pacientes fronterizos:

1. **El diagnóstico descriptivo del tipo de patología caracterológica predominante y la extensión de la patología yoica y superyoica.** Para el autor desde el momento de establecer el diagnóstico y tal como se mencionó en el apartado 3.1.2.1.Desórdenes

fronterizos, al diagnosticar a algún paciente desde el punto de vista estructural y dinámico-genético (por ejemplo: "personalidad infantil con tendencias paranoides en una organización de personalidad de tipo fronterizo"), permite ubicar al paciente en una clasificación en cuanto a los diferentes desórdenes del carácter, su desarrollo de los instintos, del superyó y de las defensas, así como de los conflictos en el establecimiento de las relaciones objetales. Hace una clasificación donde determina que las personalidades histéricas, las personalidades infantiles, las personalidades paranoides, los caracteres caóticos o impulsivos, las personalidades obsesivo-compulsivos y los depresivo-masoquistas (las últimas cuatro comprendidas dentro del rubro de pacientes con estructura prepsicótica) tienen un pronóstico bueno, un pronóstico pobre o malo las personalidades antisociales, las personalidades con desviaciones sexuales, los alcohólicos y drogadictos y los hipomaniacos, (sobretudo si a éstas subyacen rasgos narcisistas) y un pronóstico reservado las personalidades esquizoides

2. Las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica. Kernberg toma en consideración las características de la labilidad yoica explicadas en el apartado sobre los síndromes. (2.2.1. Desórdenes fronterizos), para mencionar que las operaciones defensivas, el control de impulsos, la tolerancia a la ansiedad, el desarrollo de canales de sublimación, la prueba de realidad y la frecuencia del proceso primario; ponen en relieve la fortaleza o debilidad del yo y tienen una importancia decisiva en cuanto al pronóstico del paciente fronterizo.

3. El grado de integración, abstracción y despersonalización de las estructuras superyoicas, ya que menciona que "...el pronóstico empeora en relación directa con el grado en que la estructura caracterológica refleja las primitivas identificaciones superyoicas patológicas integradas en el yo, con la concomitante pérdida de las principales funciones del yo y del superyó." (6-p.117)

4. La cualidad de las relaciones objetales. El autor estipula que cuanto más estables, diferenciadas y emocionalmente profundas son las relaciones internas del paciente con sus objetos significativos, mejor pronóstico tiene el tratamiento.

Además incluye a ciertas variables operacionales que reflejan los fenómenos o modificaciones que suceden durante la relación terapéutica, el grado en que se desarrollan las capacidades de autorreconocimiento, introspección y preocupación, y hace énfasis en las características de pericia y personalidad del terapeuta, ya que como ya se mencionó en el apartado de contratransferencia, se requiere que el terapeuta tenga regresiones del yo al servicio del proceso; y el cómo se puedan elaborar y consolidar sus actitudes contratransferenciales, servirán a un mejor pronóstico del paciente.

Ahora revisaremos las características de la intervención terapéutica en los pacientes con personalidad narcisista.

3.2.2. Personalidad narcisista

Kernberg(1990) menciona que las características estructurales del yo y las organizaciones defensivas de la personalidad narcisista son semejantes a las de la personalidad fronteriza, pero que sin embargo presenta diferencias específicas con

respecto a la misma; por lo que su abordaje terapéutico tiene peculiaridades que las diferencian.

Las diferencias radican en que en la personalidad narcisista existe un "sí mismo grandioso", que a pesar de ser patológico está integrado, el cual está formado por una condensación patológica de rudimentos de un sí mismo real, sí mismo ideal y objetos ideales de la infancia temprana, por lo tanto posee elementos que debieran estar integrados en el super yó; como consecuencia de ello, la integración superyóica es insuficiente, el yo y superyó se desvanecen en algunas áreas específicas, deteriorando el mundo de las relaciones objetales, reemplazando éste por imágenes del sí mismo grandioso con representaciones devaluadas, y desvalidas del sí mismo y de los demás y por imágenes potencialmente persecutorias que son la representación de precursores sádicos no integrados. "El sí mismo grandioso compensa la primitiva disociación o escisión del sí mismo, pero a costa de un deterioro de las relaciones objetales mucho mas grave que el de los pacientes fronterizos no narcisistas." (6-p.292)

Kernberg (1990) explica los tres niveles de funcionamiento de las personalidades narcisistas, donde cada uno con sus características particulares requiere un diferente abordaje terapéutico:

Psicoterapia

a) Personalidades narcisistas con una *adaptación social* superficial aparentemente adecuada, estos pacientes pueden lograr tener, gracias a sus habilidades y/o grado de inteligencia, un nivel de triunfo que les otorga éxito y admiración. Este tipo de pacientes llegan a solicitar tratamiento cuando sus relaciones objetales más íntimas les causan conflicto. Para ellos, el autor recomienda un *apoyo psicoanalítico*

b) Pacientes que tienen serios trastornos en las *relaciones objetales*, este tipo de pacientes, con frecuencia agregan a este problema síndromes neuróticos, dificultades sexuales, crónica vivencia de vacío e incapacidad para establecer vínculos emocionales sexuales y duraderos. En estos casos, el autor recomienda también al *psicoanálisis* como la terapia de elección.

c) Pacientes narcisistas que funcionan en un nivel francamente *fronterizo*, los cuales presentan alteraciones de labilidad yóica, así como manifestaciones de "reacciones de rabia" o "rabia narcisista"; o bien aquellos con características antisociales. Este tipo de pacientes requieren una *psicoterapia expresiva* y en ocasiones, fundamentalmente una terapia de apoyo, con las características ya mencionadas en el apartado de Psicoterapia expresiva (3.2.1.)

En el tratamiento de los pacientes narcisistas, Kernberg (1990), establece que existen principalmente cinco problemas a los que se enfrenta el terapeuta, éstos son:

1. Necesidad de enfocar lo que se manifiesta como una dependencia patológica o contradictoria respecto al terapeuta.
2. La escasa tolerancia a la frustración que tienen estos pacientes (vulnerabilidad narcisista)
3. La hipersensibilidad a cualquier fracaso
4. Los intensos temores paranoides que les provocan los vínculos sexuales como consecuencia de su propia hostilidad con quienes se relacionan

5. Las intensas exoactuaciones, en especial las provocadas por la rabia narcisista.

Manejo de la transferencia y contratransferencia

Cuando Kernberg se refiere a las características de la **transferencia** manifestada por pacientes narcisistas, retoma a Kohut y a Ficalini (citados por Kernberg 1990), quienes coinciden en los conceptos sobre narcisismo, y factores etiológicos, sin embargo se refieren a ellos con diferentes palabras, además "...ambos enfatizan la importancia de la interpretación e insight como factores curativos" (36-p.340)

Para Kernberg (1990), al igual que para Kohut es importante permitir la transferencia, ya que ésta reactiva el sí mismo grandioso, y lo que se intenta es que el paciente pueda hacer consciente esa parte de él donde catectiza al analista con una serie de aspectos libidinales (idealización primitiva) y mantiene cargas agresivas de manera inconciente, pero las manifestadas en forma de exoactuaciones o actitudes al mismo. En el inicio, el paciente no se percató de que posee ambos sentimientos respecto al analista, ya que esa indiferenciación entre el yo y super yo (manifestada en algunas áreas), no permite al paciente darse cuenta de que esta proyectando elementos de sus propios impulsos al analista (impulsos que no los acepta como propios y los proyecta al exterior)

Murguía (1991), menciona que para Kernberg es fundamental en estos pacientes el análisis de las transferencia positiva y negativa del sí mismo grandioso, lo cual lleva a la resolución de la patología, ya que se parte del supuesto de que en la transferencia se reactivan las relaciones objetales primitivas, previas a la constancia objetal, con sus procesos defensivos correspondientes: Escisión, proyección, disociación o represión. La autora menciona que para Kernberg conviene poner especial atención a la agresión, puesto que su enfoque hace énfasis en "...lo transferencial del material, sin tratar de relacionarlo con presuntas fuentes primitivas. Enfatiza la participación del paciente y el cuidado en hacer interpretaciones que el paciente se aprenda. Considera que el paciente narcisista está ansioso por aprender las teorías de su analista y usarlas con fines defensivos" (20-p.105-106)

Lo que Kernberg (1990) propone es que:

1. Se permita el desarrollo de la transferencia, sin intentar interpretarla prematuramente y que en un periodo posterior se realice "...el análisis sistemático de los aspectos positivos y negativos de la grandiosidad del paciente, desde una posición esencialmente neutral, activando así la transferencia narcisista" (6-p.254), ésto debido a que a su vez se activa el sí mismo grandioso.

2. Se interprete la idealización primitiva del analista como el control omnipotente ejercido sobre él, el paciente debe reconocer esa paradoja de sentimientos que experimenta pero que no es capaz de percibirlos como de él y que por lo tanto los proyecta.

3. Las resistencias narcisistas deben ser indagadas e interpretadas sistemáticamente. Este tipo de resistencias surgen del temor a la venganza del analista

y al sentimiento de culpa, originados por la necesidad de desvalorizar y desprestigiar al analista.

4. Se indague sobre las decepciones narcisistas, las cuales surgen por la depositación de la resolución del analista a los problemas y conflictos del paciente de forma omnipotente y debido a la poca tolerancia a la frustración y necesidad de satisfacción de demandas muy fantaseadas, se experimenta decepción, la cual va acompañada de sentimientos de rabia, provocada por la frustración.

5. Se resalte toda capacidad de amor y catectización del paciente, para así evitar que el análisis de la transferencia negativa se malinterprete y el paciente quede convencido de su "irremediable maldad" (6-p.255)

6. Se interprete siempre la transferencia negativa y positiva del paciente, ya que ésto permite que las partes buenas del paciente sean reconocidas y que a su vez, los impulsos negativos sean reconocidos, disminuyendo así el temor del paciente a su propia agresión.

Kernberg (1990) enfatiza que en algunos casos es recomendable que los pacientes entren primero a una psicoterapia de apoyo y posteriormente a un tratamiento de expresión o psicoanalítico, dependiendo de las condiciones antes mencionadas del funcionamiento del paciente. En algunos casos donde no es posible la resolución del narcisismo patológico, el autor recomienda la protección de las defensas narcisistas, como parte del proceso de terminación del tratamiento.

En relación a la **contratransferencia**, Kernberg (1990) enfatiza que por lo general el analista experimenta diversas sensaciones, que dependen del momento del tratamiento y de sus características propias, por ejemplo, de la presencia de rasgos narcisistas no resueltos previamente.

Las principales sensaciones que experimenta el analista, según el autor son:

a) *Incomodidad*, originada por las particulares características de la idealización primitiva, las cuales generalmente se acompañan de una depositación de omnipotencia, pero a su vez de control al analista (momentos de activación y retiro), así como de una falta de reconocimiento de la existencia del analista como persona independiente.

b) *Ansiedad y rechazo*. Originados por lo difícil que resulta tolerar al analista los esfuerzos que inconscientemente hace el paciente por negar el significado de la relación analítica.

c) *Sensación de estar paralizado*. Que surge de la sensación que el paciente transmite al analista de que los asuntos psicológicos son incomprensibles y absurdos, algo mecánico y sin vida; esta sensación se asemeja a la experimentada por el paciente como de vacío.

d) *Tentación de dejar que las cosas sigan su curso*, esperando que las cosas se resuelvan más adelante, esta sensación es similar a la que el paciente experimenta en los conflictos con sus relaciones interpersonales, donde queda la esperanza (ilusión) de que la siguiente relación resultará mejor.

e) *Estancamiento paralizante*, éste se manifiesta en el transcurso de la elaboración de las resistencias narcisistas, pasa por diversos cambios, por ejemplo estados de soledad, temores a la pérdida de significado o amor, o a ser atacado o rechazado por los demás. "Estos 'destellos' regresivos de la experiencia emocional o la gradual

modificación de la reacción emocional del analista ante los esfuerzos del paciente por negar la significación afectiva de las sesiones constituyen un indicador valioso de la elaboración de las resistencias narcisistas" (6-p.266). En ocasiones un "súbito despertar" a algunos aspectos del material, ponen en evidencia el cambio generado en el paciente.

f) *Exoactuaciones*, manifestados por la tendencia a adoptar una actitud moralista o a preocuparse por el pronóstico a largo plazo, en lugar de evaluar dificultades para empatizar con las manifestaciones de la transferencia que se expresan inmediatamente.

Además hace énfasis de que estos sentimientos variarán de acuerdo al reconocimiento de rasgos narcisistas del propio analista, así como al nivel de narcisismo patológico del paciente.

Pronóstico

Kernberg (1990) enfatiza que el pronóstico de este tipo de pacientes es reservado, debido a la rigidez de su estructura del carácter y a la fluidez de su funcionamiento, constituyendo ésto un obstáculo para el tratamiento, además, este tipo de pacientes no son capaces de reconocer a la situación terapéutica como lo suficientemente significativa (necesario ésto para el manejo terapéutico). "Son pacientes capaces de retrotraerse internamente de la vida social, [...] Sin embargo, siempre parecen estar en el centro de todo, obteniendo con habilidad 'suministros narcisistas' pero al mismo tiempo protegiéndose de la dolorosa vivencia de interacciones emocionales más significativas" (6-p.222)

Cuando este tipo de pacientes tiene predominantemente una constelación caracteriológica de tipo fronteriza, el pronóstico dependerá de si el funcionamiento fronterizo se manifieste o no. Cuando ésto se manifiesta de forma abierta, el pronóstico en un abordaje expresivo no es bueno y cuando no hay una manifestación abierta, este tipo de pacientes, dentro de un abordaje analítico, tienen un pronóstico reservado.

Como se observa, para una buena intervención terapéutica, se requiere desde el inicio de un adecuado diagnóstico, ya que de éste dependerán las características del abordaje, así como las consideraciones para el pronóstico.

3.2.3. Tratamiento hospitalario

Kernberg (1987) hace una revisión de lo que ha sido históricamente el tratamiento hospitalario psiquiátrico y lo realizado desde el enfoque comunitario, encontrando que retomando algunos aspectos de ambas aproximaciones se puede llegar a un tratamiento hospitalario adecuado para pacientes fronterizos o con personalidad narcisista patológica.

En cuanto al tratamiento hospitalario psiquiátrico, retoma sus objetivos, y características, sobre todo, se detiene en que los pacientes autodestructivos o aquellos que presentan un funcionamiento muy desorganizado, necesitan la protección del ambiente hospitalario para su rehabilitación, menciona también al hospital de día como una opción en el tratamiento de los pacientes que van a ser hospitalizados, o bien, para aquellos que en un corto tiempo se integrarán a su ambiente social. Según su

concepción, el hospital "...es un entorno social experimental dentro del cual el paciente puede mostrar sus constelaciones de relaciones objetales patogénicas internalizadas, [...], aumenta al máximo la oportunidad para nuevas experiencias de aprendizaje, [...], el hospital psiquiátrico permite el uso de reacciones emocionales del personal hacia los pacientes con fines terapéuticos y promueve una atmósfera de apertura y estructura administrativa funcional-en contraste con una autoritaria" (5-p.297).

En cuanto al tratamiento comunitario, retoma lo propuesto por Jones y Main, citados por el autor, enfatizando los siguientes principios: a) *El tratamiento comunitario*, donde pacientes y personal conviven en una unidad de interacción y los primeros participan en forma activa. b) *La cultura terapéutica*, se refiere a que todas las actividades e interacciones tienen como objetivo reeducar y rehabilitar socialmente al paciente. c) *El vivir-aprendizaje-confrontación*, que se refiere a que hay una retroalimentación inmediata de las conductas observadas en el paciente y sus reacciones ante ellas.

Para cumplir estos objetivos, se requieren de algunos métodos especiales, como:

i) *La reunión comunitaria*, que incluye tanto al personal como a los pacientes, teniendo como objetivo el examinar el entorno social; ii) *Gobierno de los pacientes*, que tiende a fomentar la organización de los pacientes, teniendo como objetivo el fomentar la toma de decisiones y participar en los procesos sociales y iii) *Reuniones del personal*, el cual complementa al anterior y tiene como objetivo el expresar el concepto de toma de decisiones entre el personal y poder distinguir cómo se encuentran influenciados por presiones administrativas, o bien por la interacción con el paciente.

Kernberg (1987), con base en esto, propone un tratamiento hospitalario que tiene algunas diferencias y similitudes con los abordajes explicados con anterioridad. Difiere en que no se basa en una teoría igualitaria respecto a las funciones de pacientes y personal, no intenta democratizar el tratamiento, limita la autoridad a pacientes y personal, no como en otros enfoques donde principalmente se relega la autoridad solo al personal, no intenta crear un ambiente de permisividad y se interesa por prevenir y corregir la difusión de papeles del personal como parte de una atención constante en la utilización adecuada de los recursos humanos. Sugiere además que aunado a esto se requiere que el paciente esté en una psicoterapia individual, que le permitirá el conocimiento de sí mismo.

En relación al tratamiento hospitalario con estas características, el autor propone que el personal que se encuentre dentro del hospital debe cubrir algunas funciones y requisitos específicos, dadas las características y objetivos del tratamiento.

Las funciones son:

1. De acuerdo a sus antecedentes personales y profesionales, el personal debe cubrir actividades específicas que logren que el paciente pueda diferenciarlo de otro miembro del personal y que a su vez ayuden al paciente a una mejor adaptación social.

2. De acuerdo a sus reacciones emocionales personales experimentadas en la interacción con el paciente, debe contribuir a un diagnóstico global del mismo.

Los requisitos para el personal, mencionados por el autor son:

1. La utilización de las reacciones emocionales del personal hacia los pacientes, lo cual tiene que ver no solo con las características profesionales, sino con las de personalidad (apertura, disposición, interés, no tener alguna psicopatología grave que pudiera distorsionar la realidad, etc.)

2. Que la estructura administrativa permita la exploración abierta de las reacciones humanas, liberando a ésta de prejuicios, conductas punitivas y fomentando el respeto.

3. Conservar una conducta social apropiada hacia los pacientes, conservando límites claros entre la vida personal del personal y repitiendo el secreto profesional (la privacidad del paciente), es decir, mantener lo que en el tratamiento individual se refiere a la neutralidad técnica.

4. Que la autoridad depositada al personal y al terapeuta se mantenga lo más delimitado posible.

Kernberg (1987) establece que de acuerdo a la formación profesional del personal, éste debe proporcionar elementos adecuados para la adaptación social del paciente. Dice que el personal de enfermería debiera crear y recrear una atmósfera hogareña en el hospital, reproducir las principales áreas de trabajo activo y tiempo normales fuera de casa; el personal de trabajo social, hacer énfasis en las interacciones del paciente en su entorno social inmediato (familia), serviría de puente entre el hospital y el ambiente social. El terapeuta, ya sea psiquiatra o psicólogo, explorar la psicopatología del paciente, mediante el desarrollo y análisis de procesos transferenciales y contratransferenciales, expresadas en el contexto terapéutico y social. Y el personal administrativo, debiera dedicarse a coordinar los esfuerzos de las disciplinas antes mencionadas.

Como se puede observar, esta aproximación vuelve a retomar los aspectos mencionados con anterioridad: además de hacer énfasis en la psicopatología, debe ponerse interés en las relaciones objetales y el afecto que acompaña a las mismas. La propuesta hecha por el autor, condensa algunos conocimientos de teorías previas, permitiendo un abordaje integral del paciente, para así poder lograr una mejor rehabilitación.

Esta integración de diversos enfoques, para llegar a la propuesta de Kernberg (1977), en el tratamiento hospitalario, quedaría de la siguiente forma, puesto con sus propias palabras: "...busca integrar diversas teorías: 1) Una teoría de las estructuras intrapsíquicas y de sus modificaciones, derivada de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales; 2) una teoría de la movilización de relaciones objetales primitivas y las correspondientes defensas en grupos pequeños no estructurados, y del recíproco refuerzo, en el contexto de tales grupos, de las áreas intrapsíquica e interpersonal; 3) una teoría de dos niveles generales de activación de las relaciones objetales intrapsíquicas; un nivel superior (diádico-triangular) que se moviliza sobretudo en los vínculos que se establecen en la psicoterapia individual, y un nivel inferior (primitivo), que se moviliza especialmente en los grupos no estructurados; 4) una teoría de las organizaciones como sistemas abiertos, que pone acento en la función de control (liderazgo o manejo) y las necesidades internas (mundo interno), en el plano individual, grupal y hospitalario; 5) una teoría que clasifica modalidades terapéuticas según la activación selectiva de problemas inherentes a la función de control y a la

manifestación de las necesidades internas, y aplica esta clasificación a la prescripción de modalidades terapéuticas a pacientes psicóticos y fronterizos; 6) una teoría del manejo hospitalario (que incluye modelos de comunidad terapéutica) derivada de la mencionada teoría de las organizaciones como sistemas abiertos. " (3-p.224).

Después de haber revisado los planteamientos técnicos del autor, el siguiente capítulo se referirá a la evaluación y trascendencia de lo propuesto en cuanto a los conceptos teóricos y técnicos y a su utilidad en la actualidad.

CAPITULO 4
EVALUACION Y TRASCENDENCIA

CAPITULO 4

EVALUACION Y TRASCENDENCIA

4.1. Evaluación como Teoría de la Personalidad

Después de analizar las propuestas de Otto Kernberg en cuanto a sus postulados teóricos y técnicos; corresponde realizar un análisis, en cuanto evaluar su funcionalidad y trascendencia en la actualidad, sin embargo, cabe señalar que el autor no propone una Teoría de la Personalidad como tal, puesto que, como ya se mencionó, se ubica dentro de la Teoría Psicoanalítica y solo realiza algunas aportaciones a la misma, ampliando sobre algunos aspectos en particular, por lo que al realizar la evaluación como teoría, propiamente se realizará el análisis a la teoría de origen y solo se enfatizará sobre algunas aportaciones de Kernberg a la misma.

Para ello se considera necesario definir cómo se establece que una Teoría es útil. De primera instancia pensemos que una teoría es funcional cuando genera mayor posibilidad de observar datos empíricos, éste es que puede dar una mejor explicación a la realidad (Valenzuela 1992).

En este contexto, otras referencias que se tienen para definir si una Teoría es útil, son:

1. Valorar si genera investigación
2. Observar si permite que se aumenten los hechos empíricos a su red
3. Analizar si dice cuándo y dónde buscar explicaciones

Estos tres puntos fundamentales deben analizarse, ya que si una teoría es capaz de generar investigación, indica que tiene la capacidad de dar explicación a la realidad, no solo para el autor, sino para otras personas, o sea que posee la capacidad de permitir una generalización de los hechos empíricos, lo cual nos lleva al punto número dos, ya que mientras una teoría sea mas general, aumentarán los hechos empíricos a los que pueda dar explicación; llegando así al punto número tres, donde si una teoría es capaz de dar el sustento necesario para decir cuándo y dónde se pueden buscar explicaciones para una situación empírica, implica que posee la capacidad de aplicación y explicación de la realidad, lo cual busca cualquier Teoría.

Cabe señalar que para evaluar una Teoría deben tomarse en consideración los tres puntos mencionados: generalidad, aplicación y explicación; pero además cuando la evaluación va dirigida particularmente a una Teoría de la Personalidad, debemos tomar en cuenta algunas consideraciones más específicas.

Las Teorías de la Personalidad se pueden evaluar, tomando en consideración cinco aspectos (Valenzuela 1992):

- 1) Analisis de atributos formales
- 2) Analisis de atributos esenciales o sustanciales
- 3) Considerando su orientación metodológica
- 4) En relación a la perspectiva teórica de estudio
- 5) Según los modelos conceptuales

Ahora se explicarán brevemente en qué consisten o cuáles son las características de cada una de las formas o modalidades de comparación y posteriormente se analizarán las propuestas de Kernberg, siempre tomando en cuenta que éstas surgen de la Teoría Psicoanalítica:

1) Análisis de atributos formales

Es la parte explícita de la teoría, cómo ésta se expresa, con qué claridad, cómo dice las cosas y cómo se toma lo que se dijo, cómo explicita lo que propone.

Se debe observar si la descripción que hace de los hechos empíricos es simple o compleja, el número de supuestos que maneja la teoría. Su generalidad, es decir, qué tanto es aplicable a más hechos (lo que ya se explicó anteriormente). También debe observarse la precisión empírica de la teoría, es decir qué tanto se puede ubicar en la realidad, qué tan operacional es, qué tanto genera investigación empírica y qué tanto es capaz de predecir conductas.

En cuanto al análisis de los atributos formales, observamos que las propuestas por Kernberg, poseen la capacidad de generalizar sus supuestos para dar explicación a los hechos empíricos, es decir, las propuestas teóricas y técnicas nos permiten entender al síndrome del paciente fronterizo y al paciente con narcisismo patológico, diagnosticarlo y brindarle un tratamiento específico; además el número de casos que puede abarcar la teoría es ilimitado, por lo tanto, se corrobora que con algunos supuestos fundamentales como los explicados en los capítulos dos y tres, permite abarcar un número extenso de casos de la vida real. Además es una teoría con la precisión adecuada, ya que se ubica dentro de nuestra realidad, y con la teoría del desarrollo, así como con las propuestas sobre la entrevista estructural y/o consideraciones de diagnóstico, brinda elementos que ayudan al terapeuta a un mejor pronóstico del paciente, es decir, ofrece herramientas de predicción.

2) Análisis de atributos esenciales o sustanciales

Este punto se refiere a que los elementos sustanciales o básicos de la teoría son aquellos que la sustentan, son el cuerpo de la teoría.

Puede referirse a aspectos teleológicos o mecánicos. Cuando nos referimos a aspectos teleológicos, hablamos de que hay una explicación de los fines, es decir, hacia dónde se dirige la personalidad en un futuro, qué es lo que el hombre persigue. Ejemplo de este tipo de teorías son las de C. Jung y A. Adler.

Al hablar de aspectos mecánicos, hacemos énfasis en lo que hace el individuo y cómo lo ve ahora.

Dentro del análisis de los atributos esenciales o sustanciales de una Teoría de la Personalidad, debemos observar y analizar los siguientes puntos:

- Si maneja niveles inconsciente o conscientes, por ejemplo, teorías como la del aprendizaje social o la propuesta por C. Rogers, hacen su trabajo solo en el nivel consciente del aparato psíquico, mientras que las aproximaciones psicodinámicas, utilizan al inconsciente como fundamental para la explicación y aplicación de su teoría.
- Cómo enfocan el proceso de aprendizaje, es decir, si para la teoría es fundamental este proceso para la explicación de los hechos, o bien solo es un proceso secundario.

c) Qué importancia da la Teoría a las experiencias tempranas, o sea a las obtenidas en la época de la infancia; en contraste con la importancia que le dá a las experiencias actuales.

d) Cómo enfoca los aspectos del desarrollo, es decir, si en sus planteamientos hay una continuidad o una discontinuidad en el desarrollo. Un ejemplo de una teoría en la que este aspecto se perciba como una discontinuidad es la Teoría de Allport y algunos fenomenólogos.

e) Si la teoría enfoca un aspecto holístico, es decir si observa una totalidad, o bien si trabaja con elementos aislados, o sea, observa los hechos de una forma "molar".

f) Si la teoría se enfoca hacia elementos del individuo o bien, si hace énfasis en aspectos del medio ambiente. Ejemplo de ésto es el Psicoanálisis, donde se enfatiza a los instintos y motivaciones del individuo, en contraste con el Aprendizaje Social que se enfoca a la influencia del medio ambiente como modelador del comportamiento del individuo.

g) Si a la teoría le interesa la unidad personalógica del ser humano (aspectos únicos), o bien aspectos generales del comportamiento, es decir, cómo se comportan muchos individuos.

h) Si la teoría habla de motivos primarios o secundarios

i) Si enfatiza en lo subjetivo del ser humano, es decir, cómo éste percibe los hechos empíricos, o bien si le da mas importancia a lo objetivo y/o le da igual importancia a ambos.

Al referirnos al análisis de atributos esenciales o sustanciales, ubicamos a los fundamentos de la teoría de Otto Kernberg, en un aspecto *mecánico* y en un aspecto *teleológico*, ya que enfatizan en dar explicación del individuo sobre su conducta en el aquí y el ahora, y los elementos que emplea del pasado en cuanto a la explicación de las etapas del desarrollo de acuerdo a la internalización del objeto, nos permiten ampliar un conocimiento del paciente en la actualidad. Asimismo da una explicación a lo que ocurrirá después en el individuo, es decir, tiene la capacidad de predecir. Además, como se ha señalado a lo largo de todo el trabajo, aplica los *aspectos inconscientes* del individuo; el *proceso del aprendizaje* es un aspecto fundamental en cuanto a que es un proceso que funje como formador de la internalización del objeto, ya que , tal como se mencionó en el capítulo dos, el infante aprende a relacionar las experiencias frustrantes y placenteras del objeto y las ubica dentro de esferas "buenas" y/o "malas", lo que después le ayudará a la diferenciación sí-mismo-objeto. Le da importancia a las *experiencias tempranas*, en cuanto a que permiten la explicación de la conducta actual, por lo tanto, lo vivenciado dentro del *proceso del desarrollo*, es percibido como un continuo en la vida del individuo. Es una teoría que enfoca un aspecto *holístico*, es decir, un aspecto total del individuo, desde el punto de vista de la personalidad, ya que da explicación desde el desarrollo de estructuras intrapsíquicas, de las relaciones objetales y de los mecanismos de defensa.

Con ésto, también se puede observar que los fundamentos de la teoría hacen referencia a los *aspectos del individuo*, por lo tanto enfatiza en la *unidad personalógica* del ser humano.

3) Observando su orientación metodológica

Este punto tiene relación con las investigaciones generadas por la teoría y sobre todo, cómo es que trabaja los datos el investigador. En general, existen dos métodos: El nomotético, donde se establecen leyes generales que son aplicables a varios individuos. Y el ideográfico, donde se estudia al individuo de forma particular.

En esta modalidad de comparación no debe olvidarse analizar cómo obtuvieron los datos los investigadores, si emplearon el método experimental o el método naturalista. Además se deben tomar en consideración los niveles de observación empleados, la conceptualización y las categorías de explicación. Al analizar la orientación metodológica, se observa que en general, la investigación que la teoría ha generado, tiene que ver con el método nomotético y el ideográfico, ya que se han establecido leyes generales que permiten aplicarse a varios individuos; las investigaciones como las realizadas por Meissner (1983), Buyer(1987), Kennedy(1991), Reich-James(1984), Crespo(1992), Cohen (1991), emplean la teoría de Kernberg como fundamento teórico para sus estudios, éstas investigaciones tienen que ver con lo propuesto por el autor desde las consideraciones para el diagnóstico, la entrevista estructural, el tratamiento hospitalario,(desde el punto de vista de lo comunitario propuesto por Kernberg), hasta que utilizan lo propuesto por el autor, para explicación de la evolución de la teoría psicoanalítica. Y también permite el estudio de casos, por lo que se considera que utiliza también el método ideográfico.

4) Observación de la perspectiva teórica de estudio

En este aspecto, Korchin(1974), dice que es conveniente analizar seis perspectivas teóricas:

- i) Una perspectiva motivacional, es decir, qué es lo que moviliza o dinamiza al sujeto, las motivaciones primarias y/o secundarias, cuál es el "motor" de la conducta.
- ii) Si la teoría habla de estructuras, por ejemplo: yo, ello, super yo, propium, yourself, etc. y si éstas son tomadas como una parte constitutiva de la personalidad, es decir, como su esencia.
- iii) Analizar qué tanto el autor hace énfasis en cómo se da el desarrollo, es decir qué es lo esperado en un desarrollo óptimo y qué es lo que no se espera, lo normal y lo anormal, ésto a su vez, permite establecer algunas pautas de prevención.
- iv) La perspectiva de adaptación, es decir, qué explicación dá la teoría a lo que hace el individuo en situaciones excesivas (de estrés, de peligro, de conflicto), en situaciones de incertidumbre, ante la falta de información, o bien ante la sobrecarga de la misma, ante el peligro a la autoestima, etc.
- v) Perspectiva ecológica, éste punto se refiere a la importancia que le otorga la teoría a la situación del ambiente y la interacción sistémica con el mismo.
- vi) Perspectiva biológica, aquí es importante resaltar como la teoría percibe y visualiza las enfermedades biológicas y psicológicas.

Al observar y analizar las perspectivas teóricas de estudio, encontramos que algunas consideraciones de las seis propuestas por Korchin(1974), ya las hemos explicado con anterioridad en algunas otras modalidades de evaluación, por lo que solo se analizarán brevemente.

Es una teoría que enfatiza las *estructuras intrapsíquicas*, como se recordará, el autor recalca que la formación de las estructuras del yo, ello y super yo, son importantes en el desarrollo, lo cual en gran medida determinará el nivel de organización de la personalidad que tenga el individuo. Es una teoría que complementa y explica aspectos del *desarrollo*, sobre todo, aporta elementos sobre el aprendizaje del rol social, el cual es adquirido por el infante en la quinta etapa del desarrollo, situación que no es considerada por otros autores. Además, el desarrollo, desde la teoría de Kernberg, tiene que ver con aspectos psiconeurológicos, ya que al realizar sus propuestas, jamás olvida que el desarrollo psíquico está íntimamente relacionado a lo que la madurez neurológica permite en el ser humano; ésto es que cada una de las etapas de desarrollo descritas por el autor, pueden llevarse a cabo gracias a la implicación del sistema nervioso, los órganos de percepción, etc., los cuales permiten la asociación e interacción del infante con el objeto, gracias a que hay órganos que perciben los estímulos del medio ambiente (vista, oído, olfato, gusto, tacto) y hay lugares específicos en el sistema nervioso donde se puede ubicar la asociación de los afectos (hipotálamo e hipófisis), se podrá después establecer una organización y asociación cognitiva de los objetos, el individuo y el afecto que acompaña la interacción, lo cual será la base para que en una etapa posterior se de una diferenciación entre el sí mismo y el objeto.

La perspectiva de *adaptación* que tiene la teoría, se explica a partir de que dependiendo del nivel de organización de personalidad que tenga el individuo, éste se adaptará a situaciones excesivas, conflictivas, de peligro y/o de estrés. Esto se puede aclarar por los mecanismos de defensa empleados ante situaciones de extrema ansiedad, lo cual ya se explicó en el apartado de los síndromes y sobre todo en el de entrevista estructural. De hecho, para el autor es precisamente, el grado de adaptación un elemento importante para el diagnóstico.

5) Observando los modelos conceptuales

Este punto se refiere al tipo de aproximación que tiene la teoría, es decir, los elementos que utiliza para la explicación de los hechos empíricos. En general, para las Teorías de la personalidad hay principalmente tres modelos y son:

- 1) Modelo Psicodinámico
- 2) Modelo Fenomenológico
- 3) Modelo Conductual

En relación a que el presente trabajo se basa principalmente en propuestas enfocadas desde la perspectiva psicodinámica, solo se explicará el modelo psicodinámico.

MODELO PSICODINAMICO

Este modelo se basa en el supuesto de que existen fuerzas internas o instintos que son de naturaleza biológica, los cuales son la motivación de la conducta. Para este modelo existe una fuente, una fuerza, un objeto y una finalidad de esas fuerzas internas. Además las teorías de la personalidad que "encuadran" en este modelo, poseen características particulares. Algunas de estas características son:

- + Afirman que la conducta humana se determina por lo intrapsíquico, lo interno.

+ Este modelo establece que el crecimiento ocurre a través de la resolución y avance de conflictos, ya que existen períodos o estadios críticos durante el desarrollo a los cuales, el sujeto tiene que adaptarse y es por medio de la internalización de las experiencias que el sujeto va formando su propia personalidad.

+ Plantea que hay un determinismo, consistente en la afirmación de que los factores intrapsíquicos son los subyacentes de la conducta patológica o no patológica.

+ Establece que los orígenes de la conducta patológica ocurren en etapas tempranas de la vida, o sea en la infancia.

+ Percibe al establecimiento y manifestación de los síntomas como una forma de adaptación, pero ésta no es total, como en una conducta saludable, sino que es una adaptación parcial o sustituta, que otorga al individuo gratificaciones incompletas, pero que le permiten un equilibrio.

+ En la evaluación y tratamiento, utiliza elementos que tienen alguna relación con lo intrapsíquico. Por ejemplo: El material inconsciente que es evaluado por las técnicas proyectivas, las cuales se fundamentan en que existen elementos intrapsíquicos que el individuo proyectará en la resolución de las mismas.

+ Este modelo, debido a sus características de determinismo y al énfasis que pone en la infancia, enfatiza su interés en los elementos inconscientes, y en el pasado, nombrado por algunos autores como el "allá y el entonces".

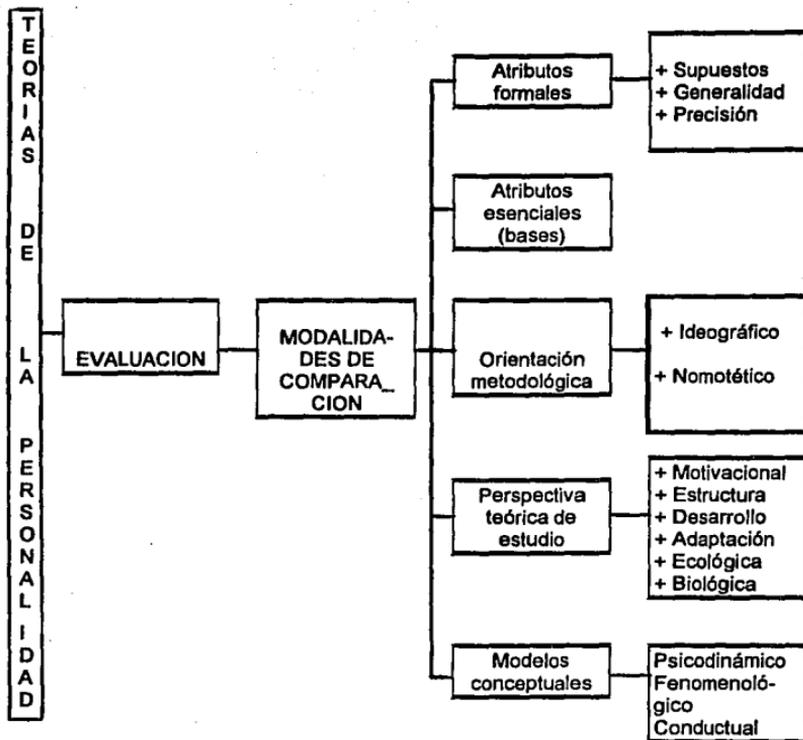
+ En este enfoque es fundamental la neutralidad del terapeuta, éste es que el terapeuta no participe activamente en las sesiones, ya que ello permitirá que el sujeto desarrolle una neurosis de transferencia, la cual es indispensable para el tratamiento, puesto que facilita que el paciente presente regresiones a antiguas relaciones (infancia)

Al analizar el modelo conceptual, creo que después de lo expuesto a lo largo del trabajo, se facilita la ubicación de la teoría dentro del modelo psicodinámico, ya que los *elementos* que emplea para la explicación de los hechos empíricos, pertenecen a éste rubro; ya en el capítulo 1 cuando se habló sobre la ubicación teórica del autor, se explicaron las razones para clasificar la teoría en el modelo psicodinámico.

Recordemos que hace énfasis en lo *intrapsíquico*, en el *determinismo* de éstos factores intrapsíquicos como prescriptores de la conducta; en la *infancia* como originaria de la conducta patológica; en la *aparición de síntomas* como una forma de adaptación del individuo, desarrollando ampliamente lo relativo a las relaciones objetales.

También durante la *evaluación y tratamiento* del individuo, resalta el material inconsciente y emplea la necesidad de neutralidad del terapeuta, sin embargo, como ya se explicó en el apartado de tratamiento en el capítulo tres, hay características particulares de los síndromes que hacen que en ocasiones se abandone la *neutralidad terapéutica*, pero siempre intentando regresar a ella cuando sea posible.

A continuación se presentará un esquema de las modalidades explicadas para evaluar una teoría de la personalidad.



ESQUEMA DE LAS FORMAS DE EVALUAR UNA TEORIA DE LA PERSONALIDAD

A continuación se presentará de una forma sistemática sus aportaciones teóricas, técnicas y de investigación.

4.2. Evaluación teórica y técnica

APORTACIONES TEORICAS

Principalmente, Kernberg hace algunas aportaciones conceptuales a la teoría Psicoanalítica, sobre todo en lo referente a la internalización del objeto, ya que realiza todo un planteamiento sobre los niveles de ésta, además establece las características de cada uno de ellos, situación que no había sido explicitado por otros autores, además es muy interesante el enfoque que le da al proceso de internalización, ya que para que éste pueda llevarse a cabo, Kernberg propone que es necesario que el infante posea un nivel de maduración en el sistema nervioso adecuado para permitir, de primera instancia la diferenciación del sujeto con el objeto y posteriormente la imagen objetual interna, es decir, la constancia objetual, fundamental para cualquier relación objetual. En ésta internalización, debemos recordar que enfatiza sobre el aprendizaje de rol social

Como se puede observar, Kernberg desarrolla sus planteamientos desde sus conocimientos interdisciplinarios, ya que emplea conceptos de la medicina (anatomía y fisiología del sistema nervioso), sobre la psicología y la psicodinamia (proceso de separación-individuación, estructuras psíquicas, relación objetual, entre otros) y sobre la socialización y la importancia del medio ambiente en el desarrollo del individuo.

Otra de sus aportaciones conceptuales es la referente al término relación objetual, puesto que para el autor, la relación que se establece entre el individuo y los demás (en un inicio, con la madre), tiene que ver con la internalización de las primeras relaciones y el o los mecanismos de defensa empleados, son los que equilibrarán la estructura tripartita de una forma dinámica, para el autor, el tipo de interacción establecida, así como el componente afectivo que acompaña a la relación, son los determinantes de las características de la relación objetual, la cual, como ya se ha mencionado, es fundamental para el diagnóstico.

Asimismo, es Kernberg quien emplea y basa sus postulados en dicho concepto, y de hecho es justamente la relación objetual (sus características y/o vicisitudes) lo que permiten al autor dar sustento a sus propuestas, sobre todo en lo referente a la teoría del desarrollo, al diagnóstico, tratamiento y pronóstico, lo cual se explicó ampliamente en los capítulos dos y tres de ésta investigación.

También enfatiza la importancia del mundo externo y el mundo interno, entendido el primero como todo aquello que se encuentra "fuera" del individuo y por el segundo, aquello que esté "dentro" del psiquismo del sujeto. Para explicar cómo se va formando el mundo interno del sujeto, Kernberg habla de la INTERNALIZACIÓN, la cual permite que mediante procesos como la introyección, la identificación y la identidad del yo (los cuales están jerarquizados, siendo el primero el correspondiente al proceso más primitivo) se capture lo que ocurre en el mundo externo y con base en afecto que acompañe a esta captura (interacción sujeto-objeto), el individuo podrá formar imágenes propias de lo que ocurre, éstas imágenes poco a poco se irán combinando con las ulteriores y así se formará la complejidad del mundo interno.

Asimismo aporta a la entidad de pacientes fronterizos la posibilidad de estudiarlos y entenderlos desde otra perspectiva, desde las relaciones objetales; puesto que tal como se explicó en el capítulo dos en el apartado de Desórdenes fronterizos (2.2.1.), antes de Kernberg solo había algunos intentos de organizar algo específico para este tipo de pacientes y es precisamente este autor quien conjunta las aportaciones e investigaciones previas y logra describir peculiaridades que identifican al paciente fronterizo, es decir, proporciona herramientas para un diagnóstico más preciso, ya que al dar características de lo que es y lo que no es el síndrome fronterizo, aporta claridad al terapeuta para un diagnóstico más certero.

También subraya que de acuerdo a los cuatro componentes del diagnóstico: Relaciones objetales, desarrollo de los instintos, mecanismos de defensa y el desarrollo del super yó; existen tres niveles de la organización de la patología del carácter, los cuales ya se explicaron con detenimiento en el apartado sobre aportaciones al diagnóstico clínico (3.1.). Estos niveles son:

1) Nivel superior, en el cual se encuentran los pacientes neuróticos como los caracteres histéricos, obsesivo-compulsivos y los depresivo-masoquistas.

2) Nivel intermedio, al cual, corresponden la mayoría de las personalidades conocidas como pasivo-agresivas, las sado-masoquistas, las infantiles, las narcisistas y aquellos individuos con una desviación sexual, pero que son capaces de mantener relaciones objetales estables.

3) Nivel inferior, en el cual se ubican principalmente las personalidades que son diagnosticadas como fronterizas, en las cuales hay una patología severa en relación a las relaciones objetales establecidas.

Por otro lado, dentro de la teoría del desarrollo que propone, aporta la funcionalidad de dividir a éste en etapas claramente delimitadas y con características de cada una de ellas, proporcionando un panorama de lo que se espera en un desarrollo normal y lo que podría ocurrir si existe alguna vicisitud o fijación en el mismo; además, cabe señalar que éste se considera como una aportación ya que, a pesar de que el autor se basa en algunos teóricos como Margaret Mahler, Edith Jabobson y otros, la división que hace de las etapas es muy personal y sobre todo permite la explicación del comportamiento de algunas patologías, sobre todo la del paciente fronterizo.

APORTACIONES TECNICAS

En cuanto a las aportaciones técnicas de Otto Kernberg, debemos considerar las referentes al diagnóstico y tratamiento de los pacientes fronterizos, ya que como se señaló en el apartado anterior, al establecer la entidad del paciente fronterizo, el autor clarifica cómo fueron vividas en estos pacientes las etapas del desarrollo, lo que nos lleva a entender cómo son particularmente sus relaciones objetales, sus mecanismos defensivos, su desarrollo de estructuras psíquicas y de sus instintos. Con esto, el autor

hace una propuesta específica de *diagnóstico* para este tipo de pacientes: la entrevista estructural, aquí enfatiza que en cada paciente es necesario realizar una evaluación en relación a la difusión de la identidad, la conservación del principio de realidad y el deterioro o no de las funciones mentales superiores (percepción, atención, memoria, aprendizaje, inteligencia, etc.), presupone que en cualquier entrevista de diagnóstico deben considerarse estos elementos. Sobre todo, con la propuesta de entrevista circular (anexo 1 y capítulo 3), el terapeuta tiene la posibilidad de "ir y venir" en relación a lo que vaya surgiendo durante la entrevista, situación que no puede observarse claramente en la entrevista psiquiátrica lineal tradicional. Y por la circularidad de la entrevista y la forma de preguntar, establece un ambiente donde se genera cierta ansiedad, ya que al formular una serie de preguntas, permite valorar la capacidad intelectual, la percepción, la memoria, la atención y concentración; pero también genera ansiedad, ya que el tener que contestar varias preguntas, no olvidarlas y mantener estas funciones mentales, puede desestructurar al paciente, lo que nos llevaría a un diagnóstico diferente, ya que si recordamos, la capacidad del individuo para adaptarse a situaciones estresantes permite tener elementos para un diagnóstico más preciso. Este tipo de valoración, en relación también a las relaciones objetales no se había tomado en cuenta con anterioridad por otros autores.

Además enfatiza que el entrevistador debe poner principal atención en el tipo de relación que el paciente establezca con él, ya que esto indicará la primera expresión del tipo de relación objetal que establece frecuentemente el paciente, lo cual es de gran utilidad en el diagnóstico.

Otra aportación relevante es la referente al tratamiento de los pacientes fronterizos, en este aspecto, principalmente son dos las propuestas que enriquecen el trabajo con los pacientes fronterizos: la psicoterapia de expresión, ya que Kernberg realiza una fusión de la Psicoterapia de apoyo y la Psicoterapia psicoanalítica, logrando crear un tipo de intervención que se adapta a las propiedades del paciente fronterizo, ya que por un lado permite la reestructuración de las etapas en las que hay fijación, por medio de la relación paciente-terapeuta y por otro da el sostén afectivo adecuado al paciente (situación que este tipo de pacientes no tuvieron adecuadamente durante los primeros años de vida).

Por otro lado, sus propuestas sobre el tratamiento hospitalario, también dan una buena opción de intervención terapéutica para los pacientes fronterizos que debido a su potencial para dañarse a sí mismos o a los demás, requieren hospitalización. El autor retoma los postulados psiquiátricos y los comunitarios para hacer una conjunción de los mismos y realizar una propuesta específica, donde el principal interés es que el paciente tome conciencia sobre su problema (sobre todo del mecanismo de escisión que emplea constantemente) y tenga la posibilidad de reestructurar sus relaciones objetales, con la ayuda de todo el personal que colabora en el hospital, ya que para el autor es de gran importancia el tipo de relación que el paciente establece con cada uno de los sujetos que integran el hospital.

Como se observa, Kernberg es un autor muy consistente con sus planteamientos, ya que en todos los aspectos, enfatiza en las características de las relaciones objetales. Además su interés teórico sobre la comunidad terapéutica hace que reuna conceptos de enfoques diferentes, como lo es el psicoanálisis, la psiquiatría y el trabajo comunitario, donde al incluir al tratamiento a todo el personal de un hospital recrea un microambiente social, en el cual el paciente debe funcionar, y la utilidad de éste es que hay un tratamiento y una rehabilitación en un lugar muy semejante (desde el punto de vista de la interacción interpersonal) a la realidad.

Como se puede observar, en sus propuestas, el autor enfatiza en las relaciones objetales y en que éstas deben incluirse forzosamente en el tratamiento del paciente fronterizo, situación que no es retomada por otros autores, por lo que la riqueza de éste estriba en su trabajo del paciente fronterizo desde sus relaciones objetales principalmente, pero también en relación a sus estructuras internas.

APORTACIONES DE INVESTIGACIÓN

En relación al tipo de investigación que el autor ha generado con sus propuestas debe señalarse que se ha escrito sobre sus postulados y se han realizado investigaciones tendientes a profundizar sobre la utilidad de los mismos.

En cuanto al diagnóstico, hay estudios como el de Crespo(1992), que enfatiza en la utilidad de las propuestas de Kernberg para establecer un diagnóstico diferencial entre los psicóticos y los pacientes fronterizos, situación que es de gran ayuda, puesto que en ocasiones resulta difícil de definir las diferencias claras entre el paciente limítrofe y el psicótico y Kernberg con base en sus cuatro elementos fundamentales para el diagnóstico, brinda elementos para ello, generando inquietud para investigaciones posteriores, las cuales complementan lo explicado y analizado por el autor. Investigaciones como la de Cohen(1991), hacen hincapié entre la diferencia de las características de niños con padecimiento fronterizo, narcisista y niños sin patología, éste intenta llevar a la práctica los postulados de Kernberg a la población infantil, encontrando que generalmente poseen las mismas características de los pacientes adultos, pero con algunas variaciones, lo cual es de gran utilidad para la gente que trabaja con pacientes infantiles, ya que teniendo ideas más claras y específicas de las singularidades de los pequeños, se consigue una mejor atención terapéutica.

Por otro lado, en cuanto al tratamiento, también se han generado algunas investigaciones, como las de Karterhud(1992) y la de Kennedy(1991), sobre el tratamiento hospitalario propuesto por Kernberg, ambos proponen algunas alternativas sobre la hospitalización parcial y sobre todo, enfatizan el beneficio del tratamiento en los pacientes fronterizos; con esto, observamos que la mayoría de las veces el tratamiento hospitalario, retomado desde el punto de vista de Kernberg, genera inquietud, ya que como se ha explicado, es una forma diferente de comprender al paciente fronterizo y sobretodo, un acercamiento más real al mismo, desde un enfoque

mas psicológico,mas de relación objetal y no tan psiquiátrico o biológico. En este tipo de investigaciones se observa el beneficio, en relación a que lo que se busca es mejorar tanto las relaciones objetales del paciente, como su estructura intrapsíquica, es decir dar recursos al paciente.

Autores como Meissner(1983) hacen todo un recorrido sobre las características de la transferencia y la contratransferencia en los pacientes fronterizos. Buyer(1987) emplea los conceptos generales que establecen Kernberg y otros autores sobre el tratamiento de los pacientes fronterizos. Finalmente, señalaremos a Reich-James(1984) realiza un analisis sobre la entrevista estructural como método diagnóstico, el dice que en ocasiones no es útil dicha entrevista, sin embargo, reconoce que es un avance dentro del diagnóstico de los pacientes fronterizos.

Cabe señalar que en este apartado, solo se han señalado algunas de las múltiples investigaciones generadas por el autor, pero que se ha decidido mencionar aquellas en las que de una u otra forma, abordan los temas clasificados (de forma explicativa)en esta breve investigación.

También se debe señalar la riqueza e importancia del autor, en relación a que puede generar investigación interdisciplinaria, la cual en la actualidad no tiene mucho auge, pero que podemos considerar como un campo que se abre a la investigación, ya que como se recordará, los planteamientos de este autor, abarcan a varias disciplinas, como lo son la psicología, psiquiatría, neurología, trabajo social, enfermería, etc.. Si las propuestas de Kernberg se retoman desde un punto de vista diferente, ampliaríamos su campo de investigación y a su vez daríamos explicación a algunas dudas que de ellas nos queden, como por ejemplo, si el trabajo comunitario puede desarrollarse mas ampliamente desde la perspectiva del autor.

Como se observa, hay varias investigaciones en relación al autor, que toman en cuenta sus aportaciones teóricas y técnicas, creando así nuevas opciones para los pacientes fronterizos.

Con ésto terminamos la evaluación de la utilidad de las propuestas de Kernberg; en el siguiente capítulo se analizarán y discutirán los resultados, así como la conclusión a la que se llega de la investigación.

CAPITULO 5
DISCUSION Y CONCLUSIONES

CAPITULO 5

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Después de realizar una descripción y análisis de las sugerencias teóricas y técnicas de Otto Kernberg, así como la trascendencia que éstas han tenido, se observa lo siguiente:

1. Las propuestas de Otto Kernberg se consideran útiles en la actualidad, en relación a que proporcionan elementos para la explicación de un gran número de casos, que en el presente, ayudan al psicólogo clínico; sobretudo si observamos que las aportaciones realizadas sobre el paciente fronterizo asisten al trabajador de la Salud Mental a realizar un diagnóstico más preciso, puesto que al establecer las características claras del síndrome y asimismo proporcionar singularidades del mismo, que podrían confundirse con algún otro padecimiento, suministra herramientas para realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

También en relación al diagnóstico y evaluación, sus aportaciones sobre la entrevista estructural son de gran importancia, ya que facilitan al entrevistador diagnosticar adecuadamente, al brindar elementos nuevos (no empleados antes por otros autores, sobretudo en el orden propuesto por Kernberg) para observar en el paciente mecanismos de defensa, grado de integración de las estructuras intrapsíquicas (yo, ello y super yó), capacidad o no capacidad de adaptación ante situaciones de extrema ansiedad, así como los procesos mentales: percepción, memoria, aprendizaje, capacidad cognitiva, etc.; y sobre todo, dar elementos para identificar la difusión o no difusión de identidad. Cuando un entrevistador es capaz de tener claras estas peculiaridades del paciente, ubicarlo dentro de un cuadro nosológico, resulta más fácil; y Kernberg tiene la capacidad de transmitir su propuesta de una forma clara y esquemática, recordemos lo expuesto en el capítulo tres sobre la entrevista estructural como método diagnóstico se explica con detenimiento.

2. Otro punto en el que es conveniente hacer un alto para analizarlo, es en relación al tratamiento, Kernberg propone modelos de intervención con base en las singularidades de los síndromes, lo que hace que la intervención terapéutica sea más específica; como ya se explicó en el capítulo anterior, la psicoterapia de expresión y el tratamiento hospitalario, propuestos por el autor, son modelos que fueron creados específicamente para las características de los pacientes límites, donde en ambos casos no se olvida al individuo con sus características propias (relaciones objetales, impulsos, estructuras psíquicas, etc.), ni a la relación que el individuo establece con los demás, lo cual es utilizado por el autor para la intervención y rehabilitación del paciente.

Las consideraciones sobre la transferencia y la contratransferencia indican claramente lo que para Kernberg es fundamental en relación al desarrollo psicológico de éstos pacientes, es decir, lo que toman en cuanto a las condiciones que pudieron favorecer la manifestación del síndrome (maternaje en la infancia) y realiza hipótesis (en relación a sus propuestas del desarrollo) sobre las posibles vicisitudes que pudieron darse en este momento de la vida; y es esto precisamente lo que lleva al autor a proponer qué es lo que este tipo de pacientes requieren (terapéuticamente hablando),

para su rehabilitación y mejoramiento; en su libro *"Psicoterapia psicodinámica del paciente fronterizo"* (1995), explica esto en forma de manual de intervención, lo que da al lector elementos claves para el trabajo terapéutico.

3. En relación al pronóstico, Kernberg en sus escritos hace énfasis en que, dependiendo de las características específicas del paciente se podrá predecir el pronóstico, sobre todo hace referencia a que se revisen con detenimiento los cuatro puntos fundamentales del diagnóstico: Nivel de desarrollo de los instintos, del super yó, de los mecanismos de defensa y las relaciones objetales. Asimismo, enfatiza en que el pronóstico se establecerá en base a la fineza del diagnóstico: análisis estructural y genético, (explicados en el apartado de aportaciones a la intervención terapéutica-Pronóstico). Cabe señalar que en este sentido, la mayor aportación es la referente a la utilización del análisis estructural y genético, para lo cual Kernberg(1990), brinda puntos específicos a evaluar.

El contar con elementos claros para considerar al establecer el pronóstico, proporciona al psicólogo clínico, herramientas para un mejor manejo terapéutico, ya que éste determina las condiciones del tratamiento, puesto que describe cuáles son los recursos con los que cuenta el paciente.

4. Se observa también que el autor realiza sus estudios principalmente en relación al paciente fronterizo y a pesar de que en su libro *"Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico"* (1990), dedica gran parte del mismo al paciente narcisista, en general, a lo largo de todos los escritos revisados en esta investigación, no se encontró tanta investigación al respecto. Razón por la cual, es probable que Kernberg no haya generado investigación sobre este tema, solo se encontró a Kantor (1992), quien constantemente emplea los conceptos de Kernberg para la definición del síndrome del paciente fronterizo, su tratamiento y su pronóstico, además en algunos capítulos de su libro, enfatiza en las relaciones objetales de este tipo de pacientes, haciendo referencia de las aportaciones de Kernberg al respecto.

Como se observa, son amplias las **aportaciones** que hace el autor al campo de la psicología clínica; y si recordamos que ésta es una rama de la Psicología que utiliza elementos de la investigación para la evaluación de la conducta humana y los conflictos internos y la actitud del psicólogo clínico debe ser el esfuerzo o interés de comprender, intervenir, ayudar atender e investigar a las personas; podemos afirmar que Kernberg brinda elementos adecuados al psicólogo clínico actual que le ayuden en su función profesional.

Aunque Kernberg no lo menciona, es importante considerar que pueden **sugerirse** a partir de sus planteamientos teóricos y técnicos; aspectos relacionados con la **prevención**, si se considera que prevenir se refiere a orientar e intervenir antes de que se establezca la patología y además se recuerda que hay tres tipos de prevención:

a) **Prevención primaria**, donde se educa a la población, promoviendo la salud, es decir se evita la incidencia o casos nuevos de un padecimiento.

b) Prevención secundaria, donde el objetivo es detectar oportunamente, realizar un diagnóstico precoz, o sea reducir la prevalencia (casos presentes) y sobretodo evitar llegar a cuadros irreversibles o graves.

c) Prevención terciaria, donde lo que se busca es reducir las secuelas que haya dejado el problema, es decir, se refiere a la rehabilitación del paciente.

Con ésto podemos deducir que las propuestas del autor pueden ayudar a establecer programas de prevención, sobre todo, dentro del trabajo comunitario. Para empezar, me gustaría explicar a lo que me refiero con trabajo comunitario.

Históricamente, el trabajo comunitario en el ámbito de la salud mental ha surgido al observar que se puede intervenir con número amplio de participantes de la comunidad, con el objetivo de educar a la población sobre, cómo se puede prevenir alguna patología y/o detectar oportunamente algún trastorno mental, con el fin de atenderlo en un momento adecuado, puesto que generalmente se demanda una asistencia médica tardía; con ésto, hacemos referencia en la prevención primaria y secundaria.

Se considera importante que pueda crearse un programa comunitario completo; teniendo como objetivo principal el promover la salud mental, a través de la información y orientación a la población, con base en las etapas de desarrollo propuestas por Kernberg, así como enfatizando en la importancia de la presencia e interacción de una madre lo suficientemente sensible para proporcionar al infante los elementos adecuados para una buena internalización de la imagen del objeto, de sí mismo y de la relación establecida entre ambos. Con ésto se promovería la participación consciente y organizada de la población en lo referente a la salud mental y al trabajar con la comunidad en general, hablamos de que la información llega a cualquier persona, o dicho en otras palabras, la información llega a cualquier potencial de ser paciente o bien, a cualquier potencial de familiar del mismo; lo que tiene grandes ventajas, ya que si recordamos, Kernberg enfatiza que las relaciones objetales que establece el paciente (calidad o vicisitudes) son fundamentales para la prevención y atención temprana.

La población a la que pudiera dirigirse esta propuesta serían de primera instancia a los padres de familia, los cuales, son los elementos básicos en esta internalización de imágenes de sí mismo y objetales, ya que si recordamos, es la madre y el padre quienes ayudan al infante a que el proceso de internalización pueda llevarse a cabo adecuadamente y el cómo se relacione con estas figuras importantes, determinará en gran medida su conducta posterior.

Sin embargo, cabe señalar que éste programa puede ser motivo de otra investigación ya que el objetivo de ésta no es el programa en sí, sino el análisis de las aportaciones teóricas y técnicas del autor a la psicología clínica, por lo que se exhorta a investigaciones posteriores al respecto.

Es importante señalar que desde el punto de vista explicado a lo largo de la investigación, el autor no solo realiza *aportaciones* a la psicología clínica, sino que sus estudios también aportan algo a *otras disciplinas* como la psiquiatría, la enfermería o el trabajo social psiquiátrico, puesto que todos sus planteamientos están basados en situaciones que no olvidan la parte médica (como ya se explicó anteriormente) y sobre todo, da elementos nuevos para la enfermería y el trabajo social, ya que si recordamos,

sus propuestas sobre el tratamiento hospitalario, explicado en el capítulo tres, incluye a éstas disciplinas dentro del trabajo de rehabilitación del paciente y por ende, las incorpora en un campo diferente de intervención; En el campo de las Relaciones Objetales, donde la relación que el paciente establece con cada una de ellas (las personas del hospital), hablará del tipo y calidad de relación objetal, lo cual, como ya se ha mencionado a lo largo de todo este trabajo, es fundamental para el diagnóstico y psicoterapia de los pacientes fronterizo, asimismo, reflejará los recursos que posee el paciente para enfrentar la misma.

También es importante señalar que dentro de la investigación hubo algunas **limitaciones**, sobre todo en lo referente al idioma, ya que la mayoría de los escritos de Kernberg están en alemán, por lo que no fue posible revisar todos los escritos del autor. Otra limitación fue la disponibilidad del material, ya que los artículos sobre investigaciones del autor y de sus seguidores no se encontraban en las bibliotecas cercanas y no hubo tiempo necesario para solicitarlas al extranjero. Por estas razones es importante sugerir un estudio posterior que trate de librar estas limitaciones.

Con base en lo expuesto a lo largo de la investigación, podemos **concluir** que Otto Kernberg es un autor contemporáneo que brinda opciones para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes fronterizos, lo cual es de gran utilidad para el profesional de la salud mental, con esto me refiero no solo al psicólogo clínico, sino también a los psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales psiquiátricos y sobre todo enfatiza que el trabajo interdisciplinario enriquece cualquier intervención terapéutica.

Además, si recordamos que el paciente fronterizo, con las características diagnósticas que menciona Kernberg, en la actualidad es un paciente común en la consulta, y que lo podemos identificar con facilidad; las propuestas del autor, brindan más herramientas para su tratamiento. Se enfatiza que de acuerdo a los criterios de Kernberg, ya que quizá desde otra teoría, esto puede resultar contradictorio o bien, no aplicable, pero desde la perspectiva del autor, para el terapeuta actual le es de gran utilidad emplear sus consideraciones.

También es importante señalar que para aquellos que de una u otra manera se encuentran identificados con la corriente psicoanalítica, la lectura que les brinda Otto Kernberg, les permite vislumbrar al paciente fronterizo sin separarse de ella, y permitiéndose entrar por el mundo del paciente limítrofe desde esta perspectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Michaca Acevedo Pedro, (1977), "Derivados estructurales de las Relaciones de Objeto", Tesis de Doctorado, México, Universidad Iberoamericana.
2. Atta Abrahao Leia, (1985), "Los sueños infantiles: Un posible indicador de tempranas alteraciones en las relaciones objetales madre-hijo", Tesis de Licenciatura, México, Iberoamericana.
3. Kernberg Otto, (1977), "La Teoría de las Relaciones Objetales y el psicoanálisis clínico", Buenos Aires, Paidós, 235pp.
4. Fenichel Otto, (1994), "La Teoría Psicoanalítica de las Neurosis", México, Paidós, 814 pp.
5. Kernberg Otto, (1987), "Trastornos graves de la Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas", México, Manual Moderno, 349pp.
6. Kernberg Otto, (1990), "Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico", Buenos Aires, Paidós, 312pp.
7. Papalia Diane, (1990), "Desarrollo Humano", México, Mc Graw Hill, 753pp.
8. Crespo Luis (1992) "Ser psicótico, estar psicótico. Diagnóstico Diferencial" Journal Clínical, Vol 14 (1), p.31-48
9. Barreto Rivero Carlos, (1985), "Interrelación de la conducta acertiva y las relaciones de objeto", Tesis de doctorado, México, UNAM.
10. Escamilla Leticia, (1989), "Rasgos de personalidad y calidad de vínculos en madres con neurodermatitis atópica: Una aproximación a esta relación objetiva", Tesis de Licenciatura, México, UNAM.
11. Ortiz Cruz Vilma, (1988), "Una aproximación al estudio de separación y divorcio, partiendo de las Relaciones Objetales con la conducta acertiva", Tesis de Licenciatura, México, UNAM.
12. Noguera, (1988), "Estudio comparativo de relaciones objetales en un grupo de seminaristas y estudiantes de psicología", Tesis de Licenciatura, México, UNAM.
13. Rodríguez Saldaña, (1976), "Las relaciones objetales: Dos métodos para evaluarlas", Tesis de Licenciatura, México, UNAM.
14. Aguniaga Trejo, (1991), "Estudio comparativo de las relaciones objetales en pacientes con migraña y cefalea tensional", Tesis de Licenciatura, México, UNAM.

15. Angola Rossi, (1991), "Las relaciones objetales y la relación de pareja", Tesis de Doctorado, México, UNAM.
16. Cansino Ortiz Carmen, (1990), "El determinismo en la modalidad de representación de Relaciones Objetales", Tesis de Doctorado, México, UNAM.
17. Cueli García José, (1975), "Teorías de la Personalidad" México, Trillas.
18. Spitz René, (1992), "Primer año de vida", México, Fondo de Cultura Económica, 294pp.
19. Mahler Margaret, (1975), "El nacimiento psicológico del infante humano: Simbiosis e individuación", Buenos Aires, MaryMar.
20. Murguía Camara Irma, (1991), "Los aspectos narcisistas de la personalidad del paciente y su repercusión en el tratamiento psicoanalítico", Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana.
21. Jiménez Arrieta Marianne, (1987), "Perspectiva psicodinámica sobre el adolescente fronterizo: El fracaso en el proceso de separación-individuación", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Iberoamericana.
22. De la Garza Goveia Enriqueta Concepción, (1986), "Organización borderline de la personalidad: Algunas consideraciones para el diagnóstico y tratamiento", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Iberoamericana.
23. Katerud Sigmund (1992), "Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders", Journal of nervous and mental disease, Vol.180, p.236-243.
24. Díaz Covarrubias Hilda, (1978), "Funciones del yo en esquizofrénicos, neuróticos y normales", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Iberoamericana.
25. White Robert, (1973), "El yo y la realidad en la Teoría psicoanalítica: Una propuesta de las energías independientes del yo", Buenos Aires, Paidós, 197pp.
26. Michaca Acevedo Pedro, (1987), "Desarrollo de la Personalidad: Teoría de las Relaciones Objetales", México, Pax, 161pp.
27. Spitz René, (1985), "Una teoría genética de campo sobre la formación del yo y sus implicaciones en psicopatología", México, Fondo de Cultura Económica.
28. Hartmann Heinz, (1962), "La psicología del yo y el problema de la adaptación", México, Pax, 162pp.
29. Hamann Heinz, (1969), "Ensayos sobre la Psicología del yo", México, Fondo de Cultura Económica.

30. Freud Anna, (1979), "El yo y sus mecanismos de defensa", Buenos Aires, Paidós.
31. Freud Sigmund, (1973), "Introducción al narcisismo y otros ensayos", Madrid, Alianza, 160pp.
32. Segal Hanna, (1985), "Introducción a la Obra de Melanie Klein", México, Paidós.
33. Balk Sandoval, (1989), "El concepto del yo y la autoestima del homosexual masculino", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Anahuac.
34. Cazares Hernández Laura, (1987), "Técnicas actuales de Investigación documental", México, Trillas, 189pp.
35. Kantor Martin, (1992), "Diagnosis and treatment of de Personality Disorders", Estados Unidos, Ishiyaky Euroamerica, Inc., 323pp.
36. Fiscalini John, (1993), "Narcissism and the interpersonal self", Estados Unidos, Columbia University Press.
37. Laplanche y Pontalis, (1983), "Diccionario de Psicoanálisis", Barcelona, Labor.
38. Estrada Lauro, (1991), "La Teoría de las relaciones de objeto: del individuo a la familia", México, Hispánicas, 220pp.
39. Bleidmar Hugo, (1983) "El narcisismo: Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente", Argentina, Nueva Visión, 176 pp.
40. Venegas Felix Ma. de los Angeles, (1987), "Homosexualidad masculina y tipos de relaciones de objeto", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Intercontinental.
41. Fernández de la Parra y Torres Septién Adriana, (1987), "Rasgos de personalidad narcisista y conducta agresiva: Estudio comparativo entre adolescentes delincuentes y no delincuentes", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Intercontinental.
42. Kernberg Otto (1987), "An ego Psychology-Object Relations Theory Approach to the transference", Psychoanalytic Quarterly, Vol. LVI, p. 197-221.
43. Kernberg Otto (1993) "Convergences and divergences in contemporary Psychoanalytic Technique", International Journal Psychoanalytic, Vol.74. p. 659-673.
44. Kernberg Otto (1988), "Object relations theory in clinical practice", Psychoanalytic Quarterly, Vol.LVII, p. 481-505.
45. Erikson Erik, (1987), "Ciclo vital completado", México, Paidós
46. Guntrip, (1973), "El self en la Teoría y Terapia Psicoanalíticas", Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

47. Jacobson Edith, (1964) "The self and the object world", New York, International Universities Press.
48. Kernberg Otto (1979), "Desarrollo normal y patológico", New York, Jasson Aronson.
49. Valenzuela Cota Asunción (1992), "Teorías de la Personalidad, Conferencia en clase, México, UNAM.
50. Deutch Helen (1942), "Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia", Psychoanalytic Quarterly, Vol.II, P.301-321.
51. Wolberg A. (1952), "The borderline patient", American Journal of Psychotherapy, Vol.6, p.692.
52. Graenon Ralph, (1991), "Técnica y práctica del psicoanálisis", México, Siglo XXI, 421pp.
53. Kernberg Otto, (1995), "Psicoterapia psicodinámica del paciente límite", México, Planeta, 237pp.
54. Cohen Yecheskel (1991), "Grandiosity in children with narcissistic and borderline disorders: A comparative analysis", Psychoanalytic study of the child, Vol. 46, p. 307-324.
55. Kennedy Lawrence (1991), "Treatment of the borderline patient in partial hospitalization. Special issue: Partial hospitalization", Menninger Memorial Hospital, Vol.22, p.59-67.
56. Reich James (1984), "The structural interview method for diagnosing borderline disorders", Psychiatric Quarterly, Vol.56, p.229-235.
57. Buyer (1987), "Psychoanalytic treatment of th borderline disorders today", Symposium of the Americas, Guadalajara, México, 1986.
58. Meissner W.(1983), "Notes on countertransference in borderline conditions", International Journal of Psychoanalytic-Psychotherapy, Vol. 9, p.89-124.

BIBLIOGRAFIA

Aguniaga Trejo, (1991), "Estudio comparativo de las relaciones objetales en pacientes con migraña y cefalea tensional", Tesis de Licenciatura, México, UNAM.

Angola Rossi, (1991), "Las relaciones objetales y la relación de pareja", Tesis de Doctorado, México, UNAM.

Atta Abrahamo Leia, (1985), "Los sueños infantiles: Un posible indicador de tempranas alteraciones en las relaciones objetales madre-hijo", Tesis de Licenciatura, México, Iberoamericana.

Balk Sandoval, (1989), "El concepto del yo y la autoestima del homosexual masculino", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Anahuac.

Barreto Rivero Carlos, (1985), "Interrelación de la conducta acertiva y las relaciones de objeto", Tesis de doctorado, México, UNAM.

Bleidmar Hugo, (1983) "El narcisismo: Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente", Argentina, Nueva Visión, 176 pp.

Buyer (1987), "Psychoanalytic treatment of th borderline disorders today", Symposium of the Americas, Guadalajara, México, 1986.

Cansino Ortiz Carmen, (1990), "El determinismo en la modalidad de representación de Relaciones Objetales", Tesis de Doctorado, México, UNAM.

Cazares Hernández Laura, (1987), "Técnicas actuales de Investigación documental", México, Trillas, 189pp.

Cohen Yecheskel (1991), "Grandiosity in children with narcissistic and borderline disorders: A comparative analysis", Psychoanalytic study of the child, Vol. 46, p. 307-324.

Crespo Luis (1992) "Ser psicótico, estar psicótico. Diagnóstico Diferencial" Journal Clinical, Vol 14 (1), p.31-48

Cueli García José, (1975), "Teorías de la Personalidad" México, Trillas.

De la Garza Gavela Enriqueta Concepción, (1986), "Organización borderline de la personalidad: Algunas consideraciones para el diagnóstico y tratamiento", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Iberoamericana.

Deutch Helen (1942), "Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia", Psychoanalytic Quarterly, Vol.II, P.301-321.

Díaz Covarrubias Hilda, (1978), "Funciones del yo en esquizofrénicos, neuróticos y normales", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Iberoamericana.

Erikson Erik, (1987), "Ciclo vital completado", México, Paidós

Escamilla Leticia, (1989), "Rasgos de personalidad y calidad de vínculos en madres con neurodermatitis atópica: Una aproximación a esta relación objetal", Tesis de Licenciatura, México, UNAM.

Estrada Lauro, (1991), "La Teoría de las relaciones de objeto: del individuo a la familia", México, Hispánicas, 220pp.

Fenichel Otto, (1994), "La Teoría Psicoanalítica de las Neurosis", México, Paidós, 814 pp.

Fernández de la Parra y Torres Septién Adriana, (1987), "Rasgos de personalidad narcisista y conducta agresiva: Estudio comparativo entre adolescentes delincuentes y no delincuentes", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Intercontinental.

Fiscalini John, (1993), "Narcissism and the interpersonal self", Estados Unidos, Columbia University Press.

Freud Anna, (1979), "El yo y sus mecanismos de defensa", Buenos Aires, Paidós.

Freud Sigmund, (1973), "Introducción al narcisismo y otros ensayos", Madrid, Alianza, 160pp.

Greenson Ralph, (1991), "Técnica y práctica del psicoanálisis", México, Siglo XXI, 421pp.

Guntrip, (1973), "El self en la Teoría y Terapia Psicoanalíticas", Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

Harmann Heinz, (1969), "Ensayos sobre la Psicología del yo", México, Fondo de Cultura Económica.

Hartmann Heinz, (1962), "La psicología del yo y el problema de la adaptación", México, Pax, 162pp.

Jacobson Edith, (1964) "The self and the object world", New York, International Universities Press.

Jimenez Arrieta Marianne, (1987), "Perspectiva psicodinámica sobre el adolescente fronterizo: El fracaso en el proceso de separación -individuación", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Iberoamericana.

- Kantor Martin, (1992), "Diagnosis and treatment of de Personality Disorders", Estados Unidos, Ishiyaky Euroamerica, Inc., 323pp.
- Katerud Sigmund (1992), "Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders", Journal of nervous and mental disease, Vol. 180, p.236-243.
- Kennedy Lawrence (1991), "Treatment of the borderline patient in partial hospitalitation. Special issue: Partial hospitalization", Menninger Memorial Hospital, Vol.22, p.59-67.
- Kernberg Otto (1987), "An ego Psychology-Object Relations Theory Approach to the transference", Psychoanalytic Quarterly, Vol. LVI, p. 197-221.
- Kernberg Otto (1993) "Convergencias and divergences in contemporary Psychoanalytic Technique", International Journal Psychoanalytic, Vol.74. p. 659-673.
- Kernberg Otto (1979), "Desarrollo normal y patológico", New York, Jasson Aronson.
- Kernberg Otto, (1990), "Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico", Buenos Aires, Paidós, 312pp.
- Kernberg Otto, (1977), "La Teoría de las Relaciones Objetales y el psicoanálisis clínico", Buenos Aires, Paidós, 235pp.
- Kernberg Otto (1988), "Object relations theory in clinical practice", Psychoanalytic Quarterly, Vol.LVII, p. 481-505.
- Kernberg Otto, (1995), "Psicoterapia psicodinámica del paciente límite", México, Planeta, 237pp.
- Kernberg Otto, (1987), "Trastornos graves de la Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas", México, Manual Moderno, 349pp.
- Laplanche y Pontalis, (1983), "Diccionario de Psicoanálisis", Barcelona, Labor.
- Mahler Margaret, (1975), "El nacimiento psicológico del infante humano: Simbiosis e individuación", Buenos Aires, MaryMar.
- Meissner W.(1983), "Notes on countertransference in borderline conditions", International Journal of Psychoanalytic-Psychotherapy, Vol. 9, p.89-124.
- Michaca Acevedo Pedro, (1977), "Derivados estructurales de las Relaciones de Objeto", Tesis de Doctorado, México, Universidad Iberoamericana.
- Michaca Acevedo Pedro, (1987), "Desarrollo de la Personalidad: Teoría de las Relaciones Objetales", México, Pax, 161pp.

Murguía Camara Irma, (1991), "Los aspectos narcisistas de la personalidad del paciente y su repercusión en el tratamiento psicoanalítico", Tesina de Licenciatura, Universidad Iberoamericana.

Noguera, (1988), "Estudio comparativo de relaciones objetales en un grupo de seminaristas y estudiantes de psicología", Tesis de Licenciatura, México, UNAM.

Ortiz Cruz Vilma, (1988), "Una aproximación al estudio de separación y divorcio, partiendo de las Relaciones Objetales con la conducta acertiva", Tesis de Licenciatura, México, UNAM.

Papalia Diane, (1990), "Desarrollo Humano", México, Mc Graw Hill, 753pp.

Reich James (1984), "The structural interview method for diagnosing borderline disorders", Psychiatric Quarterly, Vol.56, p.229-235.

Rodriguez Saldaña, (1976), "Las relaciones objetales: Dos métodos para evaluarlas", Tesis de Licenciatura, México, UNAM.

Segal Hanna, (1985), "Introducción a la Obra de Melanie Klein", México, Paidós.

Spitz René. (1985), "Una teoría genética de campo sobre la formación del yo y sus implicaciones en psicopatología", México, Fondo de Cultura Económica.

Spitz René, (1992), "Primer año de vida", México, Fondo de Cultura Económica, 294pp.

Valenzuela Cota Asunción (1992), "Teorías de la Personalidad", Conferencia en clase, México, UNAM.

Venegas Félix Ma. de los Angeles, (1987), "Homosexualidad masculina y tipos de relaciones de objeto", Tesis de Licenciatura, México, Universidad Intercontinental.

White Robert, (1973), "El yo y la realidad en la Teoría psicoanalítica: Una propuesta de las energías independientes del yo", Buenos Aires, Paidós, 197pp.

Wolberg A., (1952), "The borderline patient", American Journal of Psychotherapy, Vol.6, p.692.