



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RASGOS DE PERSONALIDAD Y
SÍNTOMAS ESENCIALES EN UN GRUPO
DE PACIENTES HOSPITALIZADAS Y
DIAGNÓSTICADAS CON UN TRASTORNO
DE INESTABILIDAD EMOCIONAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
JUAN MANUEL GÁLVEZ NOGUEZ



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

DIRECTORA: LIC. YOLANDA OLGUÍN GARCÍA
ASESOR: LIC. JUAN CARLOS MUÑOS BOJALIL
ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. MA. DE LOURDES MONROY TELLO

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a su Facultad de Psicología por permitirme ser parte de ellas, por todas las oportunidades que me han brindado y la formación académica y ética que he recibido.

Al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" por todas las facilidades en la elaboración de este proyecto.

A la Lic. Yolanda Olguín García, por sus conocimientos, aportes y enseñanzas que guiaron esta tesis, pero sobre todo por comprometerse de manera fundamental y decidida a ella.

A la Lic. Ma. de Lourdes Monroy Tello y al Mtro. Celso Serra Padilla, por sus invaluable observaciones y apreciaciones que fueron creando los fundamentos necesarios para construir este trabajo.

Al Lic. Juan Carlos Muñoz Bojalil, por sus reflexiones y sugerencias que enriquecieron aún más este estudio.

A los miembros del jurado, Lic. Ma. Asunción Valenzuela Cota, al Mtro. Jorge Pérez Espinosa y Lic. Jorge Valenzuela Vallejo, por el tiempo dedicado a sus comentarios, observaciones y sugerencias que complementaron esta tesis y sin los cuales este trabajo no se hubiera realizado. Además de todas sus atenciones y amabilidades al compartir conmigo parte de su experiencia.

A los Psicólogos Margarita Quezada y Alberto Herrera, por su confianza y apoyo en la elaboración de este proyecto, pero también por su amistad.

A las pacientes, por permitirme compartir con ellas parte de su difícil situación, y aún así demostrar de manera excepcional su disposición a este trabajo. Gracias

Dedicatorias

A mis papás, Víctor e Isabel por su apoyo y confianza, por mostrarme la importancia de concluir lo que se inicia con su ejemplo y esfuerzo diario, no importando lo difícil que sea, no me quedan palabras para agradecerles todo lo que han hecho por mí.

Gabriela, por que tu amor, tu cariño y confianza han sido las motivaciones más importantes que pudiera tener, me siento enormemente dichoso de tenerte a mi lado y de compartir mis anhelos junto a ti.

Anabel y Elizabeth, por su compañía y por el sentimiento de saber que cuento con su apoyo incondicional.

Félix, Fernando, Gustavo y Karen, por su alegría y por todos esos momentos que hemos compartido, por que todos ustedes son mi familia y les aprecio por eso.

A mis amigos, Hugo, Israel, Omar y Ernesto Reyes, por compartir estos momentos.

A lo largo de esta tesis he experimentado un sentimiento de deuda con quienes, se lo propusieran o no, estuvieron presentes, porque motivaron este escrito, su presencia me alentó, sus comentarios me permitieron ocuparme de él, y su amistad seguir, o porque sus reflexiones dieron pie a las mías, gracias a todos.

Índice

Resumen	1
----------------------	----------

Introducción	2
---------------------------	----------

Capítulo Uno

Ubicación nosológica actual del Trastorno de Inestabilidad Emocional (Borderline)	9
--	----------

- 1.1 Definición de personalidad
- 1.2 Trastornos de la personalidad
- 1.3 Clasificación y diagnóstico de los trastornos de la personalidad
- 1.3.1 Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV
- 1.3.2 Clasificación de la Organización Mundial de la Salud CIE-10
- 1.4 Trastorno de Inestabilidad Emocional. Ubicación histórica como entidad psiquiátrica
- 1.4.1 El concepto de "límite" en Psiquiatría
- 1.4.2 Definición del Trastorno de Inestabilidad Emocional de la personalidad
- 1.4.3 Epidemiología y curso
- 1.5 Características clínicas para el diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad Emocional.
- 1.5.1 Criterios de Diagnóstico según la CIE-10 y el DSM-IV

Capítulo Dos

Etiología y características clínicas del trastorno	32
---	-----------

- 2.1 Tesis Biológica
- 2.2 Tesis de Aprendizaje Social
- 2.3 Tesis Cognitiva
- 2.4 Tesis Psicoanalítica
- 2.4.1 Definición del concepto Borderline en la clínica psicoanalítica
- 2.4.2 Evolución del concepto "Borderline"
- 2.4.3 Modelo psicogenético de Otto Kernberg
- 2.4.4 Características clínicas del trastorno de acuerdo a Kernberg
- 2.4.5 Tentativas de clasificación
- 2.4.6 Etiología psicodinámica del trastorno
- 2.4.7 Personalidad de los padres en el desarrollo del trastorno
- 2.4.8 El modelo familiar
- 2.4.9 El Maternaje inconsistente
- 2.4.10 La cólera como único sentimiento real
- 2.4.11 Frustración y agresión oral
- 2.4.12 Diagnóstico diferencial

Capítulo Tres

Evaluación de la personalidad en pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional "Borderline"64

- 3.1 Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender
- 3.2 Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS)
- 3.3 Test de la Figura Humana de Karen Machover
- 3.4 Test de Frases incompletas de Josef Sacks (FISC)
- 3.5 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)
- 3.6 Otras técnicas de evaluación
 - 3.6.1 Entrevista diagnóstica de Gunderson
 - 3.6.2 Entrevista estructural de Kernberg

Capítulo Cuatro

Abordaje Terapéutico en el Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad86

- 4.1 Enfoque cognitivo-comportamental
- 4.2 Enfoque cognitivo-evolutivo
- 4.3 Terapia dialéctico-conductual de M. Linehan
- 4.4 Elementos técnicos dentro del enfoque psicodinámico
 - 4.4.1 Alianza terapéutica
 - 4.4.2 Transferencia
 - 4.4.3 Contratransferencia
 - 4.4.4 Resistencias
 - 4.4.5 Acting out
- 4.5 Tratamiento de James Masterson a los trastornos fronterizos
- 4.6 Psicoterapia de expresión de Kernberg
- Consideraciones finales

Capítulo Cinco

Método111

- 5.1 Planteamiento del problema
- 5.2 Hipótesis de investigación
- 5.3 Variables
- 5.4 Definición conceptual de variables
- 5.5 Definición operacional de variables
- 5.6 Tipo de estudio y diseño de investigación
- 5.7 Sujetos
- 5.8 Muestra
- 5.9 Instrumentos
- 5.10 Procedimiento
- 5.11 Análisis estadístico

Capítulo Seis	
Resultados	120
Datos sociodemográficos	
Motivos de Internamiento	
Resultados del Test de Lauretta Bender	
Resultados de la Escala Wechsler de Inteligencia para adultos WAIS	
Resultados del Test de Frases Incompletas de Josef Sacks	
Resultados del Test de la Figura Humana de Karen Machover	
Resultados del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI	
Capítulo Siete	
Discusión y Conclusiones	149
➤ Discusión de los resultados	
Indicadores sociodemográficos	
Indicadores neurológicos	
Capacidad y rendimiento intelectual	
Rasgos de personalidad	
• Área del auto-concepto	
• Área del control de los impulsos	
• Características del pensamiento y contacto con la realidad	
• Relaciones familiares e interpersonales	
• Demanda y expresión del afecto	
• Mecanismos de defensa	
• Capacidad de insight	
• Pronóstico en psicoterapia	
Propuesta terapéutica	
Consideraciones finales acerca de la etiología y las manifestaciones clínicas	
Conclusiones	
Alcance, limitaciones y sugerencias	180
Bibliografía	182
Anexo	

Resumen

La presente investigación analiza los resultados cuantitativos y cualitativos de un conjunto de pruebas psicológicas –Test Gestáltico Viso-motor de Laretta Bender, Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos, Test de la Figura Humana de Karen Machover, Test de Frases Incompletas de Josef Sacks e Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota- aplicadas a 20 mujeres hospitalizadas y diagnosticadas con un Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad, también llamado Borderline. Mediante estas pruebas se exploraron procesos que componen su estructura caracterológica y de personalidad, tales como su capacidad y rendimiento intelectual, sus procesos ideacionales, sus intereses y recursos, su tono afectivo y ciertas características de sus relaciones interpersonales. Además de acercarse a las formas en su expresión de demanda afectiva y el control de sus impulsos. Los resultados muestran que su coeficiente intelectual se encuentra dentro de la norma promedio pero con dificultades importantes en la planeación y anticipación de sus actos relacionado a la presencia de una ansiedad crónica y difusa, además revelaron que se trata de una patología que se manifiesta por sentimientos depresivos intensos e inseguridad hacia sus propias capacidades y metas, sus relaciones interpersonales se basan en una serie de relaciones intensas unipersonales que suelen ser tormentosas, transitorias y breves que se expresan también en la inestabilidad en sus relaciones de pareja ya que hacen un esfuerzo importante para evitar el abandono, sin embargo la simple amenaza de ruptura tiene efectos devastadores en su autoimagen, en su estado emocional y en la forma de percibir e interpretar su propio comportamiento. Su control yoico es pobre y son incapaces de expresar sus emociones en forma controlada y adaptativa por lo que muestran cambios intensos en su estado de ánimo generalmente encaminados hacia la ira. Los resultados confirman los estudios y teorías propuestas hacia este tipo de pacientes, mostrando la falta de vínculo emocional existente hacia las figuras significativas.

La investigación se muestra como un estudio exploratorio en la identificación clínica de este tipo de pacientes centrándose en parte en los cambios socio-culturales que se han venido presentando en las últimas décadas y la influencia de estos en el aumento de la patología

Introducción

Desde la década de los ochenta y bajo las recomendaciones de diversas reuniones internacionales convocadas por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial entre otras, se ha destacado la necesidad de ampliar la cobertura y la calidad de los servicios de salud mental para la población en general. De acuerdo a los estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente de trastornos psiquiátricos y neurológicos. Estudios más recientes en México, muestran una prevalencia del 18.2% de desordenes psiquiátricos con una comorbilidad del 56.8%, en una población de entre 16 y 60 años.

La relevancia de la problemática de los padecimientos mentales estriba en que se estima en que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padece en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentan depresión, un millón de personas presentan epilepsia y más de medio millón padece de psicosis o de trastornos asociados. Otros estudios muestran que la morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México es del 33.1% de la población general de entre 18 y 65 años. Es decir, que en términos generales, cada una de estas personas han sufrido por lo menos una vez en su vida de un trastorno psiquiátrico.

La prevalencia dentro de los trastornos psiquiátricos en la población adulta, sitúan a la depresión como el más significativo (14.6%) seguido de la epilepsia (7.3%) y de probables psicosis (6.8%). Los Trastornos de la personalidad, encabezados por el trastorno de inestabilidad emocional o "borderline" ocupan el cuarto lugar de la categorización (2.4%).

El trastorno de inestabilidad emocional o "Borderline" forma parte de los Trastornos de la Personalidad en los dos ejes diagnósticos psiquiátricos más importantes, ya sea como de inestabilidad emocional en la CIE- 10 o como Borderline en el DSM-IV

**Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta en
zonas urbanas en México.**

Trastorno	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
1. Depresión	4.9	9.7
2. Epilepsia	3.4	3.9
3. Probable Psicosis	3.2	2.6
4. Trastorno de inestabilidad emocional o "Borderline"	0.8	1.6
5. Trastornos obsesivos	1.6	3.0
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9
7. Manía	0.3	0.2
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6

Fuente: Caraveo y cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. (1994)

En la actualidad, los trastornos de la personalidad cobran cada vez mayor importancia debido al crecimiento de cuadros diagnosticados, tanto en la clínica pública como privada, con este tipo de patologías. La atención psicológica y psiquiátrica son requeridas por un número cada vez mayor de personas que han visto afectada sus capacidades de adaptación al medio por la presencia de estos padecimientos.

Los trastornos de personalidad afectan entre un 5-10% de la población en general y suponen un tercio de los pacientes ingresados a hospitalización, pero solo uno de cada tres llega a ser realmente diagnosticado. Ya dentro de la clasificación de los trastornos de la personalidad, el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, es aquel que presenta una incidencia mayor al resto de los trastornos de la personalidad. Se estima, según datos del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", que la prevalencia es de alrededor de 2% de la población general, del 10% de los pacientes que asisten a centros de salud mental ambulatorios, y en torno a 30 % de los que ingresan, siendo en todo caso más frecuente en mujeres que en hombres (en proporción de 2:1). La tasa de prevalencia dentro de los propios trastornos de personalidad, sitúan al trastorno de inestabilidad emocional,

como el más significativo: del 40 al 60% de acuerdo a los criterios de diagnóstico según sea la CIE-10 o el DSM-IV.

Como fenómeno social, los signos que definen al trastorno de inestabilidad emocional coincide precisamente con las características que limitan a las actuales sociedades occidentales: la violencia, la destructividad y la corrupción, la omnipotencia y el exhibicionismo, además de la promiscuidad sexual, el consumo masivo de drogas, la depresión, el vacío y el aburrimiento patológicos. Por este motivo, investigar el impacto de estas características en la personalidad nos lleva a profundizar en el trastorno de inestabilidad emocional y mostrar como ha sido explicado por la Psicología, la Psiquiatría y otras Ciencias Sociales.

El trastorno de inestabilidad emocional en la clínica psiquiátrica comparte su descripción junto al DSM-IV como un trastorno "borderline" de la personalidad. Sin embargo el termino "borderline" puede considerarse como una secuela histórica de cuando este trastorno era considerado como fronterizo o limite entre las neurosis y las psicosis, y no, como actualmente se le considera, una entidad clínica autónoma. La primera vez que se utilizo este término fue en el año de 1884 por el psiquiatra ingles Hugues (Citado en Paz, 1976) quien comentaba que *"el estado fronterizo (borderline) de la locura comprende numerosas personas que pasan su vida entera cerca de esta línea, tanto de un lado como del otro"*. De acuerdo a la línea histórica planteada por Rubio (1994), en el siglo XVII, Bonet fue el primero que reviso a fondo la idea de que existia un síndrome caracterizado por la fluctuación entre estados de animo erráticos e impulsivos. Herschel añadió a la descripción de Bonet la idea de que estos estados de ánimo erráticos e inestables seguían una regularidad periódica y cíclica. A mediados del siglo XIX, Falret resumió los resultados de más de treinta años de estudios sobre depresivos y suicidas y concluyo que gran parte de estos pacientes mostraban un curso muy extenso de depresión, interrumpido por periodos más breves de irritabilidad, ira, elación, y normalidad: los términos *"folie circulaire"* (Falret) y *"folie a double forme"* (Baillaeger), fueron los escogidos para denominar estos trastornos. Falret menciono las características de lo que denomino *"folie hystérique"* y la caracterizo como: notable volatilidad emocional, impulsividad, espíritu

contradictorio y tendencia a la discusión pueril. Para estos pacientes, *“el amor se convierte en odio, la simpatía en desprecio, el deseo en repulsión.”*

Krapelin (1907) describió algunas condiciones subafectivas de personalidad *“hay ciertos temperamentos que pueden concebirse como los rudimentos de la locura maniaco-depresiva”* Y entre estas condiciones situó lo que denominó como *“el temperamento irritable”* o *“la personalidad excitable”* a la que describió, entre otras cosas, en los términos siguientes: *“los pacientes presentan desde muy jóvenes fluctuaciones extraordinariamente grandes en su equilibrio emocional”*. Para finalizar, hay que señalar que Ksasanin, al revisar las características atípicas premórbidas de algunos casos de jóvenes psicóticos, que habían sido hospitalizados por episodios esquizofrénicos agudos, encontró que estos pacientes parecían tener características premórbidas más típicas de maniaco-depresivos que de psicóticos. Los etiquetó como *“esquizoafectivos”* y los describió como *“muy sensibles, críticos consigo mismos, introspectivos, muy infelices y preocupados por sus propios conflictos, problemas y en ocasiones por la vida en general. Estos conflictos y problemas los arrastran desde muchos años antes de la ruptura o el evento psicótico, sin embargo, no llegan a psicotizar por completo si no que regresan a un estado de normalidad”*

Más recientemente, y tomando en cuenta su evolución histórica y clínica, la primera vez que se clasificó este trastorno en las versiones del DSM fue en su tercera versión (DSM-III) al ser incluido como *“Trastorno de la personalidad de tipo límite”* e incluía, al igual que en su cuarta versión (DSM-IV), al *“Trastorno de la personalidad Borderline”*. Es así como finalmente la clasificación de la CIE-10 denominó a la patología como un *“Trastorno de inestabilidad emocional”* e incluye al trastorno *“borderline”* de la personalidad del DSM-IV. El término busca mostrar a la inestabilidad emocional como el concepto más adecuado de acuerdo a las características clínicas que presenta.

La CIE-10 define al trastorno de inestabilidad emocional como una patología que se caracteriza por *“una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. Consiste en una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales”*

y del estado de ánimo. Hay una notable alteración de la identidad, que se manifiesta por incertidumbre ante temas vitales, como orientación sexual, objetivos a largo plazo, lo que les conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Además de la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos con autolesiones y explosiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, afectación de la imagen de sí mismos, con alteraciones de la conducta alimentaria, se implican en relaciones intensas e inestables, intentos y amenazas suicidas, sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación, es frecuente el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, frecuentes y rápidos cambios de humor, ideación paranoide transitoria, descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración."

De acuerdo a lo anterior, el trastorno de inestabilidad emocional o borderline en la clínica psiquiátrica define a un tipo característico de personalidad. El psicoanálisis también define como borderline el mismo tipo específico de personalidad, pero a la vez utiliza el término como genérico para todo tipo de trastornos de la personalidad, que tengan como denominador común el llamado "síndrome de difusión de la personalidad" y lo define como "un término descriptivo que se refiere a un grupo de condiciones que manifiestan tanto fenómenos psicóticos como neuróticos, sin caer inequívocadamente en ninguna de dichas categorías diagnósticas. Se pueden presentar síntomas neuróticos de naturaleza histérica, fóbica u obsesiva-compulsiva que representan defensas contra estados más regresivos y primitivo. Como características adicionales la adaptación superficial al ambiente y la habilidad de mantener relaciones objetales pueden estar relativamente intactas, de ahí que muchas funciones yoicas estén bastante bien conservadas, sin embargo existe una debilidad en las defensas contra los impulsos instintivos primitivos e interferencia con la evaluación adecuada de la realidad, el pensamiento lógico, adaptación al ambiente y otros aspectos del funcionamiento yoico. Por último, bajo situaciones estresantes, los aspectos psicóticos pueden surgir a la luz, pues la flexibilidad y adaptabilidad de estos pacientes está reducida" (Asociación Psicoanalítica Norteamericana, 1980)

En relación a las técnicas de evaluación de la personalidad, la utilización de técnicas psicológicas nos proporciona la información necesaria acerca de las principales características de personalidad de este tipo de pacientes, así como de sus formas de aproximación y adaptación a su ambiente, dependiendo de sus motivaciones tanto concientes como inconscientes (Rivera, 1987) El propósito de utilizar pruebas psicológicas para observar y detallar las características propias de personalidad de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional (borderline) es detallar su funcionamiento global. Se intenta con ellas evaluar distintos procesos que componen su estructura caracterológica y de personalidad, tales como su capacidad y rendimiento intelectual, sus procesos ideacionales, sus intereses, actitudes y recursos, su tono afectivo y ciertas características de sus relaciones interpersonales. Además de acercarse a sus mecanismos defensivos, las formas en su expresión de demanda afectiva y el control de sus impulsos

Respecto al tipo de tratamiento adecuado a estos pacientes, hay que tomar en cuenta que en muchas ocasiones, y debido a la gravedad de los síntomas, hay que pensar en un tratamiento integral en el que participen tanto el manejo psiquiátrico centrado en la farmacoterapia junto a las hospitalizaciones de media o larga estancia, además de un manejo psicoterapéutico adecuado a las características propias de cada uno de los pacientes. Es en este sentido que la explicación etiológica de este tipo de pacientes mediante una aproximación psicopatológica permite la comprensión teórica y diagnóstica de sus síntomas, y guía respecto a la elección del tipo de tratamiento que se necesite de acuerdo a las características propias de cada paciente.

- Psicoterapia - Será de utilidad la de orientación dinámica siempre que sea focalizada en el aquí y ahora, evitando la regresión y las interpretaciones profundas del inconsciente. La terapia cognitiva ayudara a su control de impulsos y el entrenamiento en habilidades sociales mejorará la relación interpersonal.
- Hospitalización.- Se ha comprobado como el ambiente protector de un medio hospitalario con ingresos de duración media (2 meses) y con un abordaje terapéutico adecuado, junto con la aplicación de diversas técnicas psicoterapéuticas, grupales,

psicofarmacológicas, ocupacionales, etc., mejoran notablemente el tratamiento de estos pacientes.

En lo que respecta a la información presentada en esta investigación, esta parte de las concepciones psiquiátricas y psicopatológicas que explican su etiología. Por un lado el diagnóstico realizado a la población de este estudio fue hecho bajo una hospitalización y manejo psiquiátrico, por lo tanto es esencial categorizar y describir los criterios de inclusión y diagnóstico, mientras que la etiología y exposición de sus síntomas se presenta mediante una explicación psicopatológica.

Para finalizar, es importante hacer notar que el objetivo fundamental en la presente investigación fue determinar los rasgos de personalidad de un grupo de pacientes hospitalizadas y diagnosticadas con un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, también llamado *borderline*, mediante la aplicación e interpretación de una batería de pruebas psicológicas. El enfoque fue dirigido especialmente a su funcionamiento intelectual y la exploración de las áreas neurológicas, afectivas y conductuales, propias de su comportamiento. Se decidió trabajar con población femenina ya que este tipo de trastorno se presenta con una prevalencia de 2/1 mayor que en la masculina.

Así, la información presentada en el capítulo uno muestra la ubicación actual y nosológica del trastorno de inestabilidad emocional dentro de la clínica psiquiátrica, además de los síntomas esenciales y los criterios clínicos para su diagnóstico. En el capítulo dos se hace una revisión de la etiología del trastorno desde diversas conceptualizaciones del término de Inestabilidad emocional o "*borderline*" y las características clínicas dentro de una explicación psicopatológica. El capítulo tres se refiere a las técnicas de evaluación de la personalidad de este tipo de pacientes. El capítulo cuatro muestra los modelos terapéuticos para este tipo de trastorno. En el capítulo cinco se describe el método elegido para alcanzar los objetivos de la investigación. En el capítulo seis se muestra los resultados obtenidos de acuerdo a las pruebas psicológicas aplicadas y finalmente en el capítulo siete se exponen las conclusiones de la presente investigación.

Capítulo Uno
Ubicación nosológica actual del Trastorno de
Inestabilidad Emocional (Borderline)

En la actualidad, los trastornos de la personalidad están tomando un crecimiento importante tanto en la clínica privada como en el ámbito hospitalario por el número tan elevado de personas que han visto afectadas sus relaciones interpersonales y de adaptación a su medio por la presencia de estas patologías. Cuando se habla de un trastorno de la personalidad, se refiere a que el modo de ser habitual de un individuo es enfermizo, patológico o anormal, ya sea porque no es el modo de ser más frecuente de las personas de su entorno, ya sea porque no se ajusta a lo que cabría de esperar del sujeto teniendo en cuenta su contexto sociocultural, su formación, etc. Según la CIE-10 y el DSM-IV, los trastornos de la personalidad son patrones de conducta inflexibles y desadaptativos que provocan un malestar subjetivo y un deterioro significativo en cualquier esfera de desarrollo (familiar, académico, laboral, social, etc). Estas características se ponen de manifiesto en más de una de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, de control de los impulsos, de necesidad de gratificación y de la forma de relacionarse con los demás.

Los trastornos de personalidad afectan entre un 5-10% de la población en general y suponen un tercio de los pacientes ingresados a la hospitalización, pero solo uno de cada tres llega a ser realmente diagnosticado. Es así como el desarrollo de instrumentos diagnósticos, el aumento de la investigación y un mejor y más claro abordaje terapéutico, hacen que nos enfrentemos en la actualidad ante un aumento de estos cuadros psicopatológicos sobre los cuales existen la creciente preocupación sobre la evolución clínica que presentan, ya que por la multisintomatología que se exhibe hace que sea difícil su diagnóstico y por lo tanto su tratamiento.

En la clasificación de los Trastornos de la Personalidad, es el Trastorno de Inestabilidad Emocional o Borderline el que presenta una prevalencia mayor al resto de los trastornos de personalidad. Al encontrarse un incremento importante de este tipo de pacientes en la clínica psicológica y psiquiátrica, el trabajo empírico se ha centrado en una mejor definición

de este trastorno y lo ha conducido a la inclusión en los dos ejes psiquiátricos diagnósticos más importantes, ya sea como de Inestabilidad Emocional en la CIE-10, o Borderline de personalidad en el DSM-IV.

Es de acuerdo a lo anterior que surge la importancia de definir adecuadamente los términos y los conceptos del trastorno, desde la clasificación de los Trastornos de la Personalidad en general, y como de Inestabilidad Emocional o Borderline en específico.

1.1 Definición de personalidad

El concepto de personalidad proviene del griego *mascara* y desde entonces su uso se ha hecho extensivo no solo a la experiencia clínica, sino a ya parte del bagaje cultural de los individuos, así en el lenguaje coloquial utilizamos errónea e indistintamente los conceptos de carácter, temperamento y personalidad. Dice Allport (1977) que "personalidad es una de las palabras más abstractas de la lengua y como toda palabra abstracta que sufre un uso excesivo, la extensión de uso es muy amplia y su comprensión muy pobre. Casi ninguna palabra tiene un uso más versátil que personalidad". Allport comenta que la personalidad *indica el modo particular en los que los diversos procesos y estructuras del funcionamiento psicológico se integran en un ser humano, de tal modo que configuran su "modo de ser particular", es decir, de comportarse, expresarse, sentir, relacionarse con los demás, comprender el mundo, aprender, etc. Es por esto, que cuando se cataloga a una personalidad trastornada o enferma, se dice que una parte o la totalidad de las estructuras y procesos de funcionamiento psicológico de un individuo no están bien integradas o presentan elementos defectuosos en algún aspecto (Belloch, 1998)*. Estos elementos defectuosos tienen consecuencias negativas ya que producen malestar y sufrimiento en las personas que lo poseen o en quienes conviven con ellas, limitando sus posibilidades de desarrollo y crecimiento como individuos, dificultan su relación con los demás y, en ocasiones, estas relaciones se tornan incluso imposibles al grado del aislamiento total o en situaciones más graves en consumación o intentos suicidas.

1.2 Trastornos de la personalidad

El estudio científico de la personalidad humana es una de las áreas de investigación y teorización psicológica más importantes y con mayor tradición. Seguramente por ello resulta relativamente difícil hallar una definición de personalidad que satisfaga a todos los psicólogos. Con todo esto, la mayoría de los investigadores coinciden en hacer notar la complejidad de la personalidad humana, y *en incluir en su concepto un amplio y variado conjunto de características (intrapsíquicas, comportamentales, biológicas y socioculturales), que se ponen de manifiesto en una variada gama de situaciones y contextos, con los cuales interacciona, y que hacen que un individuo sea él mismo y no otro, sea cuales sean las circunstancias de la vida en las que se encuentre.* (Valdés, 1992, citado en Belloch, 1998) Así, uno de los elementos claves de la personalidad es el hecho de que permanece relativamente estable a lo largo de toda la vida. Y este elemento vale tanto para caracterizar a las personalidades “normales” como a las “anormales” o “perturbadas”, lo que sirve también como criterio de un Trastorno mental. Este aspecto es importante porque nos sirve para establecer un punto fundamental: cuando se habla de una personalidad anormal, patológica o de trastorno mental, se hace referencia a todo el modo de ser de un individuo y no a aspectos concretos o parciales de él. (Davison, 2000)

Respecto a los trastornos mentales, tanto el DSM-V como la CIE-10, los conceptualiza como un síndrome comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o aún riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. Por lo anterior, las características diferenciales de los trastornos de personalidad frente a otros trastornos mentales es su omnipresencia, es decir, que las anomalías del individuo se hacen patentes en un amplio rango de comportamientos, sentimientos, experiencias internas y además, en circunstancias muy diversas. En consecuencia, se presentan un repertorio de conductas limitado, reiterativo e inflexible, en suma, un modo de ser y comportarse poco

adaptativo, lo que lo lleva a que su capacidad de aprender nuevos modos de comportarse, de expresarse, de relacionarse con los demás, se halle gravemente limitada. Esto explica porque las personas que padecen de un trastorno de personalidad son especialmente vulnerables, psicológicamente frágiles, ante el estrés. (Belloch, 1998) Finalmente, es importante tener en cuenta otro aspecto en el que estos trastornos difieren de la mayoría de otros trastornos mentales: aunque provocan sufrimiento y malestar intensos en el propio individuo, y que decir de sus familiares, no suele haber conciencia de enfermedad. Es decir, el sujeto no es conciente de que su forma de ser es la causa fundamental de su malestar o de los problemas a los que debe enfrentarse.

Tomando los puntos que Belloch (1996) utiliza para enfatizar las características de un trastorno de personalidad, encontramos que:

- Es omnipresente: se pone de manifiesto en la mayor parte de situaciones y contextos, y abarca un amplio rango de comportamientos, sentimientos y experiencias.
- No es producto de una situación o acontecimiento vital concreto, sino que abarca la mayor parte del ciclo vital del individuo
- Es inflexible y rígido
- Dificulta la adquisición de nuevas habilidades y comportamientos, especialmente en el campo de las relaciones sociales.
- Hace al individuo frágil y vulnerable ante situaciones nuevas que requieren cambios.
- No se ajusta a lo que cabría esperar para los individuos, teniendo en cuenta su contexto sociocultural.

- Produce malestar y sufrimiento al individuo, o a quienes le rodean
- El malestar es una consecuencia de la no aceptación por parte de los demás al modo de ser del individuo y no una característica intrínseca del trastorno: en general suelen ser egosintónicos, a diferencia de la egodistonia que caracteriza a la mayoría de los trastornos mentales
- Por lo anterior, la conciencia de enfermedad o anomalía es escasa o inexistente.

1.3 Clasificación y diagnóstico de los trastornos de la personalidad

Siguiendo la revisión histórica propuesta por Millon (1996), una de las primeras contribuciones significativas a la caracterización de los desordenes de personalidad fue la que ofreció, en el primer tercio del siglo XIX, Prichard (1837), al utilizar el termino *locura moral* para describir una condición en las que *las facultades intelectuales parecen tener una leve o inexistente lesión prolongada, si bien el trastorno se manifiesta única y principalmente en el estado de los sentimientos, disposición o hábitos*. La aportación de Prichard supuso un paso decisivo hacia la consideración, todavía vigente hoy, de que los trastornos de personalidad son claramente diferentes del resto de los trastornos mentales. Otras contribuciones relevantes de la época fueron las de Lombroso cuando describió el modo de ser de ciertos individuos que se caracterizaban, según él, por una predisposición *inherente* a la criminalidad y a la anormalidad. En este sentido, Kraepelin (1907) consideró a los trastornos de personalidad como formas intermedias de psicosis, defendiendo la idea de continuidad entre esta y aquellos. En esta misma línea conceptual, Kretschmer propuso la existencia de una dimensión, que se extendía desde la esquizofrenia hasta la psicosis maniaco-depresiva, en la que se encontraban estadios intermedios de personalidades patológicas que variaban en gravedad dependiendo de su proximidad a uno u otro extremo. Por su parte Schneider (1934) entendió la personalidad anormal como desviación de la media, es decir, como una variación respecto a la personalidad normal. Definió a la *personalidad psicopática* como “*toda aquella personalidad anormal que sufre por sus anormalidades o hace sufrir a la sociedad*”.

Más recientemente, otros investigadores como Shapiro (1965) o Millon (1981), han proporcionado algunos de los principales argumentos sobre los que se asientan las actuales clasificaciones y criterios diagnósticos de los diversos trastornos de personalidad tal y como se sintetizan en los dos sistemas diagnósticos de mayor aceptación entre los clínicos por su facilidad y manejo: La décima versión de la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), y la versión cuarta del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), avalada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994).

1.3.1 Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV

De acuerdo a este manual diagnóstico, los trastornos de personalidad se clasifican en el Eje II, junto con el retraso mental. La inclusión de ambos trastornos en un eje común, responde al deseo de hacer notar la invariabilidad a lo largo del ciclo vital de los trastornos de personalidad que compartirían esta característica con el retraso mental; es decir, una condición que “no se aprende”, sino “que se nace” con ella. Es decir, el DSM -IV considera que los trastornos de personalidad están más bien causados por factores personales, intrapsíquicos, que originados por características de la situación. Es por esto que para incluirlos propone “pautas persistentes de experimentar y de comportarse, que no corresponde con lo que debería de esperar en función del contexto sociocultural del individuo, y que se manifiesta, como mínimo, en dos de los diversos ámbitos en los que se desarrolla la vida de la persona: cognitivo, afectivo, funcionamiento interpersonal, o control de impulsos”. Otra característica relevante es la de que se esta frente a un grupo de trastornos primarios, y por lo tanto, no debe diagnosticarse cuando sean secundarios a, o consecuencia de, otra patología.

El DSM-IV contempla 10 trastornos de personalidad, además de una subcategoría (no especificado). Los 1º trastornos aparecen agrupados en tres hipotéticos conjuntos:

- El primer grupo formado por tres psicopatologías: paranoide, esquizoide y esquizotípico, pertenecientes a lo que se ha denominado “espectro de la esquizofrenia”, con lo que se quiere indicar la similitud sintomatología consecuente, a factores etiológicos comunes.
- El segundo grupo incluye cuatro trastornos: antisocial, límite, histriónico y narcisista. La inestabilidad emocional extrema y las dificultades para controlar los impulsos serían los elementos comunes
- El tercer y último conjunto contempla tres trastornos: evitador, dependiente y obsesivo-compulsivo, con un denominador al presentar un nivel de ansiedad o miedo exagerado.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV para considerar un trastorno de personalidad se centran en seis puntos:

- A. Pautas persistentes de experimentar y de comportarse, que no corresponde con lo que debería de esperar en función del contexto sociocultural del individuo, y que se manifiesta , como mínimo, en dos de los diversos ámbitos en los que se desarrolla la vida de la persona: cognitivo, afectivo, funcionamiento interpersonal, o control de impulsos
- B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia diversidad de situaciones personales y sociales
- C. El patrón persistente produce angustia clínicamente significativa o deterioro a nivel social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento
- D. El patrón es estable y de larga duración y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o al inicio de la edad adulta

- E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (abuso de una droga o fármaco) o una condición médica general.

1.3.2 Clasificación de la Organización Mundial de la Salud CIE-10

Según este manual diagnóstico, se clasifica a los trastornos de personalidad dentro de la categoría más general de Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, que posee un código numérico específico (F60-69). Bajo este rango general, además de los trastornos de personalidad, se incluyen otros trastornos, como los referidos a los hábitos de control de impulsos, y los relacionados con el comportamiento y actividad sexual. Esta agrupación responde al interés por resaltar dos elementos definitorios comunes: primero que se trata de entidades que perduran en el tiempo y determinan el modo de ser o comportarse de un individuo, y segundo, que solamente son diagnósticables en adultos.

En resumen, los criterios generales que definen a los trastornos de personalidad son básicamente los mismos que los que contempla el DSM-IV. Sin embargo, existen algunas diferencias significativas entre ambos sistemas, en especial por lo que se refiere a los grupos que se establecen y a los trastornos concretos que se consideran como posible trastorno de personalidad

Se clasifican cinco grupos, los cuales son:

- Trastornos específicos de la personalidad. *Paranoide, esquizoide, disocial, inestabilidad emocional, histriónico, anacástico, ansioso, dependiente, otros trastornos específicos y sin especificación.* En esta categoría se incluyen los trastornos mentales más claramente definidos como trastornos de la personalidad, los cuales se conceptúan como desordenes graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del sujeto, que suelen afectar a diversas facetas de la personalidad y que generalmente se acompañan de

perturbaciones importantes a nivel personal o social. Estos trastornos suelen aparecer durante la infancia o adolescencia y perduran durante la vida adulta. Los criterios diagnósticos para los trastornos específicos de la personalidad se sitúan sobre cinco puntos:

- A. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse, se desvían en su conjunto o se salen de los límites de las normas aceptables y esperadas en la propia cultura. Esta desviación debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas:
- Cognición, es decir, la forma de percibir e interpretar los estímulos y acontecimientos del mundo y en la manera de desarrollar las actitudes o crear la imagen propia de los demás
 - Estado de ánimo, rango, intensidad y adecuación de la afectividad y de la respuesta emocional
 - Control de los impulsos y de las necesidades de gratificación
 - Relaciones con los demás y estilo de relación interpersonal
- B. La desviación debe de ser persistente, en el sentido de manifestarse como un comportamiento rígido y desadaptativo o interferir con las actividades en una amplia gama de situaciones sociales y personales
- C. Presencia de malestar personal o una repercusión negativa en el ambiente social, claramente atribuibles al comportamiento referido en el párrafo B
- D. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, habiéndose iniciado en la infancia tardía o en la adolescencia

- E. La desviación no puede ser explicada como una manifestación o una consecuencia de otros trastornos mentales del adulto, aunque pueden coexistir o superponerse a otros trastornos episódicos o crónicos de esta clasificación. Por último se debe excluir como posible causa de la desviación las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes.

1.4 Trastorno de Inestabilidad Emocional. Ubicación histórica como entidad psiquiátrica

Los elementos que se incluyen en la caracterización clínica actual de trastorno de inestabilidad emocional tiene una amplia tradición: existe una considerable literatura sobre síndromes que, aunque no se denominen “límites” poseen características que recogen el esquema típico de inestabilidad interpersonal y afectiva del trastorno. De acuerdo a la línea histórica planteada por Rubio (1994), en el siglo XVII, Bonet fue el primero que reviso a fondo la idea de que existía un síndrome caracterizado por la fluctuación entre estados de ánimo erráticos e impulsivos. Herschel añadió a la descripción de Bonet la idea de que estos estados de ánimo erráticos e inestables seguían una regularidad periódica y cíclica. A mediados del siglo XIX, Falret resumió los resultados de más de treinta años de estudios sobre depresivos y suicidas y concluyó que gran parte de estos pacientes mostraban un curso muy extenso de depresión, interrumpido por periodos más breves de irritabilidad, ira, elación, y normalidad: los términos “*folie circulaire*” (Falret) y “*folie a double forme*” (Baillaeger), fueron los escogidos para denominar estos trastornos. Kahlbaum es el máximo responsable de fijar y transmitir la idea de una covariación fija entre manía y melancolía, y aunque sostenía que ambas eran las dos caras de la misma moneda, otorgo a la melancolía la primacía de la responsabilidad del trastorno. La consecuencia de ello fue que los estudios posteriores siguieron esta opción y fijaron su atención a los aspectos depresivos del trastorno, dejando o minimizando el elemento más significativo del síndrome: la inestabilidad afectiva y lo impredecible de su curso.

Falret menciona las características de lo que denomino “*folie hystérique*” y la caracterizo como: notable volatilidad emocional, impulsividad, espíritu contradictorio y tendencia a la

discusión pueril. Para estos pacientes, "el amor se convierte en odio, la simpatía en desprecio, el deseo en repulsión", resumiendo lo anterior, en personalidades catastróficas.

Otra forma de la discusión respecto al diagnóstico, se centro en la conceptualización entre neurosis y psicosis. La escuela francesa sostiene que hay una frontera infranqueable entre neurosis y psicosis, y por tanto el tratamiento de una psicosis no reconduce al paciente hacia el territorio de la neurosis. Los ingleses, por su parte, no piensan en la existencia de una tal frontera, y por tanto suponen que la cura de un paciente psicótico debería, al menos idealmente, culminar en su sanación definitiva *exactamente de la misma forma que la cura de un neurótico*. Se publicaron entonces curas de psicóticos que recuperan su estado de "normalidad". A lo cual los investigadores franceses comenzaron a discutir los diagnósticos. El debate se centra en la siguiente idea: *"si han logrado curarlos, es porque nunca fueron psicóticos. Se trataba de pacientes neuróticos mal diagnosticados o límites"*

Uno de los autores que más lejos avanza en esta dirección del debate es Jean Claude Maleval, quien en 1981 publica su libro *"Locuras histéricas y psicosis disociativas"* En él va al rescate de esa vieja noción de la psiquiatría del siglo pasado, para postular que muchos cuadros que suelen confundirse con psicosis esquizofrénicas resultan ser locuras histéricas, es decir, una forma de histeria particularmente grave en la cual se presentan alucinaciones e ideas delirantes, *pero que mantiene su organización dentro de la estructuración neurótica*

Krapelin (1907) describió cuatro condiciones subafectivas de personalidad *"hay ciertos temperamentos que pueden concebirse como los rudimentos de la locura maniaco-depresiva"* Y entre estas condiciones situó lo que denominó como "el temperamento irritable" o "la personalidad excitable" a la que describió, entre otras cosas, en los términos siguientes: *"los pacientes presentan desde muy jóvenes fluctuaciones extraordinariamente grandes en su equilibrio emocional"*. Kretschmer proporcionó también algunos elementos adicionales del retrato actual limite o inestable emocional, enfatizando de nuevo la volubilidad emocional y su curso impredecible. Schneider aportó la idea de "personalidad lábil". Para terminar con este pequeño repaso histórico, hay que señalar que Ksasanin, al

revisar las características atípicas premórbidas de algunos casos de jóvenes psicóticos, que habían sido hospitalizados por episodios esquizofrénicos agudos, encontró que estos pacientes parecían tener características premórbidas más típicas de maniaco-depresivos que de psicóticos. Los etiquetó como “esquizoafectivos” y los describió como *“muy sensibles, críticos consigo mismos, introspectivos, muy infelices y preocupados por sus propios conflictos, problemas y en ocasiones por la vida en general. Estos conflictos y problemas los arrastran desde muchos años antes de la ruptura o el evento psicótico”*

1.4.1 El concepto de “límite” en Psiquiatría

En lo referente al campo de la Psiquiatría, el concepto de “límite” tiene una amplia tradición y se ha aplicado a entidades como “la esquizofrenia límite”, “la esquizofrenia pseudoneurótica”, “las psicosis latentes” o el “retraso mental límite”. De acuerdo al marco de referencia presentado para esta investigación, lo que nos interesa señalar aquí es que adjetivisar o encasillar de “límite” a cualquier trastorno mental equivale, en términos generales, a decir que una persona con una patología límite se sitúa en:

- A) En la frontera (en el límite) entre dos psicopatologías diferentes (psicosis –neurosis, por ejemplo), asumiendo síntomas de ambas, pero configurando una entidad nosológica nueva y distinta.
- B) En el punto medio de una continua normalidad- psicopatología, limitando o lindando con cada uno de ambos extremos, lo cual es la característica esencial de la patología, y no su cercanía sintomatología a cada extremo.
- C) El borde mismo (en el límite) del fracaso o la ruptura mental
- D) En el nivel más bajo de organización o estructuración de la personalidad

La aplicación de estos criterios (Bellock, 1998) nos lleva a considerar al trastorno de inestabilidad emocional como:

a) Límite, porque se asocia con mucha frecuencia con otros trastornos: según Millon (1996) con los disociativos (en especial la histeria y la personalidad múltiple), el esquizoafectivo y los trastornos afectivos. Y según el DSM IV, con la esquizotipia y con los otros tres trastornos de personalidad de su grupo (histriónico, narcisista y antisocial).

b) Aparece en etapas tempranas y dependiendo de su gravedad y de la presencia de "incidentes críticos" (protectores versus facilitadores) en la vida del sujeto, puede dar lugar a traspasar el límite con la normalidad y derivar hacia la presencia de psicopatologías (las cuales tendrán forzosamente que ver con la vida y estructuración psíquica del sujeto y de cierta pre-disponibilidad a la adquisición de esta y no de otras patologías).

c) Actúa como elemento de vulnerabilidad precipitante de psicopatologías graves (psicosis, depresión mayor, etc), sin que para ello sea necesaria la mediación de un incidente crítico especialmente importante.

1.4.2 Definición del Trastorno de Inestabilidad Emocional de la personalidad

En lo que cabe al trastorno de inestabilidad emocional como entidad clínica, ciertos autores (Green 1990, Kernberg 1979 y 1989, Masterson, 1975) comparan a estos tipos de pacientes actuales con los histéricos de fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Sostienen que son equivalentes en su sintomatología y desarrollo, y de igual forma son de difícil manejo en la psicoterapia, independientemente que se les diagnostique con este trastorno u otro de cuya sintomatología en ese momento se le parezca *"si bien es cierto que un experimentado analista no tendrá problemas en diferenciar neurosis de psicosis, puede encontrar algunas veces casos que representan una mezcla de ambos mecanismos..."* (Bergeret, citado en Espina, 1987) Los pacientes de inestabilidad emocional presentan al comienzo lo que superficialmente parece ser una típica sintomatología neurótica.

El trastorno como entidad clínica comparte su descripción junto al DSM-IV como un trastorno límite de la personalidad que es, con toda seguridad, el concepto más

desafortunado para denominar este trastorno, la denominación límite, fronterizo o borderline es secuela histórica de cuando este trastorno se consideraba como fronterizo entre las neurosis y las psicosis. La primera vez que se utilizó este término fue en el año de 1884 por el psiquiatra inglés Hugues (Citado en Paz, 1976) quien comentaba “el estado fronterizo (borderline) de la locura comprende numerosas personas que pasan su vida entera cerca de esta línea, tanto de un lado como del otro”. En la clasificación de la CIE-10 se le denomina trastorno de inestabilidad emocional, concepto que nos parece más adecuado y característico de lo que es en realidad este trastorno. (Rubio, 1994)

Según los criterios de la CIE-10, se trata de personas inestables en su estado de ánimo y autoimagen ya que están sujetos a sentimientos crónicos de depresión y vacuidad. Sus sentimientos y actitudes hacia otras gentes varían considerablemente e inexplicablemente en periodos cortos. Las emociones son irregulares y cambian súbitamente, en particular a la ira. No desarrollan un sentido claro y coherente de su identidad, y no definen sus valores, afiliaciones ni actividad profesional. Por último tienden a cultivar una serie de relaciones intensas unipersonalmente que suelen ser tormentosas, transitorias y breves, y que alternan entre la idealización y la devaluación. Estos rasgos son persistentes, inflexibles e inadaptativos que deterioran el funcionamiento social y laboral, pero no el contacto con la realidad.

1.4.3 Epidemiología y curso

De acuerdo a los datos presentados por el manual del DSM-IV, la CIE-10 y por los resultados ofrecidos en las investigaciones de Millon (1996), Linehan (1993) y demás investigadores, se estima que la prevalencia es de alrededor de 2% de la población general, del 10% de los pacientes que asisten a centros de salud mental ambulatorios, y en torno a 20 % de los que ingresan, siendo en todo caso más frecuente en mujeres que en hombres (en proporción de 2:1). La tasa de prevalencia dentro de los propios trastornos de personalidad, sitúan al trastorno de inestabilidad emocional, como el más significativo: del 30 al 60% de acuerdo a los criterios de diagnóstico según sea la CIE -10 o el DSM-IV. Los estudios de seguimiento indican que, desde el punto de vista de su funcionamiento global,

en torno al 60% de los paciente evolucionan favorablemente, si bien existe un amplio abanico de variabilidad, lo que significa que hay pacientes en casi cualquiera de los puntos del espectro salud-enfermedad: desde los asintomáticos hasta los suicidas. En cuanto a otras variables, tales como el riesgo de suicidio, los resultados ya no son tan alentadores, en torno al 9% de los pacientes se suicidan o realizan intentos serios, lo que representa una tasa mayor de lo que normalmente se encuentra en maníacos-depresivos y esquizofrénicos, aunque menor que las señaladas para esquizoafectivos (10%). De igual importancia es el dato de que las tasas de suicidios son mucho más elevadas en pacientes de hasta más o menos 25 años que entre los mayores de 25. Mucho de los suicidios están relacionados con consumo de drogas y alcohol, hasta el punto de que en estos casos se triplica el riesgo. Otros factores de riesgo son el abuso sexual y el incesto. La irritabilidad y la hostilidad, más que la tristeza, son predictores de suicidio.

Entre las variables que se asocian con un curso favorable se encuentran la capacidad intelectual alta, la presencia de aptitudes y talentos artísticos y, en el caso de las mujeres, el atractivo físico. La presencia de rasgos obsesivos de personalidad (sin llegar a niveles mórbidos) es también un elemento protector, en parte porque parece funcionar como un "organizador" del tiempo y las conductas. Sin embargo la presencia de depresión (y la coexistencia de un trastorno afectivo mayor) es un marcador de mal pronóstico, al igual que lo son la coexistencia de los rasgos de irritabilidad y explosividad, típicos del antisocial, y sobre todo, si se mezclan estos con tendencias narcisistas. De hecho en algunos estudios de seguimiento, la asociación de este trastorno con rasgos antisociales y narcisistas es frecuente en pacientes con historia de encarcelamiento y conflictos legales graves. En cuanto a los antecedentes evolutivos, la presencia de acontecimientos traumáticos durante la infancia y la adolescencia, incluyendo abuso sexual y psicológico, son también claros indicadores de mal pronóstico. Finalmente, en algunos de los estudios de seguimiento aparece que cerca del 50% de los pacientes que han sido tratados con éxito y han conseguido llevar una vida normal y satisfactoria, presentan una crisis vital en torno a los 40 años, con una agudización grave de los síntomas (incluyendo suicidios e incluso agresiones graves a familiares). En algunos casos esas crisis van precedidas de acontecimientos estresantes o traumáticos, pero en otros no. Tener en cuenta este dato

evolutivo es de mayor importancia al momento de diseñar programas de intervención y estudios de seguimiento para estos pacientes.

1. 5 Características clínicas para el diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad Emocional.

La inestabilidad y la ambivalencia caracterizan a los trastornos de inestabilidad emocional en prácticamente todos los ámbitos de su vida. El resultado de la intromisión constante de estos dos elementos en la vida cotidiana del individuo es la presencia de actitudes cambiantes, emociones erráticas o carentes de control, comportamiento caprichoso, pueril y poco fiable. Son personas impulsivas, impredecibles y a menudo explosivas. (Valdés, 1992, citado en Belloch, 1998)

- Su presencia no resulta cómoda ni agradable para los demás, porque estos se sienten continuamente como si estuvieran al borde del desastre inminente, esperando que el paciente se muestre malhumorado y ofendido o que se vuelva extremadamente obstinado y desagradable. Como se muestran volubles, manipuladores e impredecibles provocan muy a menudo rechazo por parte de los demás, que es lo que precisamente más temen y desean evitar.

- Pueden presentar también grandes cambios en su estado de ánimo, con períodos de abatimiento y apatía extremas, entre mezclados con episodios de ira, ansiedad o agitación. El abatimiento, la depresión y los comportamientos autodestructivos (suicidios e intentos suicidas) son frecuentes. La angustia y la desesperación son sentimientos genuinos, pero también son un modo de canalizar y expresar sus sentimientos de hostilidad, un instrumento para vengarse y molestar al otro. Furiosos por la incapacidad de los demás para protegerlos y apoyararlos, los pacientes emplean su mal humor y sus amenazas como un modo de “dar una lección” al otro. Al mismo tiempo, exagerando sus crisis y mostrándose alicaídos a todas horas, evitan asumir responsabilidades y aumentan el trabajo de los demás, haciendo que sus familias no solo tengan que cuidar de ellos sino que, además, sufran y se sientan

culpables por tener que hacerlo. En el mismo sentido, pueden emplear el silencio total y la frialdad más absoluta como especie de castigo, o un modo de amenazar a los demás con los problemas que se avecinan.

- Se ofenden con mucha facilidad por cualquier asunto sin importancia y es tremendamente fácil que se sientan “provocados” por cualquier insignificancia. Son impacientes y se irritan con mucha facilidad cuando algo no funciona como o cuando ellos quieren
- Millon señala que son “caprichosos” también desde el punto de vista cognitivo: pueden cambiar rápidamente de idea o mostrar pensamientos contradictorios con respecto a sí mismos, a los demás, a los acontecimientos nuevos y viejos.
- Se lamentan continuamente por el estado ruinoso en el que se encuentran sus vidas, por su tristeza crónica, su sensación de vacío vital y su angustia.
- Se sienten faltos de cariño o no queridos en absoluto, despreciados, humillados; sus esfuerzos no sirven de nada, son personas incomprendidas, se encuentran totalmente desilusionados y descorazonados.
- La terquedad, la inmadurez, el pesimismo que los demás les atribuyen no son más que el reflejo, según ellos, de una “sensibilidad especial” y el resultado de la falta de consideración y aprecio que los demás han demostrado tener en ellos. Pero de nuevo aparece aquí la ambivalencia: puede que sus fallos, su mal carácter, su carencia de virtudes, sean la auténtica causa de sus desgracias y del dolor que causan a los demás.

Existen dos características más que distinguen a estos pacientes de otros con trastornos menos graves: la presencia de una competencia social deficiente y la aparición de episodios psicóticos o pseudo-psicóticos transitorios y reversibles.

- La ausencia de competencia social se manifiesta por una incapacidad para lograr una posición social, laboral o educativa acorde a sus capacidades y aptitudes intelectuales o socioculturales. Son frecuentes los fracasos y las rupturas de todo tipo: familiares, laborales, escolares, que se repiten constantemente a lo largo de sus vidas. En muchas de estas ocasiones, son capaces de remontar la situación y solucionar el problema, pero lo más probable es que vuelvan a reincidir en un nuevo fracaso. Este continuo proceso de caída- recuperación contrasta con otros trastornos más graves en los que el proceso de caída es irreversible.
- El segundo elemento es la presencia de episodios psicóticos reversibles. Estos episodios se caracterizan por la pérdida del contacto con la realidad acompañados de ausencia de control cognitivo y emocional. Pero, a diferencia de lo que sucede con los trastornos psicóticos, son reversibles, y el paciente regresa al nivel previo de funcionamiento después del evento psicótico. A lo largo de toda su vida, estos episodios de caída y recuperación cíclicos pueden ser constantes.

1.5.1 Criterios de Diagnóstico según la CIE-10 y el DSM-IV

La caracterización clínico-descriptiva se concreta en los criterios diagnósticos del DSM-IV y de la CIE-10. Como puede contrastarse, la CIE-10 indica únicamente cinco criterios para el diagnóstico, de los que únicamente se requieren tres para formalizarlo, tomados del DSM-IV. Se debe tomar en cuenta que, además, la CIE-10, caracteriza al trastorno límite de personalidad como una subcategoría del trastorno de manera más general: trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: tipo límite o tipo impulsivo. Sin embargo, la CIE-10 no toma en cuenta, como condición de diagnóstico, los breves episodios psicóticos que suelen presentar estos pacientes, criterio que sí se toma en cuenta en el manual del DSM-IV

- *De acuerdo a la CIE –10, se categoriza como trastorno de inestabilidad emocional y se subdivide en trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: límite o impulsivo.*

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye:

Personalidad explosiva y agresiva.

Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye:

Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de

amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye:

Personalidad "borderline".

Trastorno "borderline" de la personalidad.

- *De acuerdo al DSM-IV se categoriza como trastorno límite de la personalidad y se encuentra con el código (301.83), en el eje II. Este manual describe nueve criterios básicos para su diagnóstico, de los cuales se han de cumplir al menos cinco para que pueda emitirse el diagnóstico.*

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes criterios la explicación de los mismos está sacada del propio DSM-IV.

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. *Nota.* No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales.
- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por los extremos de idealización y devaluación. Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. Sin embargo cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no <<están>> lo suficiente. Estos sujetos pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero solo con la

expectativa de que la otra persona <<esté allí>> para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas. Son propensos asimismo a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con alguna de las personas que se ocupa de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono.

- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades. Estos sujetos pueden cambiar bruscamente desde el papel de suplicar la necesidad de ayuda hasta el de vengador justiciero de una afrenta ya pasada. Si bien lo habitual es que su autoimagen esté basada en ser perverso o desgraciado, a veces los individuos con este trastorno tienen también el sentimiento de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el sujeto percibe una falta de relaciones significativas, de ayuda y de apoyo. Estos sujetos pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar.

- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).

- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. El suicidio consumado se observa en un 8-10% de estos sujetos y los actos de automutilación (cortarse o quemarse) y las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes. El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un

alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o servirles de expiación de su sentimiento de maldad.

- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). El estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de estos individuos al stress interpersonal.
- Sentimientos crónicos de vacío. Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío. Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer.
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). Es frecuente que los sujetos con trastorno límite de la personalidad expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira. Pueden mostrar sarcasmo extremo amargura persistente o explosiones verbales. Frecuentemente, la ira es desencadenada cuando consideran a una de las personas que se ocupa de ellos o a un amante negligente, represor despreocupado o que le abandona. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos.
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. Durante períodos de estrés extremo se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización), pero generalmente éstos son de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional. Lo más habitual es que estos episodios ocurran como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser pasajeros y duran entre

minutos y horas. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producirse la remisión de los síntomas.

Para concluir este capítulo, es necesario hacer notar que la categorización impuesta por los dos ejes diagnósticos más significativos en el campo de la Psiquiatría (DSM-IV y la CIE-10) nos obliga a considerar dos temas muy importantes. Por una parte, que el concepto de trastorno de personalidad y más específico, el trastorno de inestabilidad emocional, continúa siendo tema de discusión tanto para su clasificación y la forma de diagnosticarlo, así como las consecuencias que esto tiene en el encuadre o la estrategia psicoterapéutica adecuada a estos pacientes. Por otra parte, implica conocer los estudios e investigaciones que se producen en otros campos del conocimiento, de manera que los planteamientos en las investigaciones no sean incongruentes con los avances científicos.

Por último, una clasificación de los trastornos de personalidad basada en un concepto de personalidad como conjunto de “rasgos característicos”, parece entrar en contradicción con algunas teorías y aportaciones de la Psicología Clínica –que no puede verse reducida a un conjunto de características que puedan ser medidas estadísticamente- Sin embargo, esto no presenta un impedimento para que determinados investigadores (Olvera, 2004) trabajen en ese nivel de “rasgos” de la personalidad y puedan ir señalando diferencias fundamentales (y estadísticamente significativas) entre personalidades mejor integradas, o normales, y trastorno de la personalidad. Lo anterior nos permite expandir la conceptualización del trastorno y buscar su etiología en otros campos de conocimiento.

Capítulo Dos

Etiología y características clínicas del trastorno

Las causas del Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad o Borderline es una de las cuestiones más complicadas en lo relacionado a la investigación de este trastorno. Las primeras consideraciones tienden a subrayar la contribución de factores evolutivos y ambientales, como relaciones paterno-filiales patológicas o inadecuadas, algunos factores comportamentales propios de los individuos y factores constitucionales o biológicos que desempeñan un importante papel en la etiología. De acuerdo a lo anterior se sugiere que las causas del trastorno tienen su origen en una combinación compleja y que son el resultado entre factores temperamentales y psicológicos. Un número cada vez mayor de estudios sobre los antecedentes ambientales (Vaillant, 1994, citado en Phillips, 2000) como el ambiente familiar y el abuso sexual y físico, apuntan sobre una probable influencia de estos factores en el desarrollo de esta patología.

Aunque la mayoría de las investigaciones proponen que en la génesis del Trastorno coexisten factores de origen genético, constitucional, neurobiológicos, de comportamiento y evolutivo (experiencias tempranas), no hay acuerdo acerca de la primacía de unos factores sobre de otros en la aparición del Trastorno de Inestabilidad Emocional, pero sin duda muestran un importante acercamiento bio-psico-social de causas que contribuyen a su génesis. A continuación presentaremos brevemente las principales aportaciones de estos enfoques

2.1 Tesis Biológica

Desde un planteamiento evolutivo neurobiológico se ha sugerido que existe un paralelismo entre los efectos negativos en el desarrollo del niño con Trastorno por Déficit de Atención (T.D.A.) y el desarrollo evolutivo de los futuros adultos con Trastorno de Inestabilidad Emocional o borderline. El niño con T.D.A. muestra síntomas relacionados con hiperactividad, atención recortada, distractibilidad, cambios de ánimo e impulsividad elevada. El síndrome comportamental que surge como resultado incluye problemas en la

interacción social y bajo rendimiento escolar. El resultado de esta sintomatología sería la presencia de dificultades en la regulación afectivo-emocional y del control de los impulsos que, en algunos casos, darían lugar al desarrollo de un Trastorno de inestabilidad emocional. (Andrulonis, 1981, citado en Belloc, 1998)

En investigaciones más reciente (Gabbard, 2000) se ha encontrado que en los pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional existe una mayor prevalencia de daños cerebrales, adquiridos (traumatismos) o evolutivos. Los marcadores neurobiológicos incluyen retraso evolutivo, epilepsia, daño cerebral y otras enfermedades que afectan al Sistema Nervioso Central. A partir de este tipo de investigaciones se tiende a observar un paralelismo entre los síntomas que se asocian con una disfunción frontal y los de Trastorno de Inestabilidad Emocional (impulsividad, rigidez cognitiva, pobre autocontrol)

Otro conjunto de estudios tiene como objetivo investigar la psicobiología de cada uno de los síntomas clave del Trastorno (impulsividad/agresividad y labilidad efectiva). Respecto al primer componente, impulsividad/agresividad, los resultados muestran que los niveles bajos de serotonina son característicos de personas que presentan conductas de autoagresión o heteroagresión característica en el Trastorno de Inestabilidad Emocional. Además de encontrarse niveles incrementados de la función noradrenérgica relacionada al componente de impulsividad. En lo que se refiere a la inestabilidad del estado de ánimo y la irritabilidad, parecen estar claramente relacionadas con una capacidad de respuesta incrementada del sistema noradrenérgico. El estudio con familias indica, que al menos, se puede constatar una determinación genética para rasgos como la impulsividad y la ira.

Por último es importante señalar que los resultados de estas investigaciones no han podido establecer como causas principales las alteraciones biológicas para el trastorno ya que cuando se encuentran indicadores o marcadores biológicos, se refieren a síntomas muy concretos, y en ningún caso al Trastorno como tal, por lo tanto, estas alteraciones van a estar presentes en todos aquellos cuadros clínicos que cursen con este mismo tipo de síntomas.

2.2 Tesis de Aprendizaje Social

Este planteamiento parte de la observación de Theodore Millon (1996) al constatar un aumento importante en la prevalencia de este trastorno en las últimas décadas, que no es explicable únicamente a una mejor definición del mismo. Según Millon, el aumento de estos cuadros obedece a los cambios culturales de las últimas dos décadas centrados en los cambios que afectan a las diversas prácticas y actividades sociales: cambios en los modelos y hábitos de crianza, relación de pareja, cohesión familia, estilos de ocio, etc. De algún modo, comenta Millon, la estabilidad, organización y coherencia de las Instituciones socioculturales tiene su reflejo en la estabilidad, organización y coherencia de los miembros del colectivo. De esta manera, las sociedades actuales encaminadas a la pérdida de valores en las Instituciones socialmente establecidas, producen una pérdida dramática de recursos sociales que se ven reflejadas en los miembros de su colectividad. La nueva reorganización sería el síntoma de una sociedad occidental moderna donde las características de este trastorno serían las mismas que definen a estas sociedades contemporáneas: omnipotencia, grandiosidad, exhibicionismo, problemas de identidad, destructividad y violencia, corrupción, promiscuidad y perversiones sexuales, consumo masivo de drogas, depresión, vacío y aburrimiento (Silvio, 1985)

La degeneración y ruptura de la familia nuclear con la aparición de estilos de crianza definidas en torno a la negligencia, el abandono (real o emocional), el pobre compromiso afectivo, la proyección de tendencias inconscientes e indiferencia afectiva de ambos padres, sería el resultado lógico del tipo de sociedad en la cual nos ubicamos. Evidentemente estos cambios culturales no son suficientes para explicar el aumento de estos cuadros, pero aportan una explicación social muy importante al trastorno

2.3 Tesis Cognitiva

De acuerdo a Arnoud Arntz (1999) el problema básico a nivel cognitivo de los pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional o Borderline es la ausencia de un esquema sobre sí mismo mínimamente organizado. Dicho en otras palabras, el problema radica en que el

paciente al no saber quien es, no sabe que quiere, no sabe que hacer por que no sabe de que cosas es capaz. Su inestabilidad emocional y su ausencia de control pueden deberse a la carencia de un autoesquema que le ayude a situarse en el mundo y a integrar de un modo coherente las muy variadas experiencias y vivencias a las que todos se ven sometidos. La inestabilidad afectiva e interpersonal es consecuencia de una estructuración psicológica defectuosa, cuya característica es la ausencia de cohesión y armonía interna. La causa y a su vez la consecuencia de esta falta de coherencia cognitiva es la ausencia de una identidad bien construida, de un sí mismo coherente y organizado.

En consecuencia, la identidad o el sí mismo, es decir la estructura más profunda de la personalidad, la que sirve como elemento integrador de la propia experiencia pasada y de las expectativas futuras, la que proporciona la sensación interna de continuidad en el tiempo y el espacio, la que sirve como de marco en relación con los demás, se encuentra aquí fragmentada y debilitada, mal construida y mal elaborada, es decir, inestable. En el Trastorno de Inestabilidad Emocional este esquema esta deteriorado, poco estructurado y mal organizado, entonces todo lo que es procesado a través de él no sirve más que para desestructurar más, a la vez que es procesado de un modo errático e impredecible. Lo que explica en gran medida la interpretación equívoca de los hechos y circunstancias de su vida cotidiana.

2.4 Tesis Psicoanalítica

La tesis psicoanalítica ha subrayado la importancia de las relaciones paternofiliales tempranas en la etiología del trastorno. Estos estudios ha señalado la desorganización materna en los esfuerzos del niño de 2 a 3 años para ser autónomo, (Masterson, 1975), frustración extrema que agrava la angustia del niño (Kernberg, 1975) y descuido de las emociones y actitudes del niño (Adler, 1985). Se ha documentado una alta frecuencia de abandono traumático temprano, malos tratos y abuso sexual. Esta claro que estas experiencias traumáticas se dan en un contexto de negligencia prolongada, en el cual el niño desarrolla ira permanente y autoaversión. La ausencia de un vínculo afectivo estable durante el desarrollo es el origen de su incapacidad para mantener un sentido estable de sí

mismo o de los otros. Al parecer, esta combinación de factores puede ser más específica que cualquier otro factor en la patogenia de este trastorno, por lo tanto es necesario profundizar en estos conceptos.

2.4.1 Definición del concepto Borderline en la clínica psicoanalítica

El Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (CIE-10), también llamado Borderline (DSM-IV), define a un tipo característico de personalidad en la clínica psiquiátrica. El psicoanálisis también define como “borderline” el mismo tipo específico de personalidad, pero a la vez utiliza el término como genérico para todo tipo de trastornos de la personalidad, que tengan como denominador común el llamado “síndrome de difusión de la personalidad” (Silvio, 1985) y lo define como *“un término descriptivo que se refiere a un grupo de condiciones que manifiestan tanto fenómenos psicóticos como neuróticos, sin caer inequívocamente en ninguna de dichas categorías diagnósticas. Se pueden presentar síntomas neuróticos de naturaleza histérica, fóbica u obsesiva-compulsiva que representan defensas contra estados más regresivos y primitivo. Como características adicionales la adaptación superficial al ambiente y la habilidad de mantener relaciones objetales pueden estar relativamente intactas, de ahí que muchas funciones yoicas estén bastante bien conservadas, sin embargo existe una debilidad en las defensas contra los impulsos instintivos primitivos e interferencia con la evaluación adecuada de la realidad, el pensamiento lógico, adaptación al ambiente y otros aspectos del funcionamiento yoico. Por último, bajo situaciones estresantes, los aspectos psicóticos pueden surgir a la luz, pues la flexibilidad y adaptabilidad de estos pacientes está reducida”* (Asociación Psicoanalítica Norteamericana, 1980)

2.4.2 Evolución del concepto “Borderline”

La primera alusión en la literatura sobre los casos “borderline” aparece en el libro de Bleuler (1908) sobre la demencia precoz, al hablar de ciertos casos de esquizofrenia latente que rara vez busca tratamiento y en los cuales se observa toda la gama de alteraciones neuróticas y psicóticas. En el año de 1949 Hoch y Pontalin (citado en Guarner, 1978)

utilizaron la denominación de "pseudoneurosis esquizofrénica", para designar a un grupo de enfermos que presentaban síntomas neuróticos cambiantes (pan-neurosis) y una angustia permeable que se manifestaba continuamente (pan-angustia). La sexualidad caótica observada en estos pacientes se utilizó como criterio diagnóstico.

Kinght en 1953 (citado en Paz, 1976) fue el primero en dar importancia al aspecto del funcionamiento yoico y consideraba que la meta terapéutica era buscar un equilibrio entre los impulsos amenazadores y los controles por parte del yo. Frosch (1964) habla del "carácter psicótico" en el cual no aparecen episodios psicóticos, pero existen trastornos en el contacto con la realidad. Boyer (1969) presenta varios casos de "esquizofrenia pseudoneurótica" en la que aparecen trastornos del pensamiento y de la sexualidad encuadrados en una patología crónica.

Dentro de las principales aportaciones al estudio de estos pacientes encontramos las exposiciones de Helen Deutsch (1968), que habla de las personalidades "como si" adaptadas a la realidad, pero sin una identidad estructurada, lo que les lleva a imitar y representar actitudes acordes a su medio. Su adaptación se realiza mediante la incorporación imitativa de roles, explicando así un déficit integrativo profundo, de tal manera que los pacientes quedan fijados a un Superyo externo (no interiorizado). Bergeret (1974, citado en Paz 1976) los describe como casos límites en los cuales aparecen una cronicidad del trastorno y una depresión anaclítica como elemento predominante.

Más recientemente, Otto Kernberg (1976, 1979 y 1989) es el autor que sin duda ha aportado más a la etiología, diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes. Kernberg alude a estos pacientes como casos fronterizos y los cataloga como poseedores de una entidad clínica autónoma y diferente, la cual no es parte del continuo evolutivo de la neurosis hacia la psicosis, sino que al presentar síntomas de ambas patologías lo hace una entidad nosológica diferente.

Para finalizar, como se ha descrito, los términos Borderline, límite, fronterizo, pseudopsicosis, depresión límite, esquizofrenia pseudoneurótica, son solo algunos de los

términos que sean utilizado para nombrar a esta patología a lo largo de su evolución clínica. En la actualidad, la mayoría de la literatura los conceptualiza en tres términos; “fronterizo”, “límite” o “borderline”, por lo que en este capítulo se continuara utilizando los tres términos.

2.4.3 Modelo psicogenético de Otto Kernberg

Kernberg es uno de los autores que más aportado al estudio de este tipo de pacientes considerándolos como fronterizos y describe una de las más importantes etiologías del trastorno desde un enfoque psicodinámico. *“El termino organización fronteriza de la personalidad, mas que estados fronterizos o cualquier otra denominación, es lo que mejor describe a los pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable, y no un estado transitorio que fluctúa entre las neurosis y psicosis”*.

Para Kernberg, (1975) el análisis estructural de los pacientes fronterizos se refiere al análisis de los procesos mentales desde la perspectiva de las tres estructuras psíquicas (yo, ello y superyo), y dentro de este análisis, distingue como propio de esta patología:

Manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica: Se refiere a la falta de tolerancia a la ansiedad, formando nuevos síntomas o a través de una regresión. Falta de control de los impulsos, impulsividad errática y egosintónica. No hay buen desarrollo de la sublimación, incapacidad de gozar y ausencia de creatividad. En ocasiones, la rigidez de los patrones caracterológicos es erróneamente considerado índice de fortaleza yoica

Desviación hacia el pensamiento del proceso primario: En la entrevista aparecen como estructurados y estas desviaciones sólo se hacen evidentes en los test proyectivos por medio de evidencias del pensamiento primario como fantasías primitivas, disminución de la capacidad de adaptarse a los datos formales de los test y, en especial, el uso de particulares verbalizaciones. Cualquiera que sea su origen, comenta Kernberg, la regresión a este tipo de pensamiento es el más importante de los indicadores estructurales individuales de la organización fronteriza.

Mecanismos defensivos: La escisión por excelencia. También presentan idealización primitiva frente a objetos externos (para que los protejan); para asegurarse de que no los han destruido, los convierten en ideales y se alejan de la realidad. La idealización omnipotente se evidencia en que el paciente comparte la grandeza del objeto idealizado, por lo que se protege de la agresión y satisface sus necesidades narcisistas, llegando a la desvalorización de los objetos externos. También usan la negación, identificación proyectiva y la proyección de la agresión. Sienten que son seres especiales, por lo tanto necesitan atención especial también, lo que se traduce en el mayor problema en la terapia, en que cambian de objeto en objeto. La principal deficiencia del desarrollo radica en la incapacidad de sintetizar introyecciones e identificaciones positivas y negativas, junto a una incapacidad de reunir imágenes de sí mismos y de los objetos de origen agresivo y libidinal. (Kernberg, 1989). El típico paciente fronterizo conserva prácticamente intactos los límites de su yo su prueba de realidad. (Kernberg, 1979)

Patología de las relaciones objétales: Existe una diferenciación sujeto-objeto, pero en la transferencia se desvanece (psicosis transferencial), por lo que no se trabaja la regresión en la terapia.

Los principales factores etiológicos parecen ser el exceso de agresión primaria, de la agresión secundaria o la frustración, a los cuales probablemente contribuyen ciertas deficiencias en el desarrollo de las funciones yoicas primarias y la falta de tolerancia a la ansiedad. No se logran conciliar las proyecciones positivas y negativas, por lo que no se experimenta culpa ni depresión. Sus depresiones se dan en forma de rabia impotente y sentimientos de derrota, más que duelo por la pérdida de objetos buenos. Son incapaces de experimentar empatía y desarrollar relaciones personales. Superficialmente, pueden aparecer como sentimientos de inferioridad, pero al nivel profundo, estos son estructuras defensivas por fantasías omnipotentes y rasgos narcisistas del carácter. Hay difusión de la identidad, no se tiene un concepto de sí mismo y de los objetos en relación con él. Nunca tienen muy claro lo que quieren. Retienen concientemente el material, desvalorizan la

ayuda y hacen esfuerzos inconscientes para confundir al terapeuta. Provocan angustia y sensación de inutilidad muy grande en el terapeuta.

“En resumen, persisten en el yo imágenes de 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 imágenes objétales ni la concomitante evaluación realista de los objetos externos. La constante proyección de imágenes “totalmente malas” de sí mismo y de los objetos perpetúan un mundo de objetos peligrosos y amenazantes, contra el cual se emplea defensivamente las imágenes “totalmente buenas” de sí mismo, dando lugar a representaciones megalománicas del sí mismo ideal... por lo que las funciones superyoicas tienden a quedar personificadas sin llegar a la abstracción, y son fácilmente re proyectadas en el mundo externo” (Kernberg, 1979).

Es frecuente que la historia de los pacientes con personalidad fronteriza consigne experiencias de frustración extrema o intensa agresión (secundaria o primaria) en los primeros años de vida. La excesiva agresión pregenital, sobre todo la oral, tiende a ser proyectada y provoca una agresión paranoide de las tempranas imágenes parentales, en especial las de la madre. Al mismo tiempo, se produce un prematura desarrollo de las tendencias genitales, mediante el cual se intenta evitar la rabia y los temores orales.

En ambos sexos, el exceso de agresión pregenital, y en especial la de agresión oral, tiende a inducir al prematura desarrollo de las tendencias edípicas, como consecuencia de una particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales, causada por el predominio de las tendencias agresivas.

2.4.4 Características clínicas del trastorno de acuerdo a Kernberg

1) Angustia

Es crónica y difusa. Se trata de un afecto continuo que no obstante puede manifestarse como una crisis de angustia con el correlato somático correspondiente. Además de las crisis, puede llegar a un estado de desfallecimiento de todas las funciones psíquicas, junto

con la manifestación somática. La desrealización y la despersonalización aparecen como extremos, acompañadas por síntomas somáticos tales como vértigo, taquicardia y otras característicos de la crisis de angustia corriente. Desde el punto de vista de la Psicología del Yo, el diagnóstico se orienta más a la evaluación de la estructura del yo que a los síntomas. Cuando hay perturbaciones en el desarrollo yoico, la angustia no puede ser procesada como señal, sino que se vive como amenaza difusa y global, como peligro de aniquilación, y por lo tanto, puede aparecer en forma brutal, poco canalizable por la simbolización. En una angustia ligada a la pérdida de sentido, que remite a la pérdida de objeto, Freud destaca que las reacciones frente a la separación se asemejan más al duelo que a la angustia, se ligan con el exceso de excitación pulsional y la pérdida de la función protectora de objeto frente a la pérdida libidinal. La ubicación psicopatológica de esta correspondería para Kernberg(1979), Masterson (1975) y otros, (Espina 1987, Paz 1976 y Meza 1970) en el esquema psicoevolutivo de Mahler(1972), a la subfase de reaceramiento de la fase de individuación-separación, en la cual las ansiedades de abandono se sienten al máximo y la omnipotencia ha decrecido.

2) Incapacidad para sentir

En ocasiones el paciente toma conciencia de un vacío afectivo cercano a la despersonalización. En estos casos sufre por su incapacidad para sentir y a veces hacen escenas de tipo histérico, tienen reacciones emocionales exageradas, ingieren alcohol o drogas, cometen delitos o tienen relaciones sexuales patológicas para liberarse de su vacío y anesthesiarse, paradójicamente, con sensaciones intensas. Gran parte de su acting out y de sus estallidos emocionales constituyen un intento por superar su inestabilidad. Aunque anhelan experimentar emociones genuinas, no pueden tolerarlas. Se protegen contra el sentimiento manteniendo las relaciones a un nivel muy superficial o cambiando frecuentemente de actividades, de pareja o del lugar donde viven. Esto explicaría en gran medida su inestabilidad.

3) Depresión

El tipo de afecto depresivo ayuda a evaluar el grado de integración del superyo. Los sentimientos de culpa evidencian una buena integración de las interdicciones, así como los

de rabia, de desesperación y una imagen de sí mismo idealizada, indican una mala integración de esta instancia. La depresión se caracteriza, básicamente, por sentimientos de vacío y soledad, a diferencia de lo que ocurre en el verdadero depresivo, en el cual hay temor de la destrucción del objeto. En el caso del borderline hay cólera o rabia contra el objeto considerado frustrante. La depresión es muy variable, en función del ambiente y sin cambios circadianos

4) Intolerancia a estar solo

La modalidad de relación es anaclítica. La intolerancia a estar solo se manifiesta como un afán de aferrarse vorazmente, a través de la voz o de la presencia física del otro, o en determinados casos por intermedio del objeto droga, alcohol o alimento según sea la adicción, como intento fallido de supresión de la falta. En realidad, no hay posibilidad de introyección del objeto, el cual aparece como presencia labil con tendencias a la desaparición inminente. Toda tensión es intolerable, y de allí la aparición, sin mediatización de las conductas actuadas de aferramiento. La relación de objeto del borderline es siempre parcial y puede ser con un objeto parcial o con uno total. La relación de objeto parcial significa empleo de disociación, proyección, idealización, negación y omnipotencia, e implica splitting del yo. La idealización tan frecuente en los borderline implica disociación, negación de los aspectos rechazados del objeto y proyección de los mismos a un objeto desvalorizado.

5) Anhedonia

Es la incapacidad de sentir placer, entendido como la obtención de satisfacción a partir de un estímulo determinado o las sensaciones de bienestar que dan las gratificaciones o el logro de los objetivos. Siempre existe en el paciente borderline una insatisfacción permanente y manifiesta, una frustración constante. Los objetivos que se plantean son inalcanzables. O por el contrario, cuando son alcanzados, pierden valor inmediatamente. No hay una identidad integrada, un yo estable y totalizador que permita asimilar la experiencia placentera.

6) Neurosis polisintomáticas

Pueden presentarse dos o más de los siguientes síntomas:

- a) Fobias múltiples generalmente graves, especialmente agorafobia. La relación con el objeto esta sometida a regulación de la distancia con mecanismos ágora y claustrofóbicos. Asociadas con tendencias paranoides, se originan serias inhibiciones sociales.
- b) Síntomas obsesivos compulsivos. Sintónicos con el yo y con tendencia a racionalizarlos
- c) Múltiples síntomas de conversión, generalmente crónicos
- d) Reacciones disociativas
- e) Estados de ensoñación, fugas y amnesia con trastornos de conciencia
- f) Hipocondría. Se refiere no solo al cuerpo, sino también a la mente, describen minuciosamente sus malestares, reacciones y sensaciones. Es común el temor a volverse locos
- g) Tendencias paranoides e hipocondríacas con cualquier otra neurosis sintomática. Este sería para Kernberg una combinación típica, presuntiva del diagnóstico de organización límite.
- h) Descontrol impulsivo, incluido el pasaje al acto y el acting out. Este descontrol impulsivo puede ser vivenciado egodistómicamente fuera de los episodios “empujados” por el impulso, que son egosintónicos y generalmente agradables durante el episodio mismo. El alcoholismo, la drogadicción, la bulimia, las compras descontroladas, la cleptomanía, entre otros.

7) Tendencias sexuales perverso polimorfas

Suelen coexistir varias tendencias en forma de fantasías o de acciones. Las formas bizarras de perversión, principalmente las que manifiestan agresión o sustitución primaria de los fines genitales, con fines eliminatorios (orina y defecación) son también indicadores de una organización límite de la personalidad. A veces la homosexualidad puede funcionar como defensa a ansiedades de abandono.

Habría condensación de conflictos genitales y pregenitales y un prematuro desarrollo de los conflictos edípicos, causado por el predominio de las tendencias agresivas. En la historia hay experiencias tempranas de frustración extrema. Excesiva agresión pregenital, especialmente oral, que es proyectada haciendo parecer a la madre como potencialmente peligrosa, odio que se hace extensivo a ambos padres. También hay un prematuro desarrollo de las tendencias genitales, con lo que se trata de evitar la rabia y los temores orales. Esto fracasa por la intensa agresión pregenital que contamina también las tendencias genitales. En la mujer, los intentos de solución puede manifestarse como:

- a) El refuerzo del edipo negativo, es decir, el sometimiento sexual al padre para obtener las gratificaciones orales negadas por la madre. Homosexualidad de origen predominantemente oral.
- b) Relación heterosexual que en el plano profundo intenta robar sexualmente lo que la madre le negó en el plano oral. Hombres narcisistas promiscuos (vinculaciones pseudogenitales: buscan vengarse de las frustraciones orales de la madre)
- c) Desarrollo de las tendencias infantiles perverso-polimorfas, sobre todo las que permiten la manifestación de la agresión. En la mujer en general hay un fracaso del amor heterosexual por la contaminación agresiva del padre y la reactivación de la envidia del pene. Se busca solucionarlo en la promiscuidad tratando de negar la envidia del pene y los sentimientos de culpa de las tendencias genitales. Tendencias masoquistas por la reintroyección de la agresión proyectada a la madre.
- d) Homosexualidad por la búsqueda de la gratificación de las necesidades orales por parte de una imagen materna idealizada
- e) Relaciones homosexuales sadomasoquistas, por la persistencia de las necesidades y temores derivados de la agresión oral. Las soluciones son: homosexualidad, masoquismo y promiscuidad.

Etiología de las perversiones

En relación con la etiología, es importante considerar que las perversiones manifiestan una fijación a tempranas formas pregenitales de gratificación. La regresión a puntos de fijación

son por lo general evidentes y suelen demostrarse desde la infancia como una inclinación hacia la gratificación que implica una etapa de fijación (MacKinnon, 1973). Pueden existir desde entonces exacerbaciones, remisiones y ocasionalmente puede darse un largo intervalo entre las experiencias infantiles de fijación y las manifestaciones de la perversión en la posterior vida adulta. No solamente las pulsiones sexuales infantiles no se han modificado, sino que los mecanismos de defensa que podrían haberlas transformado en síntomas neuróticos tampoco han funcionado como tales; por lo tanto, lo más importante en las perversiones es el proceso de fijación más que el de regresión, es decir, son un trastorno en la maduración de los impulsos (MacKinnon, 1973)

“Una neurosis es el negativo de una perversión” (Freud 1905) lo que quiere decir que un neurótico reprime y solo libera simbólicamente a través de los síntomas, el pervertido lo expresa directamente en su conducta sexual. En las perversiones se consideran anormales las cualidades de los impulsos sexuales y el objeto de estos. También se piensa que las perversiones podrían ser formaciones defensivas, donde los elementos sexuales infantiles pasarían por el complejo de Edipo, que los desviaría. Este fragmento infantil, sobre el cual es desplazado el placer primitivo, debe de tener una relación especial con el yo para poder escapar a la represión, de esta manera, el yo toma como propia una porción del instinto y autoriza su expresión conciente, mientras que el resto sufre la represión. La perversión no solo representa una defensa contra la ansiedad de castración, sino contra los sentimientos de culpa: el miedo a la castración proviene del impulso de penetrar en la vagina de la madre que esta ocupada por el pene paterno, donde los deseos pasivo-femeninos en relación a este pene implican el peligro de castración, que depende de los impulsos oral-sádico propio de las personalidades fronterizas.

8) Breves episodios psicóticos

Incluyen la desrealización y despersonalización. La suspicacia autoreferencial y los cuadros paranoides predominan en estos episodios. Las manifestaciones clínicas serían: trastornos paranoides, depresiones con intentos de suicidio, episodios maníacos. La ruptura del vínculo simbiótico puede terminar de diversas maneras: un acting, un episodio

psicótico, uno psicossomático, uno perverso, o la instauración de un nuevo vínculo simbiótico.

9) Adaptación social

Si bien se habla clásicamente de una adaptación superficial, esta no es tal. Conviene hablar de una adecuación ante determinadas circunstancias. Hay un espectro de posibilidades desde evitar el contacto social (borderline esquizoides y depresivos) hasta los antisociales. En las reacciones paranoides pueden tener conductas agresivas, pero por lo general se retraen y perjudican las relaciones personales.

La expresión de sospechas acompañadas por disculpas o bromas indica la conservación de la función crítica del yo respecto de la desconfianza paranoide, mientras que la suspicacia sin trabas indica la pérdida de esta función. Por último, Kernberg (1975) agrega las estructuras de personalidad psicóticas, las neurosis impulsivas y adicciones.

Mecanismos de defensa

Represión: La represión tiene un doble funcionamiento: mantiene a distancia las investiduras de objeto capaces de amenazar la organización del yo, y por otro lado constituye un revestimiento cuya función es asegurar los límites que procura el yo, siempre con cierto juego. Hay un déficit de la función represiva en los pacientes fronterizos.

Escisión (splitting, clivaje): Es un proceso activo utilizado para mantener la separación entre introyecciones e identificaciones de calidad opuesta con sistemas alternativamente activados e investidos en la relación de una forma discontinua. A consecuencia de esta hay agresión por incapacidad de integración. Esto que es un simple defecto de integración, sigue siendo activamente utilizado por el sujeto como modo de enfrentarse a la difusión de la angustia y de protegerse frente a la incompletud narcisista. En cuanto al yo, hay dos sectores: el relacionado con los objetos que no despiertan la herida narcisista y el que funciona de un modo más autónomo y en relación con la realidad, reactivando posiciones narcisistas frágiles. La función de síntesis del yo se encuentra modificada y es fluctuante,

ya que solamente el área de realidad frustrante es la que deforma y termina en estas deformaciones del yo.

Idealización primitiva: Tendencia a ver los objetos como totalmente buenos para contar con su protección contra los objetos malos y asegurarse que no sean dañados, contaminados o destruidos. No hay verdadera estima, sino necesidad de protección contra los objetos peligrosos y sirve como receptáculo de la identificación omnipotente. Esta fusión con un objeto ideal desvanece los límites yoicos, como ocurre en la transferencia, dando lugar a las llamadas psicosis transferenciales.

Identificación proyectiva (temprana forma de proyección): Fuertes tendencias a la proyección. El principal propósito es poner afuera las principales imágenes del sí mismo agresivo y totalmente malo, aparición de objetos peligrosos y vengativos de los que busca protegerse. En el área de proyección de la agresión se debilitan los límites yoicos y necesitan controlar el objeto para impedir el ataque. La angustia persecutoria obliga al paciente a acentuar la idealización.

Omnipotencia y desvalorización: Los pacientes suelen alternar entre la necesidad de una relación que refleje su aferramiento y sus exigencias a un objeto casi mágico e idealizado y fantasías y actividades que revelen el profundo sentimiento de omnipotencia. No hay dependencia en el sentido de preocupación o amor. En un plano profundo, la persona idealizada es tratada en forma despiadada y posesiva, como una extensión del propio paciente. A raíz de esto aparecen las fantasías omnipotentes; cuando el objeto externo ya no proporciona gratificación o protección, lo abandona, porque no hay capacidad de amor para destruirlo vengativamente y frustrar sus necesidades (avidez oral), para impedir que se transforme en perseguidor.

Resumiendo la breve descripción de la teoría de Kernberg presentada en este escrito, estos pacientes presentan episodios psicóticos pasajeros, desarrollan una psicosis de transferencia, poseen juicio de realidad y neurosis polisintomáticas con fantasías perversas

múltiples. Su Yo es débil, no tolera la ansiedad ni controla los impulsos; sufren regresiones al proceso primario y no poseen canales de sublimación desarrollados.

Como característico de estos pacientes, al utilizar la *splitting*, no pueden integrar lo libidinal y lo agresivo, produciéndose una escisión entre las introyecciones positivas y negativas, con la consecuente división del self. Por lo que, según Kernberg (1975) presentan:

- Un Superyo no integrado, proyectando los aspectos censuradores y exigentes.
- Una no asimilación realista de los padres
- Un uso defensivo del self ideal, en detrimento del self realístico.
- Adaptación a la realidad, pero sin internalización profunda de la realidad social

Todo lo cual produce, como rasgos caracterológicos, la poca capacidad para la evaluación real de los otros, adaptándose mientras no haya implicación emocional, superficialidad, pulsiones pregenitales y genitales infiltradas de agresión.

En relación a los aspectos genéticos y dinámicos, habla de experiencias de frustración intensa y gran agresividad en los primeros años de vida. La excesiva agresividad oral es proyectada en la madre, provocando una distorsión paranoide de la misma, haciéndose extensiva a ambos padres. Para evitar la rabia y los temores orales hay una huida hacia la genitalidad, dando lugar a las tendencias sexuales perversopoliformas y las ansiedades en torno a la sexualidad característica de estos pacientes.

2.4.5 Tentativas de clasificación

Grinker, Werble y Drye (1968) realizaron un estudio sistemático con 51 pacientes previamente seleccionados, haciendo un análisis estadístico de los datos recogidos. Llegaron a la conclusión de que el trastorno se caracterizaba en todos los pacientes por:

- Rabia como afecto esencial
- Relaciones anaclíticas dependientes
- Falta de identidad consistente
- Depresión con tonalidad de soledad

Estos autores describieron también la existencia de cuatro subgrupos entre los pacientes estudiados

Grupo I. La frontera con la psicosis

1. Conductas inapropiadas y no adaptativas, tanto individualmente como en grupo
2. Deficiente sentido de identidad y deficiencias en el sentido de realidad
3. Conductas afectivas negativas y rabia hacia otros
4. Depresión
5. Descuido de funciones elementales, próximos a la desintegración psicótica

Grupo II. El síndrome fronterizo central

1. Compromiso vacilante con el otro
2. Expresiones de rabia abierta o acentuada
3. Ausencia de indicadores de autoidentidad consistente
4. Depresión

Grupo III. De las personas adaptadas-desafectivas definidas "como si"

1. Conducta adaptativa apropiada
2. Relaciones complementarias del tipo "como si"
3. Poca espontaneidad y afecto como respuesta
4. Intelectualización y desconexión como defensa

Grupo IV. De la frontera con la neurosis

1. Depresión de tipo infantil con “aferramiento”
2. Ansiedad
3. Similitud con los caracteres narcisísticos

Gunderson y Singer, (1991) describieron otras seis características de este tipo de pacientes:

1. Intenso afecto depresivo u hostil
2. Historia de conducta impulsiva
3. Adaptación social
4. Breves experiencias psicóticas de tipo paranoide
5. Respuestas bizarras, ilógicas o primitivas en test psicológicos no estructurados (técnicas proyectivas y Rorschach) y en los estructurados (Wechsler) respuestas más normales
6. Parecen normales en las relaciones superficiales y en las íntimas son dependientes, exigentes y manipuladores

C. Paz (1976), ha realizado uno de los estudios más importantes sobre este tipo de pacientes analizando los aportes teóricos de la literatura sobre el tema y revisando la casuística internacional para llegar a unos rasgos característicos del paciente siendo niño, adolescente y adulto. Asimismo este autor ha comparado al paciente fronterizo, así conceptualizado, con otros cuadros clínicos: la esquizofrenia seudoneurotica, el carácter psicótico y la depresión límite. Según Paz, las características esenciales del paciente fronterizo, después de revisar la casuística internacional, son:

Adultos	Niños y adolescentes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad constante y difusa. Pánico 2. Rabia como manifestación afectivo-agresiva 3. Fallos en el control de impulsos 4. Intolerancia a la frustración 5. Adaptación superficial, con actuaciones o conductas bizarras 6. - 7. Inteligencia normal o alta. Instrucción secundaria o universitaria 8. Trastornos en la relación con la realidad 9. Fantasías bizarras concientes, predominantemente de carácter pseudomasoquista 10. Distinto nivel de adaptación dentro y fuera de la sesión, regresiones alternantes y súbitas 11. Materiales caóticos y de muy distintos niveles libidinales 12. Trasferencias psicóticas y repuestas neuróticas 13. Contratrasferencia intensa y agotadora 14. Trastornos de la vida sexual 15. Pareja parental con severa patología mental 16. Casos provenientes de clases media-alta 17. Posibilidad de micropsicosis, especialmente durante el análisis, sin verificación de psicosis crónica 18. Trastorno de tipo crónico, aunque no hay casos de seguimiento por encima de los cincuenta años. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad intensa, limítrofe con el pánico por momentos 2. Violentas explosiones de rabia 3. Pobre control de impulsos 4. Descargas de tensión a través del aparato muscular 5. Conductas bizarras 6. Trastornos en el lenguaje 7. Trastornos en el aprendizaje a pesar de tener un coeficiente normal o alto 8. Perturbación en el sentido de la realidad con confusión sujeto-objeto 9. Aparición de conductas bizarras, especialmente en análisis, con posibilidad de nivel delirante 10. Distintas conductas dentro y fuera de sesión, alternancias impredecibles 11. Impresión de caos. Habilidad en el control 12. Trasferencia intensa con momentos autistas, simbióticos y escasa manifestación a nivel neurótico 13. Contratrasferencia intensa, sorpresa, horror, imposibilidad de pensar 14. - 15. Padres con severos trastornos psicológicos 16. Casos provenientes de clase media-alta 17. Posibilidad de micropsicosis pasajeras e inexistencia de psicosis crónica 18. Trastornos de tipo crónico aunque falta seguimientos adecuados.

Una vez estudiado y descrito los casos en la literatura internacional, Carlos Paz llega a las siguientes conclusiones :

- A) Elementos unificadores: “La cronicidad del trastorno, la posibilidad de profundas regresiones con mantenimiento de sus niveles adaptativos habituales y la no aparición de psicosis a nivel clínico”.

- B) Elementos frecuentes: “Trastornos en relación con la realidad, trastornos del pensamiento, rabia como manifestación agresiva emocional, expresiones corporales primitivas, ansiedades confusionales, trastornos de la vida sexual, fenómenos trasferenciales y contratrasferenciales típicos.

2.4.6 Etiología psicodinámica del trastorno

La Psicología del Yo ha hecho mucho de los avances al estudio genético de este trastorno. Margaret Mahler (1975) ha conceptualizado el desarrollo del niño en cuatro diferentes fases, estudiaremos cada una de ellas para centrarlas en lo referente al trastorno y en su importancia clínica en el diagnóstico diferencial.

La contribución más importante de Mahler, 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 permite tener elementos para después existir como persona independiente.

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

- Fase autista normal (aobjetal) 0-1 mes . Aquí se da una tendencia para relacionarse con los objetos, pero sin tener una intención para ello. “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 prevelece en la vida intrauterina y que

se parece al modelo de un sistema monádico cerrado, autosuficiente en su realización alucinatoria de deseos”.

- Fase simbiótica normal (preobjetal) 1-5 meses. Aquí ya existe una conciencia difusa del objeto satisfactor y esto le facilita el poder distinguir entre experiencias placenteras y displacenteras. No hay diferenciación entre el self y objeto (yo- no yo).
- Fase de separación-individuación (objetal) 5-36 meses. Esta fase se subdivide a su vez en tres subfases:
 - Subfase de diferenciación. 5-10 meses. En este periodo se da la diferenciación somatopsíquica, es decir, identificar afectiva y cognitivamente al objeto libidinal (la madre) y lo extraño a éste. La sonrisa se presenta como primer indicativo de presencia-ausencia del objeto
 - Subfase de práctica. 10 –15 meses. Durante este periodo se da la conciencia de 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 más del mundo externo por medio de la posibilidad de caminar, dando la oportunidad a que su narcisismo llegue al clímax.
 - Subfase de reaproximación. 15-22 meses. En esta fase el niño experimenta angustia de separación, sufre por darse cuenta de que es un ser inválido y solo, además se da cuenta de que no es omnipotente como el cría. Ante esto, el niño reacciona con distintos 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.

- 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. Cuando se logra la constancia objetal, la representación interna de los objetos ya no cambia, ni se rechaza, aunque la madre no este presente o sea rechazante. Se logra un sentimiento estable de entidad (límites del Yo) y se produce también la consolidación primitiva de la identidad sexual.

Basándose en esta teoría, Masterson (1975) atribuye a los padres de estos pacientes el mismo síndrome, en esencia a la madre, ya que no permite que su hijo se individualice, fomentando la unión simbiótica con él. Durante la subfase de reacercamiento el niño necesita la aprobación de la madre para desarrollar su propia estructura Yoica y crecer: pero la madre le retira la disponibilidad libidinal cada vez que el niño tiende hacia la separación-individuación, lo cual provoca sentimientos de abandono intensos que le obligan a aferrarse a su madre o disociar y negar estos sentimientos de abandono y depresión.

2.4.7 Personalidad de los padres en el desarrollo del trastorno

Según James Masterson (1975), los padres a su vez padecen el síndrome borderline y sufren la falta parental tanto como sus propios hijos. Perciben a sus hijos como si fueran padres, compañeros u objetos y son incapaces de responder a las necesidades reales del niño. Frecuentemente los padres son hombre pasivos e inadecuados, dependientes de sus mujeres, pero manteniendo con ellas una distancia muy grande. No juegan casi ningún rol paterno. Las madres son mujeres ávidas de afecto, agresivas, dominantes, exigentes y controladoras, que necesitan y mantienen vigorosamente el vínculo simbiótico con su hijo. Son incapaces de gratificar las necesidades de dependencia del niño, o de poner límites adecuados a su conducta e inconscientemente provocan la actuación agresiva de estos y al no poderlas controlar acuden a la violencia. Ejercen una disciplina contradictoria, al ser ya permisivas, ya punitivas. Cuando ocurre el abandono y comienza la actuación, su respuesta permisiva-punitiva solo acentúa el sentimiento de abandono del niño y lo arroja a la anarquía de sus propios impulsos.

2.4.8 El modelo familiar

Los niños y adolescentes borderline expresan su necesidad de ayuda a través de un acto, los padres responden a cada uno de los pedidos con desconocimiento y rechazo. En estas familias, tanto los padres como los hijos tienen problemas y las comunicaciones significativas ocurren bajo la forma de actos y no de palabras. Los sentimientos son comunicados por hechos y no verbalmente.

El autor reitera su tesis central acerca del síndrome borderline, desarrollando así su hipótesis acerca de la génesis de estos cuadros, siendo la concepción de Margaret Mahler en la fase de separación-individuación a la que otorga un papel preponderante y en la que se desarrolla lo que el llama "depresión de abandono" como causa del síndrome. *"Entre el año y medio y los tres años se desarrolla un conflicto en el niño, entre su propio impulso evolutivo hacia la autonomía e individuación y el retiro de los suministros emocionales de su madre, que este crecimiento traería aparejado. Si el niño crece, se le retiran los suministros y de esta forma empiezan a formarse los sentimientos de abandono..."*(Masterson, 1975)

Desde el punto de vista de la etiología de estos cuadros, el autor señala otra posibilidad a tener en cuenta, además de los intentos de la madre por contrarrestar y frustrar el impulso de su hijo a evolucionar y crecer mediante el retiro de sus suministros, es que el paciente sufre una inadecuación potencial constitucional para la autonomía, y hay una mala relación entre la madre y el hijo, debida quizás a temperamentos conflictivos. Se considera a la familia de los fronterizos matriarcales y no patriarcales; señala que la imagen dominante es la madre y el núcleo de las dificultades está en el período oral, en los problemas que están relacionados con la maternidad y la separación-individuación que desliga al niño de la relación simbiótica con la madre.

Después de haber observado a las madres de estos pacientes a través de tratamientos individuales y entrevistas conjuntas con sus hijos, Masterson sostiene, que ellas han sufrido en sus primeros años las mismas dificultades que sufrieron sus hijos y también han

desarrollado un síndrome fronterizo, teniendo a su vez una madre fronteriza. La estructura de sus caracteres ha quedado fija en la fase oral y son incapaces de formar relaciones de un nivel que no sea simbiótico. Se aferran a sus hijos para defenderse de sus propios sentimientos de abandono, y la simbiosis con ellos continua de manera patológica más allá del primer año de vida. Son madres incapaces de tolerar la separación de su hijo, tal como han sido incapaces en su propia niñez y adolescencia de separarse ellas mismas de sus propias madres. Por último, los padres de estos pacientes no juegan su rol histórico de cabeza de familia y no ofrecen una imagen masculina adecuada. Ellos también padecen del mismo síndrome, esta ausente o esta defectuosa la función del padre que ayuda a romper la simbiosis madre-hijo, precisamente porque no han logrado romper la propia, o son incapaces de responder a las exigencias de una paternidad madura; solo pueden dar respuestas superficiales a lo que se espera de ellos como padres, y por debajo se retraen emocionalmente y asumen una actitud pasiva y distante. Al mismo tiempo su pasividad incrementa la frustración y enojo de la madre y su falta de apoyo aumenta la necesidad de mantener la relación simbiótica con su hijo.

Kernberg llama “unidad disociada de relación objetal” al conjunto de representación parcial del Self, del objeto y el afecto vinculante principal. La “unidad parcial retrayente” consta de la madre abandonica ante la separación, rabia y depresión de abandono, junto a una vivencia de ser malo. La “unidad parcial gratificante” esta compuesta por un objeto materno que apoya la conducta simbiótica. Se gratifica el deseo de reunión y la representación parcial del self es de ser bueno y pasivo.

La separación aparece como catastrófica por la depresión de abandono que acarrea, negándose la separación y fortaleciéndose los deseos de reunión, que luego son usados como protección al abandono; la agresión se dirige contra la unidad parcial retrayente, y al no estar neutralizada no sirve para el desarrollo. Según estos autores, esto sería lo esencial de la etiología del paciente, no pudiendo lograr la necesaria constancia objetal. Manteniendo una relación de objeto parcial, no pudiendo evocar la imagen de la persona ausente, no tolerando la frustración en la relación y por lo tanto no pudiendo llorar su ausencia.

2.4.9 El Maternaje inconsistente

Mientras los modelos psicodinámicos de Kernberg y de Masterson son derivados de modelos de conflicto de la Psicopatología, la comprensión de Adler (1985) del trastorno se basa en el modelo de déficit o de "insuficiencia". El maternaje inconsistente y no confiable, según el autor, causa el fracaso del paciente en desarrollar un objeto interno "sostenedor-tranquilizador". Adler quien se basa fuertemente por las teorías de la Psicología del Sí mismo de Kohut, sostiene que este tipo de pacientes necesitan funciones de objeto del self de figuras externas debido a la ausencia de introyectos de crianza.

En situaciones de estrés, o en el medio de una transferencia intensa, los pacientes tienden a regresar hasta el punto en que ya no pueden acordarse de figuras importantes del ambiente, que no están presentes físicamente, a menos que un objeto externo cualquiera se encuentre disponible como recuerdo. Adler conceptualizó esta observación con una regresión a una edad de desarrollo entre los 8 y 18 meses, antes de que la memoria evocativa haya sido establecida. La falta de un objeto interno sostenedor-tranquilizador crea sentimientos de vacío y tendencias depresivas. Es también responsable de la intensa dependencia a los objetos externos. En ausencia de respuestas de objeto del self por parte de otros significativos, estos pacientes tienen recursos internos inadecuados para sostenerse y son proclives a la fragmentación del self. Esta disolución del self está acompañada por un profundo vacío descrito como "terror a la aniquilación." Finalmente, la ausencia de un introyecto sostenedor-tranquilizador produce una rabia oral crónica relacionada con los sentimientos de que la figura materna no estuviera emocionalmente disponible durante la infancia.

2.4.10 La cólera como único sentimiento real

El estudio de las consideraciones metapsicológicas de los casos límites giran alrededor del primitivo rechazo del hijo por la madre y del subsiguiente atropello constante del padre (violencia e indiferencia afectiva) o de ella misma en vez de este. Indiscutiblemente habrá

para el niño frustraciones tempranas, arcaicas, que le estimulen agresividad y hostilidad contra sus padres, y luego contra el mundo que le rodea.

Los paciente en su niñez lograron trasponer los primeros umbrales de formación física orgánica, y puede seguir avanzando en su desarrollo orgánico manteniendo sana esta condición física. Pero si después lo que vivencia es agresión, es posible que el defecto estribe en las vicisitudes de aquellas fases formativas en las que se esta operando la identificación, además de estarse organizando la agresión.

La madre que se da al niño en forma regateada (distante o rechazante ante la separación – individuación del niño y con un fuerte apego emocional al premiar su reaceramiento) de modo que las etapas del desarrollo –desde la dependencia más simbiótica- van siendo satisfechas a medias o en forma negativa, deja al niño creciendo sin tierra firme para estructurar la imagen positiva de su objeto internalizado, predispueto a usar de la agresión todo lo que pueda ser destructivo dado que no hubo afecto que le orientara constructivamente. Fijaciones y regresiones parciales de las primeras etapas del desarrollo, a lado de un mejor o más amplio desenvolvimiento de las fases ulteriores, es lo que puede explicar la conjunción del adecuado sentido de realidad con los desbordes agresivos de estos pacientes. (Meza, 1970)

Según Meza (1970), es por lo anterior que se da esa integridad de funciones yoicas y la violencia colérica. Lo contrario lleva a la destrucción de sí mismo y de los demás. Las fuentes de identificación, quedaron muy inciertas y confusas. Las imágenes de sí mismo y del mundo que le rodea, sintetizadas en sus expresiones negativas, derivadas de lo que experimenta en su relación interpersonal con los de su alrededor, corresponden a las fases ulteriores cuando su interés predominante en los padres evoluciona hacia los de la comunidad, por lo que esto si es indicativo de que alcanzan a estructurar un ego bastante bien delimitado, puesto que posee la capacidad de valorarse a si mismo y a los que le rodean, logrando, paralelamente, diferenciarse, a pesar de que su conclusión es negativa y desfavorable. La entereza para no evadir esta frustración es posiblemente derivado de la cólera permanente con que viven.

Su angustia, cólera y /o exigencia, adquiere proporciones de omnipotencia dentro de movimientos afectivos regresivos. La reacción interna repara regresivamente su integración afectiva con la madre y, después, con el padre. Su fracaso es posiblemente lo que le conduce a su autodestructividad colérica, cuando la cólera hace daño a pesar de ser su defensa. Lo anterior contribuye a la idea general de varios autores, Kernberg (1966), Masterson (1970) y Deutsch (1942)

2.4.11 Frustración y agresión oral.

Siguiendo a Meza (1970) en su descripción de estos pacientes, plantea que siendo obvios el rechazo y atropello de los padres para el hijo, la frustración consiguiente será amplia y variada; el efecto será aplastante para la formación yoica y desviará hacia la contra-reacción agresiva, pero esta combinación es quizá la que da por resultado la integración colérica. Integración, porque la agresión de que el niño ha sido objeto no lo ha destruido totalmente sino más bien la ha hecho defenderse estructurando una imagen de sí mismo que le permite incorporarse hacia la postura de lucha permanente y de estar en guardia continua en espera de más agresión. Sus fuentes de identificación han sido principalmente agresivas por lo que su formación yoica no podrá ser otra que la de aprestarse siempre a devolver el golpe.

La cólera, la exigencia, la desconsideración para con los demás, las expresiones de todo o nada, y otros síntomas más apuntan hacia la confirmación de esto, sobre todo en sus expresiones de protesta en las que se está refiriendo, además, la imagen que tiene de sí mismo. En su imagen negativa reconoce su fracaso en el manejo de su mundo externo material y afectivo; por consiguiente tiene capacidad yoica para enjuiciar la realidad, ponerla a prueba (aunque la magnitud con lo que lo hace sea patológica), atacarla o someterse a ella y sentir alguna leve culpabilidad por la extensión de su ataque, manteniendo así su capacidad cognoscitiva y de síntesis, pero es en la intensidad con la que descarga su cólera (rabia enérgica en los casos hospitalizados y depresiones intensas en las

consultas privadas) en donde no pueden ejercer suficiente control para tener éxito en lo que se proponen.

Es de suponer que la agresividad ya estaba siendo estimulada cuando los procesos de identificación fueron teniendo lugar: las madres fueron siempre directa o indirectamente rechazantes. Así también puede suponerse que la internalización de objetos, la introyección, fue recargada más de experiencias negativas y hostiles, que las positivas, por lo tanto, la oportunidad para introyectar objetos “buenos” y “malos” e internalizarlos como características, ambas coexistentes en un mismo objeto, no existió y que, de este modo, el aprendizaje equilibrante de estímulos negativos y positivos no ocurrió (Little, 1966)

Como resultado su descontrol colérico es la respuesta directa para aquellas experiencias negativas, los momentos de angustia son reacciones contra los estímulos regresivos hacia esas experiencias. (Paz 1975, Little 1966, Meza 1970)

2.4.12 Diagnóstico diferencial

Respecto al punto de fijación veíamos como, según lo escuela del Yo: Mahler, (1975) Masterson (1975) y Kernberg (1979) en particular: Las psicosis estarían fijadas en las fases autista y simbiótica, el síndrome fronterizo, limite, borderline o de inestabilidad emocional, en la fase de separación-individuación, más específicamente en la subfase de acercamiento. En las neurosis las fijaciones tendrán lugar en la subfase de los comienzos de la constancia objetual y consolidación de la individualización y en el comienzo de la fase fálica.

Según Kernberg, (1979), el psicótico tiene una severa falta del desarrollo del Yo, no teniendo límites y no estando diferenciadas las imágenes del self y del objeto.

El paciente limite tiene un Yo mejor integrado, diferencia el Self del objeto, los límites del Yo son consistentes, excepto en situaciones de gran compromiso emocional, y padecen el síndrome de identidad difusa “como si” de sus actos.

El neurótico tiene un Yo fuerte, existe una separación self-objeto, los límites del Yo son precisos y la identidad es estable.

En los pacientes límites, la psicosis solo ocuparía una parte de la personalidad. Según M. Little (1966) “cuando las ansiedades psicóticas predominan, los núcleos Yoicos están presentes y funcionando, pero no están unidos y el Yo no funciona como un todo, la persona vive psíquicamente en su cuerpo; el Ello y el Yo no se han defusionado; la unidad básica persiste como delirio y la diferenciación no ha tenido lugar”, y “esta convicción delirante inconsciente existe solamente en ciertas áreas de la psique del paciente, de otra manera sería totalmente insano”.

Un aspecto importante, ya dentro de la clasificación borderline o límite, es la diferencia entre estructuras y estados.

Paz (1976) habla de “estructura” cuando aparece una configuración específica estable y con manifestaciones específicas. Siendo “su configuración específica y típica, el carácter de estabilidad es uno de las indiscutibles y las manifestaciones típicas agrupan desde la particular adaptación social y su alto desarrollo intelectual, su típica rabia y violencia, su fantasía sadomasoquista, sus primitivos mecanismos de defensa, coexistiendo con otros mecanismos más modernos hasta el perfil ofrecido en el Rorschach, junto al desempeño en el test de Wechsler”.

Y se refiere a “estados” como “detonando diversas configuraciones y sobre todo a un carácter no estable, sino transitorio, pero en especial incluidas también partes de las manifestaciones clínicas específicas de las estructuras”. En este último grupo estarían los pacientes que tienen síntomas afines a los fronterizos o límites, pero que en el proceso analítico no desarrollan las características típicas del paciente como la transferencia psicótica, rabia, confusión, conflicto intenso en el área genital, etc.

Por último se presenta la clasificación que ofrece Paz (1976) como modelo diferencial entre las Psicosis, Estados "borderline" y Neurosis.

Diferencias para el criterio diagnóstico

	Psicosis	Estado "borderline"	Neurosis
Agresión	Alto grado de impulsividad. Peligroso para ellos mismos y para su alrededor	Menor agresión directa. Impulsos explosivos, rabia.	Dificultad en el manejo de la agresión, pero no peligrosa para los otros.
Conflictos	Severos conflictos intrasistémicos. Masculino-femenino Activo-pasivo Libidinal-agresivo Falta de conflictos intersistémicos	Conflictos intersistémicos e intrasistémicos	Conflictos intersistémicos e intrasistémicos
Desarrollo del Yo	Perturbación específica de la integración y de la prueba de realidad. No hay distinción entre el Self y la representación de los objetos. Detención en la diferenciación y percepción del objeto. El lenguaje no es usado como un medio de contacto con los objetos. Concretismos y neologismos. La falta de contacto humano puede persistir, Falta de proceso secundario.	Perturbación específica en la integración. La prueba de realidad esta menos perturbada que en la psicosis. Hay diferenciación entre el Self y la representación de los objetos, pero con una tendencia a la regresión y a la confusión. Perturbación del uso del lenguaje como medio de contacto. Ideas de grandeza, pero sin constantes ilusiones y alucinaciones como en la psicosis. El uso del proceso secundario es usado defensivamente.	Perturbación de la integración y de la prueba de la realidad solo en la formación del síntoma. El lenguaje es usado como medio de contacto. Continuo uso del proceso secundario.

Defensas	Predominantemente la proyección e introyección primitivas. Se agregan a estas conductas rituales y estereotipadas, que son usadas como defensas contra la desintegración. Puede faltar ansiedad abierta, pero hay explosiones de pánico y conductas impulsivas	Son usados toda clase de mecanismos de defensa. Hacen mayor uso de la proyección e identificación primitivas que en la neurosis. Desplazamientos fóbicos y síntomas obsesivos, pero las defensas no son efectivas. Panansiedad	Toda clase de mecanismos de defensa son cambiados en la organización defensiva.
Superyo	Superyo no estructurado. Ansiedad arcaica proyectada en el mundo externo	Estructura primitiva del Superyo muy dependiente de los objetos externos. Alguna internalización con tendencia a la regresión y a la reexternalización.	Superyo estructurado, con mayor internalización de conflictos
Tolerancia a la frustración	Muy baja	Puede ser alta, a parte de situaciones traumáticas específicas	Puede ser alta o baja
Tendencias progresivas	Marcada oposición al cambio. Todos los pasajes evolutivos pueden conducir a severas regresiones	Mucha ansiedad frente a cambios en el desarrollo. Peligro de crisis psicóticas si son obligados a asumir dichos cambios, especialmente si se refieren a relaciones de objeto adultas y a experiencias sexuales.	Si las relaciones de objeto adultas y experiencias sexuales son alcanzadas, pueden ayudar actuando a la mejoría y recuperación

A pesar de los numerosos intentos que se han hecho para esclarecer y mostrar más detalladamente los síntomas de este trastorno, lo cierto es que el diagnóstico de "borderline" sigue siendo poco preciso por esta multi-sintomatología que presenta, pero al mismo tiempo es evidente la necesidad de dicha categoría diagnóstica y de una mejor indagación acerca del papel que desempeña la transferencia y las interpretaciones transferenciales en el tratamiento de los pacientes incluidos en esta categoría, ya que estas últimas son esenciales para su tratamiento y diagnóstico.

Capítulo Tres

Evaluación de la personalidad en pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional "Borderline"

La evaluación de la personalidad es una tarea compleja que consiste en explicar la conducta y los procesos mentales dentro de una situación dinámica en la que se concibe al sujeto como una entidad total en interacción con su medio ambiente. Mediante varias técnicas se exploran los diferentes aspectos que conforman la personalidad, como son el rendimiento intelectual, el desarrollo perceptual y el funcionamiento y desarrollo emocional; es necesario por lo tanto, que la evaluación de la personalidad integre todos estos datos de manera que se permita comprender globalmente el padecimiento o desajuste que presenta un individuo (Lucio, 2000). La utilización de técnicas psicológicas, como técnicas de evaluación de la personalidad, nos proporciona la información necesaria acerca de las principales características de personalidad de los pacientes diagnosticados con Trastorno de Inestabilidad Emocional -borderline-, así como de sus formas de aproximación y adaptación a su ambiente (Rivera, 1987). El propósito de utilizar pruebas psicológicas para observar y detallar las características propias de personalidad de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional es detallar su funcionamiento global. Se intenta evaluar distintos procesos que componen su estructura caracterológica y de personalidad, tales como su capacidad y rendimiento intelectual, sus procesos ideacionales, sus intereses, actitudes y recursos, su tono afectivo y ciertas características de sus relaciones interpersonales. Además de acercarse a sus mecanismos defensivos, las formas en su expresión de demanda afectiva y el control de sus impulsos.

Es por lo anterior que se decidió utilizar para los fines de esta investigación, aquellas pruebas psicológicas que fuesen más utilizadas tanto a nivel privado como de Institución, ya que como consecuencia de esto se cuenta con mayor experiencia y una más vasta literatura en el manejo de los datos que proporcionan (Rivera, 1987)

Las técnicas que se utilizaron para evaluar las características antes mencionadas de este tipo de pacientes, fueron:

- ❖ Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender
- ❖ Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS)
- ❖ Test de la Figura Humana de Karen Machover
- ❖ Test de Frases incompletas de Josef Sacks (FISC)
- ❖ Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

La evaluación es esencialmente un proceso de inferencia clínica mediante el cual se examina los datos obtenidos con estas técnicas, ordenándolos y organizándolos dentro de un marco de referencia constituido por las teorías del desarrollo y la personalidad que le dan sentido.

En la presente investigación nos centramos en los conceptos fundamentales de tres teorías: funcionalista, gestáltica y psicoanalítica, las cuales se centran en las técnicas conocidas como pruebas psicológicas psicométricas y proyectivas.

- *Pruebas psicométricas:* Se relacionan con teorías de la personalidad de tipo fenomenológico y descriptivo, poseen características que las hacen estables para su manejo, tales como la estandarización (uniformidad de los reactivos que conforman la prueba), la validez (cualidad de la prueba de medir lo que realmente pretende evaluar y no otras características relacionadas) y la confiabilidad (consistencia del instrumento independientemente de un tiempo determinado). Como pruebas psicométricas se utilizaron el *Test Gestáltico visomotor de Laretta Bender* y la *Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos*.
- *Pruebas proyectivas:* Investigan la dinámica de la personalidad de manera global. Se basa en la teoría psicoanalítica, la cual considera los motivos de la conducta como básicamente inconscientes, por lo que a través de estas técnicas se explora la expresión de la “subjetividad” de cada persona y nos permite comprender como estructura un individuo su mundo a partir de sus deseos y motivaciones internas. Como pruebas proyectivas se utilizaron el *Test de la Figura Humana de Karen Machover* y el *Test de Frases incompletas de Josef Sacks*.

En lo que respecta al MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota) se le puede considerar una técnica de inventario con excelentes bases psicométricas (grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas) y una técnica, hasta cierto punto, bastante proyectiva (cada individuo define sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo). (Lucio, 2003)

3.1 Test Gestáltico viso-motor de Laurretta Bender

El test gestáltico visomotor elaborado por Laurretta Bender en 1938, constituye una de las principales técnicas de evaluación psicológica para valorar la percepción gestáltica y la disfunción cerebral. Se basa en los principios de organización perceptual para detectar dificultades o francas alteraciones neurológicas, perceptuales o visomotoras (Días, 2001). El test consta de una lámina introductoria y 8 restantes más, las cuales tendrán que ser reproducidas por los sujetos y evaluadas de acuerdo a los principios gestálticos.

Estos principios mencionan que las diferencias que se observan en la realización de la copia de un estímulo, están dadas en función de que la percepción se organiza a partir de un todo, que se capta de manera inmediata e intuitiva, mientras que para la ejecución se debe analizar ese todo desmembrándolo en partes, puesto que el dibujo no puede darse de golpe, sino que es necesario que se realice por partes. El análisis del todo formal y la coordinación de los movimientos respectivos para lograr su reestructuración, dependerán estrechamente del sistema neuromuscular, de la coordinación visomotriz y el desarrollo del sistema perceptual. Respecto a este último concepto es importante señalar que la percepción es un hecho psíquico, que puede modificarse por factores biológicos o psicológicos que alteran la interpretación del mundo externo, como son: enfermedades, desequilibrios mentales, estados de ánimo, etc. La percepción está ligada a las funciones nerviosas y es por esto que se considera como una actividad analítico-sintética del cerebro, que influye en la forma, el espacio y la coordinación visomotora, en la integración y elaboración de los estímulos. (Lucio, 2000)

Uno de los objetivos para la presentación de los resultados del test de Bender en esta investigación es descartar alteraciones neurológicas que pudieran explicar los síntomas del trastorno de inestabilidad emocional. Además de contar como fundamento de exclusión de otros trastornos de la personalidad de origen orgánico.

Algunos investigadores como Figueroa y Silk et al (Citado en Belloc, 1998) han propuesto una suerte de "vulnerabilidad" de los pacientes borderline a una predisposición a la disfunción serotoninérgica, estos autores sostienen que debido a que la serotonina tiene un efecto inhibitor en la conducta, la impulsividad característica de estos pacientes puede estar relacionada en parte con un déficit de la actividad serotoninérgica. Andrulonis (citado en Gabbard, 2002) comenta que estos pacientes tenían signos leves de dificultades neurológicas en su niñez, incluyendo una historia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad, problemas de aprendizaje, pobre control de los impulsos y problemas de conducta. Sin embargo, estas dificultades no se apreciaban también que solían ser tan sutiles que pasaban inadvertidas y solo se volvían evidentes al compararse con un grupo control.

Independientemente de lo anterior, y que otros autores sostengan la idea de "un temperamento vulnerable de bases biológicas" (Belloc, 1998), lo cierto es que existe un consenso general (incluso como elemento de inclusión diagnóstica del DSM-IV y la CIE-10) de que el diagnóstico exceptúe como posible causa del padecimiento las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes. (DSM-IV 1980, CIE-10 1990).

Sin embargo, en esta controversia es necesario tomar en consideración otras posibilidades. Resulta indudable que los síntomas clínicos y los rasgos caracterológicos de este trastorno son muy similares a los presentados por pacientes con disfunción cerebral. Por ejemplo los criterios 1, 2, 3, 5 y 7 del DSM-IV (impulsividad, relaciones interpersonales inestables e intensas, rabia inapropiada, inestabilidad afectiva, ansiedad, depresión y actos autolesivos) son comunes en pacientes con disfunción cerebral o daño orgánico cerebral.

Finalmente habrá que hacer notar que las investigaciones actuales no han podido establecer como causas principales las alteraciones biológicas para el trastorno de inestabilidad emocional, ya que cuando se encuentran indicadores o marcadores biológicos, se refieren a síntomas muy concretos, y en ningún caso al trastorno como tal, por lo tanto, estas alteraciones van a estar presentes en todos aquellos cuadros clínicos que cursen con este mismo tipo de síntomas (por ejemplo la disfunción o daño orgánico cerebral).

3.2 Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS)

Además de los criterios de exclusión de alteraciones neurológicas en el diagnóstico de estas pacientes, otro precepto que debe cumplirse es que los síntomas que se presentan no comprometan de manera determinante las capacidades intelectuales. Dicho en otros términos, se debe de excluir del diagnóstico de inestabilidad emocional aquellas pacientes cuya capacidad intelectual presente un daño cerebral relacionado a una deficiencia mental.

Es en este sentido que se decidió la utilización de la Escala Wechsler de Inteligencia, ya que esta prueba constituye una de las técnicas de evaluación psicológica y de inteligencia más objetiva y tipificada para evaluar los mecanismos inherentes al diagnóstico de Coeficiente Intelectual, puntaje relacionado a las capacidades y rendimiento intelectual. Wechsler comenta al respecto que la inteligencia *"es la capacidad global del individuo para actuar de manera propositiva, para pensar racionalmente y para conducirse adecuada y eficientemente en su medio ambiente"* (Morales, 1975). En correspondencia a lo anterior, el planteamiento de las hipótesis para la realización de las escalas de inteligencia, parten de los siguientes preceptos:

- Si se utilizan las pruebas es posible cuantificar un fenómeno tan complejo como la inteligencia, al considerarla en sus diversos factores compuestos
- La inteligencia debe definirse como el potencial que permite al individuo confrontar y resolver situaciones particulares
- La inteligencia se relaciona necesariamente con componentes biológicos del organismo.

Wechsler llevó a cabo un análisis de las diversas pruebas de inteligencia en uso, así como la revisión de la escala inicial publicada en 1939 para que finalmente quedará constituido el WAIS (Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos) en 1955. Esta escala consta de dos partes, una verbal y una ejecutiva. Se obtiene un C.I. verbal, un C.I. ejecutivo y un C.I. total. Consta de 11 subtest: Información, Comprensión, Aritmética, Semejanzas, Dígitos y Vocabulario para la Escala Verbal, mientras que para la Escala Ejecutiva, los subtest se forman de Claves, Figuras incompletas, Cubos, Ordenación de dibujos y Ensamble de objetos. De cada uno de estos subtest se puede obtener un puntaje cuantitativo, aunque también sirve para conocer cualitativamente algunas funciones y habilidades cognitivas como pueden ser: información general, capacidad de juicio lógico, capacidad de utilizar conceptos numéricos, pensamiento concreto, funcional, asociativo y abstracto, capacidad de aprendizaje, calidad y estructura del lenguaje, atención y concentración, organización visual, análisis y síntesis, coordinación visomotora, entre otras (Schuller, 1992). La forma de calificación esta establecida para cada subtest y las puntuaciones obtenidas se transforman en puntuaciones normalizadas para el grupo de edad al cual corresponda el sujeto. (Villegas, 2001).

En investigaciones más reciente como las de Sepúlveda (2003) centradas al desempeño de pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional -borderline- en esta prueba, manejada en una población de 20 paciente mujeres hospitalizadas, los resultados mostraron que los subtest de Semejanzas y Vocabulario son los que presentan una mejor capacidad comparada con otros subtest tales como Aritmética, Información o Comprensión, obteniendo un C.I. verbal de 105. En lo que respecta a la Escala Ejecutiva (C.I. 97) todos los subtest presentan un desempeño por debajo de la norma promedio, sin embargo, en ninguna escala (verbal o ejecutiva) o subtest se presenta una deficiencia importante relacionada a deficiencia mental. Los factores emocionales que se relacionan a estos resultados, comenta Sepúlveda, son aquellos en los que intervienen una ansiedad crónica y flotante, conductas impulsivas y fallas en la planeación y anticipación de sus actos.

Otros autores como Carlos Paz (1976) han descrito que las capacidades intelectuales no se ven comprometidas en la evolución y padecimiento de la enfermedad, aunque él mismo

señala que los niños y adolescentes con este trastorno suelen tener problemas de aprendizaje y conducta, algunos siendo diagnosticados con Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. Otros autores como Silvio (1985) y Masterson (1975) plantean que sus capacidades intelectuales no solo no presentan un déficit sino lo contrario, un incremento de estas que les permite utilizar los recursos disponibles a su alcance con el fin de obtener sus beneficios de manera inmediata, aunque fallan al planear sus consecuencias debido a la importante aparición de un estado de ansiedad generalizado.

3.3 Test de la Figura Humana de Karen Machover

Cuando un sujeto trata de dibujar una figura humana debe resolver diferentes problemas buscando un modelo a su alcance. En el proceso de selección, intervienen tres mecanismos defensivos: la identificación, la proyección y la introyección. En el dibujo de la persona, al suponer una proyección de la imagen corporal, ofrece un camino para la expresión de sus propias necesidades, motivaciones, habilidades, actitudes y metas. La interpretación del dibujo se basa en la hipótesis de que la figura esta reflejando al examinado en la misma forma en que puede hacerlo con gestos o cualquier otro movimiento expresivo. Cuando un individuo se propone "dibujar una persona", tiene que referirse necesariamente a todas las imágenes de si mismo y a las demás personas integradas a su experiencia vital. (Ampudia, 1998).

La imagen del cuerpo cambia con la enfermedad física o mental, con las frustraciones y alteraciones e influyen en su proceso de adaptación. La organización de todo el cuerpo se desarrolla lentamente pero con el enriquecimiento de las experiencias, por lo que los sujetos que han sido privados de movimientos o contactos con el mundo exterior, debido a su enfermedad física o mental, integran las percepciones que derivan de su propio cuerpo y entonces suelen proyectar, o bien una forma de expresión elaborada con su fantasía interior, o bien, regresan a una figura burda, vacía o vegetativa que refleja su condición actual.

El aspecto expresivo, es decir, la distribución del diseño gráfico, viene indicada por las omisiones, interrupciones de la línea, perspectiva, esfuerzos, tachaduras y sombreados, que

deben interpretarse en función del significado atribuido a las diversas áreas del cuerpo, por lo que el dibujo permite localizar el conflicto. (Ampudia, 1998).

Karen Machover (1953), se basó en lo anterior para crear la prueba del dibujo de la figura humana que se ha aplicado para estudiar los esquemas de desarrollo o crecimiento de los individuos y como indicadores proyectivos a los conflictos físicos y emocionales de las personas que lo realizan. El test describe un método de evaluación de la personalidad que abarca los aspectos estructurales y el contenido del dibujo.

Los principios tentativos del análisis tuvieron un crecimiento empírico, principalmente de una amplia variedad de material clínico recolectado en clínicas y hospitales de observación mental. El test se empezó a formular al ver algunos rasgos de los dibujos y al compararlos con la historia clínica de los sujetos que los realizaban. Más tarde se le fueron agregando ideas psiquiátricas y psicológicas (Benavides, 1981).

De esta forma se elaboró el sistema de interpretación de la prueba, pues los resultados coincidían a las normas de validación clínica en coordinación con asociaciones dadas por los sujetos y con los datos clínicos más relevantes. Los principios de interpretación han recibido justificación y verificación en el uso clínico, no obstante después de años de experiencia en ellos y la aparición de nuevas técnicas de evaluación de la personalidad. La autora refiere que son muy amplios los aspectos de la personalidad que la gente puede comunicar a través de ellos, incluso la identificación de una alteración en la personalidad puede hacerse basándose únicamente en ellos y en los indicadores establecidos. (Benavides, 1981)

La administración del Test es sencilla, no requiere más que de un lápiz 2 ó 2 1/2 unas hojas blancas de papel tamaño carta y una goma de borrar; se le pide simplemente al sujeto que "dibuje una persona". Al terminar se le dice que dibuje otra del sexo opuesto a la figura que realizó; posteriormente de haberlas dibujado se le pide al sujeto que realice una historia o relato acerca de los personajes.

Para su evaluación se revisa a la figura dibujada en forma total y al contexto en que se encuentra realizada (aspectos formales y estructurales). Asimismo se evalúan las partes que componen la figura (rasgos sociales y rasgos de contacto) y los detalles que la conforman (rasgos misceláneos corporales). Al lograr la interpretación de cada una de estas partes, se integran en una sola interpretación para dar a conocer la percepción que se tiene de sí mismo y la existencia de una identificación, ya que se exploran las relaciones afectivas e interpersonales que se mantiene con los demás individuos, además de obtener una mejor comprensión de la capacidad que se tiene en el control de los impulsos, los mecanismos de defensa que utiliza para evitar la angustia y los conflictos que puede llegar a tener, por lo que el test proyecta toda una serie de componentes de la estructura de la personalidad (Benavides, 1981).

Finalmente cuando se realiza un diagnóstico nosológico puede servir tomar en cuenta algunas de las características observadas en distintas patologías. Algunos de los rasgos que tienden a parecer en las distintas patologías permiten tener una referencia para el proceso de interpretación de los dibujos y puede ayudar como complemento para identificar dificultades en el sujeto (Ampudia, 1998).

A continuación se presenta algunos indicadores que varios autores (Ampudia 1998, Rivera 1987 y Benavides 1981) han asociado al trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (personalidad de tipo límite o borderline) realizados en el test de la figura humana.

Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (Borderline)

- ❖ Dibujo de la figura femenina más grande
- ❖ Cabeza grande
- ❖ Ojos enfatizados y grandes
- ❖ Énfasis en los oídos
- ❖ Figuras alargadas colocadas en medio de la hoja
- ❖ Énfasis en la boca
- ❖ Cuello corto y ancho
- ❖ Asimetría en la figura
- ❖ Líneas borrosas y débiles
- ❖ Pies enfatizados

3.4 Test de Frases Incompletas de Josef Sacks (FISC)

El test de Frases Incompletas de Josef Sacks apareció por primera vez en 1948, es un instrumento proyectivo que permite evaluar cuatro áreas de adaptación del examinado: área familiar, área de relaciones interpersonales, área de relaciones heterosexuales y área de concepto de sí mismo. Se basa en los principios de las técnicas proyectivas ya que se ha considerado como una variación del método de asociación de palabras. Se espera que los sujetos reflejen sus propios deseos, apetencias, temores y actitudes en las frases que componen, ya sea a través de sus pensamientos conscientes, preconscientes e inconscientes, que el aplicador puede analizar e integrar a la luz de los resultados obtenidos por medio de otras técnicas (Barragán, 1989).

A su vez cada área se encuentra integrada por vectores o actitudes, los cuales se distribuyen de la siguiente forma

Área de adaptación familiar	Actitud hacia el padre Actitud hacia la madre Actitud hacia la unidad familiar
Área de relaciones interpersonales	Actitud hacia los jefes o superiores Actitud hacia los subordinados Actitud hacia los amigos y conocidos Actitud hacia los compañeros de trabajo
Área de relaciones heterosexuales	Actitud hacia el sexo opuesto Actitud hacia la actividad sexual
Área de concepto de sí mismo	Actitud hacia las propias capacidades Actitud hacia los propios deseos Actitud hacia el pasado Actitud hacia el futuro Actitud hacia los temores Actitud hacia los sentimientos de culpa

Cada vector está integrado por cuatro frases incompletas, las cuales se distribuyen en el instrumento de 15 en 15. [Ver anexo].

La calificación de este instrumento es por cada uno de los vectores que integran cada área adaptativa y el resumen de las actitudes ante cada vector, es lo que va a dar la forma de

adaptación en cada una de las áreas. La calificación se puede realizar de acuerdo con la forma en que es contestado el instrumento y según el contenido de las respuestas. Cada frase se califica con un número de acuerdo al contenido que da sentido a las afirmaciones: 2-Patología extrema, 1-Patología presente, 0- Sin patología aparente (Barragán, 1989).

Las características formales son el tiempo de reacción, el número de palabras, la precisión de la expresión, la cualidad, la simplicidad, la obsesión, la verbosidad, etc. Su base está dada por el proceso de desarrollo del individuo para la adquisición del lenguaje, que pasa por tres áreas fundamentales:

- Lenguaje de gestos y actitudes
- Lenguaje verbal
- Lenguaje escrito

En donde el último es la adquisición más reciente, representa la forma más evolucionada de comunicación y en consecuencia, es el primero que presenta desviaciones que se pueden correlacionar con alteraciones emocionales, como se puede observar en los cuadros *borderline o de inestabilidad emocional*, en donde se observan alteraciones en la expresión verbal, que es originada por la alteración del proceso asociativo por la angustia y ansiedad que presentan y que se manifiesta por la represión, el bloqueo, los actos fallidos, el abuso de los mecanismos de defensa, etc., que puede traer como consecuencia que cambien los tiempos de los verbos, supriman los artículos o construyan mal las frases (Rivera, 1987).

La interpretación se puede realizar desde el punto de vista dinámico, que consiste en analizar las respuestas de acuerdo al contenido de las mismas, donde se examina la cualidad emocional, la intensidad, la pasividad, el simbolismo, etc., o desde el punto de vista genético. El primero exige que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a las fuerzas psicológicas empleadas en dichos fenómenos.

En lo que respecta al trastorno de inestabilidad emocional, los estudios realizados con este instrumento hacia este tipo de pacientes (Cantú, citado en Benavides 1981), exponen que las respuestas brindadas por estos pacientes muestran que su conducta se encuentra desorganizada dentro del contexto cultural al que pertenecen, pero no fuera de este. La dinámica inestable de su personalidad y los mecanismos defensivos predominan a lo largo de sus respuestas. Los mecanismos defensivos se basan en la negación, la racionalización y la proyección, en forma tal que la advertencia de los procesos pueden estar limitadas, es decir, que aunque el proceso patológico es manifiesto y conciente, el individuo puede no comprender el pleno significado de su conducta inadaptativa, aunque la patología y los síntomas se puedan detectar con toda facilidad. La organización de su personalidad se encuentra presente, pero en forma muy desorganizada

3.5 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

Actualmente, una de las técnicas de evaluación de la personalidad más objetiva y que además esta siendo sometida constantemente a investigaciones es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

Desde su aparición en 1940, esta técnica ha llegado a ser uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la personalidad en el campo de la Psicología Clínica. Las razones se deben a que en parte, permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas y por otra, constituye un documento mediante el cual, a través de sus 566 reactivos, una persona define sus propias características y la imagen de sí mismo.

El mecanismo de calificación de la prueba y la elaboración del perfil resultante presentan un buen nivel de confiabilidad y validez, ya que dependen de marcos de referencia fijos, obtenidos a través de un proceso de estandarización en una determinada población, por lo que es fundamental, para interpretar cada perfil, tener en cuenta el contexto dentro del cual se administró el inventario (trabajo, escuela, hospital psiquiátrico, etc), así como la edad de los sujetos e inclusive, algunas características del ambiente socio-cultural en que se ha desarrollado la persona (Lucio, 2001).

Las instrucciones para realizar el Inventario resultan sencillas y pueden ser expresadas en la siguiente forma: “En el folleto que le doy no se debe escribir nada. Todas sus respuestas deben ir anotadas en la hoja suelta, que es la hoja de respuestas. Tiene que ir leyendo cada uno de los reactivos que aparecen escritos en el folleto. Si observa, cada uno tiene un número y es el mismo que aparece en cada una de las casillas de la hoja de respuestas. Al ir leyendo, debe pensar si lo que dice cada reactivo es CIERTO o FALSO para usted. Si considera que es cierto, debe marcar en la casilla correspondiente, la rueda que aparece junto a la letra C; si es falso, la que aparece en la letra F. No piense si o no, por que en la hoja de respuestas no existen estas posibilidades. Algunos reactivos están expresados en forma negativa, lo que puede hacer que se confunda al contestar. Trate de contestar todos los reactivos. En caso de que no entienda alguna palabra o el sentido de alguna frase, marque el círculo alrededor del número del reactivo, para que después se le explique y pueda contestarlo” (Lucio, 2001).

Elaboración de la clave

La forma para elaborar la clave o código, es anotar el dígito con que se denomina cada escala, jerarquizándolas de acuerdo al puntaje T, del más elevado al más bajo (Rivera, 1987. Convencionalmente se usan diferentes marcas para señalar la elaboración de cada escala en el perfil como el que se muestra a continuación:

Más de T 100	Dígito (s) con *
De T 90 a T 99	Dígito (s) con '''
De T 80 a T 89	Dígito (s) con ''
De T 70 a T 79	Dígito (s) con '
De T 56 a T 69	Dígito (s) sin ninguna señal
De T 45 a T 55	No se anota (área de normalidad estadística)
De T 44 a T 31	Signo -, Dígito (s) sin ninguna señal.
De T 30 a T 20	Signo - Dígito (s) con ' .

Las escalas cuyo puntaje se localiza entre T 45 y T 55, se consideran ubicadas en la zona de “normalidad estadística”, por lo que su signo no se anota en el código o clave del perfil, a menos de que los puntajes de todas las escalas se localicen en esta zona.

Descripción de las características clínicas contenidas en las escalas de validez

Existen varias disposiciones especiales y actitudes para contestar la prueba por medio de las cuales el sujeto puede enfrentarse al MMPI, una de estas es que intente dar respuestas de adaptación convencionales a cada reactivo, o por el contrario manifestar respuestas desviadas (o de una imagen poco favorable). Estos sujetos pueden hacer un esfuerzo para destacar la impresión de que gozan de salud mental, sin elaborar una imagen increíble de buena adaptación al medio, o por el contrario enfatizar la impresión de que se tiene dificultades emocionales serias. La detección de estas actitudes más sutiles al contestar la prueba se pueden realizar mediante las tres escalas de validación interna con las que cuenta el Inventario (Rivera, 1987)

Escala L. Ha sido diseñada para evaluar la distorsión que se hace de la prueba al contestar con actitudes convencionales. La escala consta de 15 reactivos que fueron previamente validados en la investigación por Hartshorne y May (1928, citado en Lucio 2001). Estos reactivos se refieren a ciertas virtudes sociales pero que difícilmente un individuo normal lleva a la práctica sistemáticamente.

Escala F. Esta compuesta por 64 reactivos que se refieren a elementos severos de alteraciones psicológicas, por lo que cuando esta escala se encuentra elevada generalmente indica una fuerte tensión interna, tendencia a exagerar la propia problemática, frecuentemente asociada a la sensación de impotencia para manejarla por sí mismo.

Escala K. La última escala de validez a ser considerada, es la escala K que opera tanto de corrección para algunas escalas clínicas (1, 4, 7, 8 y 9) que son más sensibles de distorsionar y que se relacionan con una tendencia a no reconocer la propia problemática.

Descripción de las características clínicas contenidas en las escalas clínicas

En lo que se refiere al diagnóstico nosológico puede servir tomar en cuenta algunas de las características observadas en las distintas escalas. Algunos de los rasgos que tienden a parecer permiten tener una referencia para el proceso de interpretación de la prueba y puede ayudar como complemento para identificar dificultades en el sujeto. No obstante, cada una de las escalas está diseñada para mostrar rasgos característicos y no como elementos definitorios de una patología en específico.

Escala 1 (Hs: Hipocondriasis). Esta medida se desarrolló con un grupo de pacientes neuróticos que mostraban preocupación excesiva acerca de su salud, que presentaban una variedad de quejas somáticas sin ninguna base orgánica y que no aceptaban encontrarse bien físicamente. Los reactivos que conforman esta escala reflejan síntomas particulares o quejas específicas, así como una preocupación corporal general.

Escala 2 (D: Depresión). Esta escala se desarrolló en el trabajo con pacientes psiquiátricos que mostraban varias formas de depresión sintomática. Los reactivos reflejan no solo los sentimientos de desesperanza, pesimismo y desesperación que lo caracteriza, sino también características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva, normas personales estrictas y tendencia a sentirse frecuentemente culpable.

Escala 3 (Hi: Histeria conversiva). Algunos de los 60 reactivos componentes de la prueba reflejan algunas quejas físicas y desordenes específicos, pero muchos otros involucran la negación de problemas en la vida personal o la presencia de ansiedad social frecuentemente observada en individuos con estas defensas, además de la necesidad de afecto e inhibición de la agresión.

Escala 4 (Dp: Desviación Psicopática). Esta medida fue desarrollada con individuos que fueron referidos a un servicio psiquiátrico para aclarar por que tenían constantes dificultades con la ley. Los reactivos de esta escala involucran la propensión de estas personas a reconocer este tipo de problemas; otros reactivos reflejan su falta de interés por

la mayor parte de las normas sociales y morales de conducta, además de discordancias familiares, alineación social y personal, y en general el control de los impulsos.

Escala 5 (Mf: Masculinidad-feminidad). Esta escala fue construida con hombres que buscaron ayuda psiquiátrica para controlar sus sentimientos homoeróticos y poder lidiar con confusiones dolorosas sobre su rol de género. Los reactivos de esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres, generalmente difieren.

Escala 6 (Pa: Paranoia). Esta escala fue desarrollada en pacientes que presentaban alguna forma de condición paranoide o estado paranoide. El contenido de los reactivos reflejan susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, así como la tendencia de centrarse en sí mismo.

Escala 7 (Pt: Psicastenia). Esta escala se desarrollo en pacientes que presentaban preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos o temores exagerados del grupo neurótico. Los reactivos se refieren en parte a síntomas diversos, pero la escala en general refleja más bien ansiedad y angustia (o emotividad negativa), así como normas morales estrictas, tendencia a la autculpa y esfuerzos para controlar rígidamente los impulsos.

Escala 8 (Es: Esquizofrenia). Esta medida se construyo en pacientes psiquiátricos. El contenido de los reactivos cubren un amplio rango de conductas excéntricas, experiencias raras y susceptibilidad marcada, además de alineación social, personal y emocional y tres medidas de carencia de conocimientos (cognoscitiva, conotativa e inhibición defectuosa).

Escala 9 (Ma: Hipomanía). Esta escala se desarrollo con pacientes que presentaban las primeras etapas de episodios maniacos o desordenes maniaco-depresivos. El contenido de los reactivos cubre algunos de las conductas de estas condiciones y de las características asociadas a ellas (ambición exagerada, extroversión y aspiraciones elevadas). También cubren áreas relacionadas con la falta de moralidad, aceleración psicomotora, imperturbabilidad y sobrevaloración del Yo.

Escala 0 (Is: Introversión social). Las puntuaciones por encima de la norma promedio reflejan un incremento de los niveles de timidez social, preferencia por mantenerse solo y carencia de autoafirmación social, mientras que las puntuaciones por de bajo de la media reflejan las tendencias a ser superficialmente comunicativo, algo dinámico, activo y convencionalmente ajustado a las situaciones sociales.

3.6 Otras técnicas de evaluación

Para realizar una evaluación psicológica tiene que recurrirse a diferentes técnicas, una de las principales es la entrevista, además de utilizar pruebas tanto psicométricas como proyectivas, así como algunas neuropsicológicas. Todos estos instrumentos requieren interpretarse a la luz de la situación dinámica en la cual se encuentra inmerso un individuo.

La entrevista ocupa un lugar central en la práctica clínica por que es la situación en la que se ve a la persona para indagar sobre sus dificultades e inadaptaciones. Además de recopilar información sobre la persona, la entrevista clínica también es útil para que ella misma indague sobre lo que le aqueja. Es a través de este método que puede hacerse una historia del padecimiento de la persona e ir más allá de lo que ella misma se ha dado cuenta. En ocasiones, es posible ayudarle con señalamientos sobre su discurso, para que reflexione sobre su problemática (Dupont, 2000).

En lo que se refiere a la evaluación de personalidad de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional, es importante tomar en cuenta que la entrevista con estos pacientes es difícil por la enorme cantidad de expresión emocional con la que se presentan, por lo tanto esta no debe centrarse solo en los aspectos de su discurso, sino también estar atentos a los aspectos no verbales del paciente, como son las expresiones que acompañan su discurso, la manera como se presenta a la entrevista, cual es su estado de ánimo actual, el tono de voz y el tono afectivo que prevalece durante la sesión. Para profundizar en estos elementos existen dos técnicas específicas de entrevista centradas en la sintomatología de este tipo de pacientes (Entrevista diagnóstica de Gunderson y Entrevista estructural de Kernberg)

3.6.1 Entrevista diagnóstica de Gunderson

Se trata de un instrumento diagnóstico rigurosamente evaluado conocido como DIB (Diagnostic Interview for Borderline), una entrevista diagnóstica semiestructurada, la cual toma en cuenta toda la bibliografía aparecida en la literatura de los últimos cincuenta años. Es llevada a cabo normalmente entre 50 y 90 minutos. Para mayor confiabilidad, puede ser realizada simultáneamente por dos terapeutas, comparando luego los resultados obtenidos por cada uno de ellos. La actuación de los terapeutas no se limita a la obtención de respuestas de los pacientes sobre cada uno de los puntos, sino que contempla también la apreciación profesional acerca de cada uno de los criterios diagnósticos empleados. (Gunderson, 2002).

Como puede observarse, el test consta de veintinueve criterios englobados en cinco secciones. Cada criterio lleva una puntuación de: 0 (no), 1 (probable) y 2 (sí), (en la sección de relaciones interpersonales esto cambia a no, algo y mucho). Los criterios 6, 15 y 16 llevan doble puntuación por la alta frecuencia en los borderline de los suicidios manipulativos y crisis psicóticas disociativas de desrealización o despersonalización. Los criterios 14, 20, 21 y 24 llevan puntuación negativa por cuanto afecto aplanado o hipertímico, alucinaciones, manía y tendencias solitarias que apuntan más bien hacia el diagnóstico de esquizofrenia, manía u otras psicosis. Es de hacer notar que estos pacientes, lejos de tendencias solitarias buscan frenéticamente evitar estar solos, pues la experiencia de soledad tiende a crear en ellos regresiones, sentimientos de vacío o sensación de desintegración del Yo (Silvio, 1985).

Una vez efectuada la puntuación, se igualan las secciones hasta llevarlas a una escala de 0-2 (la puntuación total de cada sección se divide entre el número de ítems de cada sección, obteniéndose así una proporción equitativa de cada sección en la puntuación global). La puntuación global vendrá entonces en una escala de 0-10. Se considera, de acuerdo a los estudios y revisiones efectuadas, que un paciente debe tener una puntuación igual o superior a 7 para considerarlo de inestabilidad emocional o borderline. (Gunderson, 2002).

Diagnostic Interview for Borderline (DIB) o Test de Gunderson

- I Adaptación social
 - 1. Estabilidad laboral o escolar
 - 2. Efectividad o habilidades especiales
 - 3. Vida social activa
 - 4. Apariencia apropiada

- II Patrón de impulso/acción
 - 5. Automutilación
 - (x) 6. Suicidio manipulativo (intento o amenaza)
 - 7. Abuso de drogas
 - 8. Desviaciones sexuales o promiscuidad
 - 9. Impulsos antisociales

- III Afectos
 - 10. Tendencias depresivas crónicas
 - 11. Hostilidad: rabia como afecto predominante
 - 12. Exigente demanda de privilegios
 - 13. Sensaciones crónicas de disforia, **anhedonia** o vacío
 - (-) 14. Aplanado o hipertímico
 - 15. Desrealización

- IV Psicosis
 - (x) 16. Despersonalización
 - 17. Breves depresiones psicóticas
 - 18. Breves episodios paranoides
 - 19. Episodios psicóticos por drogas
 - (-) 20. Alucinaciones
 - (-) 21. Episodios maníacos
 - 22. Regresiones psicóticas durante la psicoterapia

- V Relaciones interpersonales
 - 23. Evitar estar solo
 - (-) 24. Solitario
 - 25. Rol de cuidador (conflictos)
 - 26. Relaciones intensas e inestables
 - 27. Devaluación, manipulación, hostilidad en proximidad a otros
 - 28. Dependencia o masoquismo en relaciones estrechas
 - 29. Relaciones “escindidas” con reacciones contratransferenciales intensas.

(x) Doble puntuación

(-) Puntuación negativa

3.6.2 Entrevista estructural de Kernberg

Otra modalidad que se ha empleado para el diagnóstico de fronterizo o borderline ha sido la "entrevista estructural" de Kernberg (1999). Mediante esta entrevista o análisis estructural de la psique, se trata de limitar tres organizaciones estructurales que corresponderían a la neurosis, a la fronteriza y a la psicosis. Dichas estructuras serían fundamentales y se reflejarían de cualquier manera "sin importar las contribuciones genéticas, constitucionales, bioquímicas, familiares, psicodinámicas, psicosociales que intervengan en la etiología". La entrevista se focaliza primordialmente en la interacción del paciente con el terapeuta, el funcionamiento interpersonal en general del paciente y la historia de la enfermedad actual.

Se fundamenta en tres características estructurales:

1) Integración de la identidad versus difusión de la identidad, 2) la utilización de mecanismos de defensa primitivos y 3) la presencia o ausencia de prueba de realidad.

En la estructura neurótica habría una integración de identidad, utilización de mecanismos de defensa más avanzados y una buena prueba de realidad. En la estructura borderline encontraríamos una difusión de la identidad, utilización de primitivos mecanismos de defensa, pero una buena prueba de realidad. Y en la estructura psicótica, la prueba de realidad estaría perdida, presentaría primitivos mecanismos de defensa y la identidad no solo estaría perdida, sino que la limitación sujeto-objeto estaría pobremente delimitada o habría una verdadera fusión sujeto-objeto que ha sido llamada "identidad delusional". (Silvio, 1985)

En la entrevista (Kernberg 1989, citado en Laguna 1995), el terapeuta emplea tres intervenciones técnicas como son: clarificación, confrontación e interpretación. Clarificación significa que todo lo que surge en la entrevista es discutido y aclarado para hacer al paciente completamente consciente de todas sus implicaciones. En confrontación, el entrevistador enfrenta al paciente en todas las contradicciones y discrepancias que hayan quedado después de la clarificación. Interpretación es hacer hipótesis explícitas acerca de

las contradicciones o conducta del paciente que puedan ligar lo que ocurre en el “aquí y ahora” con posibles factores inconscientes de la relación transferencial.

La entrevista va explorando varias fases como son: síntomas neuróticos, rasgos patológicos del carácter, identidad, prueba de realidad, síntomas psicóticos, síntomas orgánicos agudos y orgánicos crónicos. La entrevista comienza con hacer al paciente una serie de preguntas al mismo tiempo como son: motivo de consulta, naturaleza de sus problemas y que espera del terapeuta. Estas preguntas simultáneas sirven para delimitar el grado de integridad de la persona, su sensorio y su memoria. Los neuróticos por lo general responden adecuadamente a las tres preguntas, los borderline dan respuestas confusas y caóticas, y finalmente los psicóticos respuestas bizarras o elusivas, posteriormente vendrá el ciclo de intervenciones técnicas (clarificación, confrontación e interpretación) Luego se prosigue con la evaluación de los síntomas, haciendo después el mismo ciclo de intervenciones técnicas. Después rasgos patológicos de carácter, para lo cual se invita al paciente a que se describa a sí mismo, su personalidad y su forma de ser; es aquí donde se puede evaluar la aparición de primitivos mecanismos de defensa en los borderline (escisión, proyección, idealización, negación, omnipotencia, devaluación, etc) al dar descripciones de si mismos totalmente contradictorias, vagas, confusas, desproporcionadas, negación de obvios aspectos de si mismo, proyección de la propia agresión en los demás como los “culpables”, etc. Nuevamente se hace el mismo tipo de intervenciones técnicas (Laguna, 1995).

Se prosigue pidiendo al paciente que hable un poco más acerca de si mismo, como se percibe él y como cree él que lo perciben los demás. Esto representa para el paciente un grado mayor de reflexión y es aquí donde se ve el síndrome de difusión de identidad. Al borderline le es difícil presentar una imagen sólida, coherente, bien integrada de una concepción de si mismo, por estar presentes contradictorias imágenes o representaciones de sí mismo y los otros. De igual manera, el terapeuta trata de unificar en su mente una imagen del paciente que le es difícil, obtener y que queda más bien con una sensación vaga, confusa, contradictoria acerca de la persona que tiene enfrente. Lo mismo ocurre con diferentes aspectos de la vida del paciente tales como trabajo, vida social, familiar y metas (Espina, 1987).

Una de las últimas preguntas es como ve el paciente a los demás, especialmente a sus seres significativos, y tratar de obtener una imagen coherente de ellos. La difusión de identidad representa una incapacidad de integrar las representaciones de los otros. Kernberg (1989) comenta que los borderline tienen más dificultad en presentar una imagen vivida de las personas importantes en su vida que describir a personas que conoce casualmente.

Durante todas estas intervenciones, el terapeuta deberá continuar con los elementos técnicos con los que dispone: clarificación (si entendió bien las preguntas y los elementos que se asocian a ellas), confrontación (de las contradicciones a las respuestas) e interpretaciones en el “aquí y ahora” (hipótesis o motivos para no dar respuestas integradas).

El entrevistador deberá evaluar hasta que punto estos pacientes son capaces de mantener una empatía con el criterio social común de realidad, representado por el terapeuta, ello ocurre cuando se realizan preguntas acerca de la descripción de sus relaciones, y explora a través de sus interpretaciones la naturaleza inapropiada de algunas de sus conductas e interacciones (Laguna, 1995).

Por último, la entrevista concluye con la exploración de síntomas psicóticos funcionales (episodios psicóticos reactivos tales como despersonalización, disociación, desrealización, reacción paranoide, etc).

Capítulo Cuatro
Abordaje Terapéutico en el Trastorno de Inestabilidad
Emocional de la Personalidad

El Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad o Borderline, es el trastorno de la personalidad que ha generado mayores aportaciones teóricas y técnicas tanto en el campo de la clínica como de la investigación. Si se examinaran las propuestas realizadas por los diferentes enfoques de psicoterapia, sería posible identificar algunos factores comunes (Clarkin, 1998), como los siguientes: disponer de un dispositivo terapéutico que sea muy contenedor pero que pueda, al mismo tiempo, mantener límites estrictos, atacar las conductas autodestructivas, reducir la impulsividad y controlar las emociones como un paso previo para intentar cambios en los núcleos disfuncionales básicos y valorar la importancia de la inserción social y laboral.

No obstante, cada uno de los distintos enfoques ha realizado propuestas específicas, tanto para aplicaciones individuales como grupales y familiares.

4.1 Enfoque cognitivo-comportamental

Beck y Freeman (citado en Linehan, 1993) indican que el tratamiento de los pacientes con trastorno límite debe centrarse en establecer un sentido claro de la identidad, mejorar la capacidad para controlar las emociones y cambiar las creencias y los supuestos inadaptados. La terapia debe trabajar activamente sobre el pensamiento dicotómico, que desempeña un papel fundamental en las relaciones extremas y en los abruptos cambios de estado de ánimo. Para estos autores, sería conveniente que el terapeuta proponga algunas tareas manejables para el paciente, en lo posible, centrada en metas conductuales. En el curso del tratamiento el terapeuta deberá estar especialmente preparado para manejar las reacciones de disconformidad del paciente. Desde este enfoque, la reducción del pensamiento dicotómico es el punto de partida para lograr el control de las emociones y de ahí la posibilidad de trabajar sobre el control de los impulsos, aspecto nuclear de la terapia. Para atacar la impulsividad, la terapia debe ayudar al paciente a identificar claramente el

impulso y las motivaciones que están ligadas a él. Por lo tanto es necesario proporcionar técnicas que le ayuden a incrementar su capacidad de autoobservación. Los autores proponen un esquema secuencial para favorecer el control de los impulsos que se sintetiza de la siguiente forma:

<i>Etapas</i>	<i>Intervenciones</i>
1. Identificación del impulso	1. Entrenamiento en autoobservación
2. Inhibición de la respuesta automática	2. Explorar las ventajas y desventajas del control de impulsos
3. Identificación de alternativas	3. Explorar las alternativas
4. Selección de la respuesta	4. Identificar los miedos que bloquean alternativas y supuestos que las excluyen
5. Instrumentación de la respuesta	5. Experimentos conductuales para poner a prueba la nueva respuesta

Además de la propuesta presentada por Beck y Freeman, otros autores (Livesley citado en Curiel, 1999 y Millon, 1996) han presentado algunas alternativas de tratamiento centradas en la integración de varios enfoques clínicos-cognitivos para estos pacientes, entre estos tenemos:

- A) Teoría integradora de la personalidad: El modelo de la personalidad de Th. Millon (1996) en la cual la personalidad límite describe a pacientes que sufre de intensos cambios de humor endógenos, periodos de abatimiento y apatía que se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia. El nivel de energía fluctúa, con alteraciones en los ciclos de sueño y vigilia y periodos de desequilibrios afectivos. La conciencia es condenatoria con pensamientos suicidas de automutilación y autodenigración. Reacciona intensamente frente a la separación y ambivalencia cognitiva y afectiva y emociones conflictivas.

Los objetivos estratégicos de Millon desde esta concepción serían:

- Equilibrar las polaridades, reduciendo los conflictos entre dolor-placer; actividad-pasividad y el Sí mismo-otros.

- Reducir la emocionalidad, moderando las actitudes incoherentes y adaptando los comportamientos imprevisibles. Las tres modalidades tácticas empleadas son: Estabilizar el comportamiento interpersonal paradójico, reconstruir la autoimagen inestable y estabilizar los estados de ánimo.

B) Eclecticismo por combinación. Autores como Livesley (citado en Curiel, 1999) utilizan modelos de tratamiento integrativos cognitivos que combinan intervenciones específicas para el tratamiento de los síntomas y las crisis de los pacientes (contención, medicación e intervenciones cognitivo-conductuales), promoviendo una mayor expresión y cambios de los rasgos básicos de personalidad (incrementando la tolerancia y la aceptación de dichos rasgos, disminuyendo la expresión y la progresiva sustitución de respuestas desadaptativas por otras más realistas) y trabajando por una mayor integración en los problemas interpersonales y en el Self.

Estas intervenciones específicas están encuadradas en unas estrategias terapéuticas generales que tienen en cuenta la etiología, los factores educacionales, culturales y socioeconómicos, los síntomas predominantes, el estado cognitivo, la motivación y deseo de cambio de los pacientes, por lo que no se puede pensar en un solo tipo de tratamiento, sino en un tratamiento combinado con los objetivos generales de

- 1) Construir y mantener una relación de colaboración;
- 2) Establecer y mantener un proceso consistente en el tratamiento;
- 3) Promover la validación del mismo y
- 4) Construir y mantener la motivación hacia el tratamiento y el cambio

4.2 Enfoque cognitivo-evolutivo

Desde esta perspectiva (Cotugno 1995, citado en Belloc, 1998) el objetivo central no es tanto la modificación de los modelos del sí-mismo y de los otros, si no lograr una mayor integración, en el interior del paciente, del sentimiento de identidad personal para que sea

suficientemente estable y coherente. El proceso terapéutico está estructurado en cuatro fases:

- *Receptividad y contención:* El foco estará dirigido sobre la realidad cotidiana del paciente más que sobre la profundidad de las motivaciones que sostienen sus comportamientos disfuncionales. Formular contratos parciales que pueden renovarse y ampliarse en el curso del tratamiento es una buena manera de facilitar la estabilidad del vínculo terapéutico. Como ayuda resulta muy útil que el terapeuta propicie la realización de resúmenes sobre los pasos que se han dado a lo largo del tratamiento.
- *Análisis de la multiplicidad de las representaciones del sí mismo y del egocentrismo cognitivo:* El paciente debe explorar los aspectos emotivos, cognitivos y conductuales relacionados con la multiplicidad de imágenes que forman parte de su universo personal. En esta fase comenzará a ser necesario que el paciente acepte que el terapeuta es una figura separada y distinta de él.
- *Descentramiento:* La terapia debe ayudar al paciente a mejorar su capacidad metacognitiva propiciando la posibilidad de “pensar su propio pensamiento” y reconocer las diferencias entre el pensamiento propio y el de los otros, aun en las zonas más sensibles de su padecimiento.
- *Diferenciación:* La tarea de discriminación se consolida y el paciente puede acceder a una forma de expresión autónoma. En esta fase pueden generarse reacciones de rabia más fuertes aún, especialmente si el paciente visualiza muy negativamente la recuperación y la terminación del tratamiento como un abandono por parte del terapeuta.

4.3 Terapia dialéctico-conductual de M. Linehan

A principios de los noventa la autora norteamericana Marsha Linehan (1993) desarrolló la llamada Terapia Dialéctica Conductual, dentro del tipo cognitivo-conductual, basada en el principio de que un trastorno límite de personalidad es esencialmente el resultado de una vulnerabilidad emocional con posible base biológica, deficiencias en el medio ambiente y deficiencias en las habilidades interpersonales, el autocontrol y la identidad, que considera que estas últimas pueden ser reaprendidas dentro de una terapia.

Esta consiste en sesiones terapéuticas semanales individuales, sesiones complementarias de grupo, basadas en un modelo de aprendizaje de estas habilidades. Todo ello conjuntamente con un contacto telefónico fuera de horas con el paciente. Propone mecanismos defensivos principales en estos pacientes, los cuales deberán ser eliminados como resultado de la psicoterapia:

Vulnerabilidad emocional: Pueden experimentar una activación emocional extra elevada, siendo muy sensibles a los estímulos emocionales negativos. Les cuesta mucho más tiempo bajar al nivel base de activación con la consiguiente dificultad para controlar la impulsividad

Auto-invalidación: Tendencia a invalidar sus propias emociones, pensamientos, creencias y conductas; estableciendo a veces expectativas demasiado elevadas y poco realistas para consigo mismos. Esto puede dar lugar a un intenso sentimiento de vergüenza, odio e ira dirigida a sí mismos.

Aflicción inhibida: Tendencias a inhibir respuestas emocionales negativas, especialmente aquellas asociadas con dolor y pérdidas, incluyendo tristezas, ira, culpabilidad, vergüenza, ansiedad o pánico.

Aparente competencia: Tendencia a parecer más competentes de lo que son en realidad o en lo que esos momentos se es. A veces ocultan bajo una especie de máscara su verdadero estado.

La propuesta presentada por Linehan, presenta una fuerte influencia de la Terapia Cognitiva, la cual parte de la base de que las convicciones y esquemas mentales disfuncionales que tienen este tipo de pacientes son determinantes e influyen en el resto de la sintomatología; por lo tanto se pretende con la terapia cambiar estos esquemas utilizando las técnicas de modificación cognitiva. Beck (Citado en Linehan, 1993) y col. proponen cinco pasos:

- Fomentar una relación de confianza con el paciente
- Reducir el pensamiento "en blanco y negro" o dicotómico.
- Fomentar un control emocional.
- Mejorar el control de la impulsividad.
- Aumento del sentido de Identidad

La Terapia Conductual Dialéctica, está creada especialmente para pacientes límite graves con alto índice de conductas suicidas. Se han obtenido pruebas empíricas que ponen en evidencia que esta terapia es muy exitosa, especialmente teniendo en cuenta el campo tan difícil con el que trabaja. Lo que parece más llamativo es el carácter enormemente integrador de esta aproximación pues la autora muestra conocimiento y aplicación de puntos de vista y técnicas muy dispares, como son los psicodinámicos, cognitivos, conductuales, la filosofía oriental y la dialéctica (Díaz-Benjumea, 2002). Como consecuencia de todos estos principios el objetivo central de la terapia es lograr un equilibrio entre dos fuerzas dominantes en la experiencia del padecimiento: la necesidad de aceptación y la necesidad de cambio, que atrapan al paciente en un juego dialéctico muy profundo. El trabajo de la terapia debe llevarse a cabo respetando precisamente esas dos necesidades, procurando ayudar al paciente a evolucionar hacia formas progresivas sin violar sus posibilidades.

Una idea básica que acompaña al tratamiento es el supuesto de que situaciones de abuso en épocas tempranas de la vida subyacen al trastorno, y que uno de los requisitos que debe respetar estrictamente la terapia es no repetir esa condición, haciéndose de la relación terapeuta-paciente un vínculo de auténtica y verdadera cooperación.

Los componentes de la terapia son básicamente cuatro:

- Psicoterapia individual y de grupo
- Tareas de entrenamiento en habilidades (entrenamiento conductual psico-educacional)
- Encuentros terapéuticos de consulta y supervisión
- Consultas telefónicas

Los objetivos del tratamiento se encuentran dentro de los principios generales ya señalados, el programa está diseñado para ir cumpliendo esos objetivos a través de un plan ordenado jerárquicamente a través de cuatro etapas:

1. Adquisición de autocontrol
2. Desarrollo de habilidades para experimentar adecuadamente las emociones
3. Manejo de patrones de comportamiento residuales
4. Desarrollo de metas espirituales y experiencias trascendentes

Para cumplir con las metas del tratamiento, el programa dispone de cinco estrategias diferentes que se irán aplicando de manera flexible y de acuerdo con la evolución que cada paciente evidencia:

1. Dialécticas
2. Nucleares
3. Procedimientos de cambio
4. Comunicacionales
5. De gerencia

Estrategias dialécticas

Son las que sirven para conformar y organizar el tratamiento. Existen ocho modalidades específicas. El uso de paradojas, el empleo de metáforas, la técnica de “abogado del diablo”, extremar o extender significados, la activación de la “mente sabia”, “hacer limonada con limones”, favorecer el cambio natural y evaluación dialéctica.

El uso de la paradoja apunta a aprovechar las contradicciones del paciente. Las metáforas sirven para aprovechar los recursos imaginarios y creativos del paciente. Con la técnica de abogado del diablo se busca destacar los aspectos autodespreciativos de ciertos enunciados. Al extremar significados se considera más seriamente el problema de lo que lo hace el paciente. La activación de “la mente sabia” es un recurso para fomentar el desarrollo de la intuición. “Hacer limonada con limones” significa aprovechar los aspectos negativos de un problema para llegar a ver el aspecto positivo. Finalmente favorecer el cambio natural supone aceptar la inconsistencia presente en los procesos de cambio.

Estrategias nucleares

Constituyen los procedimientos centrales del trabajo terapéutico. Se agrupan en dos grandes categorías, de acuerdo con los principios generales del programa: estrategias de validación y estrategias de resolución de problemas. Las primeras buscan proporcionar aceptación y confirmación, mientras que las segundas están orientadas a promover cambios en el paciente. Las técnicas de validación procuran mostrar al paciente que su conducta es comprensible en términos de las circunstancias que rodearon su vida, sin que esto signifique negar los aspectos disfuncionales. Estos procedimientos muestran la influencia del enfoque centrado en la persona. La estrategia de solución de problemas implica un proceso a través de dos estadios: el primero es analizar y aceptar el problema; el segundo, generar, evaluar e implementar soluciones alternativas. El primer estadio incluye un análisis detallado de los fenómenos ambientales que influyen sobre el problema. El segundo apunta al logro de respuestas alternativas, proporcionando en el paciente la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento, así como fortaleciendo su motivación y las capacidades de que disponía previamente.

Procedimiento de cambio

Se emplean procedimientos de aprendizaje operante, entrenamiento en habilidades y técnicas de exposición y prevención de la respuesta extraídos del enfoque comportamental, así como técnicas de modificación cognitiva tomadas de la terapia racional-emotiva

Estrategias comunicacionales

También aquí las estrategias empleadas son de dos tipos: recíprocas e irreverentes. Las primeras, dentro de la tradición rogeriana, están dirigidas a lograr el mayor acuerdo posible en la comprensión mutua. Para ello el terapeuta deberá mostrarse atento y cuidadoso en la recepción y además deberá estar dispuesto a realizar autorrevelaciones cuando lo considere necesario. Este tipo de declaraciones pueden ser útiles tanto para acercarse emocionalmente como para aceptar limitaciones, ubicando la tarea en un nivel de exigencia más razonable. Las estrategias de irreverencia se inscriben dentro de la tradición de la terapia estratégica y se utilizan como modos de desafiar y descolocar al paciente para ayudarlo a cuestionar algún mecanismo rígido de resistencia.

Estrategias de gerencia

Son las que se llevan a cabo para controlar la marcha del tratamiento. Existen por un lado las acciones que puede llevar a delante el terapeuta con el entorno del paciente, aunque no se recomienda que el terapeuta intervenga sobre otros significativos y personas que forman parte de la vida cotidiana del paciente. Sin embargo, bajo ciertas condiciones, puede resultar importante que el terapeuta intervenga cada vez que el paciente se acerca a una zona de riesgo. Las otras estrategias de gerencia se refieren a las actividades de control y supervisión necesarias para que el terapeuta pueda cumplir con el tratamiento en las mejores condiciones posibles.

4.4 Elementos técnicos dentro del enfoque psicodinámico

En lo que respecta a la psicoterapia de pacientes con trastornos de personalidad en general, y en particular los trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad o borderline, es especialmente interesante observar por una parte como se movilizan sentimientos y

actitudes en los terapeutas de forma muy intensa, debido a la enorme emotividad y descontrol que despliegan los pacientes a lo largo del proceso psicoterapéutico y por otro lado, el alcance que se puede obtener en su tratamiento, ya que estos pacientes pueden lograr cambios estructurales de su personalidad, a diferencia de otros trastornos de personalidad más severos como los esquizotípicos y paranoides, menos susceptibles de tratamientos psicoterapéuticos.

Los objetivos generales de la psicoterapia estarían encaminados a que el paciente pueda mejorar sus relaciones interpersonales y disminuir la intensidad y prevalencia de conductas autodestructivas, así como una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales. Es por esto que se describirán primeramente algunos elementos técnicos del tratamiento centrados a este tipo de pacientes para poderlos conjuntar y organizar a un tipo de tratamiento dentro de un enfoque psicodinámico

4.4.1 Alianza terapéutica

El vínculo entre el paciente y el terapeuta se basa en un relación única proveniente de la situación analítica. Con el fin de formular los distintos aspectos de esta relación se han utilizado diversos conceptos psicoanalíticos: uno de ellos la transferencia.

En el psicoanálisis clínico se ha tratado de diferenciar claramente la “transferencia propiamente dicha” de otro aspecto del vínculo entre el paciente y el terapeuta, la cual ha tenido varios nombres y con ello distintas aplicaciones: “alianza terapéutica”, “alianza de trabajo” o “alianza al tratamiento”, refiriéndose a la alianza que debe necesariamente establecer el paciente y el terapeuta si se pretende que la labor terapéutica tenga éxito.

Siguiendo esta línea basada en las formulaciones de Sandler (1992) se puede entender la alianza terapéutica como *“aquel vínculo que se basa en el deseo consciente o inconsciente del paciente de cooperar y en su disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para superar sus dificultades internas. Esto no es lo mismo que acudir al tratamiento simplemente por obtener placer o algún tipo de gratificación. En la alianza terapéutica, el paciente, acepta*

que tiene necesidad de abordar sus problemas internos y de llevar adelante el trabajo analítico a despecho de la resistencia interna o externa” (Sandler y otros, 1969)

Es evidente que el concepto de alianza terapéutica debe apoyarse en lo que Erikson (1950) llamo la “confianza básica”, una actitud del individuo hacia los demás y hacia el mundo en general que se basa en las experiencias del bebé en materia de seguridad durante los primeros meses de vida. Tomando en consideración los aspectos etiológicos del trastorno de inestabilidad emocional comentados en el capítulo dos y tratando de enfocarlo al estudio del este tipo de pacientes respecto a la alianza terapéutica, esta se relacione con la interiorización de una “alianza” precoz, desde el punto de vista psicoevolutivo, entre el bebé y su objeto primario.

Se considera que la ausencia de esta “confianza básica” impide a ciertos psicóticos, así como a otros individuos que de niños experimentaron grandes carencias emocionales (agresión primaria y secundaria), establecer una alianza terapéutica que funcione como correspondería. Erikson comenta *“dentro de la Psicopatología, donde mejor puede estudiarse la ausencia de la confianza básica es en la esquizofrenia infantil, en tanto que su insuficiencia se manifiesta en las personalidades adultas de carácter esquizoide y depresivo. Se ha comprobado que en estos casos el restablecimiento de un estado de confianza es el requisito fundamental de la terapia”* (Erikson, 1950) Siguiendo a Sandler podemos comprobar que la “esquizofrenia infantil” a la que alude Erikson se trataría en la realidad contemporánea de una “psicosis infantil” o un estado autista, mientras que las personalidades adultas de carácter esquizoide, corresponderían a lo que hoy se denomina estados fronterizos o borderline.

Lo que es evidente es que no debe equipararse la alianza terapéutica con el deseo del paciente de mejorar. Si bien este deseo puede contribuir a gestar dicha alianza, también puede llevar adheridas expectativas irreales y aún mágicas sobre el tratamiento y la persona del terapeuta, estas características pudieran ser típicas de los pacientes fronterizos (Kernberg 1966, Masterson 1970 y Deutsch 1942).

4.4.2 Transferencia

“La transferencia puede considerarse una ilusión específica respecto de otra persona, en la que el individuo no se percata y que representa, en algunos de sus rasgos, una repetición de la relación que mantuvo con una figura importante de su pasado o una exteriorización de una relación de objeto interna. Cabe agregar que el sujeto estima que estas creencias y sentimientos suyos son perfectamente apropiados en la situación actual y ante la persona que se trate” (Dare, 1992)

El concepto de transferencia, surgió dentro del contexto del tratamiento psicoanalítico de pacientes neuróticos. Cuando las técnicas psicoanalíticas se hicieron extensivas a una gama más vasta de enfermedades, incluidos los psicóticos, dieron origen a nuevos términos para describir formas adicionales y especiales de la transferencia.

Suele aceptarse que el tratamiento psicoanalítico crea por lo común condiciones apropiadas para la regresión. Vincular el desarrollo normal de la transferencia a dicha regresión entender el grado de esta regresión, así como la forma que cobra en determinados pacientes, conduce a variedades especiales de transferencia.

Transferencia erotizada

Se refiere a un estado en la transferencia de forma “apasionada”, tan intensa que la demanda de gratificación sexual es muy grande y cesa el trabajo analítico productivo, no sede al trabajo interpretativo y se tiene la firme creencia de que es posible consumir la relación. Esta debe diferenciarse de la transferencia “erótica”, la cual se basa en una transferencia positiva que sede a la interpretación como resistencia por parte del analista y en la cual el paciente comprende que estas fantasías sexuales son irrealizables. Blitzsten (citado en Greenson, 1967) fue el primero en haber ligado la actitud sumamente erótica en la transferencia con una patología grave. Resumiendo la teorización de Blitzsten, este comenta que en una relación transferencial se ve al analista “como si” fuese una de los progenitores, en tanto que en la erotización de la transferencia “es” ese progenitor.

Rappaport (citado en Sandler, 1992) declara que los pacientes que muestran un intenso componente erótico en la transferencia, insisten inequívocamente en que desean conscientemente que el analista se conduzca hacia ellos como (lo habría hecho) el progenitor. Esta erotización de la transferencia, según Rappaport, corresponde con una grave perturbación del sentido de la realidad y es un índice de la gravedad de la enfermedad, la cual no es neurótica sino fronteriza. De esta forma se establece la diferencia entre la Transferencia psicótica en la que se delira al terapeuta como uno de los progenitores y la transferencia erotizada en donde conscientemente se desea y se le exige al terapeuta que funcione “como si” fuera uno de los progenitores.

Transferencia en estados fronterizos

Little (1958) recurre a la expresión “transferencia delirante” para designar aquellas situaciones en las que se presentan fuertes anomalías en la relación paciente-terapeuta; entendiendo que lo que se observa es una fuerte recapitulación deformada, pero reconocible, de aspectos de las relaciones muy tempranas entre la madre y el niño, en la cual no existe una diferenciación clara entre el sí-mismo y el objeto, situación provocada por la situación transferencial (psicosis de transferencia) y no un estado u organización psicótica permanente.

Según Kernberg (1979) el termino fronterizo no alude a un estado que se produce de avance hacia la organización psicótica, si no más bien a un tipo de organización de personalidad y de trastorno de la personalidad. Kernberg estima que el problema central y característico de la personalidad fronteriza es la difusión de la identidad, que entraña una deficiencia en la integración de los conceptos del sí-mismo y del objeto (psicosis de transferencia) Plantea la psicoterapia de orientación analítica centrada en el desarrollo de la transferencia para este tipo de pacientes, en la cual se observa la aparición de trasferencias primitivas, basadas en imágenes múltiples y contradictorias del sí-mismo y del objeto. Estas trasferencias surgen rápidamente en las sesiones y necesitan una interpretación en el “aquí y ahora” de las demandas del paciente. La transferencia obra a modo de resistencia y a menudo se acompaña de graves acting out.

Sin embargo, Kernberg afirma que su elaboración es posible y que transferencias neuróticas más típicas pueden ocupar su lugar. Adler (1985) ha puesto acento en la exploración, análisis e interpretación de las transferencias de estos pacientes, que conducen a la mejoría a través de la internalización del "introyecto de sostén" (Capítulo dos).

4.4.3 Contratransferencia

Kernberg en su obra "La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico" (1979), puntualiza que la extensión del término contratransferencia, a fin de incluir todas las reacciones emocionales que surgen en el analista por el material clínico y transferencial de determinados pacientes, originaban confusión y hacía que se perdiera su significado específico. Refiriéndose a las críticas formuladas contra la antigua concepción de "resistencia" del analista, señaló que esa apreciación puede desdibujar su importancia al considerarla como "equivocación en el tratamiento" o "no deseable". El uso cabal de la reacción emocional del analista tiene, para Kernberg y la clínica actual, particular valor diagnóstico en lo que cabe a la evaluación de la analizabilidad de individuos con trastornos profundos de la personalidad o de otros pacientes psicóticos.

Los conceptos adquiridos en el tratamiento de pacientes fronterizos, poco a poco contribuyeron a esta línea de investigación. Esto se advierte en forma notoria en lo que respecta a la comprensión y utilización de la contratransferencia dentro del contexto interpersonal entre el paciente y el terapeuta.

En el tratamiento de los pacientes fronterizos, las relaciones objetales primitivas internalizadas por el paciente movilizan, por medio de la identificación proyectiva, relaciones objetales primitivas semejantes en el terapeuta, quién vivencia de modo subjetivo los aspectos proyectados del sí-mismo del paciente. De esta forma, la identificación proyectiva es una manera de manejar sus partes proyectivas controlando al analista, a quien percibe como poseedor de los aspectos escindidos y proyectados de su propio sí-mismo. La empatía del analista con el paciente obedece al hecho de que también

en el hay relaciones objetales primitivas que pueden ser movilizadas por las proyecciones del paciente, asumiendo inconscientemente el papel que el paciente le impone. El resultado de la identificación proyectiva es inducir en el terapeuta la experiencia afectiva que el paciente no puede contener sino aferrándose a afectos poderosos. Greeson (1967) llama “contraidentificación proyectiva” a las reacciones del analista ante sus propias respuestas contratransferenciales inconscientes. Esta idea hace que se retome la importancia de considerar la contratransferencia en su más amplia concepción, incluyendo las acciones defensivas del terapeuta contra los sentimientos que le despierta el paciente.

4.4.4 Resistencias

En lo que respecta a las múltiples resistencias de los pacientes con este trastorno se abordará primeramente lo descrito por Kernrberg (1975) que hace notar la necesidad narcisista de ciertos pacientes de vencer al terapeuta, así como de destruir los esfuerzos que hacen otras personas para ayudarlos, aunque ellos mismos terminen en el proceso.

Retomando lo anterior y siguiendo la línea planteada por Sandler, (1992) las resistencias de los pacientes fronterizos o borderline se asemeja en gran medida a las ofrecidas por pacientes neuróticos, la diferencia radicaría en la intensidad de estas resistencias.

Así tendremos como principales fuentes de resistencia:

- Las resistencias resultantes del peligro que el procedimiento psicoanalítico y sus objetivos representan para las adaptaciones particulares que ha hecho el paciente
- Las resistencias de transferencia *“en primer lugar, esta la resistencia a percatarse de la transferencia, y su elaboración subjetiva en la neurosis de transferencia. En segundo lugar, las resistencias ante las reducciones dinámicas y genéticas de la neurosis de transferencia y en definitiva ante el propio vínculo transferencia. En tercer lugar, la presentación transferencial del analista a la parte del yo del paciente “que vivencia” como objeto del ello y como superyó exteriorizado*

simultáneamente, junto con la alianza terapéutica entre el analista, en su función real, y la porción racional y "observadora" del yo del paciente" (Stone, 1973, citado en Sandler, 1992)

- La resistencia derivada de la ganancia secundaria de la enfermedad
- La resistencia del superyó que se vincula a la interacción con una figura internalizada crítica o persecutoria.
- La resistencia derivada de procedimientos equivocados o medidas técnicas inapropiadas del analista.
- Las resistencias debidas al hecho de que los cambios que el análisis produce en el paciente le provocan dificultades concretas en su relación con las personas importantes de su medio.
- Las resistencias provocadas por la amenaza que constituye la labor terapéutica para la autoestima del paciente
- La resistencia a renunciar a soluciones que resultaron adaptativas en el pasado (incluidos los síntomas neuróticos) y que deben de ser desaprendidas o extinguidas.
- Las resistencias de carácter, resultantes de la naturaleza fija de los rasgos de carácter que pueden persistir después de haber disminuido los conflictos que dieron origen a la enfermedad.

Una parte importante del proceso analítico es que el analista haga consciente al paciente de sus resistencias y trate de que las vea como obstáculos que debe comprender y superar. Esta tarea es difícil con pacientes fronterizos ya que estos harán todo lo que este en sus manos tanto consciente como inconscientemente para justificar y racionalizar sus resistencias, y considerarlas apropiadas para las circunstancias. En el psicoanálisis y en las

psicoterapias de orientación psicoanalítica, las resistencias son superadas merced a las interpretaciones y otras técnicas. Por último se ha llegado a ver en la forma y el contexto de la resistencia una fuente útil de información para el tratamiento, en especial a los pacientes con trastorno fronterizo, ya que mediante el análisis de sus resistencias se puede entender la relación del sí-mismo con el objeto.

4.4.5 Acting out

“El analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace. Por ejemplo: el analizado no refiere acordarse de haberse mostrado desafiante e incrédulo frente a la autoridad de los padres; en cambio, se comporta de esa manera frente al médico...” (Freud, 1914)

El concepto de acting out tuvo como contexto de origen la aplicación del método psicoanalítico a pacientes adultos predominantemente neuróticos, pero capaces de adherirse a la regla fundamental de la asociación libre. El acting, out era concebido originariamente como un modo de *recordar* que aparece en el análisis. El hecho de que también la transferencia puede considerarse un caso de repetición y que transferencia y acting out coincidan cuando el paciente repite el pasado de una manera que lo involucra al médico, suscitó la confusión entre ambos conceptos. La aplicación del psicoanálisis al tratamiento de enfermos que padecían graves trastornos de la personalidad, así como a psicóticos, adolescentes y niños, dio lugar a nuevos problemas y a una ampliación del concepto. A raíz de la similitud entre los aspectos impulsivos de la conducta de estos pacientes y el acting out de los neuróticos en análisis, fue muy fuerte la tentación de rotular como “acting out” cualquier comportamiento impulsivo.

Los individuos proclives al acting out tienden a actuar ya sea que se analicen o no. Tienen en común (Fenichel, 1945) *“una diferenciación insuficiente entre el presente y el pasado, la falta a la disposición de aprender, la inclinación a obrar con ciertas pautas reactivas rígidas en vez de hacerlo con respuestas adecuadas a los estímulos. Pero estas pautas*

reactivas no son necesariamente acciones reales: a veces consisten en meras actitudes emocionales, y las denominamos transferencias si la actitud está referida a una persona definida, y acting out si se ven forzados a hacer algo, no importa con respecto a quién" Greeson (1967) afirma, al igual que Fenichel que la tendencia habitual al acting out es fundamentalmente el resultado de ciertas perturbaciones de los primeros dos años de vida. Blum (citado en Sandler, 1992), señala que traumas en la niñez muy temprana fomentan y fijan el proceso de acting out. Los traumas preedipicos y preverbales interfieren en el surgimiento del control cognitivo y de los impulsos y pueden forzar al individuo a "revivirlos". El trastorno evolutivo de la separación- individuación (Mahler, 1972) predispone a posteriores acting out asociados con la fragilidad del yo. Lo anterior remite a las teorías propuestas por Kernberg y Masterson respecto a la etiología borderline. (Capítulo 2) Durante la subfase de reaceramiento el niño necesita la aprobación de la madre para desarrollar su propia estructura Yoica y crecer: pero la madre le retira la disponibilidad libidinal cada vez que el niño tiende hacia la separación-individuación, lo cual provoca sentimientos de abandono intensos que le obligan a aferrarse a su madre o disociar y negar estos sentimientos de abandono y depresión provocando fuertes sentimientos de rabia y frustración que se verán "revividos" en intensos acting out durante el análisis.

4.5 Tratamiento de James Masterson a los trastornos fronterizos

El tratamiento propuesto por Masterson (1975) se fundamenta en su trabajo realizado con adolescentes fronterizos, su abordaje terapéutico se basa en su experiencia médica y hospitalaria, por lo que sus alcances se tendrán que valorar de acuerdo a la edad de los pacientes y al manejo hospitalario. Se trata de una serie continua de cambios, de cada una de las cuales es el fundamento de la siguiente y se resuelve por sí misma, antes de continuar con la siguiente. Cada fase posee sus características propias las cuales se describen a continuación

- La puesta a prueba: Se extiende desde el principio del tratamiento hasta que se haya logrado controlar la actuación (acting out), el comienzo de la depresión (depresión por abandono) y el establecimiento de una alianza terapéutica. La meta es el control de la actuación y el establecimiento de la sensación de competencia y confiabilidad del terapeuta por parte del paciente, por supuesto dentro del confinamiento de un hospital después de un evento desencadenante. El paciente se resiste y la comunicación significativa se da en las acciones y no en las palabras, el terapeuta debe establecer los límites adecuados y de manera repetitiva debe señalar la relación que existe entre sus afectos y su conducta. En esta fase no hay alianza terapéutica
- Elaboración: Se extiende desde el control de la actuación hasta lograda la separación, después de haber atravesado el período de depresión, y ésta entra en receso. La meta es obtener la separación mediante la elaboración del enojo y la depresión que se asocia con el duelo. El paciente se encuentra muy deprimido, comienza a entender la relación entre su conducta y sus sentimientos y esta en mejores condiciones para controlar ambas por lo que comenzará a expresar en palabras sus sentimientos con la necesaria resistencia al cambio. El terapeuta trabaja sobre la alianza con el paciente y le ayuda a elaborar la depresión y las defensas que se ejercen sobre de ella (retraimiento, negación, evasión y bloqueo) mediante la interpretación.
- Separación: Se extiende desde la solución de la depresión hasta que finaliza la hospitalización. El objetivo se centra en la reparación de los efectos del yo y la corrección de los rasgos caracterológicos patológicos. Se elabora la ansiedad de la separación del terapeuta y la asunción de la independencia y la autonomía del paciente. Como defensa ante la separación con el terapeuta se presentan episodios regresivos y por lo general se muestran nuevos acting out, el paciente revive con el terapeuta, a través de la transferencia y contratransferencia, la repetición de la ansiedad original al tener que separarse de su madre; se aferra al terapeuta para evitar la ansiedad, por lo que el terapeuta apoya la autonomía del paciente e interpreta el manejo transferencial y defensas regresivas.

Al mismo tiempo del tratamiento del paciente se trabaja con sesiones con los padres para presentar y concebir la dinámica familiar y tratar de hacer entender los motivos que dieron origen al internamiento. Durante la hospitalización se programan sesiones con el paciente y sus padres para preparar a ambos en el regreso a casa del paciente y se hacen los preparativos para el manejo terapéutico externo.

4.6 Psicoterapia de expresión de Kernberg

El manejo en las sesiones con pacientes que presentan una organización borderline de la personalidad y regresión severa en la transferencia, nos enfrenta con dos situaciones aparentemente opuestas y sin embargo complementarias que han sido analizadas e interpretadas por Kernberg (1999) en el Instituto de Trastornos de la Personalidad de la Facultad de Medicina de la Universidad Cornell (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999).

La primera situación es aquella en la cual una tormenta afectiva abierta y visible explota en el escenario psicoanalítico, generalmente de un modo intensamente agresivo y demandante, pero también, en ocasiones, con lo que aparece superficialmente como un ataque sexualizado contra el terapeuta (transferencia erotizada) cuyo carácter invasivo revela la condensación de elementos sexuales y agresivos. El paciente, bajo la influencia de tal experiencia afectiva intensa, es impulsado a la acción. (acting out), en donde las capacidades de reflexión, comprensión cognitiva y comunicación verbal de los estados internos en general son prácticamente eliminadas.

Así, el terapeuta debe depender principalmente de la observación de la comunicación no verbal y de la contratransferencia para evaluar y diagnosticar la naturaleza de la relación objetal cuya activación está dando lugar a la tormenta afectiva. (Kernberg, 2003)

La conducta explosiva de algunos pacientes gravemente enfermos toma la forma de puesta en acto de estallidos afectivos repetitivos y sistemáticos. Las comunicaciones verbales del paciente, sesión tras sesión, están salpicadas de afectos intensos que dominan momentáneamente el cuadro, para cambiar rápidamente a un tipo diferente de explosión afectiva (Capítulo 2). Bajo estas circunstancias se pone en acto una situación crónicamente

caótica que puede transmitir la impresión de que el paciente siente cada una de las afirmaciones del terapeuta como algo traumático.

La segunda situación parece casi lo contrario de estas indudables tormentas afectivas: es decir, largos periodos durante los cuales la conducta rígida y repetitiva del paciente, junto con la escasez de expresión afectiva (de hecho una monotonía en exceso aburrida comenta Kernberg) impregna la sesión. El efecto sobre la interacción entre paciente y terapeuta durante tales periodos puede ser tan poderoso y amenazante como el de las tormentas manifiestas. El terapeuta puede sentirse aburrido hasta el punto de desesperarse, enfurecerse o sentir indiferencia. Hasta darse cuenta de que la información significativa aquí proviene de estas reacciones contratransferenciales y de la comunicación no verbal del paciente, el terapeuta puede intentar analizar e interpretar el escenario que está siendo representado mediante la conducta del paciente. Esto normalmente conduce a la emergencia sorprendente del afecto violento que había enmascarado la rígida monotonía, un afecto violento que a menudo se siente en primer lugar en la contratransferencia y que luego emerge rápidamente en la interacción terapéutica, una vez que la contratransferencia se utiliza para interpretar la transferencia.

Las tormentas afectivas (acting out y pasajes al acto) y las defensas extremas contra ellas no están ni mucho menos omnipresentes en el tratamiento de los trastornos borderline de la personalidad. En la psicoterapia de la mayoría de los pacientes borderline, como en el tratamiento psicoanalítico de los pacientes neuróticos, generalmente se puede confiar en su descripción verbal de los estados subjetivos, con las asociaciones libres como el más importante canal de comunicación. Con el tiempo, siguiendo cuidadosamente la naturaleza cambiante de las comunicaciones de estos pacientes, se descubre que los temas dominantes afectivamente en su discurso, así como los derivados de conflictos inconscientes en el interjuego entre las operaciones defensivas, los derivados de los impulsos y las formaciones de compromiso. Naturalmente, la comunicación no verbal y la contratransferencia son canales importantes de comunicación en cualquier caso, pero en el tratamiento de los trastornos de personalidad con regresiones severas, transmiten mucha más información que el contenido de la comunicación verbal (Kernberg 1989, citado en Laguna 1995).

“Es típico de los pacientes borderline que la evaluación a largo plazo del curso de sus asociaciones libres no consiga aportar una imagen clara del conflicto inconsciente dominante en la transferencia. La comunicación de estos pacientes es fragmentada, y la disociación o la escisión, con la fragmentación de su mundo de relaciones objetales, se presenta como rápidas secuencias de fantasías verbalizadas y pone en marcha modos de relacionarse con el terapeuta que pueden cambiar de un momento a otro. Esta conducta caleidoscópica se basa en la activación dentro de la transferencia de relaciones objetales inconscientes cambiantes manifestadas como rápidos “intercambios” entre la representación del self y las representaciones objetales, mientras que las representaciones recíprocas del objeto o del self se proyectan sobre el terapeuta; otra posibilidad es que la disociación o escisión primitiva se manifieste como una disociación entre la comunicación verbal, la comunicación no verbal y la contratransferencia, determinando una experiencia confusa para el terapeuta aun cuando parezca haber una cierta continuidad del material verbal de la asociación libre” (Kernberg, 1984). La disociación primitiva, por tanto, puede tomar la forma de comunicación verbal disociada o fragmentada y/o de disociación entre los variados canales de comunicación en la transferencia.

Kernberg (1989) propone que el mejor modo de explorar analíticamente el material de los pacientes es diagnosticar los desarrollos de la transferencia momento a momento en el “aquí y ahora” de la demanda del paciente (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999)- Así, el terapeuta tiene que desempeñar un rol muy activo en esta rápida diagnosis y en las intervenciones interpretativas, prestando simultáneamente una estrecha atención a los tres canales de comunicación (verbal, no verbal y contratransferencial) y describiendo (para sí mismo/a) de un modo metafórico la relación objetal dominante activada en la transferencia.

Esto permite al terapeuta evaluar gradualmente cuál es el par de relaciones objetales opuestas internalizado que está desempeñando la función de defensa y cuál representa la correspondiente configuración de impulso en la transferencia en un momento dado. El análisis de las disposiciones de la transferencia, que emergen y cambian rápidamente, va revelando un repertorio que generalmente es más bien reducido de relaciones objetales dominantes en la transferencia.

Estas funciones pueden intercambiarse rápidamente, si bien permanece estable la dominancia del mismo par de díadas de relaciones objetales.

Lo que en un principio parecen cambios caóticos en la relación resulta ser la repetición sistemática de la relación entre un objeto persecutorio, amonestador y despectivo y un self rechazado, deprimido e impotente, en la que los roles se asignan y reasignan rápidamente al terapeuta y la paciente. Las inversiones de roles repiten una y otra vez la misma relación. Mientras tanto, se puede representar otra relación objetal con la misma pauta de inversión de roles, representando otro aspecto de la transferencia completamente dissociado del primero. Por ejemplo, puede emerger una forma sexualizada de transferencia, en la que se le acuse al terapeuta de que lo único que aporta al tratamiento es un interés lascivo, mientras que al momento siguiente la paciente puede mostrarse inequívocamente seductora.

Aquí dominan en la transferencia dos conjuntos de díadas de relaciones objetales mutuamente escindidas, que pueden ser impulsivas o defensivas en la relación entre sí. La relación de estas díadas entre sí necesita ser gradualmente elaborada.

La explicación interpretativa de los significados inconscientes en el aquí y ahora de cada una de las relaciones objetales internas que se activan en la transferencia, con la clasificación gradual de las representaciones objetales provenientes del self y de los afectos dominantes vinculados a ellas, permite al terapeuta alcanzar el objetivo estratégico de integrar finalmente las relaciones objetales internalizadas escindidas, idealizadas y persecutorias. Esto no puede hacerse durante las tormentas afectivas severas.

El enfoque desarrollado en el Instituto de Trastornos de la Personalidad (Kernberg, 1999), supone que, en la transferencia, se han activado las relaciones objetales primitivas dissociadas internalizadas, divididas en relaciones idealizadas y persecutorias que necesitan ser clarificadas, confrontadas e interpretadas en términos de su representación del self, representación de objeto y dominancia afectiva. Este enfoque consiste en clasificar en primer lugar la relación objetal que domina en la transferencia; en segundo lugar en diagnosticar las representaciones de self y de objeto y su actuación o proyección recíproca en la transferencia en los segmentos persecutorios e idealizados; y, finalmente, en lograr la integración de estas transferencias mutuamente dissociadas mediante la interpretación. La

realización exitosa de estos importantes pasos estratégicos lleva finalmente a la integración del self del paciente (y su mundo interno de representaciones objetales) y, consecuentemente, a la resolución del síndrome de difusión de la identidad y al establecimiento de una identidad del yo normal. Este desarrollo también proporciona la atenuación y la maduración de los afectos del paciente, con un incremento concomitante del control cognitivo, la autorreflexión, el control de los impulsos y la tolerancia a la ansiedad y el desarrollo del potencial sublimatorio. (Kernberg, 1999) Las pautas generales de terapia propuestas por este autor comprende:

- 1- Elaboración sistemática de la transferencia negativa manifiesta y latente
- 2- Interpretación de la utilización de defensas primitivas (especialmente identificación proyectiva)
- 3- Control del acting out
- 4- Abordaje selectivo de aspectos de la transferencia y de la vida del paciente en los cuales se evidencian sus defensas patológicas “en el aquí y ahora”
- 5- La transferencia negativa solamente es interpretada cuando se vincula con defensas primitivas

El enfoque es esencialmente analítico, en tanto que la transferencia es manejada por la interpretación; la neutralidad analítica se mantiene o se reestablece analíticamente cuando es necesario y se focaliza principalmente en el análisis de la transferencia más que en su gestión de apoyo.

Consideraciones finales

Por último es muy importante hacer notar la conveniencia del tipo de tratamiento que el paciente necesita. Las manifestaciones sintomatológicas de los pacientes son múltiples, por lo que dependiendo de estas y de su muy particular y única historia personal se puede determinar que tipo de terapia es la adecuada.

Algunos pacientes con síntomas neuróticos, motivación alta para el tratamiento, capacidad de mentalización, cierto control sobre sus impulsos y presencia de un entorno contenedor (pacientes analizables) son los que más pueden beneficiarse de una terapia de contenido psicodinámico, pero además deben de presentar algunas de las características presentadas por Feixas (1993) para un mejor abordaje:

- Capacidad para reconocer que los síntomas son de naturaleza psicológica.
- Tendencia a la introspección y a relatar con sinceridad las dificultades
- Deseos de participar activamente en la situación analítica
- Curiosidad por uno mismo
- Deseo de cambiar y experimentar
- Esperanza realista sobre la terapia.

Lo anterior se ve claramente limitado por que las características clínicas de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional o borderline contrastan enormemente con estas características. Por el contrario, en pacientes con una escasa tolerancia a la frustración y un bajo umbral en el control de impulsos (abuso de sustancias, trastornos alimentarios, etc.) está más indicado una terapia de grupo, la terapia interpersonal y las terapias conductuales comportamentales dirigidos fundamentalmente hacia el control de los impulsos. El abordaje familiar es útil en cualquiera de los casos debido a la alta frecuencia de patología familiar en los pacientes

Hay pacientes con características señaladas en el párrafo anterior que se pueden beneficiar de una terapia expresiva, pero que prefieren una terapia breve, rápida, que calme sus síntomas ya sea a través de medicación, hipnosis, relajación o cualquier otra técnica. En muchas ocasiones, y debido a la gravedad de los síntomas, hay que pensar en un tratamiento mixto y/o combinado en el que participen tanto la farmacoterapia, como recursos sociales, hospitalizaciones de media o larga estancia, hospital de día e incluso en algunos casos hay que tratarlos como casos crónicos y utilizar los recursos de la Rehabilitación Hospitalaria (Alfaro, 1993).

Capítulo Cinco

Método

De acuerdo al marco de referencia antes presentado, existen constantes referencias a fallas cognitivas en este tipo de pacientes, además de una multi-sintomatología neurótica y fallas en las funciones yóicas, es por esto que surge la necesidad de contar con herramientas diagnósticas más útiles en la detección de este tipo de trastorno. Las técnicas de evaluación de la personalidad nos proporcionarán información en lo que respecta tanto a sus características de organización caracterológicas, como los elementos para un diagnóstico más objetivo de las alteraciones de la personalidad de este tipo de pacientes, es por esto que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

5.1 Planteamiento del problema

- *¿Cuáles son los rasgos de personalidad más característicos en un grupo de pacientes hospitalizadas y diagnosticadas con un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad o "borderline", evaluados e interpretados a través de un conjunto de pruebas psicológicas?*

5.2 Hipótesis descriptiva de investigación

A través de un conjunto de pruebas psicológicas se mostraran algunos rasgos de personalidad centrados en el funcionamiento intelectual y la exploración de las áreas neurológicas, afectivas y caracterológicas, propias del comportamiento de un grupo de pacientes hospitalizadas y diagnosticadas con un trastorno de inestabilidad emocional o borderline

5.3 Variables

- Pacientes hospitalizadas y diagnosticadas con un trastorno de inestabilidad emocional.
- Rasgos de personalidad

5.4 Definición conceptual de variables

- *Pacientes hospitalizadas y diagnosticadas con un trastorno de inestabilidad emocional*

Se trata de personas hospitalizadas al ser inestables en su estado de ánimo y autoimagen ya que están sujetos a sentimientos crónicos de depresión y vacuidad. Sus sentimientos y actitudes hacia otras gentes varían considerablemente e inexplicablemente en periodos cortos. Las emociones son irregulares y cambian súbitamente, en particular a la ira. No desarrollan un sentido claro y coherente de su identidad, y no definen sus valores, afiliaciones ni actividad profesional. Por último tienden a cultivar una serie de relaciones intensas unipersonalmente que suelen ser tormentosas, transitorias y breves, y que alternan entre la idealización y la devaluación. Estos rasgos son persistentes, inflexibles e inadaptativos que deterioran el funcionamiento social y laboral, pero no el contacto con la realidad. (Modestin 1987, citado en Davison 2000).

- *Rasgos de personalidad*

Dimensiones específicas a lo largo de las cuales difieren las personalidades (patrón de conducta, pensamientos y sentimientos únicos y relativamente constante de un individuo) de las personas de maneras consistente y estable (Barón, 1997)

5.5 Definición operacional de variables

- *Pacientes hospitalizadas y diagnosticadas con un trastorno de inestabilidad emocional*

20 pacientes mujeres, hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” e ingresadas a piso, diagnosticadas con un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad según los criterios de inclusión de la CIE 10, mayores de 18 años, con excepción de pacientes confusas, disruptivas o con heteroagresividad física importante.

Criterios de inclusión de la CIE 10

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

-Incluye:

Personalidad explosiva y agresiva.

Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

-Excluye:

Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

-Incluye:

Personalidad "borderline".

Trastorno "borderline" de la personalidad.

- *Rasgos de personalidad*

Puntuaciones e interpretaciones de los diferentes instrumentos de evaluación

⟨ *ver instrumentos* ⟩

5.6 Tipo de estudio y diseño de investigación

Estudio descriptivo de una muestra.

En la presente investigación se utilizó un diseño descriptivo de una sola muestra, ya que se buscó especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas (Danhke, citado por Hernández-Sampieri 2002).

Diseño observacional no experimental de un solo grupo.

Se utilizó un diseño no experimental dado que no existió manipulación deliberada de las variables (es decir, al no existir un grupo control no fue posible determinar los efectos de una variable sobre la otra, es por esto que en el presente estudio descriptivo no se definió a las variables en dependiente y/o independientes) además de que el objetivo fue observar las características de personalidad para después analizar los resultados. Por último, los sujetos no fueron asignados al azar, sino que se encontraron por circunstancias externas a la investigación (motivos de internamiento) en el momento de la aplicación. (Hernández-Sampieri, 2002)

5.7 Sujetos

Para la realización de este estudio se trabajó con 20 pacientes mujeres, hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” e ingresadas a piso, diagnosticadas con un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad según los criterios de inclusión de la CIE 10, mayores de 18 años, con excepción de pacientes confusas, disruptivas o con heteroagresividad física importante.

5.8 Muestra

No probabilística intencionada por cuota; ya que se hizo una selección controlada de sujetos con ciertas características específicas y la elección de éstos no dependió de que todos tuvieran la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador. (Hernández-Sampieri, 2002) Además, se utilizaron los conocimientos de los estratos de la población —edad, estado civil, escolaridad, ocupación, número de hijos u otros— para seleccionar miembros que fueran representativos “típicos” o adecuados para algunos fines de la investigación (Kerlinger, 1975).

5.9 Instrumentos

- *Historia clínica*

Se trata del expediente clínico de cada una de las pacientes conformado desde su primer contacto con la institución. Se describe su ficha técnica de identificación, los motivos de su ingreso, su historia clínica personal, antecedentes de importancia, examen mental y notas de evolución psicológica que valoran el estado de sus funciones mentales.

- *Test gestáltico visomotor de Laurretta Bender*

El test gestáltico visomotor elaborado por Laurretta Bender en 1938, constituye una de las principales técnicas de evaluación psicológica para evaluar la percepción gestáltica y disfunción cerebral. Se basa en los principios de organización perceptual para detectar dificultades o francas alteraciones neurológicas, perceptuales o visomotoras. Dentro de los supuestos tenemos: 1. Ley de la proximidad, 2. Ley de la semejanza, 3. Ley de la continuidad, 4. Ley de cierre, 5. Ley del destino común y 8. Ley de la buena forma. El test consta de una lámina introductoria y 8 restantes más, las cuales tendrán que ser reproducidas por los sujetos y contrastadas y evaluadas de acuerdo a los principios gestálticos (Días, 2001)

- *Test de frases incompletas de Josef Sacks*

El test de frases incompletas de Sacks apareció en 1948 con el fin de obtener material clínico en cuatro áreas representativas de la adaptación de los sujetos (familia, relaciones interpersonales, relaciones heterosexuales y autoconcepto). Se basa en los principios de las técnicas proyectivas ya que se ha considerado como una variación del método de asociación de palabras. Se espera que los sujetos reflejen sus propios deseos, apetencias, temores y actitudes en las frases que componen, ya sea a través de sus pensamientos conscientes, preconscious e inconscientes, que el aplicador puede analizar e integrar a la luz de los resultados obtenidos por medio de otras técnicas. En la actualidad se compone de 60 frases incompletas, las cuales se agrupan en 15 áreas adaptativas: Familiar (padre, madre y unidad familiar), Relaciones heterosexuales (actitud hacia las relaciones con hombres / mujeres y relaciones heterosexuales), Relaciones interpersonales (amigos, colegas, superiores y subordinados) y Autoconcepto (temores, sentimientos de culpa, metas y capacidades).

Cada frase se califica con un número de acuerdo al contenido que da sentido a las afirmaciones: 2-Patología extrema, 1-Patología presente, 0- Sin patología aparente. La calificación se puede realizar de acuerdo con la forma en que es contestado el instrumento y según el contenido de sus respuestas. Se analiza el conjunto de frases de acuerdo al área que engloba y se describe sus resultados. Las características formales son el tiempo de reacción, el número de palabras, la precisión de la expresión, la cualidad, la simplicidad, la obsesión, la verbosidad, etc. (Barragán, 1990).

- *Test de la figura humana de Karen Machover*

La “proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana”, es una de las técnicas más ampliamente utilizadas por la Psicología clínica, ya que se tiene un consenso general de cada individuo al momento de dibujar una figura humana, esta íntimamente relacionado con sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su propia personalidad. La figura dibujada es en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que esta desempeña en su medio ambiente. La aplicación del test es sencilla, se le pide al individuo que dibuje una figura humana y al terminar, que dibuje a la figura del sexo opuesto. Posteriormente elabora una historia sobre estos personajes. La forma de calificación puede ser cuantitativa (enumerando las partes del cuerpo y sus detalles esperados de acuerdo a la edad de los sujetos) o cualitativa (interpretación de los aspectos emocionales que se proyectan a través de las distintas partes del cuerpo) (Machover, 1949)

- *Escala Wechsler de inteligencia para adultos WAIS*

Esta escala consta de dos partes, una verbal y una ejecutiva. Se obtiene un C.I. verbal, un C.I. ejecutivo y un C.I. total. Consta de 11 subtest, de los cuales si bien es cierto que se contiene un puntaje cuantitativo, sirve también para conocer cualitativamente algunas funciones y habilidades cognoscitivas como pueden ser: información general, capacidad de juicio lógico, capacidad de utilizar conceptos numéricos, pensamiento asociativo, abstracto, concreto y funcional, capacidad de aprendizaje, calidad y estructura del lenguaje, atención

y concentración, organización visual, análisis y síntesis, coordinación visomotora, entre otras. La forma de calificación esta establecida para cada subtest y las puntuaciones obtenidas se trasforman en puntuaciones normalizadas para el grupo de edad al cual corresponda el sujeto. (Villegas, 2001)

- *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota MMPI*

En lo que respecta al uso y aplicación del MMPI, este instrumento se utilizo a los fines de la investigación ya que el Hospital donde se realizó el estudio solo contaba con esta versión primera del instrumento. El Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, fue publicado por primera vez en 1940, desde su aparición hasta esta fecha, esta técnica ha llegado a ser uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la personalidad. La razón de esto es que por una parte, permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas y por otra, constituye un documento mediante el cual, a través de sus 566 reactivos, un individuo define sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo. Por lo tanto, se le puede considerar una técnica tanto psicométrica como proyectiva. Consta de tres escalas de validación Interna (L-Mentira, F-Respuestas atípicas y K-Corrección) y 10 escalas clínicas para la evaluación de la personalidad 1. (Hs) Hipocondriasis, 2. (D) Depresión, 3. (Hi) Histeria, 4. (Dp) Desviación psicopática, 5. (Mf) Intereses Masculino-Femenino, 6. (Pa) Paranoia, 7. (Pt) Psicastenia, 8. (Es) Esquizofrenia, 9. (Ma) Hipomanía y 0. (Si) Introversión-Extroversión social. Los puntajes obtenidos de cada escala se grafican de acuerdo a su equivalencia en puntaje T y dependiendo de la elevación de las escalas y a su dispersión se puede llegar a considerar algunas características clínicas y de personalidad del individuo. (Lucio, 2001)

5.10 Procedimiento

Se trabajó con 20 pacientes ingresadas al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y que en el momento del estudio se encontraban en piso. Primeramente se realizó una detección de este tipo de pacientes a través de entrevistas clínicas y de la revisión de su historial clínico para definir su inclusión. Durante las entrevistas se determinó su capacidad de juicio y el estado de sus funciones mentales superiores a través de un examen mental y de notas de evolución psicológicas. Se le pidió a cada una de ellas un conjunto de pruebas psicológicas para su valoración y estas fueron aplicadas en los consultorios del Departamento de Psicología del 5to. Piso sección mujeres de dicho hospital. *Una vez obtenidos los resultados de dichas pruebas se realizó un trabajo interpretativo que posteriormente fue contrastado y validado con la interpretación de una especialista.*

5.11 Análisis estadístico

Para la realización de esta investigación se utilizó un análisis estadístico descriptivo de frecuencias y perfiles. De este modo, la comparación de las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos en los diferentes instrumentos de medición, requirió una transformación a puntuaciones relativas que expresaran la ejecución individual en relación con la del grupo de pertenencia, es decir, ya que cada una de las pruebas aplicadas poseen diferentes unidades de medida, se requiere de un parámetro que exprese la ejecución de cada sujeto en relación con los demás sujetos de la muestra. De esta forma, la distribución de frecuencias, que se refiere al conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías (en este caso la distribución ordenada de los puntajes obtenidos en cada una de las pruebas), permitió calcular la variabilidad y dispersión de los datos en la escala de medición, y así obtener las puntuaciones más significativas para los fines de la investigación. Por último, se utilizó también la correlación momento-producto de Pearson para determinar la relación entre los puntajes obtenidos entre las escalas del MMPI.

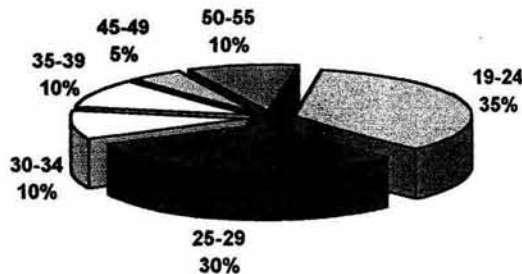
Capítulo Seis

Resultados

El objetivo de la presente investigación fue determinar las características en rasgos de personalidad de un grupo de pacientes hospitalizadas y diagnosticadas con un trastorno de inestabilidad emocional, también llamado *borderline*, medidos y graficados a través de un conjunto de pruebas psicológicas. De acuerdo con lo anterior la presentación de los resultados comprenderá en su primera parte la descripción de los datos sociodemográficos de la población en general y en una segunda, la descripción de los resultados obtenidos en cada una de las pruebas aplicadas a las pacientes de manera que pueda hacerse más comprensible el análisis de dichos resultados. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico para las Ciencias Sociales en Versión 8.0 (Statistical Package for the Social Sciences V. 8.0) para el manejo descriptivo de frecuencias y perfiles de cada una de las pruebas aplicadas.

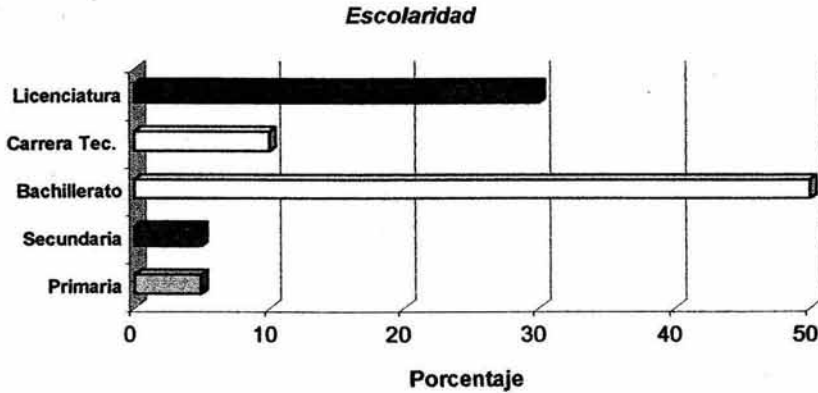
En lo referente a la edad observamos que el rango en el cual se distribuye la mayoría de las pacientes con este trastorno es de entre 19 y 35 años de edad, siendo la paciente más joven con 19 años y las más grande de 51. El promedio de edad obtenido de la muestra fue de 29 años.

Edad de las pacientes



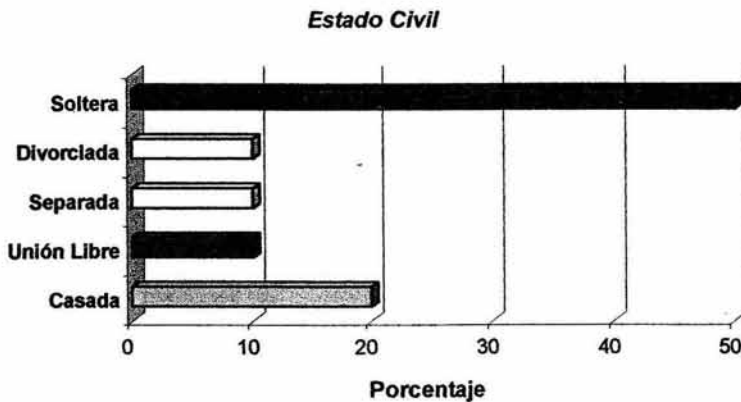
Gráfica # 1

En lo que respecta a su escolaridad podemos señalar que la mayoría presenta un nivel académica que comprende el bachillerato, seguido por una formación Universitaria, y solo el 10 % con un nivel de educación básica



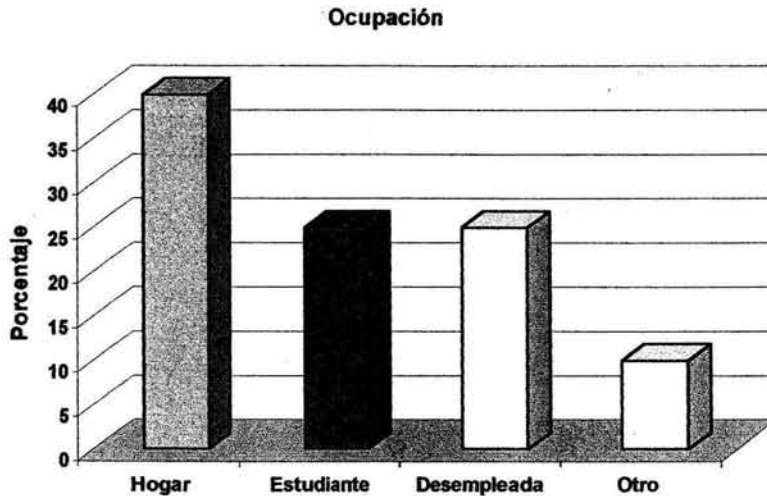
Gráfica # 2

En lo referente a su Estado Civil, la gran mayoría son mujeres solteras, mientras que el grupo de casadas representa el 20% del total. Las condiciones de Unión libre, Separación y Divorcio son menores pero más proporcionales



Gráfica # 3

La ocupación de las pacientes se muestra en la gráfica siguiente, en ella apreciamos que la labor de hogar es la más representativa, seguida por la de estudiante o desempleada.



Gráfica # 4

La siguiente Tabla nos muestra los motivos de ingreso al hospital por parte de las pacientes. Es importante señalar en este punto que cada una de ellas podía haber sido ingresada por presentar más de tres de los síntomas que se enumeran en el listado.

El 100 % de la muestra ingreso por impulsividad, seguido por Ideas de Muerte (75%) e Intento Suicida (65%), la sintomatología depresiva fue ampliamente mayor (70%) que de tipo psicótico, ya que de las pacientes ingresadas, el 20% presentaba alucinaciones auditivas, ideas delirantes y control y transmisión del pensamiento. La labilidad emocional estuvo presente en el 75 % de los casos y el Insomnio intermitente en el 65 %. Por último, se puede apreciar que gran parte de las paciente ingresadas (75%) presentaron Poca Contención Familiar, la cual no es propiamente un síntoma físico, pero si un motivo de internamiento.

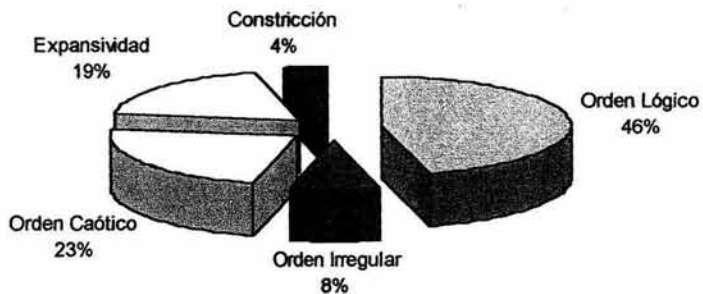
<i>Motivo de ingreso</i>	No. De Pacientes	Porcentaje
➤ Impulsividad	20	100%
➤ Ideas de muerte	15	75%
➤ Intento suicida	13	65%
➤ Sentimientos de vacío	9	45%
➤ Minusvalía	9	45%
➤ Errores de juicio y conducta	7	35%
➤ Despersonalización	5	25%
➤ Anhedonia	5	25%
➤ Hiporexia	3	15%
➤ Poca contención familiar	15	75%
➤ Autoagresión	2	10%
➤ Llanto fácil	8	40%
➤ Desesperanza	8	40%
➤ Insomnio intermitente	13	65%
➤ Destructividad	4	20%
➤ Agresión verbal y física	8	40%
➤ Ideas homicidas	2	10%
➤ Ideas delirantes	2	10%
➤ Trasmisión y control del pensamiento	1	5%
➤ Irritabilidad	8	40%
➤ Dromomanía	1	5%
➤ Negativismo a medicamentos,	2	10%
➤ Labilidad emocional	15	75%
➤ Adinamia	3	15%
➤ Alucinaciones	2	10%

Tabla 1. Motivos de ingreso a la hospitalización

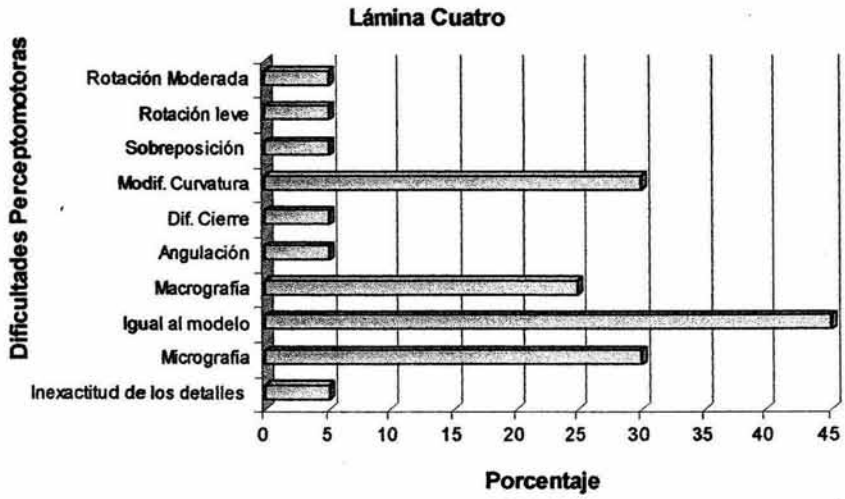
Resultados del Test de Lauretta Bender

En lo que respecta a los resultados del test de Bender, la organización general de la ejecución de las láminas presenta un orden lógico en la mayoría de los casos (gráfica 5) seguida de un orden caótico y por último irregular. Asimismo podemos observar que las Láminas 4, (gráfica 6) Lamina 5 (gráfica7), Lamina 6, (gráfica 8) Lamina 7 (gráfica 9) y Lamina 8 (gráfica 10) son las que mostraron mayores dificultades perceptomotoras en sus realizaciones, mismas que se muestran en cada gráfica. Estas dificultades perceptuales no son indicativas de daño neurológico ni de alteraciones orgánicas.

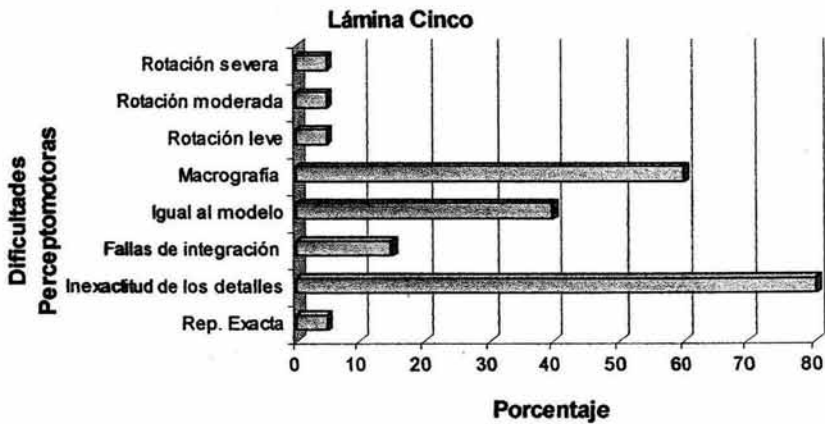
Organización del Bender



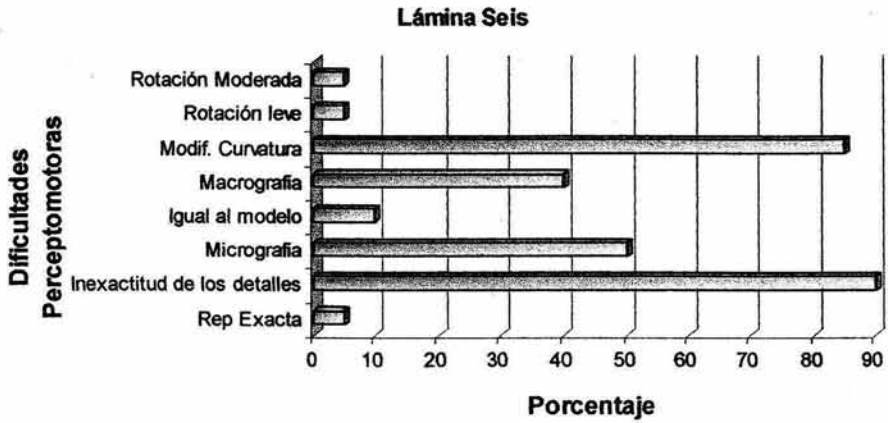
Gráfica # 5



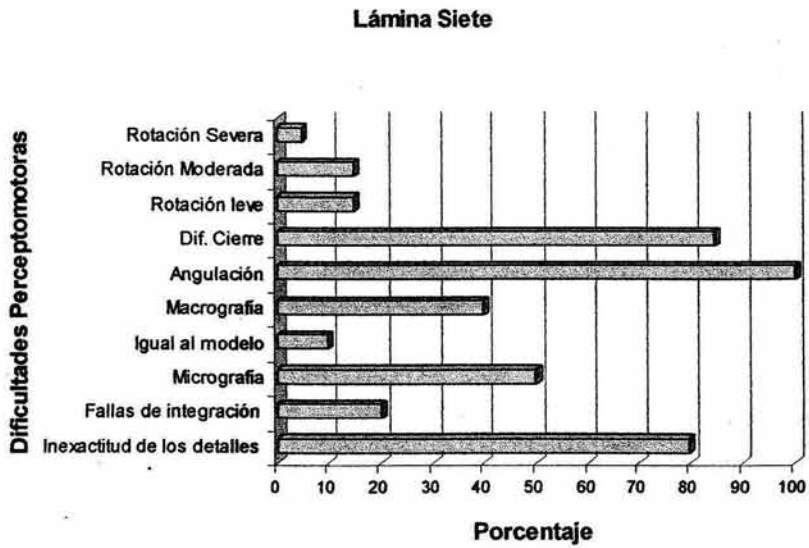
Gráfica # 6



Gráfica # 7

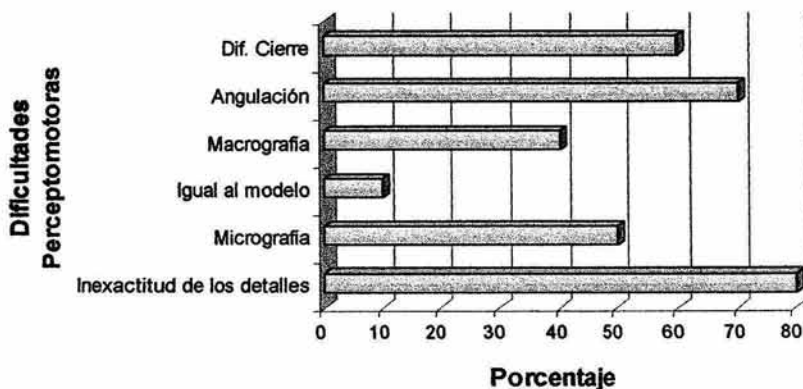


Gráfica # 8



Gráfica # 9

Lámina Ocho



Gráfica # 10

Los resultados muestran que la mayoría de las láminas graficadas se realizaron igual al modelo pero con inexactitud en los detalles. Las láminas cuatro y siete (Gráficas 6 y 9) presentan mayores dificultades de angulación, dificultad de cierre y rotación, respecto al resto de las láminas. La lámina seis (Gráfica 8) presenta dificultades perceptuales sobre todo en la modificación de la curvatura, mientras que las láminas cinco y ocho (Gráficas 7 y 10) muestran dificultades en el cierre. Los indicadores respecto al tamaño presentan ligeramente mayor la condición de micrografía, pero esta no es significativa.

Resultados de la Escala Wechsler de Inteligencia para adultos WAIS

Respecto a los resultados obtenidos en la Escala de Inteligencia, podemos observar que los promedios de C.I. obtenidos corresponden a un equivalente de inteligencia normal promedio, tal como se muestra en la gráfica 11. Es importante señalar que aún dentro de lo normal promedio, estos resultados se encuentran relativamente por debajo de la norma (C.I. 100) y la diferencia entre el C.I. Verbal (99) y el C.I. Ejecutivo (95) es de cuatro puntos. El C.I. Total corresponde a 97, el cual como se había mencionado cae dentro de la inteligencia normal promedio y relativamente por debajo de la norma.

Los resultados generales son:

C. I. Verbal de 99.2, equivalente a una inteligencia normal promedio

C. I. Ejecutivo de 95.5, equivalente a una inteligencia normal promedio

C. I. Total de 97, equivalente a una inteligencia normal promedio

En relación a la dispersión de los subtest de esta prueba (Tabla 2), podemos observar que la media más alta fue la obtenida en las escalas de Vocabulario y Semejanzas, seguida de Información y Comprensión. Asimismo comprobamos que las escalas más bajas fueron Retención de Dígitos y Composición de Objetos, seguidas de Aritmética y Claves.

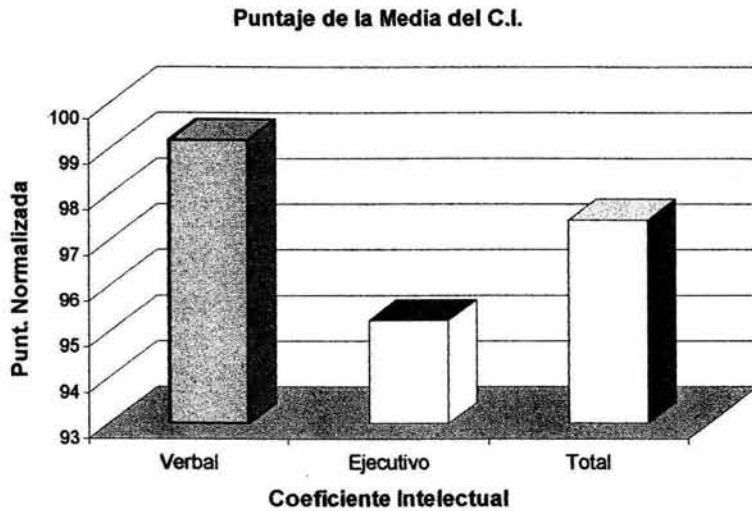
La dispersión general de todos los subtest de esta prueba se muestra en la gráfica 12, donde los subtest de Figuras Incompletas, Ordenación de Cubos y Ordenación de Figuras tienden a distribuirse de manera más equilibrada pero por debajo de la norma promedio.

Subtest	Media	Diferencia respecto a la norma	Desviación Estándar	Dispersión media	N
Información	10.05	.05	2.3278	.25	20
Comprensión	10.70	.7	2.9753	.90	20
Aritmética	8.35	-1.65	1.9270	-1.45	20
Semejanzas	11	1	2.1275	1.2	20
Retención	7.65	-2.35	2.3458	-2.15	20
Vocabulario	11.05	1.05	1.3945	1.25	20
Claves	8.60	-1.4	1.9841	-.37	20
Fig. Incompletas	9.55	-.45	2.0641	.58	20
Cubos	9.25	-.75	1.7733	.28	20
Ord. Figuras	9.55	-.45	2.2821	.58	20
Com. Objetos	7.90	-2.1	3.4167	-1.9	20

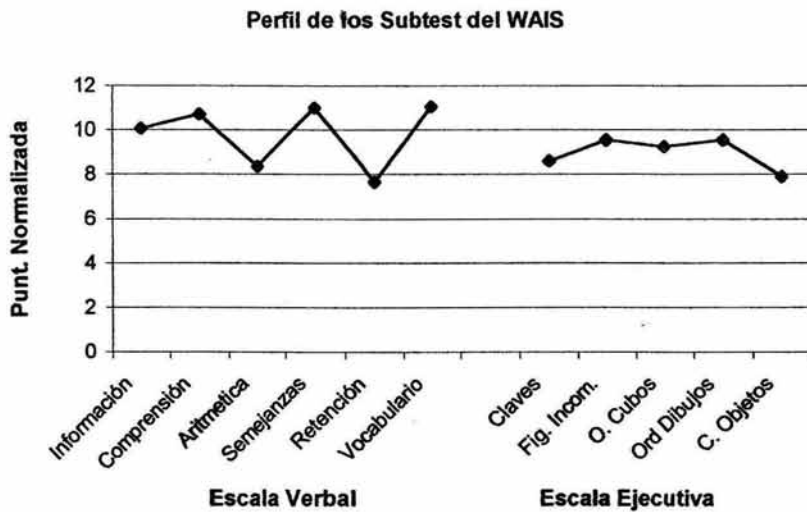
Media de Escala Verbal 9.80

Media de Escala Ejecutiva 8.97

Tabla 2. Media obtenida en los Subtest del WAIS



Gráfica # 11



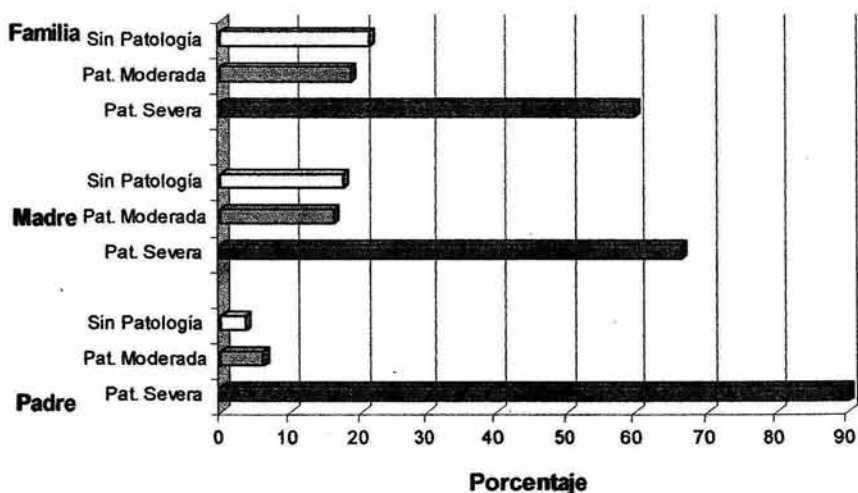
Gráfica # 12

Resultados del test de Frases Incompletas de Josef Sacks

Los resultados del Test de Frases Incompletas se agruparon en cuatro categorías de adaptación (Familia, Relaciones interpersonales, Autoconcepto y Relaciones heterosexuales), cada una de las cuales se subdivide a un aspecto determinado de las relaciones de las pacientes y estas a su vez son graficadas de acuerdo a la magnitud de su patología.

De acuerdo a lo anterior iniciaremos describiendo el área de adaptación hacia la familia, donde observamos que la representación de la figura del padre se muestra mucho más conflictuada respecto a la de la madre y en general hacia la familia.

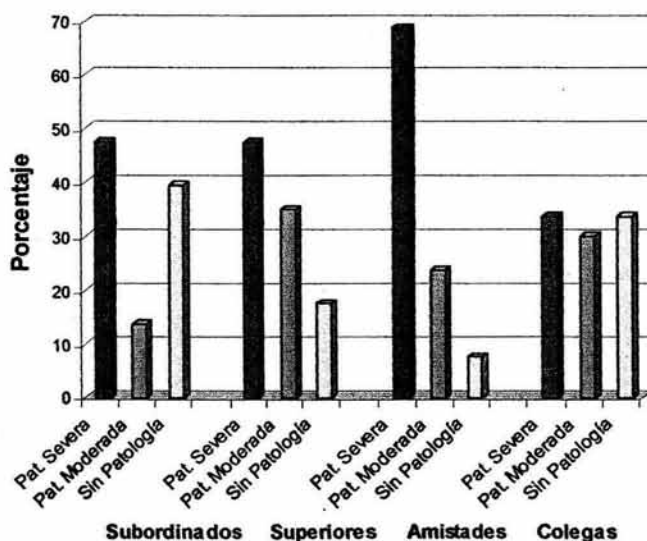
Área de Adaptación Familiar



Gráfica # 13

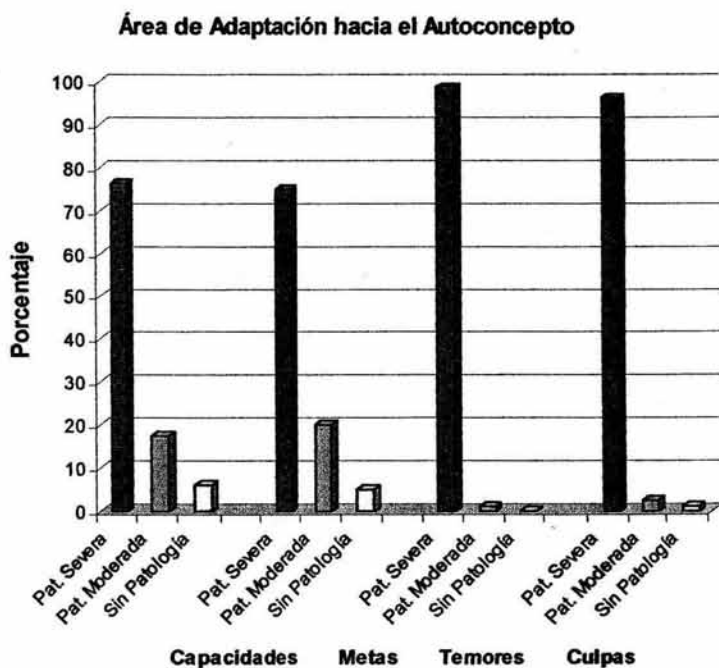
En el área de adaptación a las Relaciones Interpersonales, percibimos más áreas de conflicto hacia las amistades, seguidas por sus superiores y subordinados. Respecto a las personas que consideran como sus colegas (en el trabajo o en la escuela) se distingue un poco más de uniformidad respecto a su percepción.

Área de Adaptación a las Relaciones Interpersonales



Gráfica # 14

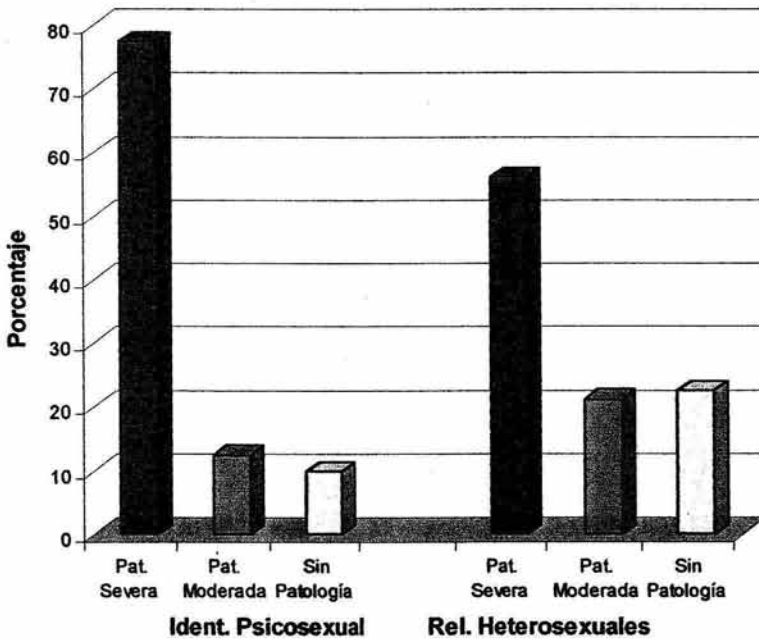
En el área de su Autoconcepto se observa una gran contrariedad en sus resultados, todas las áreas (capacidades, metas, temores y culpas) se encuentran marcadas por una patología severa y solo dos de ellas (capacidades y metas) se muestran solo un poco menos patológicas.



Gráfica # 15

Respecto al área de Relaciones Heterosexuales, se distingue que el área de identidad psicosexual se muestra con más patología, mientras que la actitud a las relaciones heterosexuales es un poco menos enfermiza, ya que existe un pequeño porcentaje de las pacientes que lo reportan como normal.

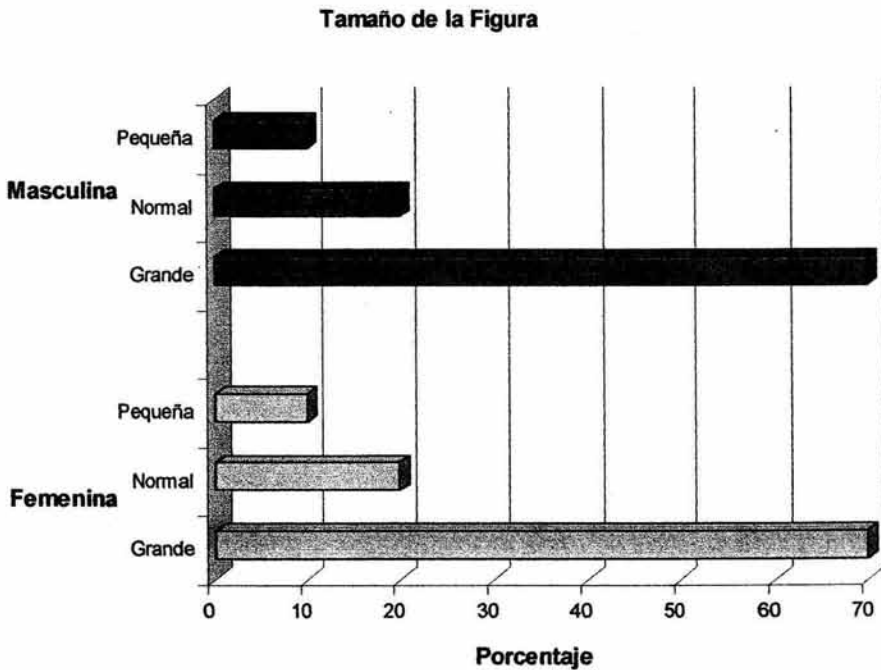
Área de Adaptación a las Relaciones Heterosexuales



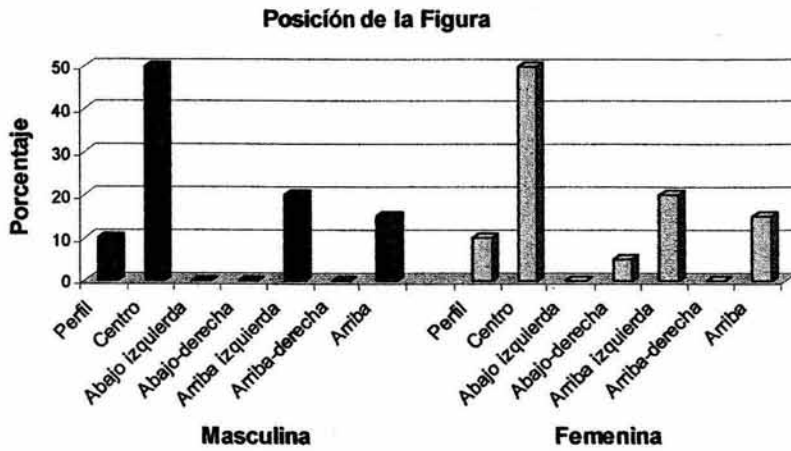
Gráfica # 16

Resultados del Test de la Figura Humana de Karen Machover

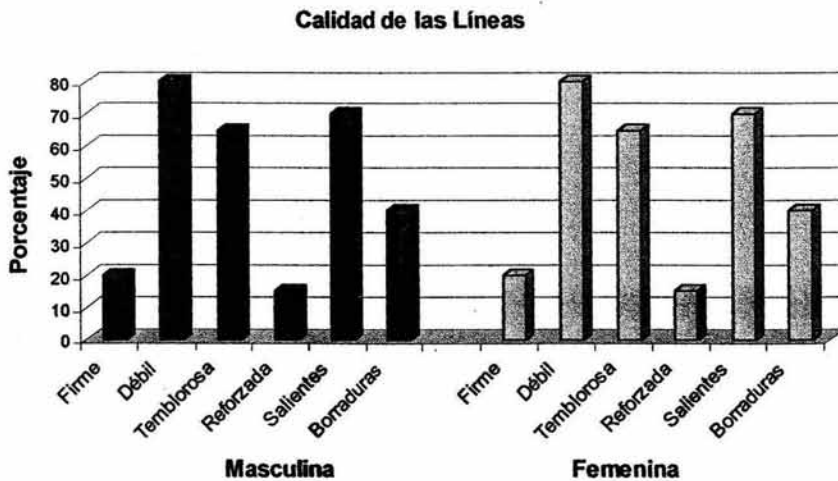
Los resultados del test de la Figura Humana se agruparon en diferentes aspectos gráficos de los dibujos. Cada grafica muestra elementos y detalles particulares y generales esperados en los dibujos de las figuras masculinas y femeninas realizadas por las pacientes. Los elementos formales de interpretación de los aspectos emocionales, se discutirán en el capítulo siguiente con la finalidad de establecer una integración total de estos resultados.



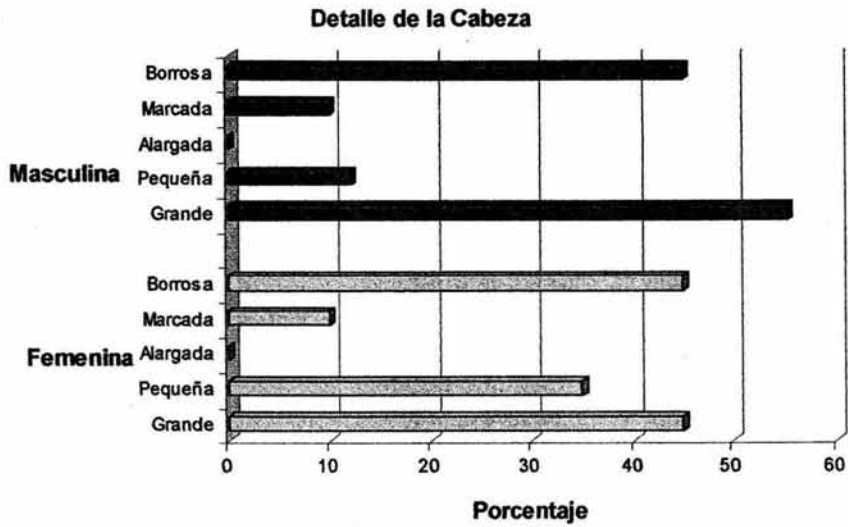
Gráfica # 17



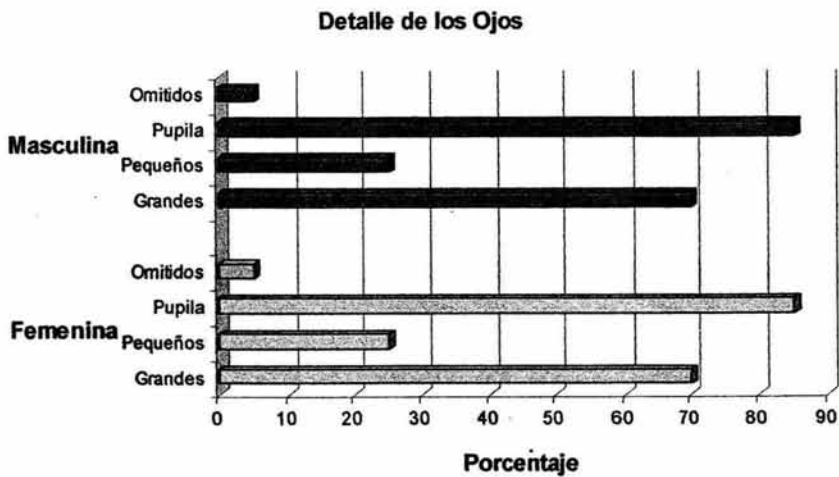
Gráfica # 18



Gráfica # 19

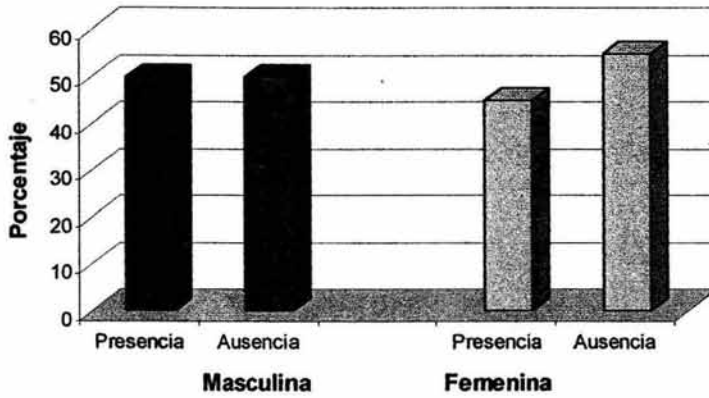


Gráfica # 20



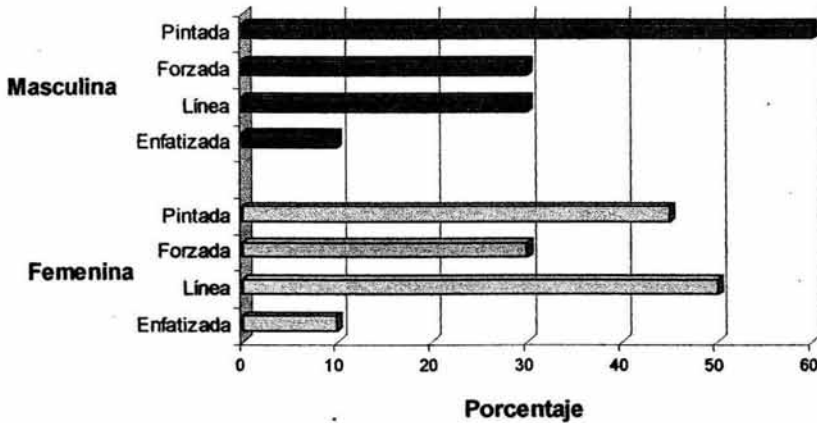
Gráfica # 21

Detalle de los Oídos

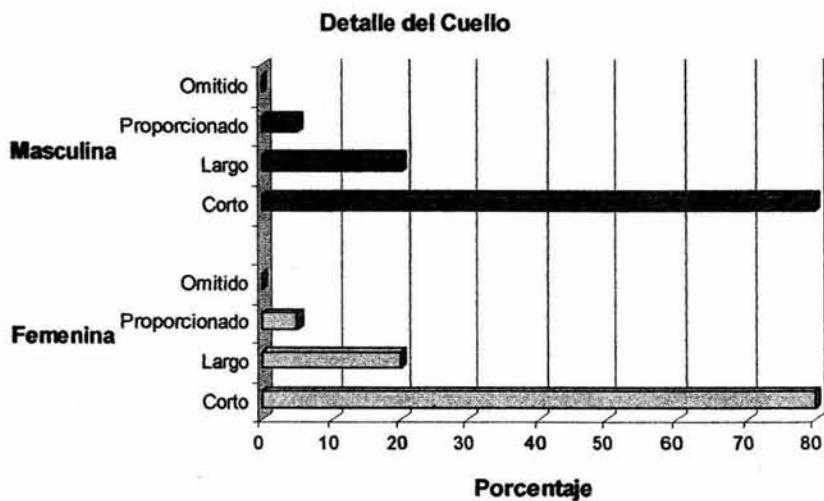


Gráfica # 22

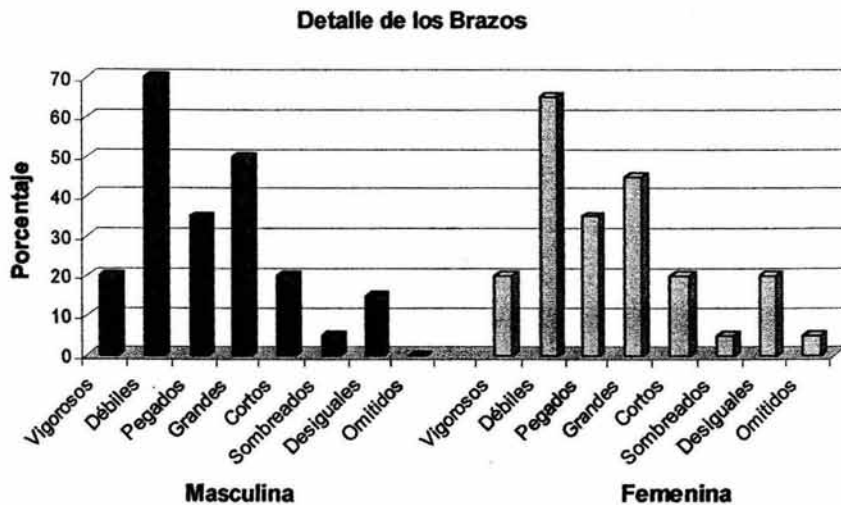
Detalle de la Boca



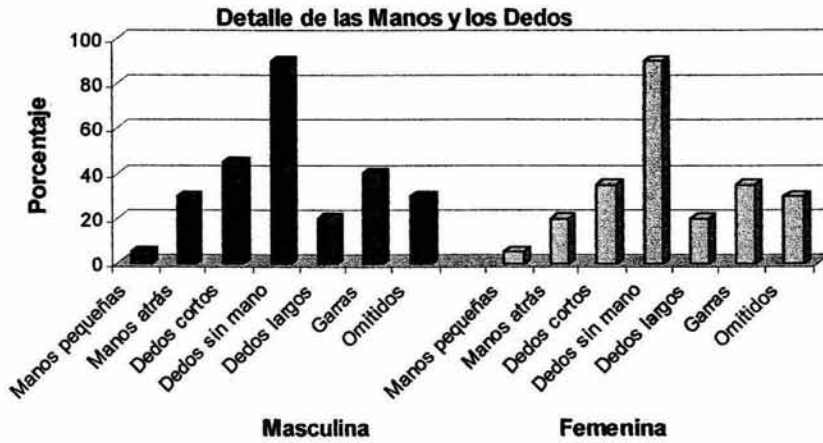
Gráfica # 23



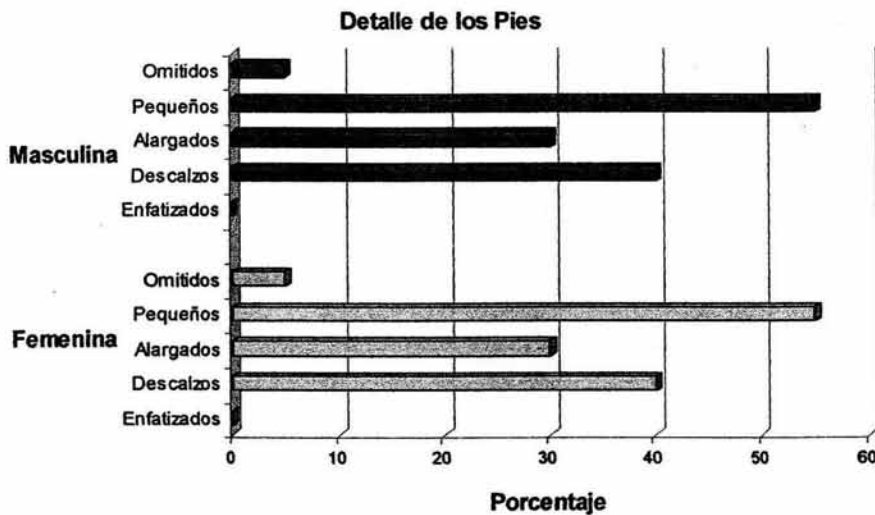
Gráfica # 24



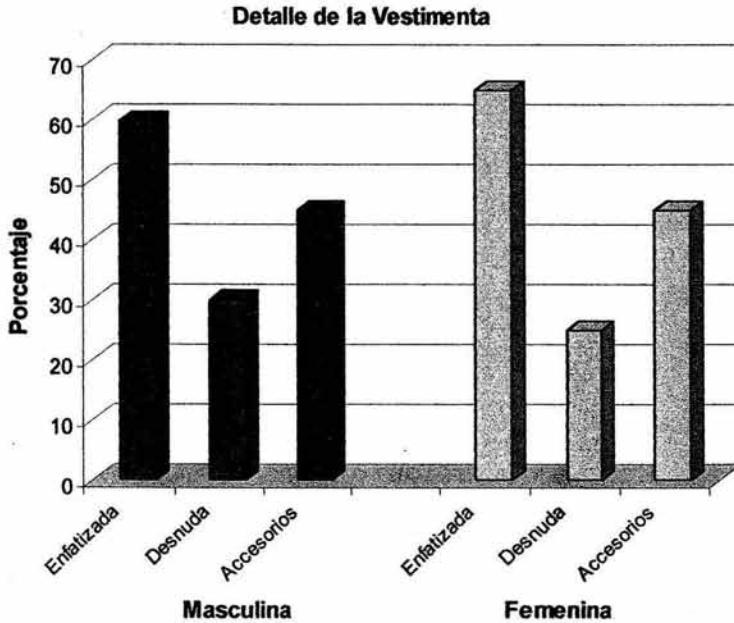
Gráfica # 25



Gráfica # 26



Gráfica # 27



Gráfica # 28

De acuerdo a los resultados obtenidos en las gráficas anteriores respecto a los aspectos gráficos de los dibujos, podemos observar que el tamaño de ellos, tanto de figuras masculinas como femeninas, son en general grande, centrado y con una calidad de línea débil y temblorosa. En los aspectos más específicos y detallados se muestra una cabeza grande y borrosa, junto ojos grandes con pupila marcada. En lo que respecta a la boca en la figura masculina, esta se muestra en mayor proporción con una línea y en la figura femenina una boca “pintada”. El cuello es corto y ancho junto a brazos débiles, dedos sin manos y pies pequeños. Por último, se muestra en la misma proporción figuras con una vestimenta enfatizada y con accesorios, junto a figuras desnudas.

Resultados del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI

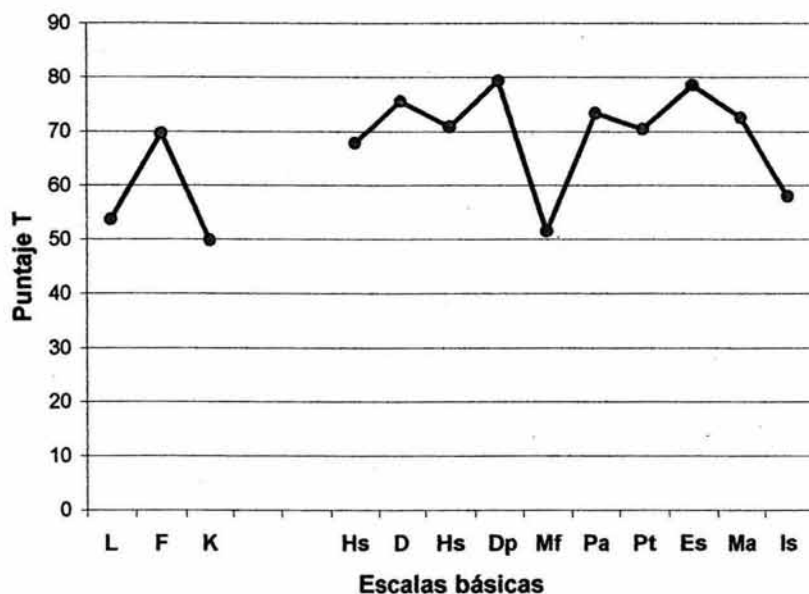
Los resultados del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, muestran que las escalas más elevadas en la población estudiada son la Desviación Psicopática, la Esquizofrenia y la Depresión. (Tabla 3), mientras que la Escala clínica más baja es la Introversión Social. La dispersión de las escalas se muestra en la grafica 29, donde observamos que prácticamente todas las escalas se encuentran elevadas a lo normal promedio y se ubican en su mayoría en el rango de patología grave.

Perfil del MMPI**4826937' 10; FKL**

<i>Escalas</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>N</i>
L	53.70	7.28	20
F	69.70	11.74	20
K	49.85	10.33	20
Hs	67.85	13.80	20
D	75.55	13.85	20
Hi	70.90	13.19	20
Dp	79.35	16.05	20
Mf	51.50	9.94	20
Pa	73.40	10.04	20
Pt	70.40	14.03	20
Es	78.55	18.51	20
Ma	72.55	10.16	20
Is	58.05	10.07	20

Tabla 3. Media obtenida en las Escalas Básicas del MMPI

Perfil de las Escalas Básicas del MMPI



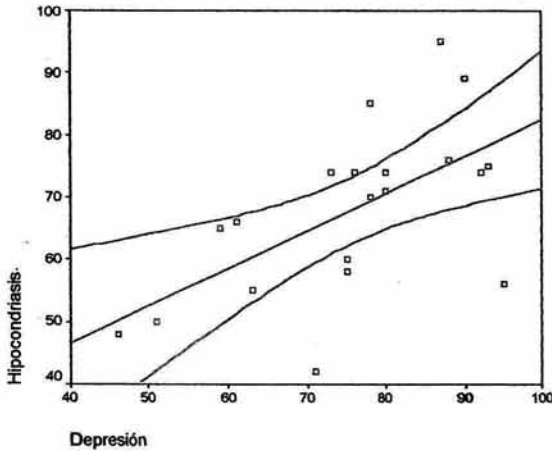
Gráfica # 29

Correlación de las Escalas

Por último, dado que la importancia en los resultados del MMPI son decisivos en los objetivos de la presente investigación, se realizó un estudio de correlación de Pearson entre las escalas básicas para determinar el grado de correlación entre estas. En estos resultados podemos observar que la Escala de Depresión es la que más se relaciona con otras escalas, seguida de la escala de Psicastenia, Histeria y Esquizofrenia.

Las gráficas 30 y 31 muestran la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuyen respecto a la escala de Hipocondriasis y las de Depresión e Histeria.

Correlación entre las Escalas de Hipocondriasis y Depresión



Correlación de Pearson

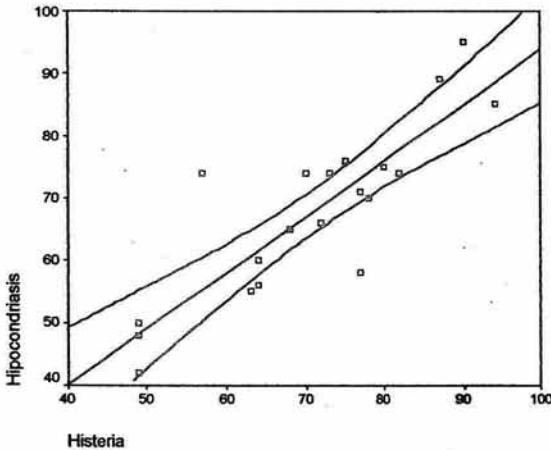
		D
Hs	Correlación de Pearson	.599**
	Sig. (2tailed)	.005
	N	20

** Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).

* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed)

Gráfica # 30

Correlación entre las Escalas de Hipocondriasis e Histeria



Correlación de Pearson

		Hi
Hs	Correlación de Pearson	.853**
	Sig. (2tailed)	.000
	N	20

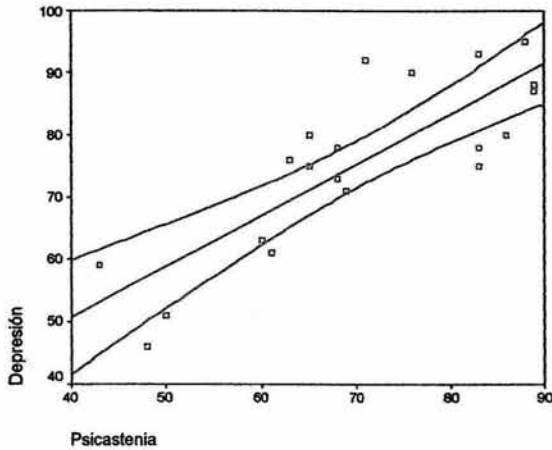
** Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).

* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica # 31

Las gráficas 32 y 33 muestran la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuyen respecto a la escala de Depresión y las de Psicastenia y Esquizofrenia.

Correlación entre las Escalas de Depresión y Psicastenia



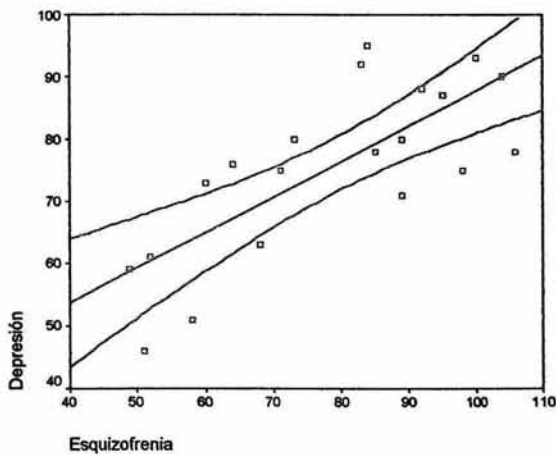
Correlación de Pearson

		Pt
D	Correlación de Pearson	.827**
	Sig. (2tailed)	.000
	N	20

** Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).
* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica # 32

Correlación entre las Escalas de Depresión y Esquizofrenia



Correlación de Pearson

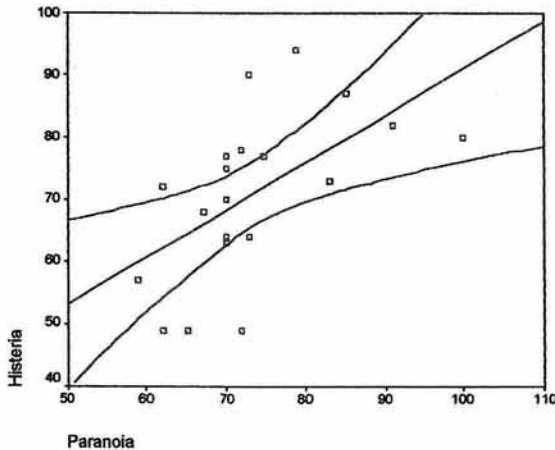
		Es
D	Correlación de Pearson	.758**
	Sig. (2tailed)	.000
	N	20

** Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).
* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica # 33

Las gráficas 34, 35 y 36 muestran la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuyen respecto a la escala de Histeria y las de Paranoia, Psicastenia y Esquizofrenia.

Correlación entre las Escalas de Histeria y Paranoia



Correlación de Pearson

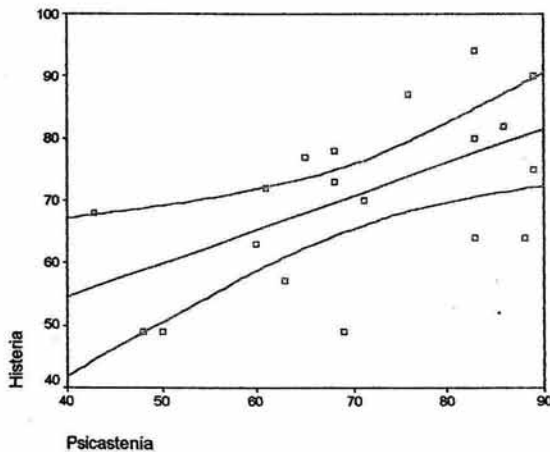
		Pa
Hi	Correlación de Pearson	.578**
	Sig. (2tailed)	.008
	N	20

** Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).

* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica # 34

Correlación entre las Escalas de Histeria y Psicastenia



Correlación de Pearson

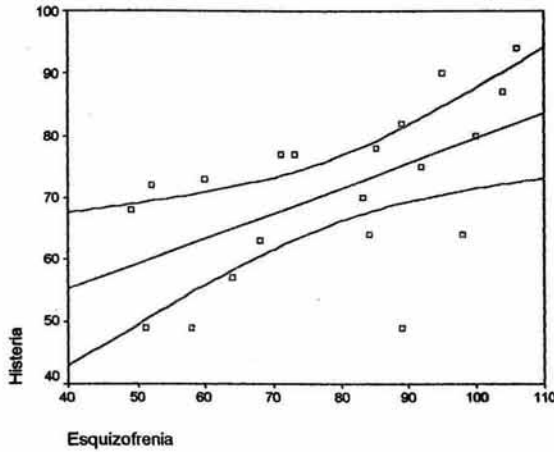
		Pt
Hi	Correlación de Pearson	.575**
	Sig. (2tailed)	.008
	N	20

** Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).

* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed)

Gráfica # 35

Correlación entre las Escalas de Histeria y Esquizofrenia



Correlación de Pearson

		Es
Hi	Correlación de Pearson	.569**
	Sig. (2tailed)	.009
	N	20

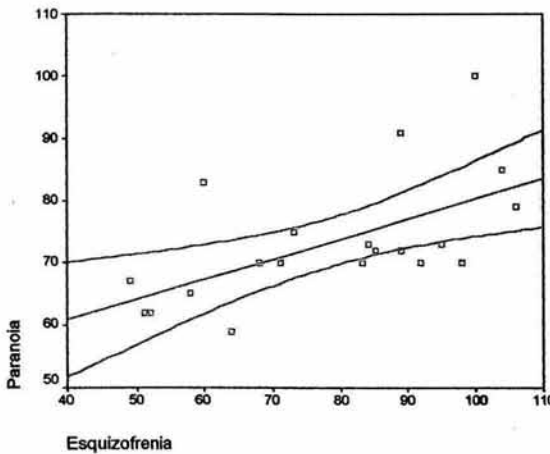
** Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).

* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica # 36

La gráfica 37 muestra la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuyen respecto a las escalas de Paranoia y Esquizofrenia

Correlación entre las Escalas de Paranoia y Esquizofrenia



Correlación de Pearson

		Es
Pa	Correlación de Pearson	.596**
	Sig. (2tailed)	.006
	N	20

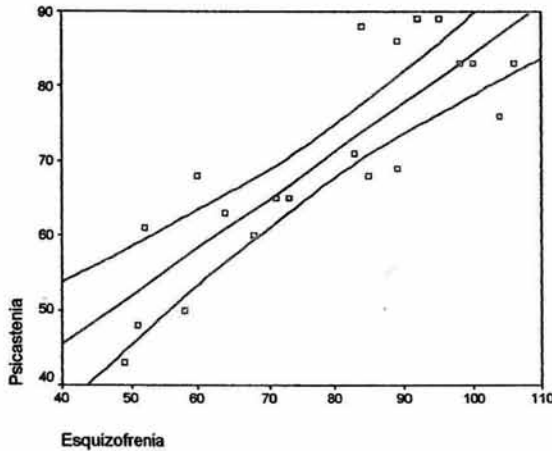
** Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).

* Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica # 37

La gráfica 38 muestra la medida de dispersión de los puntajes correlacionados y la forma en que se distribuyen respecto a las escala de Psicastenia y Esquizofrenia

Correlación entre las Escalas de Psicastenia y Esquizofrenia



Correlación de Pearson

		Es
Pt	Correlación de Pearson	.854**
	Sig. (2tailed)	.000
	N	20

** Correlación de significancia al nivel .01 (2-tailed).
 * Correlación de significancia al nivel .05 (2-tailed).

Gráfica # 38

En lo que respecta a las correlaciones aplicadas a las escalas básicas del MMPI, es interesante notar que las más significativas son las que relacionan a las escalas de Hipocondriasis con Histeria, Depresión con Psicastenia y Esquizofrenia y Psicastenia con Esquizofrenia. La escala de Histeria también se relaciona con otras escalas (Hipocondriasis, Paranoia, Psicastenia y Esquizofrenia), sin embargo su nivel de correlación no es tan alto como las mencionadas al inicio.

Capítulo Siete
Discusión y conclusiones

Actualmente el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad o *borderline*, es reconocido como una entidad psicopatológica autónoma y no una zona intermedia entre dos estructuras (neurosis y psicosis). Es una patología que se manifiesta por fallas en la identificación yoica, trastornos narcisistas y psicosomáticos, inseguridad en la identidad acompañada de sentimientos intensos de vacío (Silvio, 1985). Estos pacientes presentan un confuso sentido de sí mismos, unido a una deficiente capacidad de relación interpersonal, lo que los hace fluctuantes en sus relaciones afectivas. La rabia frecuente emerge en las situaciones de acercamiento emocional (Kernberg 1989, Masterson, 1975). Los individuos con trastorno de inestabilidad emocional o *borderline* constituyen un grupo de pacientes que abunda en la clínica actual, cuya presentación clínica y sintomatológica es modificada constantemente por los mismos pacientes. (Rubio, 1994).

Kernberg (1989) comenta también la facilidad con la cual estas personalidades, debido a su débil integración yoica, hacen regresiones psicóticas en situaciones de estrés, bajo la acción de drogas o en el transcurso de una terapia.

Ante esto, el propósito de utilizar pruebas psicológicas en la presente investigación es observar y detallar las características propias de personalidad de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional (*borderline*) y detallar su funcionamiento global. Se intentó evaluar distintos procesos que componen su estructura caracterológica y de personalidad, tales como su capacidad y rendimiento intelectual, sus procesos ideacionales, sus intereses, actitudes y recursos, su tono afectivo, además de ciertas características de sus relaciones interpersonales, mecanismos defensivos y control de los impulsos.

Es por lo anterior que se decidió utilizar aquellas pruebas psicológicas que fuesen más utilizadas tanto a nivel privado como de Institución, ya que como consecuencia de esto se cuenta con mayor experiencia y una más vasta literatura en el manejo de los datos que proporcionan (Rivera, 1987)

Discusión de los resultados

Indicadores sociodemográficos

Una de las primeras características que se pudieron encontrar en la presente investigación, además de las ya mencionadas en los primeros párrafos del capítulo, fueron aquellas que tenían que ver con su estrato sociodemográfico, según el cual se tratan de mujeres jóvenes en su mayoría de entre 20 y 30 años de edad (65%), seguidas en una edad de entre 30 y 40 años (20%), la mayoría de ellas solteras (70%) ya sea por decisión (50%) o por separación (10%) o divorcio (10%) (Gráfica 1 y 3). Su formación académica corresponde en su generalidad con un nivel de bachillerato (50%) seguida de una formación universitaria (30%), un 10% con carrera técnica y un pequeño porcentaje con educación básica (10%) (Gráfica 2). En lo que respecta a sus labores, estas se limitan a las funciones propias de la casa (40%), y son seguidas de actividades académicas (25%), algunas de ellas se encuentran por un periodo de desempleo (25%) (Gráfica 4). Estos resultados concuerdan con la casuística internacional sobre este tipo de pacientes, ya que se manifiesta en mujeres jóvenes, de entre 20 y 40 años, con un nivel académico generalmente alto, con una incapacidad creciente de relacionarse con los demás, por lo que generalmente viven solas o con sus padres y no pueden permanecer en actividades laborales por largo tiempo debido a su inestabilidad emocional que les impide ser constantes y relacionarse de manera adecuada en un trabajo. (Belloch 1998, Millon 1996, Rubio 1994, Silvio 1985).

Indicadores neurológicos

Los resultados de la investigación indican que a nivel neurológico, las pacientes no presentaron alteraciones que pudieran explicar sus síntomas, sin embargo si se observaron dificultades perceptuales importantes, las cuales no son indicativas de lesión neurológica. No obstante, estas fallas perceptuales pudieran estar relacionadas con los efectos colaterales de los medicamentos psiquiátricos, tales como la somnolencia, la acatimia (reacción física a medicamentos antipsicóticos), los temblores, el deterioro del juicio, la desatención, los problemas de memoria y aprendizaje y la reducción en la respuesta mental.

Estos efectos son muy significativos en el momento de la aplicación de las pruebas y en su evaluación. Estos resultados forman parte del consenso general (incluso como elemento de inclusión diagnóstico del DSM-IV y la CIE-10) de que el diagnóstico exceptúe como posible causa del padecimiento las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes. (DSM IV 1980, CIE 10 1990).

Capacidad y rendimiento intelectual

Además de los criterios de exclusión de alteraciones neurológicas en el diagnóstico de estas pacientes, otro precepto que debe cumplirse es que los síntomas que se presentan no comprometan de manera determinante las capacidades intelectuales. Dicho en otros términos, se debe de excluir del diagnóstico de inestabilidad emocional aquellas pacientes cuya capacidad intelectual presente un daño cerebral relacionado a una deficiencia mental.

Los resultados de esta investigación revelan:

C. I. Verbal de 99.2, equivalente a una inteligencia normal promedio

C. I. Ejecutivo de 95.5, equivalente a una inteligencia normal promedio

C. I. Total de 97, equivalente a una inteligencia normal promedio.

De acuerdo a los resultados obtenidos (Tabla 2 y gráfica 12) podemos observar que este grupo de pacientes presenta una adecuada dotación natural la cual se ve favorecida por las oportunidades que le ha brindado el medio ambiente, a pesar de ello su interés por la adquisición de nuevos conocimientos es menor en comparación a su capacidad, sin llegar a ser deficiente, lo cual podría indicar que el ambiente familiar y cultural no favorecieron el interés en la adquisición de conocimientos nuevos y su utilización, aunque esta situación también puede estar siendo influida por el padecimiento actual, pues como ha señalado Gunderson (2002) los sujetos con Trastorno de Inestabilidad Emocional *"presentan bajos niveles de aprovechamiento [y] perturbadas relaciones interpersonales cercanas....; sin embargo han logrado desarrollar adecuadas habilidades de tipo verbal así como el lenguaje, lo cual les permite desenvolverse satisfactoriamente en un ambiente escolar."*

Por otra parte se observan importantes dificultades en habilidades para realizar operaciones aritméticas de forma mental, esto debido a una disminución de los procesos de atención y concentración, desempeño que podría tener relación directa con el padecimiento actual y su sintomatología como la ansiedad crónica y flotante, lo cual es comprobable con los resultados obtenidos en la subescala de repetición de dígitos de la Escala Weschler.

A consecuencia de esto se les dificulta retener la información necesaria y organizarla para efectuar las operaciones aritméticas de forma mental, tal situación no es asociada a problemas de calculia, pues las pacientes mostraron capacidad para reconocer la operación aritmética que debían realizar. Es por lo anterior que probablemente exista una ligera disminución en la memoria de trabajo o memoria a corto plazo, situación que pudiera ser consecuencia de la presencia de ansiedad, así como tendencia a la distractibilidad.

En investigaciones más reciente como las de Sepúlveda (2003) centradas al desempeño de pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional -borderline- en esta prueba, manejada en una población de 20 paciente mujeres hospitalizadas, los resultados mostraron que los subtest de Semejanzas y Vocabulario son los que presentan una mejor capacidad comparada con otros subtest tales como Aritmética, Información o Comprensión, obteniendo un C.I. verbal de 102. En lo que respecta a la Escala Ejecutiva (C.I. 97) todos los subtest presentan un desempeño por debajo de la norma promedio, sin embargo, en ninguna escala (verbal o ejecutiva) o subtest se presenta una deficiencia importante relacionada a deficiencia mental. Los factores emocionales que se relacionan a estos resultados, comenta Sepúlveda, son aquellos en los que intervienen una ansiedad crónica y flotante, conductas impulsivas y fallas en la planeación y anticipación de sus actos.

Los resultados anteriores coinciden con los de la presente investigación, ya que las pacientes de esta muestra presentan capacidad por arriba de la norma para establecer relaciones adecuadas y apropiadas entre dos objetos o conceptos, empleando un pensamiento de tipo abstracto. Estos resultados concuerdan con los estudios efectuados por Sepúlveda (2003), quién además comenta que estas pacientes son capaces de realizar

generalizaciones, por lo que han adquirido, desarrollado y organizado significados verbales, mostrando calidad en el lenguaje y la expresión verbal.

En cuanto a su juicio social, los resultados muestran que las pacientes de esta muestra pueden reconocer las normas de conducta social de tipo convencional, sin embargo en ocasiones pueden llegar a actuar impulsivamente sin reflexionar lo suficiente acerca de las consecuencias de sus actos, lo que muestra una deteriorada capacidad para percibir y evaluar su propia conducta. Su habilidad social se ve favorecida por el uso correcto de su razonamiento lógico, por lo que son capaces de responder adecuadamente a las exigencias del medio, aun que este lo llegue a percibir como limitante.

Respecto al área de inteligencia ejecutiva, se observa una marcada dificultad en los procesos de anticipación y planeación lo cual puede tener relación con su capacidad de comprensión, pues al presentar dificultades para anticipar las reacciones de otras personas a consecuencia de los actos propios, no llegan a comprender del todo las reacciones de los demás, emitiendo conductas poco asertivas. Así también la disminución en los procesos de anticipación y planeación, presentan una deficiente organización viso-espacial y visomotora que son conformadas por la puntuación total ejecutiva, siendo en este caso inferior a la verbal, tal situación muestra la dificultad creciente en el área de las praxias visoconstructivas. A este respecto, comenta Rapaport (1965, citado en Sepúlveda 2003), *“que la importancia de la organización visual... es cumplir como una función de anticipación...”* pues al fallar la organización visual las pacientes por lo regular operan por medio de ensayo-error, sobre todo cuando los estímulos se muestran más complejos progresivamente.

Estos resultados coinciden con lo propuesto con autores como Carlos Paz (1976) que han descrito que las capacidades intelectuales no se ven comprometidas en la evolución y padecimiento de la enfermedad, aunque el mismo señala que los niños y adolescentes con este trastorno suelen tener problemas de aprendizaje y conducta, algunos siendo diagnosticados con Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. Otros autores como Silvio (1985) y Masterson (1975) plantean que sus capacidades intelectuales no solo

no presentan un déficit sino lo contrario, un incremento de estas que les permite utilizar los recursos disponibles a su alcance con el fin de obtener sus beneficios de manera inmediata, aunque fallan al planear sus consecuencias

Por otra parte las pacientes de esta muestra, poseen capacidad dentro de la norma promedio para la adquisición de conocimientos nuevos en forma asociativa, lo mismo ocurre con la coordinación ojo-mano, sin embargo se presentan dificultades al conformar un todo a partir de sus partes, principalmente cuando carecen de un marco de referencia a una guía constante, dicha situación se presenta a consecuencia de la dificultad para mantener en mente la imagen del objeto que se pretende integrar. Su capacidad de análisis y síntesis de las situaciones se encuentra un poco más incrementada pero fallan al tratar de terminar su ejecución debido a su impulsividad y su baja tolerancia a la frustración. Son capaces de expresar sus ideas correctamente debido a que tienen un buen manejo del lenguaje, así como una buena capacidad de aprendizaje. Muestran un aceptable nivel de maduración intelectual pero no social, ya que se les dificulta la relación con los demás.

A pesar de que su rendimiento intelectual se encuentra en lo normal promedio esperado, se observan ciertas dificultades en la realización de actividades que requieran atención y concentración por largo tiempo, teóricamente comprende lo que debe de hacer sin embargo se le dificulta su ejecución por su poco control de impulsos y por un creciente estado de ansiedad. En general, son personas muy impulsivas y con poca tolerancia a la frustración por lo que llegan a desorganizarse ante situaciones que exijan de ellas respuestas que las involucren emocionalmente.

Rasgos de personalidad

Como indicadores emocionales se presentan factores que están asociados a la impulsividad y a los comportamientos en los que no se hace un uso adecuado de las oportunidades ambientales, es decir, donde no se prevén las consecuencias y alcances de sus actos por no saber aprovechar los elementos que el medio ambiente proporciona. Se percibe mucha rigidez en sus conductas, tendientes a presentar un patrón de comportamiento absorto e

indeciso con dificultades para tomar decisiones ante un medio ambiente que perciben como impositivo y angustiante. Los indicadores se relacionan en general a un autodominio precario del control de los impulsos, con una aparente exaltación del Yo y devaluación del medio ambiente con una fuerte tendencia a la fantasía como fuente primaria de satisfacción (Gráficas 17, 18 y 20) (Rivera, 1987).

Se muestra una gran necesidad de apoyo y protección debido a la inmadurez emocional y desajuste social que presentan (Gráfica 18) Son personas que están en un estado de ansiedad constante y que se viven frustradas respecto a sus intereses y la falta de satisfacción en sus actividades. Sobrevaloran sus capacidades de inteligencia por frustración por lo que se muestran hipersensibles a la opinión pública con tendencias paranoides y agresividad importante ante la frustración de sus deseos (Gráficas 22, 24 y 26) (Barragán, 1989). Son impulsivas con tendencias al acting out y con una búsqueda inmediata de satisfacción a sus impulsos (Gráficas 24 y 25).

Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Wesley, Quintin y Craig (1995) quienes utilizaron una población de 40 pacientes egresadas de una hospitalización psiquiátrica con un diagnóstico de inestabilidad emocional o borderline de la personalidad, las cuales fueron valoradas mediante la utilización empírica del cuestionario de reactivos críticos derivados del MMPI. Los resultados mostraron datos altamente significativos en las áreas de:

- Ansiedad y tensión
- Depresión y preocupación
- Alteraciones del sueño
- Desviación o creencia delirante
- Abuso de sustancias
- Conflictos familiares
- Actitudes antisociales
- Ansiedad crónica
- Síntomas somáticos

En donde se describe que el abuso de sustancias, la ansiedad y la depresión fueron aquellas que presentaron una mayor incidencia.

Estos resultados coinciden en la presente investigación ya que se encontró que también se trata de personas que constantemente llegan a caer en periodos depresivos provocados por una baja autoestima y un gran desaliento personal, se presentan con rasgos muy marcados de egocentrismo y narcisismo, con tendencia a la regresión. Utilizan la fantasía como medio para evitar el contacto verdadero con la realidad por lo que responden a las exigencias del ambiente con conductas pueriles y esperan que sean los demás quienes solucionen sus problemas.

Estos resultados recuerdan las características observadas en Valdés, 1992 (citado en Belloch, 1998) quién establece como característico de estas pacientes grandes cambios en su estado de ánimo, con periodos de abatimiento y apatía extremas, entre mezclados con episodios de ira, ansiedad o agitación. El abatimiento, la depresión y los comportamientos autodestructivos (suicidios e intentos suicidas) son frecuentes según señala el autor.

- *Área del auto-concepto*

Son pacientes que se viven con un auto-concepto devaluado y una imagen de sí mismas no muy favorable. No tienen metas concretas y se viven atormentadas por sentimientos de culpa no resueltos. Sienten miedo a la soledad y viven atemorizadas por situaciones estresantes y difíciles en su infancia que regresan a su vida actual y no les permite darse cuenta de que aún se pueden realizar como persona. (Gráfica 15) Son personas retraídas y solitarias que parecen inaccesibles a las relaciones interpersonales profundas. Suelen presentar ansiedad generalizada y depresión, lo que los hace vulnerables a la autocrítica patológica y generar sentimientos de culpa extremos. (Lucio, 2001) De acuerdo a los resultados, encontramos que se describen a sí mismas como irritables y hostiles, además de impacientes, temperamentales y tercas. Con frecuencia sienten el deseo de maldecir o destrozarse, perdiendo el autocontrol y dañando físicamente a la gente cercana a ellas o a otros objetos.

Poseen una pobre opinión de sí mismas, creen que no les agradan a los demás y que no son importantes para los otros. Hay poca confianza en sí mismas y encuentran difícil aceptar atenciones de otros sin la ideación de que sus “verdaderas intenciones” son lastimarlas o dañarlas.

En el área de adaptación heterosexual se perciben fuertes conflictos de identidad sexual y confusión en el rol sexual. Sin embargo, también muestran mucho interés en esta área y comentan libremente sus dificultades (Gráfica 16). Esta características observadas en los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas, coincide plenamente con lo descrito por varios autores como más específico de los síntomas manifiestos (Belloc 1998, Millon 1996, Rubio 1994, Silvio 1985, Kernberg 1979 y 1989, Masterson 1975)

- *Área del control de los impulsos*

En esta área podemos destacar que este tipo de pacientes son altamente impulsivas en sus actos, no aprenden de la experiencia pasada y tienden a tener una muy baja tolerancia a la frustración; a menudo se esfuerzan por obtener la gratificación inmediata de sus impulsos. Poseen una planeación inadecuada de sus conductas y muestran muy poca capacidad de juicio al asumir riesgos innecesarios. (Tabla3). Suelen ser inmaduras, infantiles, narcisistas y centradas en sus propias necesidades, por su puesto son hedonistas, e insensibles a las necesidades de los demás. Si se les permite suelen ser manipuladoras y tienden a desarrollar relaciones interpersonales que utilizan en beneficio propio (Barragán, 1989). Sus relaciones se caracterizan por ser hostiles, agresivas, sarcásticas, cínicas, resentidas y rebeldes. Pueden actuar en arranques agresivos y realizar conductas de agresión física (Gráfica 29). (Butcher, 1976).

Estos resultados coinciden con la explicación psicológica propuesta por Meza (1970) en la descripción efectuada en estos pacientes. Su planteamiento muestra que siendo indiscutibles el rechazo y atropello de los padres hacia su hijo, futuro borderline, la frustración consiguiente será aplastante para la formación yoica y se desviará hacia la

contra-reacción agresiva. La agresión de que el niño ha sido objeto, comenta Meza, no lo ha destruido totalmente sino más bien la ha hecho defenderse estructurando una imagen de sí mismo que le permite incorporarse hacia la postura de lucha permanente y de estar en "guardia continúa" en espera de más agresión. Sus fuentes de identificación han sido principalmente agresivas por lo que su formación yoica no podrá ser otra que la de aprestarse siempre a devolver el golpe.

Meza comenta que la agresividad de los padres (sobre todo la emocional como es la negligencia, la falta de empatía y el abandono psicológico) ya estaba siendo estimulada cuando los procesos de identificación fueron teniendo lugar: las madres fueron siempre directa o indirectamente rechazantes (Kernberg 1979 y 1989, Masterson, 1975). Así también puede suponerse que la internalización de objetos, la introyección, fue recargada más de experiencias negativas y hostiles, que las positivas, por lo tanto, la oportunidad para introyectar objetos "buenos" y "malos" e internalizarlos como características, ambas coexistentes en un mismo objeto, no existió y que, de este modo, el aprendizaje equilibrante de estímulos negativos y positivos no ocurrió (Little, 1966)

Como resultado su descontrol tan agresivo identificado como una "ira permanente", es la respuesta directa para aquellas experiencias negativas, los momentos de angustia son reacciones contra los estímulos regresivos hacia esas experiencias (Paz 1975, Little 1966, Meza 1970)

Lo anterior da una explicación más global de la impulsividad tan característica de este tipo de pacientes y da una aproximación al concepto de acting out como elemento unificador en los criterios diagnósticos de este trastorno.

- *Características del pensamiento y contacto con la realidad*

Continuando con la descripción de los resultados (Gráfica29), observamos que estas mujeres se llegan a percibir así mismas como aisladas y piensan que los demás no les comprenden. Son personas retraídas, solitarias que parecen inaccesibles a las relaciones

interpersonales profundas. Suelen presentar ansiedad generalizada y depresión, lo que los hace vulnerables a la autocrítica patológica y generar sentimientos de culpa extremos. (Lucio, 2001) Tienden a reaccionar ante el estrés retrayéndose en la fantasía y en la ensoñación, suelen ser hostiles y agresivas y actuar sus impulsos de manera inapropiada. Presentan fuertes sentimientos de inferioridad, insatisfacción a la vida, confusión del rol sexual y preocupaciones sexuales. Son pacientes que se autocensuran y se sienten culpables a menudo sin tener razones, manifiestan sentimientos de inutilidad e incapacidad para funcionar socialmente y manifiestan sentirse como fracasados en general. Son agresivas, carecen de confianza en sí mismas y por supuesto presenta retraimiento social (Butcher, 1976).

Meza (1970), retoma como fundamental los elementos anteriores y comenta que en su imagen negativa, estas pacientes reconocen su fracaso en el manejo de su mundo externo material y afectivo; por consiguiente tienen capacidad yoica para enjuiciar la realidad, ponerla a prueba (aunque la magnitud con lo que lo hacen sea patológica), atacarla o someterse a ella y sentir alguna leve culpabilidad por la extensión de su ataque, manteniendo así su capacidad cognoscitiva y de síntesis, pero es en la intensidad con la que descargan su ira (rabia enérgica en los casos de las mujeres hospitalizadas y depresiones intensas en las mujeres de las consultas privadas, aunque de igual forma también llegarán a la hospitalización) en donde no pueden ejercer suficiente control para tener éxito en lo que se proponen y mostrarse más adaptadas a su medio. (Paz 1975, Meza 1970).

En situaciones de estrés, o en el medio de una transferencia intensa, las pacientes tienden a regresar hasta el punto en que ya no pueden acordarse de figuras importantes del ambiente, que no están presentes físicamente, a menos que un objeto externo cualquiera, se encuentre disponible como recuerdo. Adler (1985) conceptualizó esta observación como una regresión a una edad de desarrollo entre los 8 y 18 meses, antes de que la memoria evocativa haya sido establecida. La falta de un objeto interno "sostenedor-tranquilizador", describe el autor, crea sentimientos de vacío y tendencias depresivas. Es también responsable de la intensa dependencia a los objetos externos.

Por lo tanto también llegan a presentar preocupación, ideación y eventos suicidas con rasgos profundos de sentimientos de inseguridad, teniendo la necesidad exagerada de atención y afecto, con una orientación predominantemente demandante. (Gráfica 32 y 33) Suelen ocurrir psicosis reactivas breves que representan fragmentación de un sentido coherente del yo bajo estrés psicosocial.

- *Relaciones familiares e interpersonales*

Silvio (1985) y Masterson (1975) proponen desde diferentes puntos clínicos un ambiente familiar altamente patológico como elemento indiscutible en la aparición y evolución del trastorno, plantean un abandono afectivo por parte de las figuras parentales que sería el resultado de la patología en la propia sociedad en la que se desenvuelven. Los resultados del área familiar (Gráfica 13) coinciden al exponer que la familia se muestra hostil y altamente censuradora por lo que estas mujeres se perciben sometidas y frustradas. La relación con la figura de los padres es altamente patológica, lo que genera fuertes sentimientos de rechazo y odio manifiesto. Referente a lo anterior es probable que según la conducta de sus propias madres, estas pacientes presenten problemas del mismo tipo dentro de su personalidad, pues como afirma Amara (1998), “*la madre suele presentar comentarios críticos, actitudes de rechazo y hostilidad y distanciamiento afectivo*”, como características en las que se puede detectar una conducta maternal inadecuada y al ser difícilmente modificables el niño puede presentar conductas disfuncionales en un futuro.

En lo que respecta al área de relaciones interpersonales (Gráfica 14) se observa que son personas que buscan ser aceptadas por sus superiores y que estos las reconozcan. Al encontrarse su Yo débil con una figura de autoridad, no son capaz de cuestionar las ordenes que recibe y aunque no este completamente de acuerdo realiza lo que se le mande, generando de esta forma fuertes sentimientos de hostilidad y una actitud devaluadora ante ellos. Se muestran como personas altamente demandantes pero que en realidad prefiere no tener ningún vínculo interpersonal con aquellas personas que consideran sus colegas o simplemente conocidos. Se viven desvalorizadas de sus propias capacidades por lo que están muy atentas a lo que los demás pudieran hablar o cuestionar de ellas. Aún así se

presentan superficialmente adaptables a las normas y vida social, pero sin un verdadero compromiso de relacionarse. El DSM IV (1980) menciona algunas de las características antes mencionadas como elementos próximos al diagnóstico de límite de personalidad (conocido como Trastorno de Inestabilidad Emocional en la CIE 10). Sus relaciones interpersonales son problemáticas y vividas con mucha tensión, les falta habilidad para desenvolverse en sociedad (Gráfica 14, 33 y 34). Al parecer, se llegan a relacionar de manera ambivalente con los demás sin realmente llegar a confiar o querer a alguien, por lo que no establecen relaciones íntimas verdaderas (Gráfica 14) Se muestran resentidas, irritables y hostiles con reacciones emocionales inapropiadas y en ocasiones con ideas de referencia (Gráfica 37) (Rivera, 1987). Sus relaciones interpersonales suelen ser infructuosas y empobrecedoras, debido en parte a sus sentimientos de inadecuación e inseguridad.

- *Demanda y expresión del afecto*

Son pacientes dependientes, con falta de asertividad, irritabilidad y resentimientos. Sienten una pérdida de control hacia sus emociones pero niegan sus impulsos. Suelen presentar periodos disociativos de acting out en momentos de estrés intensos. Son sensibles a las relaciones con los demás y suspicaces acerca de las motivaciones de otras personas. (Gráfica 29) Tienen antecedentes de haber sido heridas emocionalmente por otras personas y temen volver a ser lastimadas, están presentes sentimientos de desesperación y rabia, así como falta de valía acompañada de un discurso débil y reducido, además de lentitud en el flujo del pensamiento. (Lucio, 2001) Hacen esfuerzos para evitar que se les abandone, sin embargo, su inestabilidad en las relaciones con los otros, y la pérdida, aun la simple amenaza de ruptura, tiene efectos devastadores en su autoimagen, en el estado emocional, en la forma de percibir e interpretar el mundo y en su comportamiento.

Su control yoico es pobre y son incapaces de expresar sus emociones en forma controlada y adaptativa (Gráfica 30) Exhiben un auto-concepto pobre y a menudo se predestinan al rechazo y al fracaso por lo que tienen periodos de obsesiones suicidas (Gráfica 32). Son desconfiadas y evitan las relaciones profundas. Son retraídas, aisladas y consideran al

mundo como amenazante y hostil (Gráfica 37). En momentos de estrés intenso se retraen hacia la fantasía de contenido narcisista o tienen explosiones de enojo como defensa para no sentirse lastimadas (Gráfica 38). Llegan a aceptar una parte pequeña de la responsabilidad de sus actos, pero en general culpan a los demás de sus errores y dificultades. Guardan fuertes preocupaciones acerca de la masculinidad y la feminidad, obstinándose con pensamientos de naturaleza sexual. (Butcher, 1976).

- *Mecanismos de defensa*

- **Represión**

La represión tiene un doble funcionamiento: mantiene a distancia las investiduras de objeto capaces de amenazar la organización del yo, y por otro lado constituye un revestimiento cuya función es asegurar los límites que procura el yo. Hay un déficit de la función represiva en estas pacientes

- **Proyección.**

Atribuyen a los demás sus propias tendencias, impulsos y deseos incompatibles para las normas y principios sociales en los cuales se rigen.

- **Proyección de la agresión.**

Al no tolerar la frustración que les provocaría la aceptación de sus propios errores y dificultades, tienden a culpar a los demás de estas fallas con el fin de no sentirse tan inadecuadas y protegerse de la herida narcisista que esto le provocaría. Por lo tanto y como medio de manipulación, proyectan su propia agresión hacia los demás para confirmar sus propias fantasías de víctima ante un medio ambiente que perciben como amenazante y hostil.

- **Escisión.**

Es un proceso activo utilizado para mantener la separación entre introyecciones e identificaciones de calidad opuesta, con sistemas alternativamente activados e investidos en la relación de una forma discontinua. Es decir, presentan una imposibilidad de percibir a los

objetos o las personas significativas como un todo, en donde o son “totalmente buenas” y están con ellos, o “totalmente malas” y están en su contra. No les es posible relacionarse con personas u objetos totales, siempre parciales.

➤ Aislamiento

Se presenta un esfuerzo importante al intentar quitar el componente afectivo en sus relaciones al sentirse rechazadas, sin embargo su demanda afectiva es tan exigente que provoca sentimientos intensos de inadecuación, hostilidad e irritabilidad.

➤ Desplazamiento

Este es un mecanismo inconsciente a través del cual el sujeto asigna a los demás sentimientos, actitudes, virtudes y defectos de terceras personas. También opera interviniendo en el desarrollo de preferencias y rechazos. A través de este mecanismo una emoción es desplazada de su objeto original a un sustituto más aceptable, menos peligroso o amenazante y de ese modo el sujeto alivia la tensión o ansiedad que la situación conflictiva le producía. Los caracteres transferidos casi siempre están relacionados con figuras importantes, sobre todo de la edad temprana. En este punto, las pacientes con trastorno de inestabilidad emocional, presenta relaciones intrafamiliares con trastornos en la parentalidad, es decir, el ataque a la relación familiar se relaciona en muchos casos con rivalidad no resuelta e intensa con sus padres u otras figuras, transfiriendo en los demás la imagen de la madre o el padre y en quienes reviven el resentimiento que sintieron hacia ellos.

Asimismo suelen utilizar *la idealización, la omnipotencia y la desvalorización*, a través de los cuales pueden castigar a una figura u objeto interno de manera despiadada y posesiva. En cuanto a estos últimos mecanismos de defensa, estas pacientes, de acuerdo con Steele (1983, citado en Anthony, 1983), suelen percibir en los demás, sobre todo en situaciones de intenso compromiso emocional, una reedición de su sí mismo malo proveniente de su propia infancia, en donde la imagen del niño es de insatisfacción, carencia de valor y una identificación arraigada con el padre severo que considera insatisfactorios a los hijos.

Respecto al sentimiento común de ineptitud, de disminución en sus capacidades e insignificancia personal, se relaciona en especial con la madre; estas mujeres durante toda su vida *“anhelaron patéticamente el cuidado de una buena madre y acudieron a esta una y otra vez, y no hallándola terminaron por caer en el desengaño, la desilusión, una disminución de su autoestima y la ira”*. (Olvera, 2004)

- *Capacidad de insight*

Su capacidad de insight se encuentra disminuida ya que confían exageradamente en sus posibilidades y recursos para resolver la problemática que se les presenta, independientemente de su gravedad, esto es debido a que tienden a sobrevalorarse compensatoriamente haciendo un uso excesivo de la fantasía. Así mismo, su dificultad en el control de los impulsos y su poca tolerancia a la frustración contribuyen a disminuir su autocrítica. Por otra parte, sus dificultades de compromiso e irresponsabilidad hacia sus relaciones interpersonales, obstaculizan el proceso terapéutico.

- *Pronóstico en psicoterapia*

Se muestran como pacientes altamente demandantes en la psicoterapia y buscan soluciones rápidas a sus problemas. Ya que también utilizan la proyección, es probable que finalicen el tratamiento antes de que se logren cambios fundamentales. No son susceptibles a las técnicas de introspección y su capacidad de insight se ve claramente disminuida por sus tendencias narcisistas, por lo que al parecer son más manejables en terapias de orientación directiva (Rivera, 1987). Por lo anterior, los elementos determinantes en la psicoterapia tendrán que estar centrados en la disposición de un dispositivo terapéutico que sea muy contenedor pero que pueda, al mismo tiempo, mantener límites estrictos, atacar las conductas autodestructivas, reducir la impulsividad y controlar las emociones como un paso previo para intentar cambios en los núcleos disfuncionales.

Propuesta terapéutica

Referente a este punto, es importante mencionar y tomar en consideración que un manejo terapéutico hacia este tipo de pacientes debe partir de la base de que las convicciones y los esquemas mentales disfuncionales que se tienen, son el resultado de una pérdida del sentido de identidad y de la difusión de su personalidad, los cuales son determinantes e influyen en el resto de la sintomatología; por lo tanto uno de los objetivos de la terapia deberá de ser el de cambiar estos esquemas. A partir de esta observación podemos proponer el siguiente diseño terapéutico:

- Promover una relación de confianza con el paciente
- Fomentar un control emocional
- Mejorar el control de la impulsividad
- Aumento del sentido de Identidad
- Monitoreo constante de las reacciones contratransferenciales

➤ *Promover una relación de confianza con el paciente*

Esta observación nos remite al concepto de alianza terapéutica, la cual definiremos como *“aquel vínculo que se basa en el deseo consciente o inconsciente del paciente de cooperar y en su disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para superar sus dificultades internas., el paciente acepta que tiene necesidad de abordar sus problemas internos y de llevar adelante el trabajo terapéutico a despecho de la resistencia interna o externa”* (Sandler, 1969). Es evidente que el concepto de alianza terapéutica debe apoyarse en lo que Erikson (1950) denominó la “confianza básica”, una actitud del individuo hacia los demás y hacia el mundo en general, que se basa en las experiencias del bebé en materia de seguridad ambiental y emocional durante los primeros meses de vida relacionados a la crianza de los padres.

Autores como Greeson (1967), Grinker (1868) y Kernberg (1975) han señalado la debilidad y deficiencia parental de los padres de los pacientes con trastorno de inestabilidad

emocional -borderline- durante los primeros años de vida, esta situación provocará una ausencia de confianza básica que impedirá el desarrollo normal de la alianza terapéutica, por lo que estas pacientes al inicio del tratamiento se mostraran desconfiadas, susceptibles e irritables ya que buscarán soluciones rápidas a sus problemas y al no encontrarlas y sentir que su deseo de demanda afectiva no es correspondido, es probable que finalicen el tratamiento antes de que se logren cambios significativos.

Una manera de atenuar estas actitudes en contra del tratamiento, es mostrarle al paciente la disponibilidad, competencia y confiabilidad del terapeuta para continuar con el tratamiento. Para ello el terapeuta dispone de varias claves y recursos técnicos que pueden fomentar la confianza hacia el paciente (Harwood 2000, citado en Gabbard 2002), entre ellos se encuentran: una actitud cálida y esperanzadora, una escucha atenta junto con un diálogo positivo, maduro y confiable, una adecuada capacidad para observar las reacciones del paciente frente al cambio, un buen dispositivo que otorgue confianza a la situación terapéutica (técnicas de validación), recursos para favorecer la comunicación (centrar la comunicación en los problemas actuales del paciente), un manejo adecuado del encuadre psicoterapéutico que funcione como elemento ordenador y de referencia contextual como estructura contenedora a la problemática del paciente.

El encuadre en la situación terapéutica es un factor básico en el inicio del tratamiento de este tipo de pacientes, ya que este permitirá la constancia en la relación entre el terapeuta y el paciente y no permitirá que esta se estanque, mediante la determinación y las indicaciones del terapeuta y la aceptación, al menos consciente y parcial de parte del paciente de intentar seguirlas, se podrán conseguir avances significativos. (Dupont, 2000)

La importancia de establecer una buena relación entre el paciente y el terapeuta al comienzo del tratamiento no debe oscurecer la necesidad de trabajar para mantener dicha relación en un buen nivel a lo largo de todo el tratamiento, independientemente de las características de estos pacientes. Esto permitirá que se desarrolle la sensación por parte del paciente de tranquilidad y apoyo, por lo que a medida que se va internalizando esta

relación, el paciente será capaz de adherirse al tratamiento y de aliarse con el terapeuta en la búsqueda de objetivos terapéuticos comunes.

➤ *Reducción y control de los impulsos*

Desde esta perspectiva, la reducción del pensamiento dicotómico es el punto de partida para lograr el control de las emociones y de ahí la posibilidad de trabajar sobre el control de los impulsos, aspecto nuclear de la terapia. Para atacar la impulsividad, la terapia debe ayudar al paciente a identificar claramente el impulso y las motivaciones circunstanciales que están ligadas a él. Por lo tanto es necesario proporcionar técnicas que le ayuden a incrementar su capacidad de autoobservación. (Beck y Freeman 1984, citado en Linehan 1993)

Por lo anterior sería conveniente que el foco inicial del tratamiento estuviera dirigido sobre la realidad cotidiana del paciente más que sobre la profundidad de las motivaciones inconscientes que sostienen sus comportamientos disfuncionales. (Cotugno 1995, citado en Belloc 1998).

Es en este punto donde las técnicas de validación y resolución de problemas de Marsha Linehan (1993) pudieran proporcionar los elementos técnicos para contener el desarrollo de las sesiones. Las primeras buscarán proporcionar aceptación y confirmación de la impulsividad de su conducta, mientras que las segundas estarán orientadas a promover cambios en el paciente. Las técnicas de validación procuran mostrar al paciente que su conducta es comprensible en términos de las circunstancias que rodearon su vida, sin que esto signifique negar los aspectos disfuncionales. La estrategia de solución de problemas implica un proceso a través de dos estadios: el primero es analizar y aceptar el problema; el segundo, generar, evaluar e implementar soluciones alternativas. El primer estadio incluye un análisis detallado de los fenómenos ambientales que influyen sobre el problema. El segundo apunta al logro de respuestas alternativas, proporcionando en el paciente la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento, así como fortaleciendo su motivación y las capacidades de que disponía previamente.

El paciente deberá explorar, junto con el terapeuta, los aspectos emotivos, cognitivos y conductuales relacionados con la multiplicidad de las imágenes que forman parte de su universo personal y sus respuestas impulsivas e inadaptativas.

Por lo anterior, y ya que una de las principales características de estas paciente es su marcada resistencia al cambio mediante la utilización de la actuación, la comunicación significativa que se dará al principio de las sesiones será en forma de acciones y no en las palabras (acting out), por lo tanto el terapeuta deberá establecer los límites adecuados mediante una posición firme y estructurante; y de manera repetitiva deberá señalar a lo largo de las sesiones la relación que existe entre sus emociones y su conducta. (Masterson, 1975) En este momento, se habrá desarrollado la suficiente confianza en las intenciones del terapeuta y se confiará en él, por lo que estas clarificaciones y confrontaciones relacionadas entre sus emociones y su conducta prepararán el camino al manejo interpretativo de sus conductas.

Con este manejo se esperaría el control de la actuación de las pacientes y el establecimiento de la sensación de competencia y confiabilidad del terapeuta, fortaleciendo el vínculo y la alianza terapéutica pudiera quedar conformada.

➤ *Aumento del sentido de identidad*

El objetivo principal sería obtener la comprensión intuitiva mediante la elaboración del enojo, la rabia y la depresión que se asocia con su problemática. El paciente se encontrará muy deprimido, ya que comenzará a entender la relación que existe entre su conducta y sus sentimientos, aunque también estará en mejores condiciones para controlar ambas, por lo que comenzará a expresar en palabras sus sentimientos con la necesaria resistencia al cambio (Masterson, 1975). El terapeuta deberá continuar trabajando sobre la alianza con el paciente lo que le ayudará a elaborar la depresión y las defensas que se ejercen sobre de ella (retraimiento, negación, evasión y bloqueo) mediante la interpretación.

Ya en este punto, con una alianza terapéutica lo suficientemente estable y con un control de las actuaciones de las pacientes mediante el establecimiento de límites estrictos pero a la vez contenedores, los siguientes pasos se centrarán en la reparación de los defectos del yo y la corrección de los rasgos caracterológicos patológicos.

Las resistencias resultantes del peligro que el procedimiento terapéutico y sus objetivos representan para las adaptaciones particulares que ha realizado estas pacientes, así como las ganancias secundarias a su padecimiento (Sandler, 1992), hacen que las pacientes “revivan” con el terapeuta, a través de la transferencia y la contratransferencia, la repetición de la ansiedad original al tener que separarse de su madre (Adler 1985, Masterson 1975); por lo tanto se aferrarán al terapeuta para evitar la ansiedad. Little (1958) recurre a la expresión “transferencia delirante” de este tipo de pacientes, para designar aquellas situaciones en las que se presentan fuertes anomalías en la relación paciente-terapeuta; entendiéndose que lo que se observa es una fuerte recapitulación deformada, pero reconocible, de aspectos de las relaciones muy tempranas entre la madre y el niño, en la cual no existe una diferenciación clara entre el sí-mismo y el objeto, situación provocada por la situación transferencial (psicosis de transferencia) y no un estado u organización psicótica permanente.

Kernberg (1979) estima que el problema central y característico de la personalidad de estas pacientes es la difusión de la identidad, que entraña una deficiencia en la integración de los conceptos del sí-mismo y del objeto. Plantea que la psicoterapia de orientación analítica centrada en el desarrollo de la transferencia y su interpretación llega a ser de utilidad para este tipo de pacientes. La situación transferencial, comenta, surge rápidamente en las sesiones y necesitan una interpretación en el “aquí y ahora” de las demandas del paciente.

Entre las principales reacciones transferenciales nos encontramos con aquellas que se refieren a una transferencia precoz, masiva y caótica, rápidas oscilaciones de proyecciones de imágenes “buenas” y “malas”, fuertes cargas agresivas y demandas excesivas de atención, comprensión y cuidados, fragilidad e inconscientencia de la alianza terapéutica, y los intentos por controlar y manipular al terapeuta, ya que al mismo tiempo que lo abruma con sus intensas cargas emocionales y demandas excesivas, trata de mantenerlo a distancia

y bajo control, en parte por miedo al abandono y en parte por el temor a su propia agresión y destructividad que coloca en el terapeuta. (Dupont, 2000)

Esta transferencia obra a modo de resistencia y a menudo se acompaña de graves acting out, por lo tanto es necesario que estas también sean interpretadas y elaboradas.

Kernberg (1989, citado en Laguna 1995) afirma que la elaboración de estas resistencias es posible y que transferencias neuróticas más típicas pueden ocupar su lugar. Por lo tanto, una parte importante del proceso terapéutico es que el terapeuta haga consciente al paciente de sus resistencias y trate de que las vea como obstáculos que debe comprender y superar. Esta tarea será difícil con pacientes de inestabilidad emocional –borderline- ya que estos harán todo lo que este en sus manos tanto consciente como inconscientemente para justificar y racionalizar sus resistencias y considerarlas como apropiadas para las circunstancias, inclusive la idealización y el desprecio coexistentes hacia el terapeuta. Estas resistencias deberán ser superadas merced a las interpretaciones y otras técnicas. (Espina, 1987).

Los elementos terapéuticos anteriores se centraría en:

- ❖ Elaboración sistemática de la transferencia negativa manifiesta y latente
- ❖ Interpretación de la utilización de sus defensas
- ❖ Control del acting out
- ❖ Abordaje selectivo de aspectos de la transferencia y de la vida del paciente en los cuales se evidencian sus defensas patológicas “en el aquí y ahora”
- ❖ La transferencia negativa solamente es interpretada cuando se vincula como defensa

Estos últimos pasos muestran que la transferencia es manejada por la interpretación; la neutralidad terapéutica se mantiene o se restablece analíticamente cuando es necesario y se

focaliza principalmente en el análisis de las resistencias que obstaculizan el trabajo terapéutico (Kernberg 1989, citado en Laguna 1995).

A este respecto, la teoría nos indica que en la transferencia se han activado las relaciones objetales primitivas disociadas e internalizadas, divididas en relaciones idealizadas y persecutorias que necesitan ser clarificadas, confrontadas e interpretadas en términos de su representación del self, representación de objeto y dominancia afectiva. (Little 1981, Kernberg 1999)

La realización exitosa de estos importantes pasos estratégicos llevará finalmente a la integración del self del paciente (y su mundo interno de representaciones objetales) y, consecuentemente, a la resolución del síndrome de difusión de la identidad y al establecimiento de una identidad del yo normal. Este desarrollo también proporciona la atenuación y la maduración de los afectos del paciente, con un incremento relacionado con el control cognitivo, la autorreflexión, el control de los impulsos, mayor tolerancia a la ansiedad y la frustración, y el desarrollo del potencial sublimatorio. (Kernberg, 2003)

➤ *Monitoreo constante de las reacciones contratransferenciales*

Kernberg en su obra “La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico” (1979), puntualiza que la extensión del término contratransferencia, (*en las que incluye “a todas las reacciones emocionales que surgen en el analista por el material clínico y transferencial de determinados pacientes”*), originaban confusión y hacía que se perdiera su significado específico. Refiriéndose a las críticas formuladas contra la antigua concepción de “resistencia” del analista, señaló que esa apreciación puede minimizar su importancia al considerarla como “una equivocación en el curso del tratamiento” o “no deseable en el manejo interpretativo”.

El uso cabal de la reacción emocional del analista tiene, para Kernberg y la clínica actual, particular valor diagnóstico en lo que cabe a la evaluación de la analizabilidad de individuos con trastornos de la personalidad o de otros pacientes psicóticos.

En los casos particulares de inestabilidad emocional –borderline-, autores como Kohut (citado en Kernberg, 1999) Kernberg (1999, 1989) y Adler (1985) entre otros, han contribuido con aportes muy valiosos para el diagnóstico y manejo terapéutico de estos enfermos. Comentan que en estos casos, el terapeuta tiende a reaccionar contratransferencialmente no solamente frente a las intensas cargas emocionales, especialmente agresivas, que exoactúan (acting out) en la terapia: si no que, por tratarse de pacientes fijados a estados del Self arcaicos y escindidos o fragmentados, inducen en el terapeuta o activan, las cargas emocionales vinculadas a sus propios restos del si-mismo arcaicos y primitivos. (Gabbard 2002, Silvio 1985).

Es importante que el monitoreo de las reacciones contratransferenciales se realice *durante todo* el proceso terapéutico y no solo como método diagnóstico. El terapeuta deberá acentuar su autocrítica cuando acuse en sí mismo los siguientes síntomas o reacciones (Gabbard 2002, Dupont 2000, Silvio 1985)

- Sensación de perplejidad o desconcierto frente al paciente
- El terapeuta no logra formarse en su mente una imagen clara del paciente, de su historia vital y de sus personajes significativos (de la misma manera que el paciente tampoco tiene una imagen integrada de sí mismo, ni de su vida, ni de sus personas significativas)
- Sensación de desagrado, rechazo o abierta hostilidad. A veces hasta fantasías de hospitalización como castigo.
- Por el contrario, sensación de gran confort y bienestar. Excesiva gratificación por la buena marcha del tratamiento. Fantasías agradables con respecto al paciente fuera de las horas de terapia. Emociones positivas al acercarse la hora de la terapia. Este tipo de reacción contratransferencial es especialmente frecuente cuando se trata de un paciente que ha efectuado una transferencia idealizadora frente al terapeuta y ha logrado movilizar en él antiguos núcleos narcisistas no resueltos

- Tendencia al control excesivo y agresivo del paciente. A veces la relación se vuelve un forcejeo de mutuo control por el acting out y la proyección de cargas agresivas mutuamente inducidas
- Perder la objetividad analítica durante las sesiones
- Sensación de pobreza emocional, vacío y aburrimiento durante las sesiones
- Preocupación excesiva, casi obsesiva, por el paciente fuera de las horas de la terapia
- Sensación de incompetencia por parte del analista. Menos patológica cuando se consulta con otros colegas o al hacerse supervisar con un terapeuta con mayor experiencia. Más patológica si la reacción del terapeuta es de “ocultar” su sensación de incompetencia y las dificultades que esta teniendo con el paciente. Desea evitar que el paciente se le vaya y que otros colegas “se vayan a enterar”
- Fantasías paranoides acerca de posibles agresiones o verse envuelto en problemas judiciales o policiales, pérdida del prestigio y otras ansiedades persecutorias.
- Franca regresión en el terapeuta, desde la amenaza o la experiencia de desintegración del Yo hasta una completa descompensación psicótica.

Finalmente habrá que hacer notar que en lo que respecta a la psicoterapia de pacientes con trastornos de personalidad en general, y en particular el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad o borderline, es especialmente interesante observar por una parte como se movilizan sentimientos y actitudes en los terapeutas de forma muy intensa, debido a la enorme emotividad y descontrol que despliegan los pacientes a lo largo del proceso psicoterapéutico. Esto conduce al tema del entrenamiento del terapeuta, ya que solo los más experimentados serán capaces de soportar situaciones de marcada hostilidad en la relación. Un buen entrenamiento y una adecuada supervisión son, por lo tanto, altamente recomendables.

Consideraciones finales acerca de la etiología y las manifestaciones clínicas

El trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad o *borderline* sería el síntoma de una sociedad occidental moderna en donde la familia monoparental madre-hijo (aún en presencia del padre) emerge desde hace algunas decenas de años. Las características de este trastorno serían las mismas que definen a estas sociedades contemporáneas: omnipotencia, grandiosidad, exhibicionismo, problemas de identidad, destructividad y violencia, corrupción, promiscuidad, depresión, vacío y aburrimiento. Estas características determinantes no se podrían entender más que en un contexto sociocultural de pérdida de valores y respeto hacia las instituciones, con un marcado interés por la obtención, cada vez más patológica, de bienes de consumo. (Silvio, 1985)

La degeneración y ruptura de la familia nuclear con la aparición de estilos de crianza definida en torno a la negligencia, el abandono (real o emocional), el pobre compromiso afectivo, la proyección de tendencias inconscientes e indiferencia afectiva de ambos padres, sería el resultado lógico del tipo de sociedad en la cual nos ubicamos.

Ya dentro del entorno familiar, en la vida de los sujetos que presenta un trastorno de inestabilidad emocional, se destaca una debilidad de la imagen paterna, en donde el sujeto intenta permanecer en los límites de una ley debilitada impuesta por un padre sin autoridad. Según los trabajos de Freud (citada en Nasio, 1988) sobre el complejo de Edipo, la mediación paterna es necesaria para contener el deseo exagerado de la madre por su hijo, y por otro lado, limitar la ilusión omnipotente del niño, que cree que su amor puede colmar completamente el deseo materno. Estas prohibiciones impuestas por el padre demarcan límites entre las dos fronteras: hacia la madre y hacia el niño, y permite a éste protegerse de las angustias surgidas de la imagen materna. Sin embargo, los padres de los sujetos que presentan una patología de inestabilidad emocional de la personalidad son descritos como pasivos o distantes frente a sus mujeres generalmente autoritarias (Masterson, 1975). El entorno socio-familiar restablece la problemática, donde el debilitamiento de las prohibiciones y de las reglas internas familiares sobrepasa el control y la contención familiar.

La fallas en la función paterna deja al sujeto en el borde de dos imágenes, padre y madre, que no llegan a unificarse para constituir el Ideal del yo, es decir la primera identificación, que como Freud afirma se realiza, en realidad, hacia los padres unidos. En el Trastorno de Inestabilidad Emocional el Ideal del Yo es frágil debido precisamente a esta doble falla de la función paterna: por el lado de la madre, la desautorización del padre y por el lado paterno, la ausencia de poder para limitar el deseo de la madre por el hijo. (Nasio, 1988)

Siguiendo esta línea teórica, podemos ubicar el trastorno evolutivo de la separación-individuación (Mahler, 1972) como un proceso progresivo e imprescindible a posteriores acting out asociados con la fragilidad del Yo del trastorno de inestabilidad emocional. Lo anterior remite a las teorías propuestas por Kernberg (1979) y Masterson (1975) respecto a la etiología del trastorno según el cual, durante la subfase de reaceramiento el niño necesita la aprobación de la madre para desarrollar su propia estructura Yoica y crecer: pero la madre le retira la disponibilidad libidinal cada vez que el niño tiende hacia la separación-individuación, esto ante una imagen paterna debilitada o ausente, lo cual provoca sentimientos de abandono intensos en el niño que le obligan a aferrarse a su madre o disociar y negar estos sentimientos de abandono y depresión, provocando fuertes sentimientos de rabia y frustración que se verán “revividos” en intensos acting out en su vida futura.

Ante esta situación, al niño le es imposible mantener una imagen de la madre que le proporcione la sensación interna de seguridad y protección (introyecto de sostén, Adler 1985), por lo que se ve obligado a mantener vigentes primitivos mecanismos de defensa (que en los comienzos de la vida le eran normales y eficaces) como lo son la escisión, idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación. El resultado es una “difusión de identidad” al mantener imágenes de si mismo y de sus objetos escindidos o disociados en “totalmente buenas” y “totalmente malas”, que se alternan o coinciden pero que no llegan a integrarse.

Es importante señalar también, que en la historia de estos pacientes, no se encuentran necesariamente padres hostiles y agresivos que hayan maltratado físicamente al niño como para justificar la intensa agresividad de estos pacientes. Se trata en realidad de toda la carga agresiva que se moviliza en el niño como producto de la frustración y el abandono, lo cual proyecta en sus padres internalizándolos luego como un "grupo unido", totalmente malo y perseguidor, situación que extenderá al resto de sus figuras significativas y por último a sus relaciones interpersonales.

Es por lo anterior que en el Trastorno de Inestabilidad Emocional, el acting out, como actuación inconsciente de situaciones pasadas en la realidad presente, va a ocupar un lugar de privilegio y va a ser el eje alrededor del cual se constituye esta estructura. Los acting out repetidos y tan frecuentes en este tipo de casos se explican por la tentativa - no psicótica- de realizar su fantasía en la realidad sustituyéndola en su acto mismo de la realización, es decir en una patología del acto.

Finalmente, al pretender hacer un diagnóstico preciso en un paciente con trastorno de inestabilidad emocional (borderline) existen por lo menos tres criterios básicos que se deben tomar en consideración: el primero de ellos plantea la cuestión de si se ha producido una ruptura con la realidad; el segundo es la suposición de que una sintomatología polineurótica esconda una estructura límite, y el tercero la psicodinámica familiar que pudiera explicar el trastorno.

Las técnicas de evaluación de la personalidad a través de las pruebas psicológicas, nos proporcionan información en lo que respecta a estas tres áreas, así como a sus características de organización caracterológicas y los elementos para un diagnóstico más objetivo de las alteraciones de la personalidad de este tipo de pacientes. (Rivera, 1987). Sin embargo, el diagnóstico no debe quedarse solo en la descripción del conjunto de síntomas, sus rasgos de personalidad o patrones de conducta, debe incluir la explicación psicopatológica del trastorno, la cual implica ya una estrategia terapéutica.

Conclusiones

En los últimos años se ha observado un importante incremento del Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad, también conocido como Borderline. Numerosas publicaciones científicas, médicas, psicológicas y psicoanalíticas nos dan cuenta de ello (Silvio 1985, Wesley et al 1985, DSM-IV 2000, Díaz-Benjumea 2002). Ante esto cabe preguntarnos el porque de tantos trabajos presentados, en muchos de los cuales se presentan estadísticas con un aumento considerable de este tipo de patología tanto a nivel hospitalario como de la consulta privada.

Ante esta situación se han desarrollado por lo menos dos razones para explicar estos sucesos (Dupont, 2000), el primero de ellos sería que el Psicoanálisis, la Psicología y la Psiquiatría contemporáneas nos han provisto de los instrumentos clínicos y psicodinámicos necesarios para su mejor conocimiento y diagnóstico por una parte; y además que actualmente dicha entidad psicopatológica ha sido mejor definida por el DSM-IV y la CIE-10, lo cual hace que se le diagnostique con mayor frecuencia. La segunda razón sería aquella en la que algunos autores como Rynsley (citado en Silvio, 1985) han señalado la evidencia de que el aparente aumento de la frecuencia del trastorno guarda relación con el surgimiento y la incrementada aparición de notorios estilos de vida narcisista y la declinación en la familia nuclear con la aparición de una marcada indiferencia y agresión parental. Comenta además que el deterioro de las sociedades actuales encaminadas a la pérdida de valores en las Instituciones socialmente establecidas, producen una pérdida dramática de recursos sociales que se ven reflejadas en los miembros de su sociedad.

Retomando las observaciones en el aumento del diagnóstico de este tipo de patología, se estima que, según datos del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", la prevalencia es de alrededor de 2% de la población general, del 10% de los pacientes que asisten a centros de salud mental ambulatorios, y en torno al 30 % de los que ingresan, siendo en todo caso más frecuente en mujeres que en hombres (en proporción de 2:1), sin embargo en este último dato es posible la influencia del sesgo sexual.

Widiger y Spitzer (citados en Davison, 2000) comentan que las características del trastorno de Inestabilidad Emocional son, por razones socioculturales, detectadas más frecuentemente entre mujeres que entre hombres, y que lo opuesto sucede en lo que se refiere al trastorno antisocial de la personalidad, sin embargo, es la sociedad la que canaliza a unas y otros en estas direcciones diferentes. Por sí solos, los diagnósticos podrían no estar sesgados, si no más bien indicar un fenómeno social que merece ser examinado.

Tomando en consideración las perspectivas anteriores podemos concluir que no es posible comprender el aumento en la prevalencia del Trastorno si no se le ve en un contexto amplio, desde las más profundas transformaciones y cambios que se han producido en los últimos años, por lo que habrá que pensarlo en función del contexto del cual forma parte.

En los últimos años las sociedades han experimentado cambios espectaculares, los cuales por su complejidad intervienen en la dinámica familiar y sociocultural en el desarrollo de los individuos que forman parte de su colectivo. Son los cambios culturales de las últimas dos o tres décadas los que son en gran medida los responsables del incremento del Trastorno de Inestabilidad Emocional. Entre los muchos cambios habidos, Sierra (1998), Millon (1996), y Silvio (1985), se centran en los que afectan a las diversas prácticas y actividades sociales: cambios en los modelos y hábitos de crianza, relación de pareja, cohesión familiar, estilos de ocio, etc. De algún modo, comentan estos autores, la estabilidad, organización y coherencia de las instituciones socioculturales tienen su reflejo en la estabilidad, organización y coherencia de los miembros del colectivo. Al respecto comenta Guillebaud (citado en Sierra 1998) que *"...la ruina de la ciudadanía, la delincuencia, el gran deterioro educativo, el hundimiento del civismo, el repliegue medroso sobre la esfera privada, la declinación de los modelos de parentesco... todas estos fenómenos participan de un mismo origen: la victoria definitiva del "yo" sobre el "nosotros", la disolución programada del vínculo con lo social..."*

De esta forma en las sociedades que presentan una estructura fija y estable, la composición psicológica de sus miembros tendrá a ser también rígida y estable. Y en aquellas sociedades

cuyos valores y normas son inestables y poco sólidas (poco consistentes) es posible que sus miembros presenten también deficiencias en su solidez y estabilidad psicológicas.

Estas últimas son, típicamente, las características de nuestras sociedades actuales. En lugar de desarrollarse en un cuerpo familiar y social coherente y organizado de prácticas, conductas, cuidados y creencias, los niños se enfrentan a estilos de vida cambiantes, diversos y poco contenedores emocionalmente. Además de continuarse produciendo una pérdida dramática de recursos que anteriormente podían, de alguna manera, disminuir los efectos negativos de las relaciones patológicas y conflictivas entre padres e hijos: las familias grandes, las figuras familiares protectoras (abuelos, tíos, hermanos) y las instituciones sociales (iglesia y escuela).

En cierto modo, estos “segundos recursos” proporcionaban una segunda oportunidad de conseguir apoyo y cariño al niño o al adolescente que estaba recibiendo castigos o abusos, o que era víctima del desapego o el castigo parental, además de proporcionarle la oportunidad de observar otros modos y modelos de convivencia menos problemáticos (Silvio, 1985).

La actual pérdida de credibilidad en las instituciones socialmente establecidas provoca un desequilibrio y la sensación de incertidumbre en los individuos que no cuentan con una estructura psicológica sólida y estable, por lo que *“...a medida que flaquean el apoyo de las instituciones de encuadramiento y las normas sociales de conducta, brota una angustia tan difusa como apremiante, que incapaces de analizar claramente sus mecanismos, se polarizan [en] todas las actitudes sobre las formas elementales de convivencia y se encamina a la anarquía de los impulsos de los integrantes de la sociedad...”* (Fitoussi, citado en Sierra 1998).

Es en consecuencia de lo anterior que se presentan un repertorio de conductas limitadas, reiterativas e inflexibles, en suma, un modo de ser y de comportarse poco adaptativo y que se hace patente en un amplio rango de comportamientos, sentimientos, experiencias internas y además, en circunstancias muy diversas, lo que lleva a que las capacidad de aprender nuevos modos de comportarse, de expresarse, de relacionarse con los demás, se

halle gravemente limitada. Esto explica porque las personas que padecen del Trastorno de Inestabilidad Emocional son especialmente vulnerables, psicológicamente frágiles, ante el estrés psicosocial y los cambios socioculturales

Así mismo la estructura familiar vigente durante muchos años esta en proceso de cambio. La crisis de la familia se hace evidente en la ausencia de una transmisión de valores, ya que estas se centran en la degeneración y ruptura de la familia nuclear con la aparición de estilos de crianza delimitada en torno a la negligencia, el abandono, el pobre compromiso emocional y la indiferencia afectiva de ambos padres.

Es importante señalar que estos cambios socioculturales no son suficientes por sí mismos para explicar el alarmante incremento de este Trastorno, pero sin duda aportan un importante acercamiento *bio-psico-social* que contribuye en su génesis y la manifestación clínica que conlleva a su aparición.

Finalmente, tomando en consideración las conclusiones psicosociales antes presentadas y retomando los resultados obtenidos en la presente investigación, podemos concluir que esta patología se manifiesta por sentimientos depresivos intensos e inseguridad hacia las propias capacidades y metas, las relaciones interpersonales se basan en una serie de relaciones intensas unipersonales que suelen ser tormentosas, transitorias y breves que se expresan también en la inestabilidad de las relaciones ya que se presenta un esfuerzo importante para evitar el abandono, sin embargo la separación o la simple amenaza de ruptura tiene efectos devastadores en la autoimagen, en el estado emocional y en la forma de percibir e interpretar el propio comportamiento. Así mismo se muestra un control yoico pobre e incapacidad de expresar las emociones en forma controlada y adaptativa por lo que se muestran cambios intensos en el estado de ánimo generalmente encaminados hacia la ira. Suelen ocurrir psicosis reactivas breves que representan la escisión de un sentido coherente del yo bajo estrés psicosocial. Los resultados confirman los estudios y teorías propuestas hacia este tipo de pacientes, mostrando la falta de vínculo emocional existente hacia las figuras significativas (Belloc 1998, Kernberg 1985, Silvio 1985 Masterson 1975).

Alcance, limitaciones y sugerencias

El presente estudio se muestra como una perspectiva en el diagnóstico del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, ya que de acuerdo al marco teórico antes presentado una de las grandes dificultades en el diagnóstico de este tipo de pacientes es su sintomatología poli-neurótica y los ocasionales episodios psicóticos reactivos que llegan a presentarse, lo que provoca confusión y un manejo terapéutico inadecuado. (Rubio 1994, Kernberg 1989, Silvio 1985, Masterson, 1975)

Es por esto que el conocimiento de los resultados de la valoración psicológica son de gran beneficio para tomar algunos rasgos de personalidad persistentes y que se muestren como constantes en los resultados e interpretaciones de las diferentes pruebas psicológicas aplicadas, como indicadores del diagnóstico y con esto una mejor y más completa perspectiva en el diagnóstico diferencial, tomando en consideración por supuesto, que dichos resultados no pueden ser generalizados al resto de la población, debido al tamaño pequeño de la muestra y porque este tipo de población tampoco puede ser generalizable.

En lo que respecta a las pruebas psicológicas aplicadas, sería conveniente que en futuros estudios se consiguiera realizar el manejo de algunas otras que pudieran ser lo suficientemente más autodescriptivas tales como el MMPI-2, o en presente actualización como el WAIS-R. En lo que respecta a esta investigación no se contó con la utilización de estas pruebas debido a que solo se disponía con las pruebas existentes en el Hospital donde se desarrolló la investigación.

Es importante también tomar en cuenta que las circunstancias por las cuales llegan este tipo de pacientes a estos internamientos es una variable que escapa del control del estudio, y las circunstancias vividas dentro de la hospitalización (las expectativas de un hospital psiquiátrico, la estancia en piso, la convivencia con los demás pacientes, el estado de sus funciones mentales superiores, los efectos colaterales del medicamento, etc.) son otras variables que no se pueden tener bajo control absoluto.

No obstante, es posible obtener datos significativos de la sintomatología de este tipo de pacientes a través de un seguimiento de su estado mental por medio de notas de evolución psicológica y observaciones de sus funciones cognitivas, y tomar estas también como parte de futuros estudios.

Por último, es de gran importancia a considerar en futuras investigaciones la necesidad de contar con un grupo control, es decir, un grupo de personas que no hayan padecido nunca de un trastorno psiquiátrico, y cuya personalidad, al ser evaluada no sugiera la presencia de una patología grave. Este grupo sería de gran utilidad para contrastar estos resultados.

De igual manera sería muy interesante aplicar el mismo estudio a pacientes con el mismo trastorno de inestabilidad emocional (borderline), pero cuya población se encontrará en tratamiento externo al hospitalario, de esta manera se podría eliminar las variables extrañas propias de la hospitalización y los resultados podrían ser más consistentes. Estos estudios podrían aplicarse a la población masculina que fuera diagnosticada con el mismo trastorno independientemente de su prevalencia de 2/1 mayor en mujeres.

Bibliografía

- Adler, G. (1985) “Borderline psychopathology and its treatment” New York Ed. Arason
- Alfaro, J. (1993) “Anteproyecto al programa Rehabilitación Cognitiva a Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados”. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Allport, G. (1970) “Psicología de la personalidad”. Buenos Aires Ed. Paidós.
- Amara, G. (1998). “La violencia”. México. Ed. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Ampudia, A. (1998) “Pruebas de la personalidad” Programa de publicaciones de material didáctico. Facultad de Psicología UNAM.
- Anastasi, A. (1993) “Test Psicológicos” Madrid. Ed. Aguilar
- Baron, R. (1996) “Psicología”. México. Ed. Prentice Hall
- Barragán, L. (1989) “Prueba de Frases Incompletas” Programa de publicaciones de material didáctico. Facultad de Psicología UNAM.
- Barragán, L. (1989) “Integración de la Batería” Programa de publicaciones de material didáctico. Facultad de Psicología UNAM.
- Belloch, A. (1998) “Trastornos de la personalidad” España. Ed. Síntesis
- Benavides, J. (1981) “Técnicas de evaluación de la personalidad” UNAM, México.
- Butcher, J. (2001) “MMPI-2 Guía para principiantes”. México. Ed. Manual Moderno
- Cansino, S. (1990) “El determinismo en la modalidad de las representaciones de las relaciones de objeto” Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología UNAM
- CIE-10. (1996) “Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades” OMS. Madrid. Ed. Meditor
- Curiel, J. (1999) “Un tratamiento adecuado del trastorno límite de la personalidad” (En Red) Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm>

- Davison, G. (2000) "Psicología de la conducta anormal" México. Ed. Limusa Wiley
- Deutsch, H. (1968) "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia" Rev. De Psicoanálisis, 25.
- Díaz, J. (2001) "Test gestáltico visomotor de Laretta Bender" Programa de publicaciones de material didáctico. Facultad de Psicología UNAM.
- Díaz-Benjumea (2002) "Tratamientos psicoterapéuticos de pacientes con trastorno borderline de Personalidad en equipos de salud mental comunitarios". (En Red) Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm>
- Dicaprio, N. (1995). "Teorías de la personalidad". México, Ed. McGraw Hill.
- DSM-IV (1995) "Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales" American Psychiatric Association. Barcelona. Ed. Masson
- DSM-IV (2000) "Tratado de Psiquiatría" Tomo I The American Psychiatric Press Barcelona Ed. Masson
- Dupont, M. (2000) "Manual clínico de psicoterapia" México, Ed. JGH
- Erikson, E. (1994) "Un modo de ver las cosas" México, Ed. FCE
- Espina, A. (1987) "Estructura borderline, psicosis y feminidad" Madrid. Ed. Fundamentos
- Feixas, G. (1993) "Aproximaciones a la psicoterapia". Buenos Aires Ed. Paidos
- Fenichel, O. (1957) "Teoría psicoanalítica de las neurosis". Barcelona. Ed. Paidos
- Gabbard, G. (2002) "Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica" Argentina Ed. Panamericana
- Greeson, R. (1967) "Técnica y práctica del psicoanálisis" México. Ed. Siglo XXI
- Green, A. (1990) "De locuras privadas" Buenos Aires. Ed. Amorroutur
- Grinker, R. (1968) "The Borderline Syndrome" New York. Ed. Basic Books
- Guarner, E. (1978) "Psicopatología clínica y tratamiento analítico" México, Ed. Porrúa

- Gunderson, J. (2002) “Trastorno límite de la personalidad”. Barcelona. Ed. Psiquiatría Ars Medica
- Hernández-Sampieri (2002) “Metodología de la Investigación”. México. Ed. McGraw Hill, Interamericana
- Janet, P. (1991) “De la angustia al éxtasis”. Tomo I México. Ed. FCE
- Kernberg, O. (2003) “La gestión de las tormentas afectivas en la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline” (En red) Disponible en: www.aperturas.org/15kernbergtemario.html
- Kernberg, O. (1999) “Psychotherapy for Borderline Personality” Washington Ed. Jhon Wiley and sons
- Kernberg, O. (1989) “Psicoterapia psicodinámica del paciente límite” México. Ed. Planeta
- Kernberg, O. (1979) “Desordenes fronterizos y narcisismo patológico” Buenos Aires. Ed. Paidós
- Kernberg, O. (1979) “La teoría de las relaciones objétales y el psicoanálisis clínico” Buenos Aires. Ed. Paidós
- Kerlinger, F. (1975) “Investigación del comportamiento” México. Ed. Interamericana
- Kraepelin, E. (1996) “La demencia precoz” Buenos Aires. Ed. Polemos
- Laguna, L. (1995) “Aportaciones teóricas y técnicas de Otto Kernberg a la psicología clínica” Tesina de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1979) “Diccionario de Psicoanálisis” Barcelona. Ed. Labor
- Little, M (1981) “Transference neurosis and transference psychosis” New York. Ed. Aronson
- Linehan, M. (1993) “Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder” (En Red) Disponible en : www.aperturas.org/linehantemario.html
- Lucio, E. (2003) “Uso e interpretación del MMPI-2 en español”. México. Ed. Manual Moderno

- Lucio, E. (2001) "Taller sobre el manejo y la interpretación del MMPI" Programa de publicaciones de material didáctico. Facultad de Psicología UNAM.
- MacKinnon, R. (1973) "Psiquiatría clínica aplicada" México. Ed. Interamericana
- Mahler, M. (1972) "Simbiosis humana. Las vicisitudes de la individuación". México. Ed. Mortz
- Maleval, J. (1991) "Locuras histéricas y psicosis disociativas" Buenos Aires. Ed. Paidós
- Masterson, J. (1975) "Tratamiento del adolescente fronterizo" Buenos Aires. Ed. Paidós
- Meza, C. (1970) "El Colérico (Borderline)" México. Ed. Joaquin Mortiz
- Millon, T. (1998) "Trastornos de la personalidad". Barcelona Ed. Masson.
- Millon, T. (1974) "Psicopatología y personalidad" México. Ed. Interamericana
- Nasio, J. (1988) "La enseñanza de siete conceptos fundamentales en Psicoanálisis". Argentina Ed. Gedisa
- Olvera, G. (2004) "Rasgos de personalidad en madres maltratadoras y no maltratadoras a través de cuatro escalas del MMPI-2" Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM
- Ortega, E. (1998) "Proyectos de Investigación Empírica: Lineamientos Ejemplificados" México. UNAM. Facultad de Psicología. Folleto de Métodos y técnicas de investigación en Psicología Social II.
- Paz, C. (1976) "Estructuras y/o estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos" Vol. I y II Buenos Aires. Ed. Nueva Visión
- Paz, R. (1984). "Psicopatología. Sus fundamentos psicodinámicos". Buenos Aires Ed. Nueva Visión
- Rivera, O. (1987) "Interpretación clínica y psicodinámica del MMPI". México. Ed. Diana
- Rivera, O. (1987) "Integración de estudios psicológicos" México Ed. Diana
- Rubio, V. (1994) "Trastornos de la personalidad" Madrid. Ed. Síntesis.

- Sandler, J. (1993) “El paciente y el analista”. Argentina Ed. Paidós
- Sepúlveda, L. (2003) “Evaluación de pacientes con trastorno límite de personalidad a través de la Escala de Inteligencia Wechsler para adultos” Tesis de licenciatura. Escuela de Psicología. Universidad Salesiana
- Sierra, H. (1998) “Salud mental y fin de siglo” Conferencia dictada el 27/ 9/ 98 en la ciudad de Rafaela, Argentina.
- Silvio, E. (1985) “El paciente borderline” Barcelona. Ed. Científico Medica
- Schuller, A. (1992) “El síndrome borderline en la infancia: un estudio comparativo” Tesis de Maestría. Facultad de Psicología UNAM
- Trechera, J. (1996) “¿Qué es el narcisismo?” España. Ed. Desclée de Brouwer
- Villegas, E. (2001) “Escala de inteligencia Wechsler para adultos. WAIS” Programa de publicaciones de material didáctico. Facultad de Psicología UNAM
- Wesley et al. (1985) “MMPI Critical Item Characteristics of the DSM-III Borderline Personality Disorder” The journal of nervous and mental disease Vol.173 No.10 pag. 628-631.

ANEXO

Ficha de identificación

Motivo de ingreso

Padecimiento actual

Nota de evolución Psicológica

Test Gestáltico viso-motor de Laretta Bender

Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos

Test de la figura humana de Karen Machover

Test de frases incompletas de Josef Sacks

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

Ficha de identificación

Nombre: Nora

Edad: 30 años

Sexo: femenino

Lugar de nacimiento: Edo. de Puebla, Puebla

Lugar de residencia: Edo. de México Ciudad Nezahualcoyotl

Estado Civil: Unión libre

Escolaridad: Tercer semestre en ciencias de la comunicación

Ocupación: Escritora y pintora

Religión: Católica

Fecha de estudio: Enero de 2003

Motivo de ingreso

Ideas de muerte

Labilidad afectiva

Tristeza

Hipersomnia

Adinamia

Nota de ingreso

Se trata de paciente femenino de 30 años de edad, vive en unión libre se dedica al hogar y a vender algunas pinturas que ella misma realiza, acude a talleres de pintura, cursa su segundo internamiento en esta institución

Padecimiento actual

Se refiere que inicio hace aproximadamente unos diez años, presentando impulsividad, poca tolerancia a la frustración, así como síntomas de tristeza llanto fácil, labilidad emocional. Apareciendo de forma insidiosa con tendencia al empeoramiento y al deterioro. Mencionaba que era lesbiana y por consejo de una amiga decide ir a consulta psiquiátrica con manejo médico con regular mejoría, posteriormente se agregan alucinaciones auditivas, visuales, despersonalización, hipersomnia, hiporexia, irritabilidad con antecedentes de intento suicida a los 22 años, asistiendo al Instituto Nacional de Psiquiatría en donde en el año 2000 recibe atención y posteriormente en agosto de 2001 se valora y es referida a esta institución por ideas de muerte, minusvalía e intento suicida al consumir varias pastillas de clorazepan, ranitidina y paracetamol por lo que se procede a su hospitalización egresando por mejoría con diagnóstico de trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos más trastorno de inestabilidad emocional tipo límite. Es enviada a consulta externa y recibe apoyo terapéutico donde acude de manera regular. Refiere que hace unas tres semanas tras recordar un evento en el que ella fue víctima de abuso sexual se siente triste, lábil, sin ganas de hacer las cosas, con ansiedad, comienza nuevamente a escuchar sonidos, se irrita fácilmente, controla pobremente sus impulsos, comienza con ideas de muerte, minusvalía, y tras reconocer impulsividad y temor de realizar alguna auto agresión acude a este hospital y pide su hospitalización.

Antecedentes de importancia

Proviene de familia disfuncional, el padre al parecer involucrado en fraudes, niega antecedentes psiquiátricos y a decir de la paciente la trato de meter a la cárcel tras escuchar

el rumor de que había abortado. Es producto de la gesta 1 de 3. Personalidad previa (fuente: pareja actual) manejable, poca tolerancia a la frustración, irritable, gustaba de ir a los panteones para jugar y leer “ella era extraña y autentica, se vestía con sacos y botas de hombre, siempre leía otros libros que no eran los de la escuela, era rebelde, a lo mejor caprichuda, siempre iba a los panteones a jugar y a leer, siempre fue extraña pero siempre ella misma...” sic. pareja. Estudios: Estudio la carrera de Ciencias de la comunicación hasta el tercer semestre. Laboral: Se menciona varios empleos que van desde mostradora, edecán, modelo, maestra de kinder, actualmente se dedica al hogar, pinta y vende estas pinturas, además de escribir poesía la cual espera que se le publique. Sexual: Refiere abuso sexual por parte de 2 amigos a la edad de 14 años y otro a los 15 años cometido por un novio, contrajo matrimonio pero no funciona y se separo con un hijo, el cual en este momento tiene nueve años, actualmente vive en unión libre, comenta que en varias ocasiones ha sido acosada sexualmente en los trabajos y tiene que salir de ellos por esta situación.

Examen mental

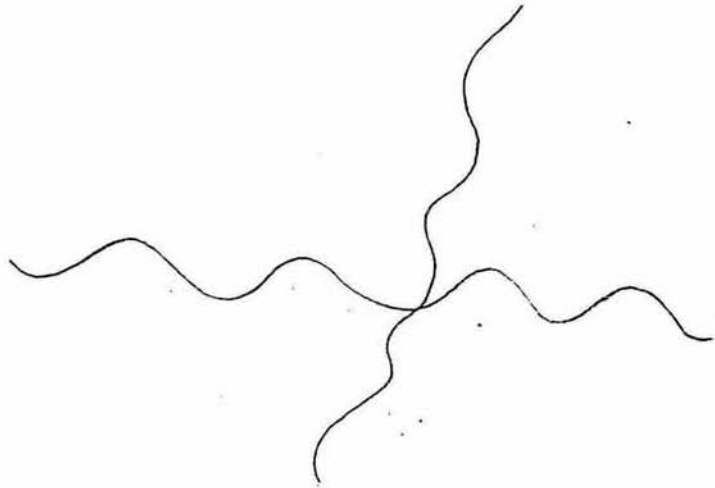
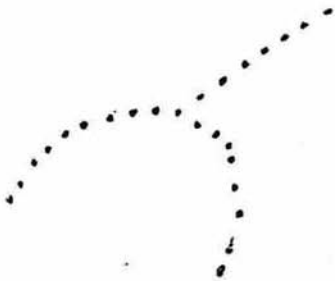
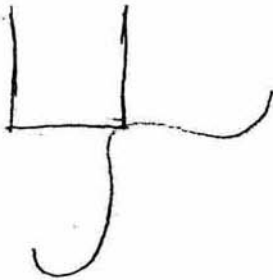
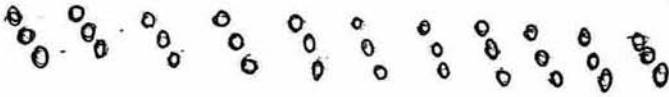
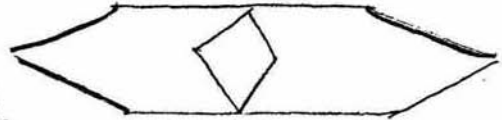
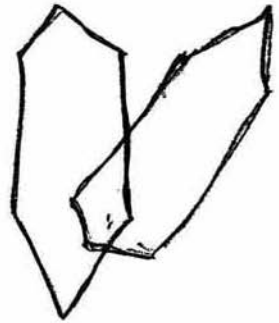
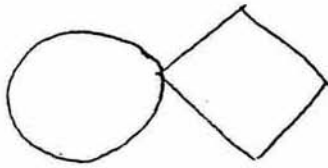
Paciente femenina de edad igual aparente a la referida, viste ropas de hospital, regulares condiciones de higiene y aliño. Esta alerta, orientada globalmente, cooperadora a la entrevista, se muestra lúbil, su discurso es emitido en velocidad y volumen adecuado, coherente, congruente, llega a metas. Dentro del contenido del pensamiento manifiesta “Yo no lo había hablado antes, ni siquiera en mi primer internamiento, pero a mí me violaron cuando tenía 14 años, fueron dos amigos que me invitaron a una fiesta y se pusieron a ver películas pornográficas, estaban sentados a mi lado cada uno, estaban tomando, no me acuerdo que me paso pero cuando me di cuenta estaba acostada con las medias abajo, habían abusado de mí..... en otra ocasión a los 15 años mi novio me hizo tener relaciones sexuales a la fuerza y hacía que yo le firmara un papel en donde decía que todo lo que yo hacía era voluntario, me tenía amenazada y esto no lo hable con la doctora Virgen, pero me empecé a sentir mal y me recomendó que me internara, además de que ya pensaba en matarme, estaba en mi casa y ya no me daban ganas de salir de la cama y de hacer las cosas, luego me enojo más fácilmente, me irritó, salía a la calle y golpeaba a los carros y les rompía los vidrios y los focos de tanto coraje, fueron como arranques que me daban y por eso decide internarme, empezaba a escuchar voces y me sentía muy nerviosa.....” sic. pac. “Las voces son de mujer que me insultan, y dicen que me mate, que no valgo nada.....” sic. pac. Menciona ideas de muerte sin planeación en este momento. “Estoy cansada de llevar la muerte cargando, desde que era niña me gustaba estar en los panteones por que ahí todo es más tranquilo...” sic. pac. Niega ideas suicidas “No me voy a matar yo, yo sé que no me mataría, voy a esperar la muerte hasta que tenga que llegar, yo no puedo pensar en suicidarme, pensar en marcar mi cuerpo con un disparo a una marca de cuerda o navajas no lo soportaría, para mí, mi cuerpo es sagrado, yo prefería morir envenenada o por un accidente, pero que este no me marque el cuerpo, ya le he dicho a mi pareja que el me mate, que me envenene o me asfixie, yo le dejo una nota donde no lo haga responsable de nada, pero el no quiere dice que estoy loca y se molesta conmigo....” sic. pac.

Idx Trastorno depresivo recurrente grave con síntomas psicóticos más estructura límite de la personalidad de tipo impulsivo.

Nota de evolución psicológica

Se trata de N, paciente de 30 años de edad igual aparente a la referida, que acude a la entrevista en una actitud accesible y cooperadora, se le nota triste, llorando todo el tiempo, refiere que se siente muy mal "No tengo ganas de nada, no tengo ganas de regresar a mi casa no extraño a nadie ni a mi hijo y no sé si eso este mal, a lo mejor soy mala madre, no sé lo que voy hacer cuando salga de aquí, no tengo ganas de vivir, siento que no hay un lugar en el mundo para mi, no entiendo porque me han pasado tantas cosas si yo no le hago mal a nadie..." sic. pac. Presenta ideas de muerte "Me imagino que estoy muerta y veo como sería mi funeral, veo a mis familiares al rededor de mi féretro, me imagino como sería la vida de todos si yo estuviera muerta, he tratado de suicidarme varias veces y ninguna me ha salido, no se porque, a lo mejor es que no tengo el valor suficiente para hacerlo..." sic. pac. En este momento refiere sentirse muy cansada y se queja de no poder dormir, comenta también sobre la mala relación que tiene con su padre y de las vivencias que vivió, diciendo que no puede creer que todo esto le haya pasado a ella "Me siento triste a pesar de que cuento con el apoyo de mi pareja, siento que nada me importa, lo único que me mantiene viva es mi hijo, pero como que él ya no me necesita, mi esposo es un ángel me comprende y me apoya, pero no lo amo, el me entiende, sabe que no puedo tener relaciones sexuales con él por lo de mi violación y el lo entiende, aunque a veces se enoja..... yo le he dicho que si quiere puede tener otra compañera sexual nada más que se cuide, pero no me entiende y se molesta conmigo....." sic. pac. En el contenido del pensamiento predominan las ideas de tristeza, minusvalía, desesperanza y de muerte aunque niega de momento ideas suicidas. Su capacidad de juicio heterocrítico se encuentra disminuido aunque dentro del contexto de la realidad compartida, aunque ella misma refiere que en su primer internamiento estuvo psicótica "Veía sangre saliendo del closet, me asustaba mucho..... también escuchaba a los libros que se acomodaban solos sin que nadie los moviera, una vez cuando tenía 14 años, estaba en una iglesia y algo me hacia mirar aun santo que estaba ahí, era San José, le empezaron a salir lágrimas de sus ojos, y la ropa que traía se le empezó a mojar, por eso ahora pienso que esas son las lagrimas que me han maldecido para toda mi vida, por eso ahora lloro mucho..... cuando estaba dormida escuchaba como gritos de alguien que estaba desesperado... antes de venir aquí siempre soñaba con que yo iba a dar a luz al primogénito de Dios, no se lo he dicho a nadie pero me siento bendecida y tocada por él....." sic. pac. En el servicio pasa la mayor parte del tiempo recostada en su cama, interactúa con las demás pacientes, se ha integrado a los grupos organizados por Psicología en los cuales no se refleja su estado de ánimo, notándose tranquila, a veces contenta y dinámica. Presenta un juicio disminuido aparentemente acorde a la realidad compartida con ligera conciencia de enfermedad mental "Yo sé que estoy enferma de la Depresión y confío en ustedes para curarme..... aunque a veces no sé, pienso que soy de otra época que esta no me corresponde, como si yo hubiera encarnado y mi verdadero Yo estuviera en la época de la Revolución, a veces siento que no soy yo, me siento extraña a mí, como si fuera otra y este cuerpo no me perteneciera, por eso no puedo terminar los cuadros que pinto, por que trato de sacar algo de mí en ellos, pero no encuentro nada, es como un fondo y siento que voy a caer al vacío..... y no sé si esto se controle con el medicamento....." sic. pac.

Dx de egreso Episodio depresivo mayor grave con síntomas psicóticos en remisión mas estructura limite de la personalidad



WAIS

Español

NOMBRE N.

Fecha de nacimiento 9 Ene 73 Edad 30 Sexo F. Estado civil U.Li

Nacionalidad Mexicana Examinador _____

Escala de Inteligencia para Adultos

Sitio de examen H.P.F.A. Fecha Ene 03

Ocupación _____

Escritora

Educación _____

Bachillerato

PUNTUACIONES EQUIVALENTES												
Puntuación normalizada	Puntuación natural											Puntuación normalizada
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Retención de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras Incompletas	Diseño con cubos	Ordenación de dibujos	Composición de objetos	
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36		18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68		42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	25-27	34-35	11
10												10
9	13-14	15-16	10	11-12		32-39	47-51	12-13	24-26	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO		
SUBESCALA	Puntuación natural	Puntuación normalizada
Información	19	12
Comprensión	18	10
Aritmética	10	9
Semejanzas	14	10
Retención de dígitos	10	9
Vocabulario	46	10
Puntuación Verbal		60
Claves	53	10
Figuras incompletas	18	13
Diseño con cubos	28	9
Ordenación de dibujos	28	12
Composición de objetos	36	12
Puntuación de Ejecución		56
Puntuación Total		116

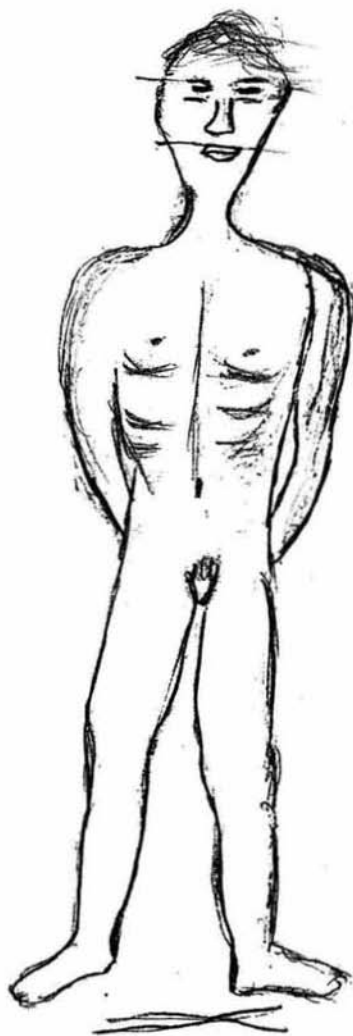
Puntuación Verbal	<u>60</u>	CI	<u>99</u>
Normal Promedio			
Puntuación de Ejecución	<u>56</u>	CI	<u>108</u>
Normal Promedio			
Puntuación Total	<u>116</u>	CI	<u>103</u>

Dx. Inteligencia Normal Promed

①



②



Frases Incompletas de Sacks (Adultos)

Nombre: Nora

Fecha de nacimiento: 9 de Enero de 1973

Escolaridad: Tercer semestre en comunicaciones

Edad: 30 años

Estado Civil: Unión libre

Ocupación: Escritora y pintora

Actitud frente al padre

1. Creo que mi padre pocas veces *me entiende*
16. Sí mi padre fuera *diferente*
31. Quisiera que mi padre *se muera*
46. Pienso que mi padre *es estúpido y mediocre*

Actitud frente a la madre

14. Mi madre *es sumisa*
29. Mi madre y yo *sufrimos*
44. Creo que la mayoría de las madres *sufren*
59. Quiero a mi madre, pero *me duele que no me haya comprendido*

Actitud frente a la unidad familiar

12. Comparada con la mayoría de las familias, la mía *es intelectual*
27. Mi familia me trata como *mamá, pareja y amiga*
42. La mayoría de las familias que conozco *son disfuncionales*
57. Cuando era niño, mi familia *se aferraba a unirnos*

Actitud frente a los hombres/ mujeres y la propia identidad psicosexual

10. Para mí el hombre perfecto *no existe*
25. Creo que la mayoría de las muchachas *son superficiales*
40. Creo que la mayoría de los hombres *son bestias sexuales*
55. Lo que menos me gusta de los hombres *es el acoso*

Actitud frente a las relaciones heterosexuales

11. Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos *me he preguntado porque yo no estoy como ellos así de enamorada*
26. Para mí el matrimonio *es un error*
41. Si yo tuviera relaciones sexuales *no me agrado*
56. Mi vida sexual *pasiva*

Actitud frente a los temores

- 7. Yo sé que es una tontería, pero tengo miedo de *seguir*
- 22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de *no, no tengo miedo*
- 37. Me gustaría perder el miedo a *las mariposas, odio las mariposas por su perfección*
- 52. A veces mis temores me impulsan a *pintar*

Actitud frente a los sentimientos de culpa

- 15. Haría cualquier cosa por olvidar la vez que *nací*
- 30. Mi peor equivocación fue *casarme*
- 45. Cuando era pequeño me sentía culpable de *que mis papás se pelearan por mi culpa*
- 60. La peor cosa que he hecho es *casarme con Alejandro*

Actitud frente al pasado

- 9. Cuando yo era niña *lloraba*
- 24. Antes que tuviera doce años *sufría mucho*
- 39. Si fuera niño otra vez *disfrutaría mi juventud y estudiaría*
- 54. El recuerdo más vivo de mi niñez *tenía como 8 años y yo ofrecía flores en una Iglesia y un borracho entro y empezó a tirar de tiros, rompió todo, hizo un desastre, se imagina... y la vez que vi llorar a San José.*

Actitud frente al futuro

- 5. El futuro me parece *agobiante*
- 20. Más adelante yo quiero *tranquilidad en la muerte*
- 35. Algún día yo *moriré*
- 50. Cuando sea mayor de edad *no lo sé*

Actitud frente a los superiores

6. Mis superiores *no tengo*
21. En la escuela mis maestros *me expulsaron de la prepa era muy problemática y extravagante*
36. Cuando veo venir a mis maestros, *siento desprecio, no nos llevamos bien*
51. Las personas que yo creo mis superiores *no tengo*

Actitud frente a los subordinados

4. Si yo estuviera al mando *lo cuido*
19. Las personas que trabajan bajo mis ordenes *he sido comprensiva*
34. La gente que trabaja para *mí perfección, les exigiría perfección*
49. Cuando doy ordenes a otras personas *me siento bien*

Actitud frente a los amigos y conocidos

8. Pienso que un verdadero amigo *me le poesía*
23. No me gusta la gente *hipócrita, inhumana y vanidosa*
38. La gente que me cae mejor *sensible*
53. Cuando no estoy presente, mis amigos *se preocupan por mí.*

Actitud frente a los colegas en el trabajo / escuela

13. En el trabajo yo *compartimos las técnicas pero a veces yo soy muy terca, no me gusta que me ordenen*
28. Mis compañeros con quienes trabajo son *es mi esposo, es sencillo y trabajador*
43. Me gustaría estudiar con personas que *se dediquen al arte*
58. Mis compañeros *dicen que hago las cosas como se me da la gana, que no escucho*

Actitud frente a las propias capacidades

2. Cuando la suerte esta en mi contra *nunca tengo suerte*
17. Creo que tengo habilidad para *escribir*
32. Mi defecto más grande es *Rembrant*
47. Cuando las circunstancias son adversas *soy fuerte*

Actitud frente a las metas

3. Siempre he deseado *morirme*
18. Sería completamente feliz *si no existe la felicidad*
33. Mi ambición secreta en la vida *ser doctora*
48. Lo que más deseo en la vida *es tranquilidad*

Ficha de identificación

Nombre: Sara

Edad: 35 años

Sexo: femenino

Lugar de nacimiento: México D.F.

Lugar de residencia: México D.F.

Estado Civil: Separada

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Hogar

Religión: Católica

Fecha de estudio: Noviembre de 2002

Motivo de ingreso

Irritabilidad

Ideas de muerte y suicidas

Astenia

Adinamia

Nota de ingreso

“Empecé a analizar cosas que no eran normales con mi conducta y estado físico... a veces me empezaba a doler la cabeza, a nublarse la vista, a sentirme débil, me daba por llorar, por no dormir, por estar irritable y sentía incapacidad de hacer las cosas...” sic. pac.

Padecimiento actual

Refiere inicio aproximadamente a los 8 años de edad, sin factor desencadenante aparente, presentando insomnio, angustias, irritabilidad y también problemas somáticos como neurodermatitis y asma bronquial que se agudizaban cuando más irritable o angustiada se sentía “Me sentía muy desesperada, la gente me desesperaba... no dormía bien... no quería comer... estaba baja de peso... vomitaba...” sic. pac. Igualmente presentaba Deja vu, alucinaciones olfatorias y en una ocasión a los 7 años, algo que define como “ausencia”, cuando cruzó la calle sin saber lo que hacía y fue atropellada por un automóvil, sin consecuencias. Igualmente desde los 12 años sufre de insomnio por periodos no especificados; refiere que al estar en su cuarto a oscuras, alrededor de los 12 años, veía arañas, triángulos, a su abuela queriendo atacarla, que fue sonámbula durante un año y que era muy agresiva, se la pasaba sola y refiere no convivir ni con sus familiares ni con sus amigas. Refiere que a los 13 años aventó un perrito de la azotea y noto “ni a los animales aguantaba...” sic. pac. La paciente cursa sus estudios de secundaria y de preparatoria sin problemas referidos y a los 18 años se decidió por iniciar la vida laboral en vez de entrar al Opus Dei como su abuela quería. En 1996, posterior a la muerte de su abuela, comienza con tristeza, llanto fácil, hiperfagia, incremento de 20 Kg de peso, descuido del aseo personal, abandonando su empleo por un año, refiere pensamiento lentificado y se exacerba la neurodermatitis y el asma bronquial; acude a un psiquiatra particular con poca mejoría. La paciente inicia control en este hospital en 1999 en consulta externa, donde se realizó el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional tipo límite a descartar crisis parciales complejas; se tomó EEG y mapeo cerebral en Octubre de 1999, reportados como normales. Su seguimiento en CE fue difícil por el pobre apego terapéutico, se le describió entonces siempre muy insistente en que se le explicara su padecimiento, llegando tarde a consulta y

Examen mental

Paciente femenina de 35 años de edad igual aparente a la cronológica referida, integra bien conformada, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, alerta, orientada globalmente, actitud poco cooperadora, reticente, pensamiento coherente, incongruente, ideas de muerte "si me van a ingresar no me quiero morir, pero al estar en mi casa tengo miedo de matarme porque no aguanto mi enfermedad bipolar..." sic. pac. Niega ideas delirantes y de suicidio. Lenguaje de velocidad y volumen adecuados, afecto triste, atención y comprensión mantenidas. Niega alteraciones de la sensopercepción y no las aparenta en este momento. Juicio disminuido aparentemente acorde a la realidad compartida. Psicomotricidad disminuida. Ligera conciencia de enfermedad mental y pobre proyección a futuro.

Idx. Crisis complejas

Nota de evolución psicológica

Se trata de S, paciente de 35 años de edad igual aparente a la cronológica referida, que asiste a entrevista psicológica en aceptables condiciones de higiene y aliño. Cooperadora y accesible, se le encuentra orientada en persona, tiempo y lugar, parcialmente en circunstancias. En el contenido del pensamiento refiere ideas de tristeza y minusvalía respecto a su situación con su marido "Mi marido me dijo que ya estaba harto de mí y que no quería que yo siguiera tomando medicinas, que no quería tener ningún trato conmigo... no sé que hacer me preocupan mis hijas, por que no sé como estarán, los extraño mucho a los tres, no vivo con mi esposo pero si mantengo relaciones sexuales con él..." sic. pac. Comenta la presencia de alteraciones sensoperceptivas "Me pasa muy seguido, siento que ya conozco los lugares que visito... me llegan olores penetrantes, como putrefactos... las cosas a veces se mueven como que cambian de forma... siento como hormigueos en mi cuerpo..." sic. pac. Comenta sobre su relación con su padre, del que tiene muy buenos recuerdos; comenta que su abuela siempre fue muy cariñosa y su madre la proveedora "la considero como mi padre..." sic. pac. Comenta que tiene problemas para dormir, además de que el día Domingo al estar platicando con sus amigas "sentí la crisis, como que me alejaba y no podía hablar, por más que intentaba no podía hablar..." sic. pac. A decir de la paciente fuera de eso se siente bien "Ya no me preocupan mis hijas, su papá las esta cuidando..." sic. pac. Presenta afecto indiferente y nos pregunta de que "si ya sabemos lo que tiene", al decirle que pudiera ser algo psicológico y no neurológico, pregunta "¿pero si es una enfermedad mental voy a necesitar medicamentos?..." sic. pac. Niega ideas suicidas en este momento, presenta un juicio disminuido dentro del contexto de la realidad compartida. Posterior a esta entrevista se encuentra por la mañana a la paciente presentando un cuadro caracterizado por rigidez del maxilar inferior, mirada fija, recostada en su cama, sin respuesta a estímulos verbales, manos flácidas, pero al dejarla caer en su cuerpo evita ser golpeada, pupilas simétricas con respuesta parcial a la luz, no hay reflejo de Babinski, por lo que se le lleva a tomar un EEG, el cual es reportado como normal a pesar de que la paciente continuaba desorientada y sin responder a estímulos verbales. Pasada una hora, la paciente se encuentra tranquila, relacionándose con sus compañeras, preguntando "¿Entonces no salió nada, podría ser algo emocional?..." sic. pac. Se le explica que podrían ser factores psicológicos los que producen el cuadro, solicita entonces que no se le vaya a dejar internada por mucho tiempo, pero sin mostrarse preocupada por lo sucedido.

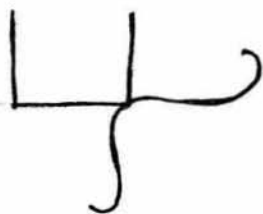
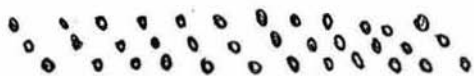
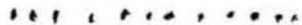
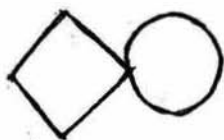
con muchas más visitas a urgencias que a sus citas programadas. Comienza manejo en el INP, donde se le realizaron tomografías y resonancia magnética de cráneo normales, EEG en varias ocasiones también normales. Es referida de nuevo a este hospital en Octubre de 2001 con Dx de trastorno afectivo en estudio, más trastorno de inestabilidad emocional tipo límite. A su llegada a piso se le describe con actitud hostil y que luego termino siendo bromista, desinhibida y con risas a carcajadas. Refirió inicialmente sintomatología del lóbulo temporal, luego agrego que también tenía trastornos del ánimo, y describe episodios maníacos intercalados con periodos depresivos. Termino refiriéndose a sí misma como un trastorno de personalidad tipo límite “Yo sé que soy cambiante, ambivalente, me siento sola vacía, soy impulsiva... me voy a comprar el libro de Juan Ramón De la Fuente porque a mí me gusta mucho leer... me hicieron enojar en neurología cuando después de seis años me dijeron que no tenía epilepsia...” sic. pac. Los familiares refieren que consideran que la paciente quiso hospitalizarse porque iba a firmar su divorcio en los días siguientes. Egreso por alta voluntaria dos días después, enojada por una discusión con el personal de enfermería, pues se negó a bañarse sin tomar antes sus medicamentos, ya que refirió tener miedo de presentar una crisis convulsiva. Permaneció sin acudir a este hospital, siendo atendida en el INP y en Octubre de 2002 nuevamente es enviada a este hospital con un cuadro de un mes de evolución, caracterizado por tristeza, astenia y adinamia “Hasta en un día puede variar su estado de ánimo...” sic. familiar, 15 días antes de su ingreso, posterior a una discusión con el padre de sus hijas, presenta agudización de la tristeza, anhedonia, llanto fácil. Irritabilidad, hiperfagia, insomnio y dos días antes presento intento suicida, ingiriendo tabletas de clonazepam; se le llevó al hospital general y se le realizó lavado gástrico, de ahí es referida a este hospital. Permaneció por tres días en servicio especial, en las notas es referida como demandante de atención, de que se le explique su tratamiento, irritable, amenazando con irse de alta voluntaria. Sube a piso

Antecedentes de importancia

Abuelos finados no se refiere enfermedades psiquiátricas, Abuela materna fallecida hace seis años por complicaciones de diabetes mellitus. Padre de 67 años, ortopedista, madre de 55, portadora de linfoma. Cuatro hermanos, uno de ellos con crisis convulsivas tónico-clónicas. Los padres nunca vivieron juntos, por lo que la paciente se hace cargo de sus dos hermanos, presentando mayor apego a su abuela materna. Académico: inicia a los seis años, concluyendo hasta el bachillerato con buen aprovechamiento. Abandona los estudios por iniciar vida laboral a los 18 años. Se refiere que la abuela deseaba que la paciente se fuera a un internado del Opus Dei, fue un gran conflicto cuando decidió tomar la opción laboral. Sexual: Inicia vida sexual a los 20 años, ha tenido solo una pareja, se casa a los 21 años procrea dos hijas. Refiere que platicando con sus amigas se dio cuenta de que nunca había tenido un orgasmo, pero aún así disfrutaba las relaciones; esta separada de su esposo pero siguen teniendo vida sexual ocasionalmente. Ha tenido un acercamiento con otra persona, estando casada y separada pero la relación no prosperó porque ella se sentía muy culpable.

Por último pide que se le explique lo que sucedió “Entonces Dr. Explíqueme si mi problema no es epilepsia, sino crisis conversivas provocadas por algo mental, ¿qué es lo que me ha pasado desde pequeña?, en una época fui asmática, también fui anoréxica, después engorde mucho, en mi adolescencia me sentía muy cansada y me dolía la cabeza... desde que mi suegra se fue me puse muy mal, tuve que dejar de trabajar, tenía dinero, pero me regresaron estos problemas y ya no pude trabajar... si, ya le dije que no vivo con mi esposo, pero si mantengo relaciones sexuales con él, son buenas, nunca he tenido un orgasmo, pero las he disfrutado...” sic. pac. Refiere sentirse preocupada porque le pueda dar una “crisis” cuando sea dada de alta, pues cuando le quiten la carbamazepina se puede poner mal, se le explica que ya tiene días sin tomar este medicamento, se muestra indiferente y empieza a hablar sobre los servicios de la hospitalización.

Dx egreso Crisis disociativas más trastorno de inestabilidad emocional de tipo límite





WAIS

Español

NOMBRE S.
 Fecha de nacimiento 1 Feb 67 Edad 35 Sexo Fem Estado civil Sepe
 Nacionalidad Mexicana Día Mes Año Examinador _____
 Sitio de examen H.P.F.A. Fecha Oct. 02
 Ocupación Ninguna Educación Bachillerato

Escala de Inteligencia para Adultos

Sitio de examen H.P.F.A.

Fecha Oct. 02

Ocupación Ninguna

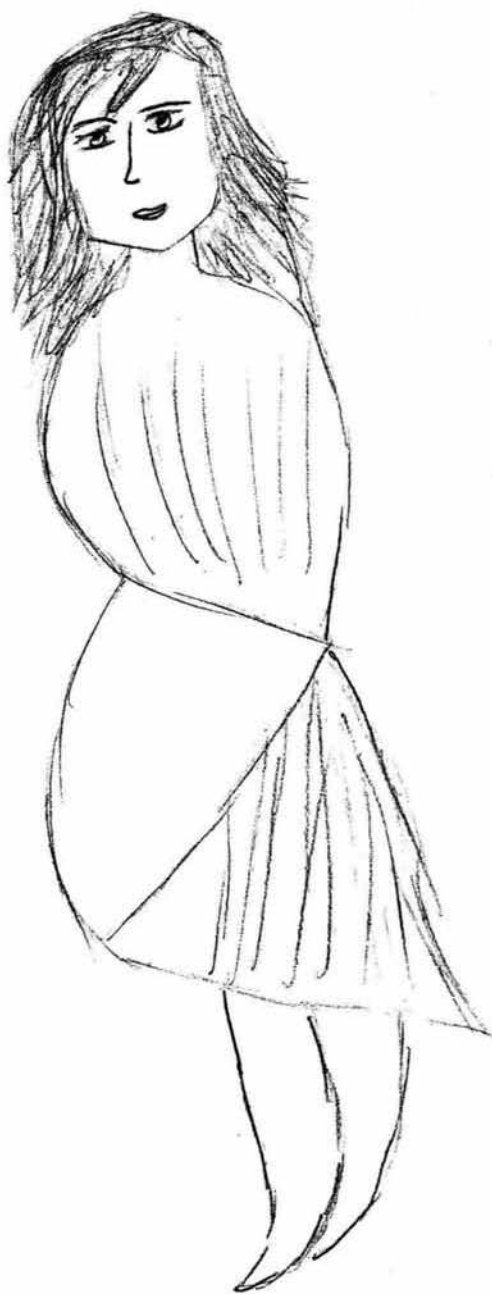
Ninguna

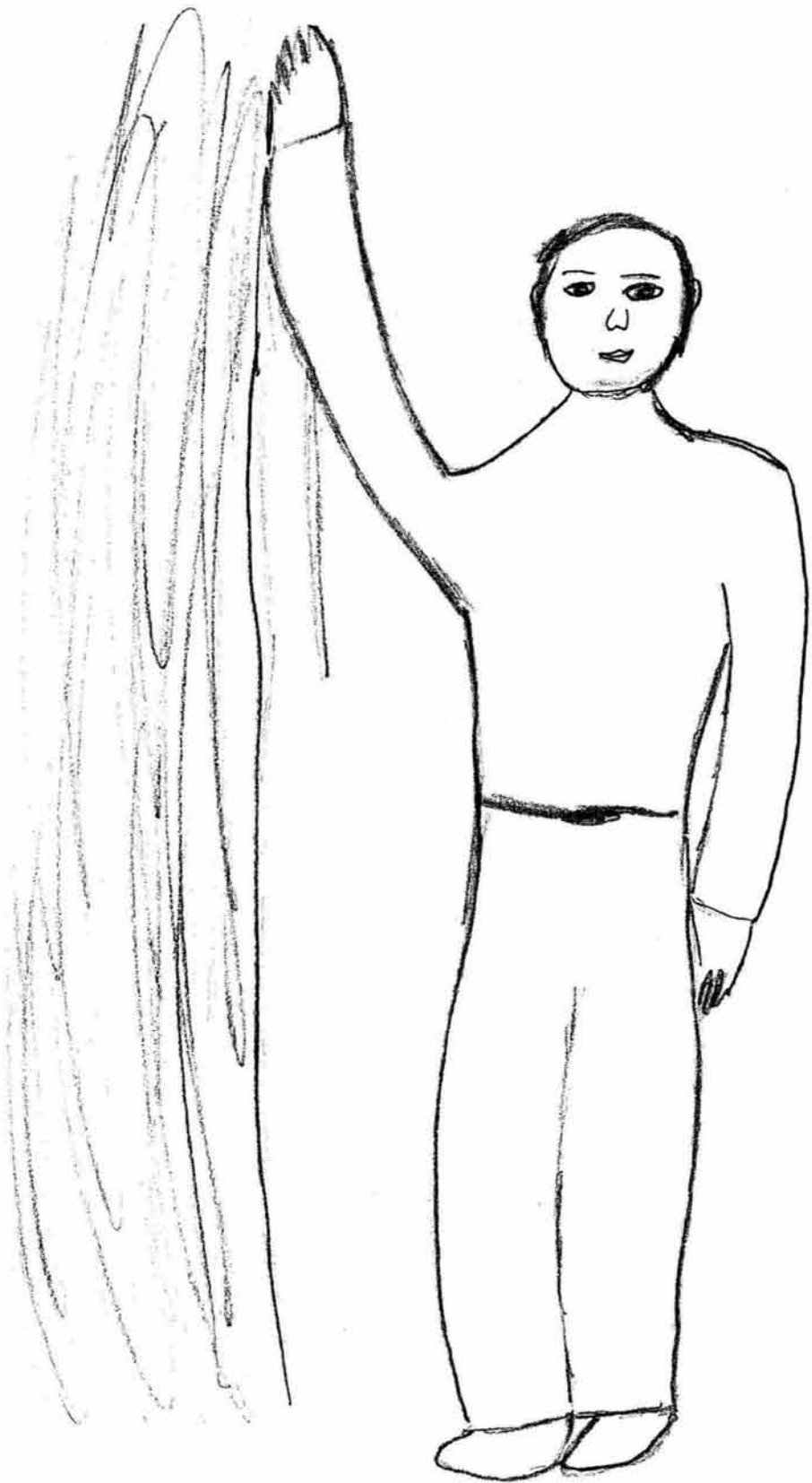
Educación Bachillerato

Bachillerato

PUNTUACIONES EQUIVALENTES												
Puntuación normalizada	Puntuación natural										Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Similitudes	Retención de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseño con cubos	Ordenación de dibujos		Composición de objetos
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25 18		24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24 17		23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23 16		22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22 15		21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21 14		19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20 13		17-18	13	55-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19 12		15	12	51-54	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10												10
9	13-14	15 10		11-12	10	32-39	47-51	14	30	20-22	28-30	9
8	11-12	14		9-10		26-31	41-46	10-11	25-28	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13		7-8		22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11		5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12		6
5	5-6	8-9		4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7		3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5		3	2	10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4		2	1	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3		1		4-5	8	12	1	2	3-4	1
0	0	0-2		0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO		
SUBESCALA	Puntuación natural	Puntuación normalizada
Información	20	12
Comprensión	17	10
Aritmética	7	7
Similitudes	18	12
Retención de dígitos	9	7
Vocabulario	57	12
Puntuación Verbal		60
Claves	44	8
Figuras incompletas	12	9
Diseño con cubos	30	9
Ordenación de dibujos	12	6
Composición de objetos	20	6
Puntuación de Ejecución		38
Puntuación Total		98
Puntuación Verbal Normal Promedio <u>60</u> Ci <u>100</u>		
Puntuación de Ejecución Subnormal <u>38</u> Ci <u>89</u>		
Puntuación Total <u>98</u> Ci <u>95</u>		
Dx <u>Inteligencia Normal Promedio</u>		





Frases Incompletas de Sacks (Adultos)

Nombre: Sara
Fecha de nacimiento: 1 de febrero de 1967
Escolaridad: Preparatoria

Edad: 35 años
Estado Civil: Separada
Ocupación: Hogar, antes vendedora
de bienes raíces

Actitud frente al padre

1. Creo que mi padre pocas veces *fue duro de corazón*
16. Si mi padre fuera *menos miedoso y con más valor*
31. Quisiera que mi padre *muera tranquilo*
46. Pienso que mi padre *es un hombre con muchos valores, pero que le faltó ver un poco hacia el futuro*

Actitud frente a la madre

14. Mi madre *sin querer me ha hecho daño, pero me ha dado lo mejor de ella*
29. Mi madre y yo *nos parecemos mucho, pero ella es más fuerte*
44. Creo que la mayoría de las madres *quieren ser felices*
59. Quiero a mi madre, *pero no quiero que me cuente tantos problemas porque no sabe que no soy tan fuerte como ella y no los aguanto*

Actitud frente a la unidad familiar

12. Comparada con la mayoría de las familias, la mía *muy liberal, muy insegura, no les gusta la disciplina, es muy generosa y amigable*
27. Mi familia me trata *como mucho respeto*
42. La mayoría de las familias que conozco *se preocupan unos por otros aunque no son perfectos*
57. Cuando era niño, mi familia *me creía que era la mamá de la familia*

Actitud frente a los hombres/ mujeres y la propia identidad psicosexual

10. Para mí el hombre perfecto es *alegre, inteligente, sensible, trabajador y expresivo*
25. Creo que la mayoría de las muchachas *son inteligentes, les gusta divertirse y quieren que las comprendan y las respeten*
40. Creo que la mayoría de los hombres *necesitan afecto y sentirse realizados con algo porque no son muy competitivos*
55. Lo que menos me gusta de los hombres *es que quieran tratar a las mujeres como si fueran inferiores a ellos*

Actitud frente a las relaciones heterosexuales

- 11. Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos *pienso que es lo más bonito que hay*
- 26. Para mí el matrimonio *es el estado perfecto para el ser humano*
- 41. Si yo tuviera relaciones sexuales *me gustaría que no se acabarían*
- 56. Mi vida sexual *es buena, aunque me gustaría que fuera más cariñosa y afectiva*

Actitud frente a los superiores

- 6. Mis superiores *algunos me inspiran respeto*
- 21. En la escuela mis maestros *algunos me dejaron cosas muy buenas, otros me eran indiferentes*
- 36. Cuando veo venir a mi jefe *algunos me interesan*
- 51. Las personas que yo creo mis superiores *algunos son respetables*

Actitud frente a los subordinados

- 4. Si yo estuviera al mando *observaría de que estoy encargada*
- 19. Las personas que trabajan bajo mis ordenes *se divertiría mucho*
- 34. La gente que trabaja para mí *debe de ser ella misma y la trataría con respeto*
- 49. Cuando doy ordenes a otras personas *soy muy sutil, pero muy dominante a la vez*

Actitud frente a los amigos y conocidos

- 8. Pienso que un verdadero amigo *te da todo sin esperar nada a cambio y de acepta tal como eres*
- 23. No me gusta la gente *es hiriente y egoísta*
- 38. La gente que me cae mejor *con sentido del humor, que no sean aburridas, que cambien de conversaciones y no nada más hablen de sus problemas, que sepan ver las cosas bonitas de la vida*
- 53. Cuando no estoy presente, mis amigos *me extrañan, eso dicen*

Actitud frente a los colegas en el trabajo / escuela

- 13. En el trabajo yo *me llevo bien con todos*
- 28. Mis compañeros con quienes trabajo *son muy honestas*
- 43. Me gustaría trabajar con personas que *sepan negociar, que no sean cerradas*
- 58. Mis compañeros *dicen que hago bien las cosas*

Actitud frente a las propias capacidades

- 2. Cuando la suerte esta en mi *contra me desespero*
- 17. Creo que tengo habilidad *para entender a la gente, pintar, y vender cosas, para escuchar y comprender a la gente*
- 32. Mi defecto más grande es *las emociones*
- 47. Cuando las circunstancias son adversas a *veces tengo paciencia, hasta donde puedo*

Actitud frente a las metas

- 3. Siempre he deseado *que me respeten*
- 18. Sería completamente feliz *si no perdiera a la gente que quiero*
- 33. Mi ambición secreta en la vida *poder conocer más del ser humano*
- 48. Lo que más deseo en la vida *saber disfrutar lo que tengo*

Actitud frente a los temores

- 7. Yo sé que es una tontería, pero tengo miedo *de perder mis sueños*
- 22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo *de que me dejen de querer*
- 37. Me gustaría perder el miedo *a no depender de la gente*
- 52. A veces mis temores me impulsan *a llorar, a desesperarme*

Actitud frente a los sentimientos de culpa

- 15. Haría cualquier cosa por olvidar la vez *que empecé con esta enfermedad*
- 30. Mi peor equivocación *fue no haber escogido más forma de ser para escoger pareja*
- 45. Cuando era pequeño me sentía culpable *de que a veces me caía gorda mi mamá y le contestaba feo porque me irritaba*
- 60. La peor cosa que he hecho es *matar a un perro*

Actitud frente al pasado

- 9. Cuando yo era niña *me sentía como atada*
- 24. Antes que tuviera doce años *hice muchas cosas que me dieron satisfacción*
- 39. Si fuera niña otra vez *volvería a ser lo que fui*
- 54. El recuerdo más vivo de mi niñez *la convivencia con mi papá*

Actitud frente al futuro

- 5. El futuro me parece *que no existe*
- 20. Más adelante yo quiero *estar bien de salud*
- 35. Algún día yo voy *a aprender a ser independiente*
- 50. Cuando sea mayor de edad *voy a comprender muchas cosas que ahora no comprendo*

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

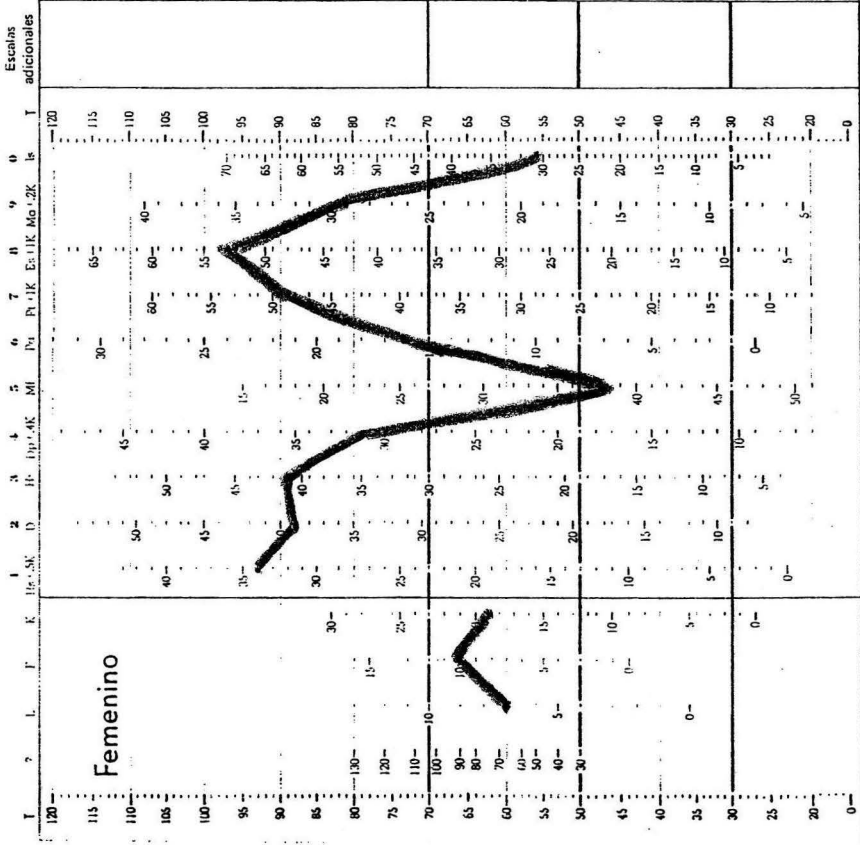
Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

Nombre S. (letra de molde)
 Dirección _____
 Fecha de aplicación Oct. 02
 Ocupación Ninguna
 Años escolares o estudios cumplidos Bachillerato
 Estado Civil Separada Edad 35 heterizado por _____

NOTAS

Fraciones K	1	2	3	4	5
30	15	12	6	6	
29	15	12	6	6	
28	14	11	6	6	
27	14	11	5	5	
26	13	10	5	5	
25	13	10	5	5	
24	12	10	5	5	
23	12	9	5	5	
22	11	9	4	4	
21	11	8	4	4	
20	10	8	4	4	
18	9	7	4	4	
17	9	7	3	3	
16	8	6	3	3	
15	8	6	3	3	
14	7	6	3	3	
13	7	5	3	3	
12	6	5	2	2	
11	6	4	2	2	
10	5	4	2	2	
9	5	4	2	2	
8	4	3	2	2	
7	4	3	1	1	
6	3	2	1	1	
5	3	2	1	1	
4	2	2	1	1	
3	2	2	1	1	
2	1	1	0	0	
1	1	1	0	0	
0	0	0	0	0	



Situación natural 7 10 19 24 34 41 23 38 16 30 34 25 31
 Agregar factor K 8
 Puntuación corregida 31
 Puntuación corregida 34



Ficha de identificación

Nombre: Ursula

Edad: 28 años

Sexo: Femenino

Lugar de nacimiento: Santiago de Chile

Lugar de residencia: México D.F.

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Actriz

Religión: Católica

Fecha de estudio: Febrero de 2003

Motivo de ingreso

Autoagresividad física

Impulsividad

Ideaciones suicidas

Nota de ingreso

“es que desde hace unos días me he sentido muy mal, me he estado autoagrediendo, me siento desesperada y angustiada y si no que quedo aquí me voy a matar...” sic. pac.

Padecimiento actual

Inicia padecimiento a los doce años de edad con cuadro caracterizado por irritabilidad, impulsividad, labilidad emocional, sensaciones crónicas de vacío, poca tolerancia a la frustración, comienza a consumir sustancias e ideaciones de muerte y suicidas tras discusiones frecuentes con sus padres, llegándose a internarse por ingerir sustancias, evoluciona dicha sintomatología intercalada con días de eutimia hasta los diecisiete años, hasta que posteriormente es abandonada por su pareja comienza con ideas suicidas, cursando la paciente por periodos de inmutepresión, enfermado constantemente por procesos infecciosos, cuadro que agrava su tristeza y presentando primer intento suicida a los 18 años al enterarse de infección por citomegalovirus, siendo hospitalizada recibiendo tratamiento con antidepresivos, probablemente neurolépticos ya que la paciente refería secreción láctea, posterior evoluciona con buen apego a tratamiento durante cinco meses, evolucionando con aparente buen control de sintomatología hasta los 21 años cuando tras cuadro de tifoidea, presenta cuadros depresivos recurrentes y recibe tratamiento antidepresivo durante cuatro años más con buen control de sintomatología continuando con irritabilidad refiriendo impulsividad. Comienza con consumo de cocaína y marihuana, emigrando a México a los 26 años siendo secuestrada aquí y llevada a Guatemala, reiniciando con sintomatología tras presentar abuso sexual, presentando ansiedad, tristeza, labilidad emocional, desarrollando suspicacia, sensaciones de recibir mensajes por televisión, reduciéndolos la paciente a la lógica y considerándolos como imaginario, evento ocurrido en Diciembre de 2001, regresando la paciente a México en donde se torna aislada y con periodos importantes de irritabilidad, poca tolerancia a la frustración, tristeza, labilidad emocional, ideas de muerte y suicidas, intercalando estos periodos con días asintomáticos e iniciando relaciones homosexuales, así como conductas manipulatorias, refiriendo en ocasiones ideas de muerte, evolucionando hasta hace 15 días donde vuelve a tener contacto con un antiguo novio, presentando labilidad, ideas de muerte y suicidas,

intenta ahorcarse, echo evitado por una vecina, acude a consulta y se decide su internamiento.

Antecedentes de importancia

Proviene de familia disfuncional, desintegrada por la separación de sus padres hace veinte años, refiere la paciente una relación con constantes discusiones con sus padres y hermanos, llegando hacer agredida físicamente por su madre, se refiere padres irritables con baja tolerancia a la frustración, agresivos, hermana hospitalizada por intento suicida actualmente, cinco hermanos en total, tía materna con intento suicida. Producto de la gesta 2 de 5, embarazo normal evolutivo sin complicaciones perí ni post natales. Personalidad previa (fuente: amiga) alegre, desinhibida, sociable. Se refiere hepatitis de tipo A a los 18 años, infección por eleobacteria y por citomegalovirus a la misma edad, tifoidea, siendo necesario internamiento a los 21 años de edad, así como peritonitis, siendo intervenida quirúrgicamente por apendicitis a la misma edad, se refieren constantes traumas craneoencefálicos por periodos de autoagresividad, produciendo hematomas, actualmente con tratamiento en el INER por sinusitis crónica. Consumo de cocaína a los 17 años, consumo esporádico y llegando a presentarlo en una ocasión en intento suicida al ingerir 8 gr en una noche, continua actualmente con consumo de marihuana de un cigarro diario, alcoholismo negado. Escolar. Inicia a los tres años en el kinder, ingresando a la primaria a los cinco, cursando sus estudios en escuela de monjas con mala conducta y regular aprovechamiento, cursa secundaria y preparatoria con regular aprovechamiento y comienza a salir con un cantante conocido de Chile, abandona sus estudios tras terminar la preparatoria. Psicosexual. Antecedentes de abuso sexual a los 8 y 14 años de edad por parte del jardinero de la familia que tocaba a la paciente en varias ocasiones pero nunca se consumo una penetración, inicio de la vida sexual a los 15 años con cantante famoso de Chile, refiere 20 parejas sexuales, cuatro de ellas homosexuales, no se recibe información sexual, niega enfermedades de transmisión sexual, uso condón con sus parejas, ningún otro método de planeación familiar, menarca a los 11 años, refiere las relaciones con sus parejas como inestables, siendo agredida físicamente en varias ocasiones. Laboral. Inicia a los 16 años en restaurante de Chile, posteriormente abandona su trabajo por dos años tras emigrar a Cuba, volviendo a Chile y trabajando nuevamente como mesera, posteriormente como actriz de teatro y posteriormente trabaja como actriz en televisión. Llega a realizar películas. Emigra a México en el 2001, donde labora como mesera hasta la fecha, refiere no estar de a gusto con su trabajo y espera poder iniciar una vida laboral como modelo. Tiempo libre: dormir.

Examen mental

Paciente femenina de 28 años de edad igual aparente a la cronológica referida, marcha sin alteraciones ni movimientos anormales. Se muestra cooperadora a la entrevista, estado neurológico alerta, sin alteración funcional de la conciencia psicológica, orientada en persona, tiempo y lugar, parcialmente en circunstancias, en el curso del pensamiento, coherente, congruente, no refiere ideas delirantes, solo comenta que una vez sintió que le enviaban mensajes por la radio y la televisión, pero que las reduce a la lógica considerándolas como no posibles y que son parte de su imaginación "sentí que me hablaban por la tele y que me mandaban mensajes relacionados conmigo, pero se que eso no puede ser..." sic. pac. Refiere en este momento ideas suicidas "estoy desesperada, me he pensado matar ahorcándome, cuando estoy desesperada creo que si lo podría llegar

hacer..."sic. pac. Lenguaje emitido en velocidad y volumen adecuados con inflexiones en su tono. Verborreica, coprolalica, prolijea, presentando actitud pueril, su capacidad de atención y comprensión adecuadas. Afecto disfórico, presentando periodos de labilidad e irritabilidad. Funciones mentales superiores conservadas, juicio disminuido, psicomotricidad adecuada, sin conciencia real de enfermedad mental. Niega alteraciones de la sensopercepción y no las impresiona.

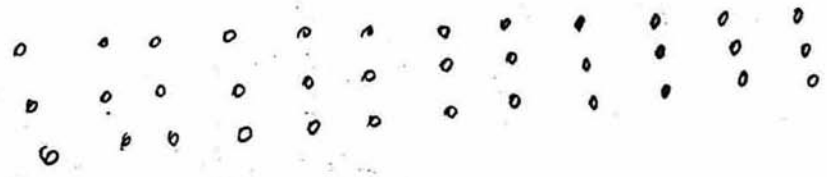
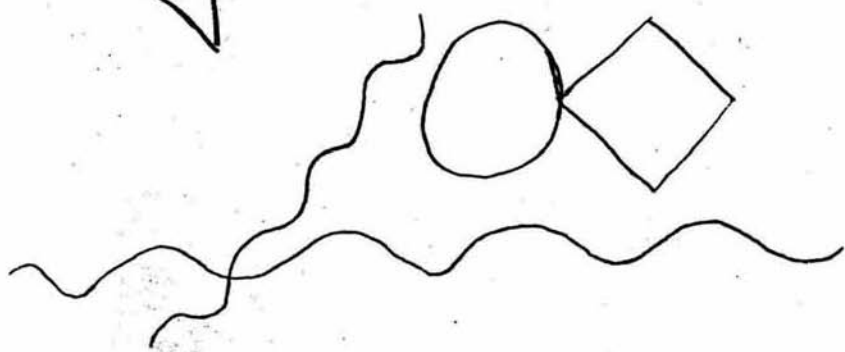
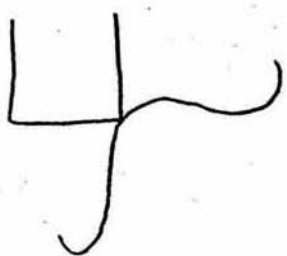
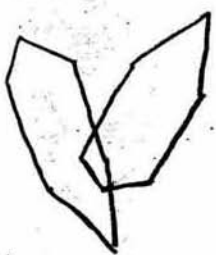
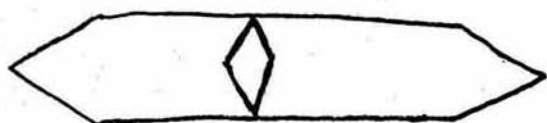
Idx. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Paciente que muestra a lo largo de su padecimiento conductas manipulatorias con poca tolerancia a la frustración, labilidad emocional, impulsividad, irritabilidad, intentos suicidas previos, así como ideación suicida actual, múltiples relaciones con inestabilidad en sus parejas, así como ambivalencia sexual y abuso de sustancias, siendo cuadros que se presentan con periodos de tristeza de larga duración y relacionados con el abandono de su pareja y a discusiones con la misma.

Nota de evolución psicológica

Se trata de U, paciente de 28 años de edad igual aparente a la cronológica referida, sin eventualidades presentadas, se presenta a la entrevista tolerante, adaptándose, se muestra orientada en persona, tiempo y lugar, parcialmente en circunstancias, tranquila, eutímica pero indiscreta. Dice sentirse mal por no saber manejar la tensión, que antes de internarse se sentía intolerante, rabiosa, furica, que tiene muchos problemas económicos, que ha atravesado por diferentes problemas en su país ya que descubrió un complot para liberar a unos presos de Pinochet, hecho que motiva su emigración a México, que le callaron la boca al llevársela a Guatemala, en donde la golpearon y abusaron sexualmente y porque la amenazaron y por eso decidió quedarse aquí. Dice sentirse preocupada porque no puede arreglar su formato 3 para extranjeros. Que desea salir pronto de aquí, reconoce que tiene varias formas disfóricas de comportarse, pero que las ha logrado superar, niega en este momento ideas de minusvalía, tristeza o de muerte, se muestra optimista, algo prolijea al hablar, tiende a angustiarse constantemente. Dice que sus relaciones interpersonales son así "dependientes y raras, he tenido relaciones con mujeres y hombres pero no preocupa nada solo el hecho de que puedan lastimarme..." sic. pac. Comenta seguir enamorada del hombre que la trajo a México y por eso se deprime. Es más evidente el componente afectivo. Niega alteraciones de la sensopercepción y no las impresiona. Se observa un discurso coherente, congruente, emitido en lenguaje de tono y volumen de voz adecuados, su capacidad de atención y comprensión mantenidas. Afecto con labilidad emocional, actitud ansiosa, tendiente a la irritabilidad. Presenta un juicio disminuido aparentemente acorde a la realidad compartida sin aceptación real de enfermedad mental "es que soy muy irritable y muy impulsiva, pero yo sola me se calmar, pero es que los problemas se me juntan y estallo y es cuando me pongo triste, porque cuando no tengo problemas todo esta bien y no me siento mal, si impulsiva, pero eso es parte de mi y de mi carrera porque no puedo estar quieta..."sic. pac.

Dx Egreso Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo





WAIS

Español

NOMBRE U.
 Fecha de nacimiento 2 Oct. 74 Edad 29 Sexo Fem Estado civil Sol
 Nacionalidad Chilena Examinador _____
 Sitio de examen H.P.F.A. Fecha Feb 03
 Ocupación Actriz Educación Pachillerato

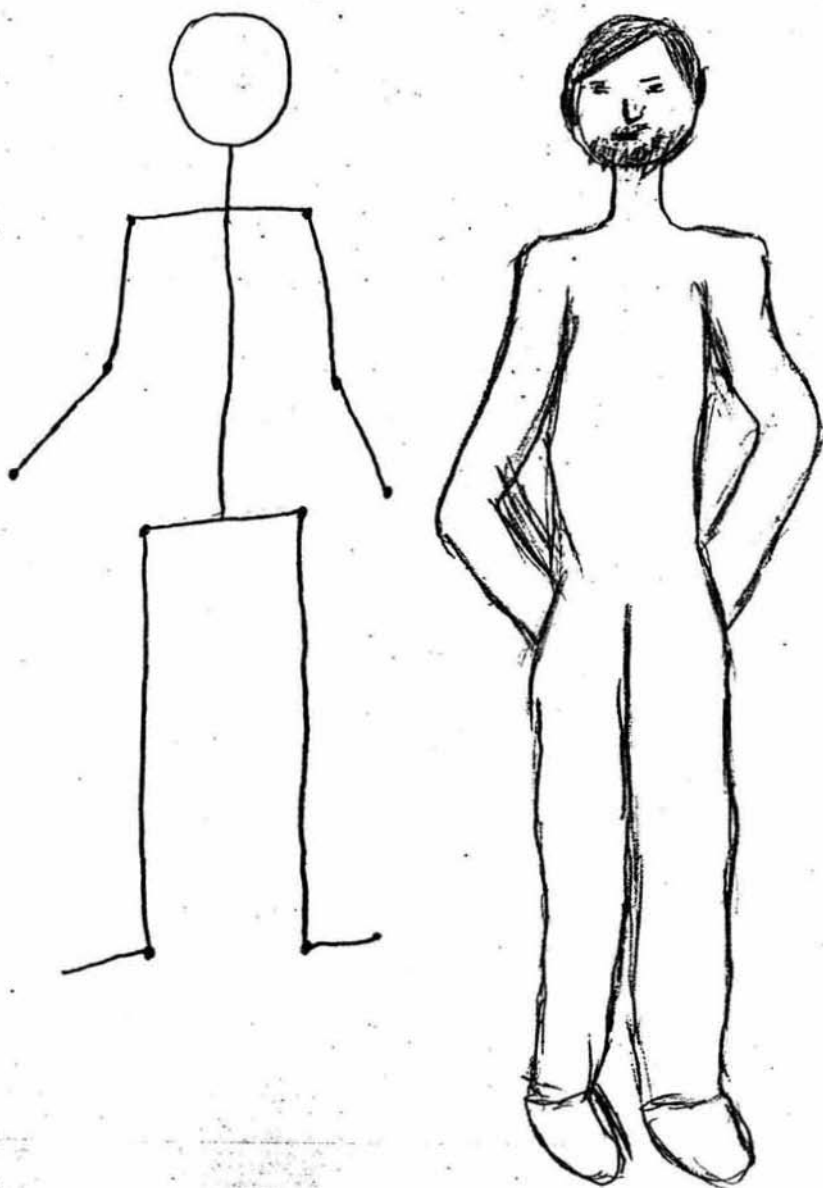
Escala de Inteligencia para Adultos

Ocupación Actriz Educación Pachillerato

PUNTUACIONES EQUIVALENTES												
Puntuación normalizada	Puntuación natural											Puntuación normalizada
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Retención de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras Incompletas	Diseño con cubos	Ordenación de dibujos	Composición de objetos	
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	20	14	19	13	59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	12	55-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-50	58-61	15-16	35-38	25	34-35	11
10												10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	20	20-22	28-30	9
8	11-12	14		9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	27	8
7	9-10	12-13	8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO		
SUBESCALA	Puntuación natural	Puntuación normalizada
Información	19	12
Comprensión	22	14
Aritmética	8	7
Semejanzas	22	15
Retención de dígitos	13	12
Vocabulario	56	12
Puntuación Verbal		72
Claves	43	8
Figuras incompletas	14	10
Diseño con cubos	28	9
Ordenación de dibujos	28	12
Composición de objetos	23	7
Puntuación de Ejecución		46
Puntuación Total		118
Puntuación Verbal 72 CI 111		
Normal Brillante 46		
Puntuación de Ejecución		46 CI 95
Normal Promedio		
Puntuación Total		118 CI 105
Dx. Inteligencia Normal Pr		





Frases Incompletas de Sacks (Adultos)

Nombre: Ursula
Fecha de nacimiento: 2 de Octubre de 1974
Escolaridad: preparatoria

Edad: 29 años
Estado Civil: soltera
Ocupación: actriz

Actitud frente al padre

1. Creo que mi padre pocas veces *no piensa en mi*
16. Si mi padre *solamente fuera más cariñoso*
31. Quisiera que mi padre *estuviera aquí*
46. Pienso que mi padre *es inteligentísimo*

Actitud frente a la madre

14. Mi madre *me fastidia bastante*
29. Mi madre y yo *nos cuesta trabajo ponernos de acuerdo*
44. Creo que la mayoría de las madres *son admirables*
59. Quiero a mi madre, pero *es mas impulsiva que yo*

Actitud frente a la unidad familiar

12. Comparada con la mayoría de las familias, la mía *es una locura maravillosa*
27. Mi familia me trata como *la hermana grande*
42. La mayoría de las familias que conozco *no sé que contestar*
57. Cuando era niño, mi familia *se desintegro, se separo*

Actitud frente a los hombres/ mujeres y la propia identidad psicosexual

10. Para mí el hombre perfecto es *inteligente*
25. Creo que la mayoría de las muchachas *son bellisimas*
40. Creo que la mayoría de los hombres *son egoistas, unos niños*
55. Lo que menos me gusta de los hombres es *la violencia que ejercen*

Actitud frente a las relaciones heterosexuales

11. Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos *depende, pero no pasa nada*
26. Para mí el matrimonio *una unión ideal y para siempre*
41. Si yo tuviera relaciones sexuales *si he tenido y no pasa nada*
56. Mi vida sexual *regular*

Actitud frente a los superiores

- 6. Mis superiores *mis padres*
- 21. En la escuela mis maestros *accidentes, buenos y malos*
- 36. Cuando veo venir a mi jefe *nada, generalmente los atosigo con preguntas*
- 51. Las personas que yo creo mis superiores *mis padres, mi abuela*

Actitud frente a los subordinados

- 4. Si yo estuviera al mando *cumpliría perfectamente*
- 19. Las personas que trabajan bajo mis ordenes *sería muy exigente*
- 34. La gente que trabaja para mí *tendría que cumplir*
- 49. Cuando doy ordenes a otras personas *no es lo que más me gusta*

Actitud frente a los amigos y conocidos

- 8. Pienso que un verdadero amigo *no hace todo lo que le pides*
- 23. No me gusta la gente *que miente*
- 38. La gente que me cae mejor *es la que tiene energía y lucha por sus sueños y sus creencias y piensa en la humanidad*
- 53. Cuando no estoy presente, mis amigos *especulan*

Actitud frente a los colegas en el trabajo / escuela

- 13. En el trabajo yo *me llevo bien generalmente*
- 28. Mis compañeros con quienes trabajo son *me relaciono bien, como en equipo*
- 43. Me gustaría estudiar con personas que *fuera igual de responsables y entregadas igual a mí.*
- 58. Mis compañeros *les gusta trabajar conmigo*

Actitud frente a las propias capacidades

- 2. Cuando la suerte esta en mi contra *hago algunos cambios*
- 17. Creo que tengo habilidad *para transmitir emociones*
- 32. Mi defecto más grande es *la frustración*
- 47. Cuando las circunstancias son adversas *sigo adelante*

Actitud frente a las metas

- 3. Siempre he deseado *que me admiren*
- 18. Sería completamente feliz *si estuviera con Bruno y actuando en cine*
- 33. Mi ambición secreta en la vida *poder sacar, desarrollar al máximo mis capacidades y talentos*
- 48. Lo que más deseo en la vida *ser feliz*

Actitud frente a los temores

- 7. Yo sé que es una tontería, pero tengo miedo *de envejecer*
- 22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de *no sé, de mí*
- 37. Me gustaría perder el miedo a *al nuevo miedo al que me enfrento a México*
- 52. A veces mis temores me impulsan a *aislarme*

Actitud frente a los sentimientos de culpa

- 15. Haría cualquier cosa por olvidar la vez *que me metí con alguien y no me hizo bien, era una persona incorrecta*
- 30. Mi peor equivocación fue *dejar que un imbécil me llevara a Guatemala*
- 45. Cuando era pequeño me sentía culpable de *la separación de mis papás*
- 60. La peor cosa que he hecho es *haberme ido a Guatemala*

Actitud frente al pasado

- 9. Cuando yo era niña *era muy feliz y vivía en un lugar muy lindo en el campo*
- 24. Antes que tuviera doce años *corría mas riesgos*
- 39. Si fuera niña otra vez *jugaría mucho más*
- 54. El recuerdo más vivo de mi niñez *el lugar donde vivía, era como un sueño*

Actitud frente al futuro

- 5. El futuro me parece *un desafío*
- 20. Más adelante yo quiero *la paz*
- 35. Algún día yo *seré una mujer feliz y equilibrada*
- 50. Cuando sea mayor de edad *tendré menos prisa*

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español
Stark R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre U. (letra de molde)
Dirección _____

F
Femenin

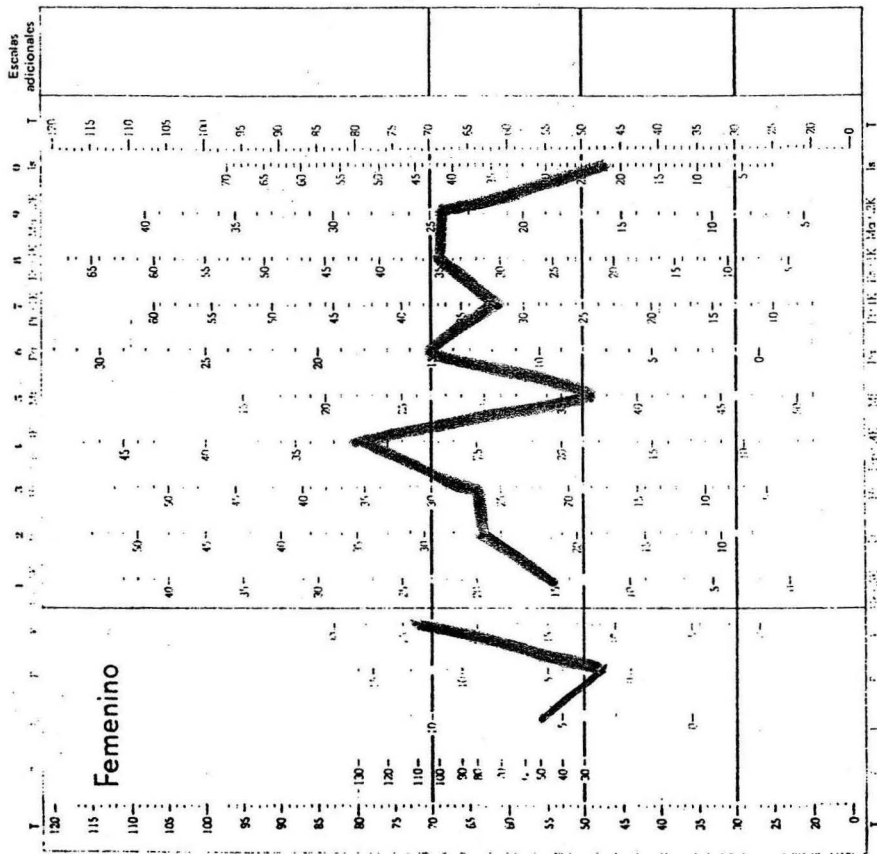
Ocupación Actriz Fecha de aplicación Feb 63

Años escolares o estudios cumplidos Bachillerato

Estado Civil Soltera Edad 29 Referido por _____

NOTAS

Escalas, K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	9	5		
23	11	9	4		
22	11	8	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		



Situación natural — 6 2 24 3 26 27 22 37 15 8 11 19 22
 Agregar factor K 12 22 24 5
 Puntuación corregida 15 32 32 35 24



Ficha de identificación

Nombre: Susana
Edad: 28 años
Sexo: Femenino
Lugar de nacimiento: Edo. de México
Lugar de residencia: Edo. de México
Estado Civil: Divorciada
Escolaridad: Lic. en contabilidad
Ocupación: Ama de casa
Religión: Católica
Fecha de estudio: Diciembre de 2002

Motivo de ingreso

Ideas de muerte
Ideas suicidas
Impulsividad
Despersonalización
Anedonia
Hiporexia

Nota de ingreso

“la traemos porque se quiere matar, la vemos muy triste y no quiere comer nada...” sic. hermana. Paciente referida de la UMQAIP de donde se le ingreso con un diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional tipo limite, reportada por enfermería con agitación psicomotriz importante.

Padecimiento actual

Aunque se refiere la relación incestuosa con el padre como causa de padecimiento actual, de la cual se le informo a la madre y esta no brindo el apoyo, es a los 20 años de edad cuando presenta primer intento suicida al no querer mantener relaciones sexuales no se refiere si con su pareja o con quien, también se menciona que cursa con crisis parciales desde los 14 años, lo cual tendrá que verificarse ya que según la hermana, esto solo se presento una vez. A los 25 años intenta nuevamente el suicidio ingiriendo pastillas, no se menciona cantidad ni tipo, acompañado por insecticida, asociado a conflictos con su pareja, hace un año otro intento suicida ingiriendo ranitidina sin conocerse mas datos, recibe apoyo psicológico, pero no se refiere el tiempo ni el tipo de terapia. Se refiere que desde entonces se exacerba cuadro clínico caracterizado por ansiedad, tristeza, anedonia e hiporexia, asociado a los tramites del divorcio, hace 15 días, previo a su ingreso, presenta desesperanza, despersonalización y hace cuatro días ideas de muerte e ideación suicida comprando veneno y raticida, por lo que su hermana la trae al hospital, ingresando con diagnóstico y manejo ya mencionados.

Antecedentes de importancia

Padre con el que se refiere que mantuvo relaciones incestuosas con sexo oral y masturbación, no se refieren otros antecedentes heredofamiliares. Personales. Gesta 2 de 4, parto normal sin complicaciones peri ni pos natales. Desarrollo psicobiológico normal. Personalidad previa (fuente: hermana) impulsiva, inestable, sentimientos crónicos de vacío.

Personalidades patológicas: crisis convulsivas no especificadas ante episodio febril en una sola ocasión a los 14 años, diagnosticada con crisis parciales complejas, actualmente con tratamiento a base de carbamazepina. Toxicomanías. Negadas. Historia escolar. Termino licenciatura en contabilidad con regular aprovechamiento. Historia laboral. Solo ha laborado en negocio familiar. Psicosexual. Con relación incestuosa con el padre de los 10 a los 16 años, una pareja sexual con la cual se casa a los 20 años de edad. Menarca a los 12 años. Esterilidad mencionada como consecuencia a problema endocrino desde hace ocho años, resto no se consigna.

Examen mental

Se encuentra paciente con ropas de la unidad referida, en su cama, un tanto ansiosa, parpadea rápidamente, en alerta neurológica. Talante bajo, aliñada, limpia, dice no querer perderse la hora de la comida por que tiene mucha hambre, atención y comprensión ligeramente disminuidas. Juicio conservado con aceptación parcial de enfermedad mental, discurso emitido en tono y velocidad ligeramente disminuidos. Coherente, congruente, psicomotricidad no valorada. Niega otras alteraciones en el contenido del pensamiento o de la sensorio-percepción. Afecto con regular resonancia, restos sin otros que agregar.

Idx. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

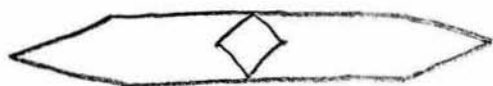
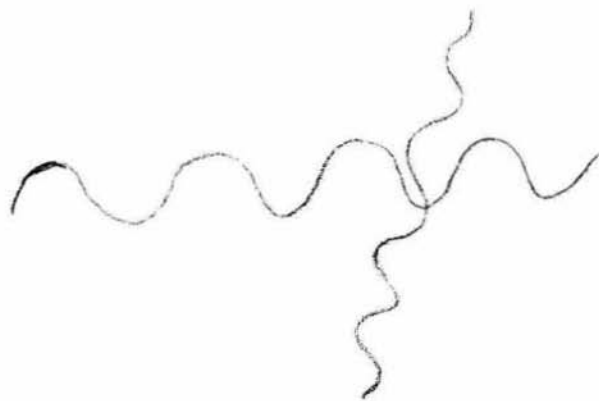
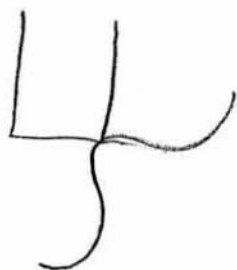
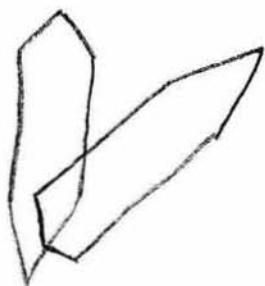
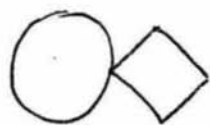
Es evidente que representa riesgo pues ha tenido intentos suicidas previos y ahora se encuentra cursando por un periodo de tristeza por la separación con su pareja, además de la mencionada relación incestuosa con su padre, de la cual no es clara como se desarrollo, llama la atención que no aparece en los antecedentes ni en la entrevista con la hermana el papel de la madre, solo se menciona que se le informo y que esta no hizo nada.

Nota de evolución psicológica

Se trata de S, paciente de 28 años de edad igual aparente a la cronológica referida, que asiste a entrevista psicológica en aceptables condiciones de higiene y aliño. Demandante, cooperadora y accesible, se le encuentra orientada en persona, tiempo y lugar, parcialmente en circunstancias. Comenta su desesperación al sentirse poco atendida y el trato con las demás pacientes "ya no aguanto este lugar, yo no quería esto, si estoy deprimida y quiero un tratamiento pero no así, no he visto ningún psiquiatra que me de psicoterapia una hora... me desespero con estas pacientes, están bien locas, yo no estoy así, además no debo de estar aquí con ellas... me dan medicamentos que me hacen dormir, los doctores solo medican no platican conmigo, mejor quiero mi alta... yo no estaba así, yo estaba feliz, hasta estaba cantando halla bajo, ya me estaban dando psicoterapia, pero al llegar al piso todo se vino abajo, aquí nadie me hace caso me la paso todo el día recostada..." sic. pac. En el contenido del pensamiento refiere ideaciones de muerte, minusvalía, tristeza e inseguridad por su situación actual "si me quiero morir porque siento que después de todo lo que me ha pasado ya no voy a poder superar todo lo que me ha pasado ahora y que mi esposo se haya ido, no creo superar esto, por eso me quiero morir... me quiero morir pero no sé como, estoy muy deprimida... yo creo que tengo un problema de personalidad por que eso dice en mi expediente o no..." sic. pac. Comenta además algunas situaciones como consecuencia de su padecimiento "doctor con todo esto que hemos platicado me hace ver a mi esposo o a mi tía, a mucha gente que me dice que solo pienso en mí, que soy impulsiva, que siento que no merezco a nadie y a lo mejor tienen razón, esto me ha llevado a perder a mi esposo, a mi gente, mis amigos, porque creo que yo soy la única que piensa y cree que tiene la razón,

necesito ayuda y quiero tomarla...” sic. pac. Se observa un discurso coherente, congruente, emitido en lenguaje de tono y volumen de voz adecuados. Su capacidad de atención y comprensión mantenidas, psicomotricidad normal sin movimientos o alteraciones anormales. Afecto sin resonancia ideo-afectiva, impresiona indiferente. Actitud demandante, ansiosa y manipuladora. Presenta un juicio disminuido, aparentemente acorde a la realidad compartida con muy poca aceptación de enfermedad mental “mi problema no es tanto medicinal, es más bien psicológico, me siento desesperada y triste, ayer me vino a ver otra vez mi esposo y le pedí que no me dejara, no voy a poder vivir sin él, no sé estar sola...” sic. pac. Se muestra insistente en hacer notar que “no puede enfrentar esto sola” y que no se le da el tiempo necesario que ella necesita “le voy a echar todas las ganas del mundo, pero si mis hermanos o mi esposo me dejan yo no sé de lo que soy capaz de hacer, siento que no voy a poder sola con esto, a veces he pensado en tener relaciones con un sidoso para acabar con esto y volverme lesbiana... últimamente me ha estado llamando la atención el cuerpo de las mujeres, cuando las veo aquí en el baño bañándose desnudas les veo el pecho y eso se me hace excitante... aquí nada más estoy vacacionando, nadie me atiende, como llegué voy a salir sin rehabilitación...” sic. pac.

Dx Egreso Trastorno límite de la personalidad de tipo impulsivo





WAIS

Español

NOMBRE S.
 Fecha de nacimiento 14 Nov 73 Edad 28 Sexo Fem Estado civil Div
 Día Mes Año
 Nacionalidad Mexicana Examinador _____
 Sitio de examen H.P.F.A. Fecha Diciem
 Ocupación _____ Hogar _____ Educación Licenciatura

Escala de Inteligencia para Adultos

Ocupación _____

Hogar _____

Educación _____

Licenciatura

PUNTUACIONES EQUIVALENTES												
Puntuación normalizada	Puntuación natural											Puntuación normalizada
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Retención de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseño con cubos	Ordenación de dibujos	Composición de objetos	
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20		13	17-18	13	54-55	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18		12	15-16	12	47-53		15	35-38	26-27	34-35	11
10												10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	62-39	47-51	12-13	25-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-28	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	5	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO		
SUBESCALA	Puntuación natural	Puntuación normalizada
Información	15	10
Comprensión	20	12
Aritmética	6	6
Semejanzas	10	8
Retención de dígitos	8	6
Vocabulario	57	12
Puntuación Verbal		54
Claves	60	11
Figuras incompletas	17	12
Diseño con cubos	26	8
Ordenación de dibujos	27	11
Composición de objetos	23	7
Puntuación de Ejecución		49
Puntuación Total		103
Puntuación Verbal <u>54</u>		CI <u>93</u>
Normal Promedio		
Puntuación de Ejecución <u>49</u>		CI <u>99</u>
Normal promedio		
Puntuación Total <u>103</u>		CI <u>96</u>

Dx. Inteligencia Normal promedio





Frases Incompletas de Sacks (Adultos)

Nombre: Susana
Fecha de nacimiento: 14 de Noviembre de 1973
Escolaridad: Lic. en contabilidad

Edad: 28 años
Estado Civil: Divorciada
Ocupación: Hogar

Actitud frente al padre

1. Creo que mi padre pocas veces *me ha querido*
16. Sí mi padre *solamente fuera más allegado a Dios y me pidiera perdón*
31. Quisiera que mi padre *se muera y se pudra en el infierno*
46. Pienso que mi padre *es la más mierda de las mierdas, maldito perro infeliz*

Actitud frente a la madre

14. Mi madre *ha muerto y no la puedo olvidar*
29. Mi madre y yo *nos queríamos mucho*
44. Creo que la mayoría de las madres *muy cariñosas y luchan por sus hijos*
59. Quiero a mi madre, pero *no me defendió de lo que me hizo mi padre, ese fue su error*

Actitud frente a la unidad familiar

12. Comparada con la mayoría de las familias, la mía *es la peor*
27. Mi familia me trata como *una niña chiquita, que se cuida, se vigila y atenderla y vigilarla*
42. La mayoría de las familias que conozco *se levantan bien, están completas*
57. Cuando era niño, mi familia *era completa y feliz*

Actitud frente a los hombres/ mujeres y la propia identidad psicosexual

10. Para mí el hombre perfecto es *sencillo, muy querendón y trabajador*
25. Creo que la mayoría de las muchachas *solo buscan el sexo*
40. Creo que la mayoría de los hombres *buscan el sexo y aman poco*
55. Lo que menos me gusta de los hombres es *que crean que porque una les habla una ya es fácil.*

Actitud frente a las relaciones heterosexuales

11. Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos *me pongo muy romántica y los observo*
26. Para mí el matrimonio *como un apio se desbarata todo*
41. Si yo tuviera relaciones sexuales *la mayor plenitud de amor, cuando una pareja verdaderamente se ama*
56. Mi vida sexual *fue incompleta*

Actitud frente a los superiores

- 6. Mis superiores *no merecen el lugar que tienen la mayoría*
- 21. En la escuela mis maestros *me querían mucho, era su consentida*
- 36. Cuando veo venir a mi jefe *recuerdo viejos momentos de mi trabajo*
- 51. Las personas que yo creo mis superiores *son gente inteligente*

Actitud frente a los subordinados

- 4. Si yo estuviera al mando *haría que se hiciera justicia*
- 19. Las personas que trabajan bajo mis ordenes *todo esta en orden, se hace justicia*
- 34. La gente que trabaja para mí *todo marcha bien*
- 49. Cuando doy ordenes a otras personas *siento que las cosas salen bien y me siento útil*

Actitud frente a los amigos y conocidos

- 8. Pienso que un verdadero amigo *aún no lo he tenido*
- 23. No me gusta la gente *posesiva igual que yo, agresiva, autoritaria y que me mande*
- 38. La gente que me cae mejor *inteligente, sencilla y muy allegada a Dios*
- 53. Cuando no estoy presente, mis amigos *parece que hace falta alguien importante*

Actitud frente a los colegas en el trabajo / escuela

- 13. En el trabajo yo *me llevo bien con todos porque yo mando*
- 28. Mis compañeros con quienes trabajo son *tontas*
- 43. Me gustaría estudiar con personas que *conocieran los problemas mentales y me entendieran*
- 58. Mis compañeros *me hacen enojar, no son competentes*

Actitud frente a las propias capacidades

- 2. Cuando la suerte esta en mi contra *siempre esta en mi contra*
- 17. Creo que tengo habilidad *para cocinar, hacer labores domésticas, organizar y hacer las pases con mi esposo*
- 32. Mi defecto más grande es *el miedo*
- 47. Cuando las circunstancias son adversas *me irrito horrible y ya no hago las cosas*

Actitud frente a las metas

- 3. Siempre he deseado *tener salud y amor*
- 18. Sería completamente feliz *si me curara, mi esposo regresara a mí y tener un negocio*
- 33. Mi ambición secreta en la vida *una casa de campo con cuatro hijos y mi esposo*
- 48. Lo que más deseo en la vida *curarme*

Actitud frente a los temores

- 7. Yo sé que es una tontería, pero tengo miedo *de poder vivir sola en esta vida*
- 22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo *de miedo a la vida*
- 37. Me gustaría perder el miedo *a enfrentarme a la vida*
- 52. A veces mis temores me impulsan a *quererme quitar la vida*

Actitud frente a los sentimientos de culpa

- 15. Haría cualquier cosa por olvidar la vez *que fui violada*
- 30. Mi peor equivocación fue *haber hablado lo que me hicieron*
- 45. Cuando era pequeño me sentía culpable de *lo que me hizo este infeliz, sucia*
- 60. La peor cosa que he hecho es *el suicidio*

Actitud frente al pasado

- 9. Cuando yo era niña *jugaba, se me venían muchos pensamientos con mi padre*
- 24. Antes que tuviera doce años *era más feliz*
- 39. Si fuera niña otra vez *volvería a vivir esos momentos, jugaría con mis primos, quitando lo que me hizo mi padre*
- 54. El recuerdo más vivo de mi niñez *había una barda para gis y pintaba*

Actitud frente al futuro

- 5. El futuro me parece *negro*
- 20. Más adelante yo quiero *una alternativa por que ninguna me llena ni me satisface*
- 35. Algún día yo *ya no sé si viviré*
- 50. Cuando sea mayor de edad *no sé si vaya a tener más edad.*

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MIMPI - Español

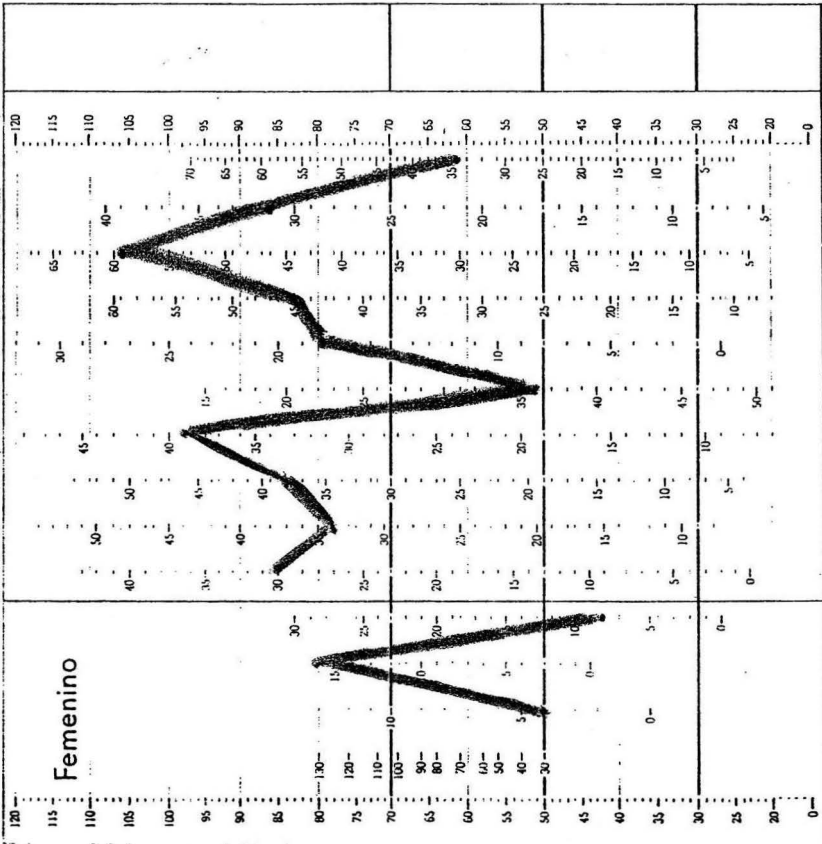
Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

F
Femenino

Nombre S (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación Hogar Fecha de aplicación Diciembre 02
 Años escolares o estudios cumplidos Licenciatura
 Estado Civil Divorciada Edad 28 heterido por _____

NOTAS

Escalas adicionales



Situación natural	T	I	E	L	F	K	D	H	A	K	M	P	E	I	K	M	A	2K	B	T
4	17	8	26	34	38	36	36	18	37	51	29	24								
Agregar factor K																				
Puntuación corregida																				

Fraciones K	X	5	4	2
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0



Ficha de identificación

Nombre: Karina
Edad: 21 años
Sexo: femenino
Lugar de nacimiento: México D.F.
Lugar de residencia: México D.F.
Estado Civil: Soltera
Escolaridad: 5to. Semestre en Ingeniería
Ocupación: Estudiante
Religión: Católica
Fecha de estudio: Febrero de 2003

Motivo de ingreso

Impulsividad
Ideas de muerte
Intento suicida
Sentimiento de vacío

Nota de ingreso

"La traemos porque nos refirieron para acá volvió a caer en depresiones y hoy intento de nuevo suicidarse..." sic. madre

Padecimiento actual

Se refiere inicio de padecimiento a decir de la paciente a la edad de 8 años con sentimientos de vacío, insatisfacción, tristeza, ambivalencia, esto posterior a enterarse de que el esposo de su madre no era su padre biológico, posteriormente en la adolescencia se generan conflictos de identidad sexual lo que incrementa sintomatología previamente descrita generándose múltiples discusiones con sus compañeros de escuela en donde es víctima de agresiones físicas por parte de ellos. Hace tres años posterior al fallecimiento de su abuelo materno, se exacerban sentimientos de tristeza se agrega apatía, astenia, adinamia, hiporexia, abandono escolar y en mayo del 2000 comete su primer intento suicida al lesionarse las muñecas con una navaja, no requiriendo sutura, es referida del hospital general a esta institución y al no haber espacio físico es enviada al INP en donde acude a consulta externa con tratamiento no especificado, refiere la madre no notar mejoría importante, se torna irritable cometiendo otros cuatro intentos suicidas hiriéndose muñecas al tratar de cortarse las venas, con sobredosis de medicamentos y el día de hoy al intentar nuevamente herirse las muñecas con una navaja sin ocasionarse heridas de gravedad, por lo que recurre al INP de donde es referida a este hospital. En su último manejo es referido con Clonazepam.

Antecedentes de importancia

Proviene de familia urbana de nivel sociocultural medio-bajo desintegrada por el abandono del padre antes del nacimiento de la paciente. La madre vuelve a casarse a los tres años de edad de la paciente con una nueva pareja y hace creer a esta que su nueva pareja es su padre hasta que esta descubre la mentira teniendo 8 años de edad. Madre viva de 43 años sana, se desconoce el estado del padre biológico. Se niegan antecedentes psiquiátricos en la familia. 2 hermanos vivos y sanos. Producto de la gesta 1 de 3 de embarazo y parto normal.

Personalidad previa (fuente: madre) tranquila, estudiosa y dedicada. Historia escolar: estudio hasta quinto semestre en la licenciatura en ingeniería en comunicaciones y electrónica en el politécnico con aparente buen rendimiento, abandona por inicio de padecimiento. Psicosexual: se desconoce en donde recibió información sexual, se le conoce una relación de noviazgo en la que duro aproximadamente un año con aparente buena relación y con la que refiere inicio de vida sexual, única pareja. Ocupacional: nunca ha trabajado, Tiempo libre: practicar básquetbol. Al entrevistar a la madre esta refiere que la paciente fue producto de un abuso sexual por parte de una persona casada y compañero de trabajo el cual nunca se hizo responsable en ningún momento, hasta la fecha se desconoce su paradero. Ante esta situación, la familia de esta persona le manifiesta constante rechazo, tres años después la señora contrae matrimonio civilmente y al año se embaraza y cuando la paciente tenía ocho años de edad se entera que la pareja de su mamá no es su padre biológico. A raíz de esta situación, la relación entre la paciente y su padre sustituto se fue distanciando, el señor ya no era afectivo con ella situación que se aumento debido a que la paciente decide pasar más tiempo en casa de sus abuelos maternos. Al ingresar al bachillerato la paciente se acerca más a su familia de origen conviviendo más con sus medios hermanos, el mayor de 17 años es estudiante y su relación con ella se muestra distante, el segundo de 11 años con el cual ha establecido una buena relación familiar.

Examen mental

Femenina de edad aparente a la cronológica referida, en malas condiciones de higiene y aliño, viste ropas calurosas aún con el frío que sé percibe en estos momentos, llama la atención la falta de detalles femeninos en su arreglo personal, presenta cabello rapado al ras del cráneo. Actitud retadora, suspicaz, reticente por momentos, Orientada en las tres esferas, parcialmente en circunstancias. Discurso espontáneo, emitido en tono, volumen y velocidad por momentos tendiente a incrementarse, coherente e incongruente a su realidad. Refiere ideas de minusvalía, desesperanza, culpa y ambivalencia “yo no creo que un día pueda sentirme bien, me siento muy mal porque mi familia no me acepta como soy, a mi me gustan los hombres pero también las mujeres... siempre pierdo a las personas... yo quiero a mi familia pero odio que se metan conmigo y que me mientan para que no me sienta mal...” sic. pac. Refiere ideas de muerte e ideaciones suicidas, mencionando ideas homicidas mal estructuradas “yo me quiero matar porque nadie me cree que puedo, voy a tirarme a las vías del metro o tomarme pastillas pero tengo que lograr acabar con mi vida a como de lugar... cuando oigo la voz de un niño llorando me dan ganas de matarlo para que se calle...” sic. pac. Comenta ideas de referencia y persecución “cuando voy en la calle se me quedan viendo y me critican, he llegado a sentir que alguien me sigue...” sic. pac. Refiere supuestas alucinaciones auditivas “oigo que me dicen que siempre voy a perder...” sic. pac. Juicio disminuido del contexto de la realidad compartida, afecto lábil sin conciencia clara de enfermedad mental.

Idx. Trastorno depresivo recurrente grave con síntomas psicóticos

Ya que la paciente ha presentado episodios depresivos en el pasado, cumple con los criterios en tiempo y frecuencia de trastorno depresivo. Respecto a la paciente, esta ha tratado de enjuiciar sus ideas y explicar su padecimiento a través de su historia de vida, además de que se sospecha un trastorno de identidad psicosexual todavía no elaborado por completo.

Nota de evolución psicológica

Se trata de K, paciente de 21 años de edad igual aparente a la cronológica referida, que asiste a entrevista psicológica en aceptables condiciones de higiene y aliño. Cooperadora y accesible, se le encuentra orientada en persona, tiempo y lugar, no así en circunstancias. En el contenido del pensamiento manifiesta ideas de tristeza, minusvalía y culpa respecto a su situación actual “es que yo desde los ocho años de he sentido como vacía, siempre ante cualquier cosa me dan ganas de morir...” sic. pac. Así como poca tolerancia y pobre control de impulsos con sentimientos ambivalentes respecto a las figuras paternas “lo que pienso lo pienso y lo pienso, si soy muy berrinchuda, no soporto que las cosas no salgan como yo quiero y a la hora que yo lo quiero, además con mis padres como ellos nunca han tenido tiempo para mi como que no se que sentir por ellos, a veces los quiero y a veces no... creo que es a mi abuelita a la que más quiero, desde chica siempre he estado con ella...” sic. pac. Comenta la presencia de supuestas alucinaciones auditivas “no se si es voz o mi pensamiento, no sé pero escuchaba así como mátrate, mátrate... ahora como que escucho que que bueno que ya estoy aquí, que por fin logro meterme aquí...” sic. pac. Niega ideas de muerte, suicidas u homicidas en este momento “pero de hecho ahorita no me quiero morir, voy a esperar la convocatoria de admisión en la UNAM a la facultad de Ciencias porque hace una semana deje la escuela... ya no quiero estudiar Ingeniería ahora quiero ser matemática... si he estudiado para los exámenes y me siento apta para eso... no me quiero matar eso me ha pasado por desesperación, por no saber que hacer y porque no me comprenden, pero ahora con el internamiento lo he pensado mejor y quiero seguir adelante, hablar con la gente con las que tengo problemas y que me acepten y después yo aceptarlas...” sic. pac. Comenta algunos problemas de identificación psicosexual acompañado de sentimientos de tristeza y poca tolerancia a la frustración “no me siento muy mujer ni muy hombre, como si no fuera nadie... es que a veces pienso muy poco las cosas, soy muy impulsiva, cuando veo venir el impulso de matarme lo hago pero creo que no era muy enserio, mire las heridas que me hice... ya me siento mejor, no siento culpa como tal, lo que pasa es que no me gusta verlos triste y preocupados por mi, a veces pienso que estaban mejor sin mi y que a nadie le importa si me muero...” sic. pac. Se observa un discurso coherente, incongruente a la situación, emitido en tono y volumen de voz adecuado. Su capacidad de atención y comprensión se encuentran mantenidas, marcha normal sin movimientos agregados. Afecto eutímico. Presenta un juicio disminuido aparentemente acorde a la realidad compartida sin conciencia real de enfermedad mental “no, ya pensé bien y al ver el resto de la gente que aquí tienen yo creo que si tengo posibilidades, por eso mejor si quiero vivir, no estar triste y hacer lo que ustedes me digan, pero es que no se si este enferma de los nervios o de lo de mi papá...” sic. pac. En general se observa algo opositorista y tangencial, evitativa para ondar en su circunstancia afectiva real. Confirma su inestabilidad global y su dificultad para establecer relaciones afectivas duraderas, con importante intolerancia, puerilidad y regresión en diferentes aspectos. Caótica respecto hacia su auto-percepción y auto-concepto, tendencia auto-agresiva que llega al acto de manera impulsiva con disociación ideo-afectiva. Ambivalente, constantemente inestable emocionalmente e irritable que se manifiesta a través de angustia súbita con reminiscencias de eventos dolorosos y probablemente vejatorios que terminan en actos impulsivos y suicidas.

Dx egreso Trastorno limite de la personalidad más trastorno de identidad psicosexual



WAIS

Español

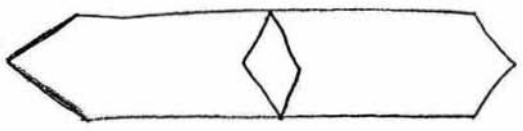
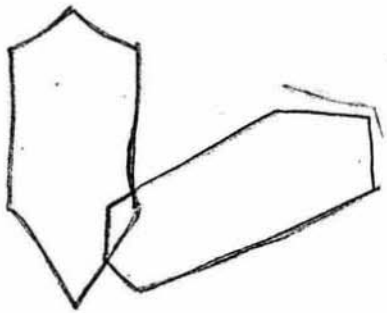
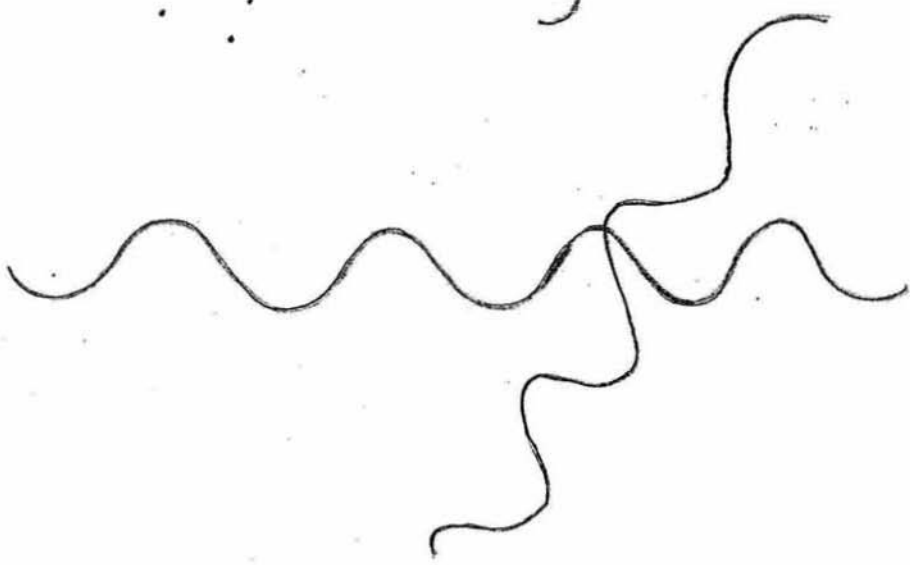
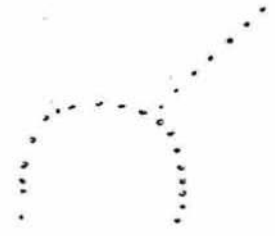
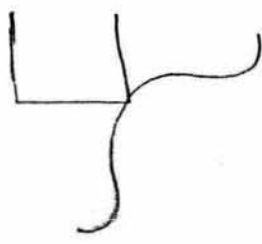
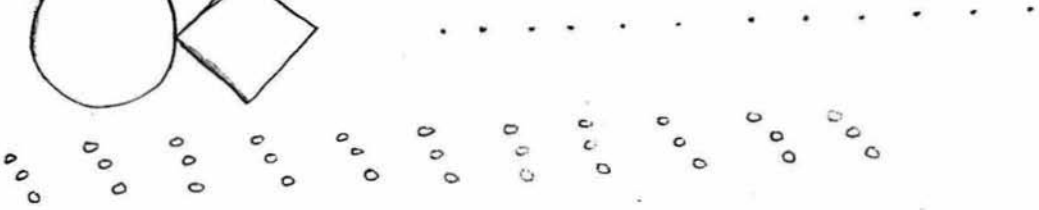
NOMBRE K
 Fecha de nacimiento 10 Agt 81 Edad 21 Sexo Fem Estado civil Sol
Día Mes Año
 Nacionalidad Mexicana Examinador _____
 Sitio de examen H.P.F.A. Fecha Marzo (
 Ocupación _____ Estudiante _____ Educación Licenciatura

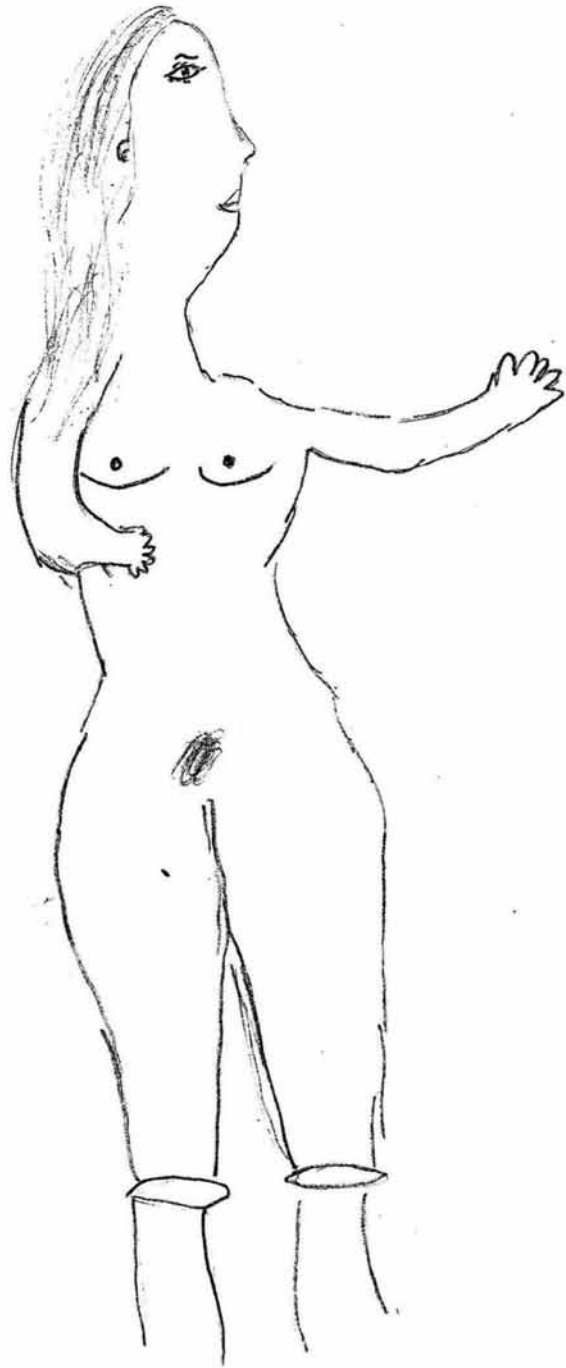
Escala de Inteligencia para Adultos

Ocupación _____ Estudiante _____ Educación Licenciatura

PUNTUACIONES EQUIVALENTES												
Puntuación normalizada	Puntuación natural										Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Retención de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseño con cubos	Ordenación de dibujos		Composición de objetos
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82			48	35	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20		47	34	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75			46	33	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19		44-45	32	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	65-69	18		42-43	30-31	13
12	19-20		13	17-18	13	54-58	52-65	17		39-41	28-29	12
11	17-18	19		15-16	12	49-53	58-61	15-16		36-37	26-27	11
10												10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13		28-30	20-22	9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11		25-27	18-19	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9		21-24	15-17	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7		17-20	12-14	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5		13-16	9-11	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4		10-12	8	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3		6-9	7	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2		3-5	6	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1		2	5	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0		0-1	0-4	0

SUMARIO		
SUBESCALA	Puntuación natural	Puntuación normalizada
Información	24	14
Comprensión	20	12
Aritmética	12	11
Semejanzas	18	12
Retención de dígitos	11	10
Vocabulario	52	11
Puntuación Verbal		69
Claves	68	13
Figuras incompletas	16	11
Diseño con cubos	35	11
Ordenación de dibujos	24	10
Composición de objetos	8	3
Puntuación de Ejecución		48
Puntuación Total		118
Puntuación Verbal 69 CI 109		
Normal Promedio		
Puntuación de Ejecución 48 CI 97		
Normal Promedio		
Puntuación Total 118 CI 105		
Dx. Inteligencia Normal Promedio		







Frases Incompletas de Sacks (Adultos)

Nombre: Karina
Fecha de nacimiento: 10 de Agosto de 1981
Escolaridad: Licenciatura incompleta

Edad: 21 años
Estado Civil: Soltera
Ocupación: Ninguna

Actitud frente al padre

1. Creo que mi padre *pocas veces habla y nos mimas*
16. Si mi padre *fuera mas comunicativo*
31. Quisiera que mi padre *nos abrazara*
46. Pienso que mi padre *es un farsante y mugroso el biológico, y el otro es indiferente*

Actitud frente a la madre

14. Mi madre *es una y la que amo*
29. Mi madre y yo *no nos llevamos muy bien*
44. Creo que la mayoría de las madres *dan todo por sus hijos*
59. Quiero a mi madre, pero *al mismo tiempo la odio*

Actitud frente a la unidad familiar

12. Comparada con la mayoría de las familias, la mía *esta un poco loca, yo trata de suicidarme y uno de mis hermanos creo que se droga*
27. Mi familia me trata como *un loquito*
42. La mayoría de las familias que conozco *son agradables*
57. Cuando era niño, mi familia *para mi era lo mejor y lo máximo*

Actitud frente a los hombres/ mujeres y la propia identidad psicosexual

10. Para mí el hombre perfecto es *alguien que te escucha y no te reprocha*
25. Creo que la mayoría de las muchachas *son buena onda y muy guapas*
40. Creo que la mayoría de los hombres *son chistosos*
55. Lo que menos me gusta de los hombres es *que tengan las manos lastimadas y que sean mentirosos*

Actitud frente a las relaciones heterosexuales

11. Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos *esta bien, que chido*
26. Para mí el matrimonio *no me gusta el matrimonio*
41. Si yo tuviera relaciones sexuales *las hubiera tenido bajo otras condiciones*
56. Mi vida sexual *es muy escasa*

Actitud frente a los superiores

- 6. Mis superiores *trato de obedecerlos*
- 21. En la escuela mis maestros *a veces me parecen odiosos y tontos*
- 36. Cuando veo venir a mi jefe *me siento igual*
- 51. Las personas que yo creo mis superiores *tratan de guiarnos*

Actitud frente a los subordinados

- 4. Si yo estuviera al mando *haría lo mejor posible*
- 19. Las personas que trabajan bajo mis ordenes *trata de escucharlas y trato de saber que es lo que tienen que hacer*
- 34. La gente que trabaja para mí *estaría siempre sonriente*
- 49. Cuando doy ordenes a otras personas *se que soy responsable*

Actitud frente a los amigos y conocidos

- 8. Pienso que un verdadero amigo *te escucha*
- 23. No me gusta la gente *que miente*
- 38. La gente que me cae mejor *la que es sincera y alta*
- 53. Cuando no estoy presente, mis amigos *se divierten*

Actitud frente a los colegas en el trabajo / escuela

- 13. En el trabajo yo *me llevo bien con los compañeros*
- 28. Mis compañeros con quienes trabajo *son chidas*
- 43. Me gustaría estudiar con personas que *supieran escuchar*
- 58. Mis compañeros *no les gusta trabajar*

Actitud frente a las propias capacidades

- 2. Cuando la suerte esta en mi contra *lloro*
- 17. Creo que tengo habilidad *para dibujar y las matemáticas*
- 32. Mi defecto más grande es *los recuerdos hacia todo lo que me lastima*
- 47. Cuando las circunstancias son adversas *me pongo muy tensa*

Actitud frente a las metas

- 3. Siempre he deseado *que me amen*
- 18. Sería completamente feliz *si termino mi carrera y me dan de alta de aquí*
- 33. Mi ambición secreta en la vida *terminar mi carrera y un día cantar frente a toda mi familia, porque me gusta mucho cantar*
- 48. Lo que más deseo en la vida *es triunfar*

Actitud frente a los temores

- 7. Yo sé que es una tontería, pero tengo miedo de *las arañas*
- 22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de *las arañas*
- 37. Me gustaría perder el miedo a *las arañas y a los recuerdos*
- 52. A veces mis temores me impulsan a *lastimarme*

Actitud frente a los sentimientos de culpa

- 15. Haría cualquier cosa por olvidar la vez que *le falte el respeto a mi madre*
- 30. Mi peor equivocación fue *lastimarme física y emocionalmente*
- 45. Cuando era pequeño me sentía culpable de *haber nacido*
- 60. La peor cosa que he hecho es *decirle a mi mamá que la odio*

Actitud frente al pasado

- 9. Cuando yo era niña *me caía demasiado*
- 24. Antes que tuviera doce años *veía el futuro mucho más lejano*
- 39. Si fuera niña otra vez *disfrutaría mi niñez*
- 54. El recuerdo más vivo de mi niñez *cuando me dijeron que mi padre no es mi padre*

Actitud frente al futuro

- 5. El futuro me parece *lejano*
- 20. Más adelante yo quiero *la paz*
- 35. Algún día yo *terminare mi carrera y les llevaré un título*
- 50. Cuando sea mayor de edad *espero estar bien.*

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

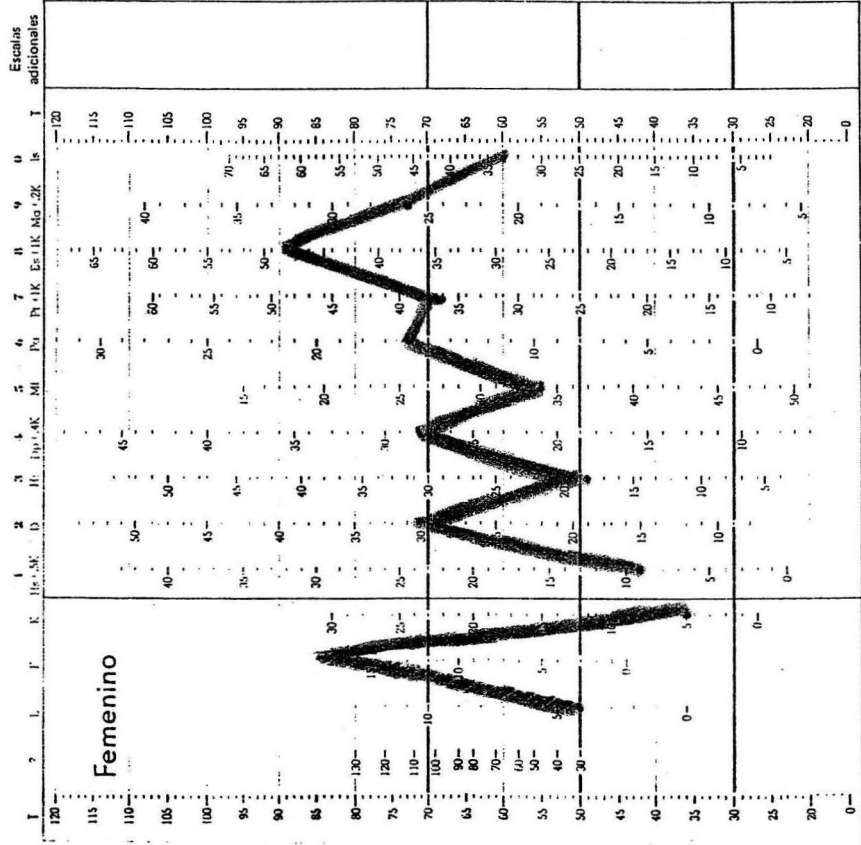
PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

Nombre K (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación Estudiante Fecha de aplicación Marzo 03
 Años escolares o estudios cumplidos Licenciatura
 Estado Civil Soltera Edad 21 heterofido por _____

NOTAS

Fracciones K	
K	2
30	15
29	15
28	14
27	14
26	13
25	13
24	12
23	12
22	11
21	11
20	10
19	10
18	9
17	9
16	8
15	8
14	7
13	7
12	6
11	6
10	5
9	5
8	4
7	4
6	3
5	3
4	2
3	2
2	1
1	1
0	0



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Escl. adicionales		
4	18	5	6	30	18	26	34	16	32	43	25	33
Agregar factor K <u>3</u>												
Puntuación corregida <u>9</u>												

