

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.



“DETERIORO EN MUJERES ADULTAS BORDERLINE: EPISODIO PSICÓTICO”

TESIS

Para obtener el título de Licenciada en Psicología

Presenta:

GRACIELA LICEA HERNÁNDEZ

Director de Tesis: Doctor Jorge Rogelio Pérez Espinosa.

México, D.F.

2009



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.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I ENFERMEDAD MENTAL	5
1.1 Marco referencial	5
1.2 Definición	6
1.3 Enfoques Nosográficos	10
1.3.1 Unidad - Multiplicidad	11
1.3.2 Etiología - Evolución	12
1.3.3 Continuidad - Discontinuidad	13
1.4 Categorías y valoración de la enfermedad mental	15
1.4.1 Formas agudas	16
1.4.2 Formas crónicas	17
1.5 Ruptura de los límites: De lo normal a lo patológico	19
1.6 Causas o factores de la enfermedad mental	21
CAPÍTULO II TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	24
2.1 Marco referencial	24
2.2 Descripción general del trastorno límite de la personalidad	25
2.3 Síntomas o criterios	27
2.3.1 Tabla de criterios diagnósticos CIE-10	27
2.3.2 Tabla de criterios diagnósticos DSM-IV	28
2.3.3 Descripción de criterios diagnósticos	29
2.4 Aspectos estructurales y funcionales	31
2.4.1 Nivel biofísico	31
2.4.2 Nivel Comportamental	32
2.4.3 Nivel Fenomenológico	33
2.4.4 Nivel Intrapsíquico	35
2.5 Diagnóstico Diferencial	36
2.6 Subtipos del trastorno límite de la personalidad	40
2.7 Comorbilidad	47
CAPÍTULO III PSICOSIS	51
3.1 Marco referencial	51
3.2 Definición	52
3.3 Signos y síntomas	54
3.4 Proceso psicótico	56
3.4.1 Primera fase: El pródromo	57
3.4.2 Segunda fase: Brote psicótico o fase aguda	60
3.4.3 Tercera fase: enfermedad diagnóstica y proceso de recuperación	63
3.5 Clasificación genérica	65
CAPÍTULO IV ESTRUCTURAS CLÍNICAS	67
4.1 Marco referencial	67
4.2 Definición de estructuras clínicas	68
4.3 Estructura yóica y sus funciones	71
4.3.1 Contacto con la realidad	73
4.3.2 Sentido de la realidad del mundo y del sí mismo	74
4.3.3 Juicio crítico	74
4.3.4 Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos	75

4.3.5 Relaciones objetales o interpersonales	76
4.3.6 Procesos cognitivos o del pensamiento	76
4.3.7 Regresión adaptativa al servicio del Yo	77
4.3.8 Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo	78
4.3.9 Filtro de estímulos	79
4.3.10 Funcionamiento autónomo	79
4.3.11 Funcionamiento sintético-integrativo	80
4.3.12 Competencia y dominio	81
4.4 Importancia de la relación entre el Yo, el Ello y Super yo	82
4.5 Organización borderline	83
4.6 Manifestaciones de la labilidad yóica en el TLP	89
4.7 Desviación hacia el pensamiento de proceso primario	91
4.8 Debilidad del Yo hacia la desestructuración	91
CAPÍTULO V TEORÍAS RELACIONADAS	94
5.1 Perspectiva biológica y otras relacionadas	94
5.2 Perspectiva cognitiva	97
5.3 Perspectiva social y otras relacionadas	100
5.4 Perspectiva cognitivo-social	101
5.5 Teorías genético-conductuales	102
5.6 Perspectiva sistémica	103
5.7 Perspectiva psicodinámica	104
5.8 Perspectiva evolutiva y del neurodesarrollo	107
5.9 Teorías integradoras	108
5.9.1 Teoría evolutiva del aprendizaje social del Millon	108
5.9.2 Teoría interpersonal de Benjamin	109
5.9.3 Teoría de los dominios funcionales de Westen	111
5.10 Estructura, conflicto y su deterioro	112
CAPÍTULO VI MÉTODO	121
Planteamiento del problema	121
Justificación	121
Objetivo	121
Objetivos específicos	121
Tipo de estudio	122
Muestra	122
Escenario	122
Instrumentos y técnicas	122
Procedimiento	123
CAPÍTULO VII RESULTADOS	124
Presentación de datos clínicos	124
Descripción del deterioro observado en funciones del Yo	129
CAPÍTULO VIII DISCUSIÓN	168
CAPÍTULO IX CONCLUSIONES	179
CAPÍTULO X BIBLIOGRAFÍA	182
CAPÍTULO XI ANEXOS	188

RESUMEN

La presente investigación relata a profundidad el tema del Trastorno Límite de la personalidad en pacientes femeninas enfatizando en el deterioro de la estructura psíquica debido a fallas en las funciones yóicas evidentes posterior a la presencia de un episodio psicótico.

La finalidad de este trabajo es analizar cualitativamente el deterioro psíquico en una muestra de 10 pacientes internadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez previamente diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), al efectuar revisión de expedientes, elaboración de examen mental y entrevistas semiestructuradas para explorar el estado mental y funcionalidad del Yo, basándose en la propuesta por Bellack (1994), sobre las doce funciones del Yo y las contribuciones teóricas inmersas en la presente investigación.

Los resultados obtenidos muestran que el deterioro estructural en mujeres adultas borderline tiende a ser crónico degenerativo, disminuyendo la funcionalidad psíquica a medida que pasa el tiempo particularmente si han presentado un episodio psicótico, el cual es motivo de internamiento en hospitales psiquiátricos.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación refiere al tema del deterioro en mujeres adultas borderline, al presentar un episodio psicótico. Las características principales de estas pacientes consisten en una marcada predisposición a actuar de forma inesperada e impulsiva que empieza durante el inicio de la edad adulta manifestada en varios contextos sin tener en cuenta las consecuencias y por tanto potencialmente perjudicial para sí mismo incluyendo gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria o atracones de comida; la tendencia a presentar comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás en especial cuando los actos son impedidos o censurados; una propensión a presentar arrebatos de ira y violencia con frecuente incapacidad para controlar las conductas explosivas; dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata; humor inestable, caprichoso, infantil y algunas veces sarcástico debido a una notable reactividad del estado de ánimo como episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que rara vez dura unos días; ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla e; ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves; alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluidas las sexuales) caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación; facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables que a menudo terminan en crisis emocionales; presencia de esfuerzos excesivos para evitar el abandono real o imaginario; reiteradas amenazas o actos de autoagresión, así como sentimientos crónicos de vacío (First, et al., 1996; García, 2000).

El deterioro en esta población puede definirse como un daño progresivo, tal vez paulatino, en mayor o menor grado de las funciones yóicas que en el actual trabajo se le relaciona con una insuficiencia en la consolidación o afianzamiento estructural en el sujeto border y que, inevitablemente genera decadencia en la eficacia de sus funciones creando un proceso patológico hasta advertirse un colapso en las mismas al presentarse el grado más alto en episodios psicóticos.

Según la OMS (2000), el reconocimiento y la utilización de éste diagnóstico durante el periodo entre 1994 y 2000 ha crecido de forma muy notable. De todos los trastornos de la personalidad, es probablemente el más diagnosticado en la práctica moderna (Guderson,

2004). Se estima que las cifras de prevalencia e incidencia de individuos con TLP representan aproximadamente el 2-3% de la población general, casi un 25% de todos los pacientes hospitalizados y alrededor de un 15% de todos los pacientes ambulatorios así como el 15% de pacientes ingresados a hospitales psiquiátricos, dentro de los cuales el 20% está creciendo rápidamente (Coryell y Zimmerman, 2000). Finalmente la tasa de incidencia determinada por el DSM-IV sitúa en torno a 1/1510 o bien el 0,07% anual con respecto al TLP (First, M., Frances A. & Pincus, A. (1996). En México el trastorno límite de personalidad es ubicado con un porcentaje del 40% de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos, donde el 76% son mujeres que supone una prevalencia mucho mayor en paciente femeninas que en varones de las cuales hasta el 25% provienen de familias estructuradas. En México la significativa prevalencia en sujetos femeninas ha generado todo tipo de investigaciones y se ha concluido como factor que las mujeres tienen más posibilidad de padecer peores condiciones en cuanto a roles emocionales, sociales y funcionamiento de la salud mental. (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 2007).

El pronóstico en el TLP viene condicionado por la edad de aparición de los primeros síntomas, la intensidad de los mismos y la presencia de ciertas conductas. Un pronóstico negativo vendría marcado por inicio temprano (infancia y adolescencia) de los síntomas, alta intensidad de los mismos, presencia de algún tipo de adicción y conductas suicidas o parasuicidas o conductas disociativas, poca conciencia de enfermedad del sujeto y negativa a ponerse en tratamiento. Un pronóstico positivo vendría dado por aparición de los síntomas ya en la edad adulta (entre los 20 y 25 años), ausencia de conductas adictivas o de conductas suicidas y predisposición a vincularse a nivel terapéutico.

Por tanto, debido a que el tratamiento de los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los retos más difíciles para el psiquiatra en la práctica clínica. Su manejo es especialmente complejo en los servicios de urgencias y/o bajo tratamiento psicoterapéutico ya que las características clínicas y de manejo terapéutico de los esta población predicen la necesidad de hospitalización en situaciones de crisis y en ocasiones prescripción de fármacos.

El TLP constituye un problema de salud mental de demanda creciente que ha llevado a la creación de unidades específicas en algunos centros nacionales. Por tanto, se trata de un problema emergente que progresivamente va a generar una gran demanda clínica y social con lo que conviene iniciar actuaciones formativas y de intervención. Dado la especificidad de

este trastorno tanto en su diagnóstico como en su tratamiento hace que la evolución de estos cuadros clínicos no siempre resulte satisfactoria, haciendo preciso entonces promover la difusión de programas de evaluación para desarrollar programas de intervención para estos trastornos.

Por ello la presente investigación se interesó en esta problemática, dirigida por la inquietud de conocer el cómo evaluar por medio de la comunicación verbal, el comportamiento observable y el uso de la historia clínica para determinar el deterioro causado por la desestructuración o fragmentación psíquica presentado en mujeres con diagnóstico previo de trastorno límite de la personalidad de manera general y analizar dicho deterioro profundizando de forma cualitativa en la descripción de la estructura borderline con base a la vulnerabilidad o fallas en las funciones del yo primordialmente con la presentación de un episodio psicótico.

La presente investigación aporta la consolidación de un marco teórico integrativo que permite una mayor comprensión de los fenómenos propios del deterioro a través de la exposición de las fallas en las funciones del Yo de pacientes femeninas con previo diagnóstico de TLP hospitalizadas por presentar un episodio psicótico. Y a causa de que el trabajo se enfoca en las características de la estructura yóica, específicamente en las funciones del yo resalta la importancia del que el clínico contemple dicho proceso de deterioro para establecer un diagnóstico, los alcances del tratamiento y pronóstico.

Ya que dicho diagnóstico posiblemente equivalente a una versión más pura de la estructura fronteriza, la cual se determina por investir una organización susceptible o vulnerable a desarrollar trastornos o alteraciones mentales por la fragmentación psíquica o desestructuración temporal, manifestada en brotes o episodios psicóticos, debidos a un desequilibrio o fallas en las funciones yóicas que no permiten una funcionalidad óptima y por tanto, buen desempeño de sus labores a causa estresores tanto internos como externos.

CAPÍTULO I. ENFERMEDAD MENTAL

1.1 MARCO REFERENCIAL

“Abordar el estudio de la salud mental implica evidenciar las determinaciones y mediaciones presentes en su especificidad, así como aquellas que la trascienden desde una totalidad concreta transversalizada por las múltiples facetas de la realidad” (Lukács, 2004 pp. 49.).

A lo largo de la historia las enfermedades mentales al igual que el resto de las enfermedades, han sido terreno de la magia y la religión, cuestionándose continuamente la condición misma, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico como en tiempos antiguos o un origen netamente social en la reciente antipsiquiatría.

Fueron los griegos quienes iniciaron el estudio de las enfermedades mentales desde una perspectiva más científica, separando el estudio de la mente fuera de la religión buscando leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad. Fue hasta el siglo XIII que se fundaron hospitales con secciones psiquiátricas en Europa que contribuyó al área psicológica para demostrar que la introspección es una fuente importante de conocimiento psicológico, considerándosele como un precursor de la fenomenología y del psicoanálisis. Ya en el siglo XVIII la cantidad de datos médicos y científicos hizo necesaria su síntesis y sistematización. Sauvages, dividió las enfermedades conocidas en clases, órdenes, géneros, especies y variedades. Cullen, publicó otra clasificación de enfermedades, de acuerdo con sus síntomas, métodos diagnósticos y tratamiento. Battie (1758), describió dos tipos de locura: endógenas (origen interno) y exógenas (origen externo). Mucho más tarde Charcot diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquellas cuyos síntomas eran de origen psicológico o histérico, (Pérez, 2000).

En el siglo XX se desarrollaron clasificaciones internacionales, diferentes psicoterapias y la aparición de la psicofarmacología donde Kraepelin, elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva todavía empleada para clasificar los trastornos mentales de acuerdo a la conducta que presentan los pacientes y a la evolución del cuadro clínico. Meyer (1957), desarrolló un concepto psicobiológico de la psiquiatría que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales. Y Schneider (1959), autor de la psicopatología clínica, implementó los enfoques descriptivo y fenomenológico de Kraepelin y

Jaspers para aportar con la división de los síntomas de la esquizofrenia en primarios y secundarios (Pérez, 2000).

Dentro del rubro psicoanalítico, Freud (1896) desarrolló todas sus teorías contribuyendo a la explicación de las distintas alteraciones mentales. Adler fue el primer psicoanalista que agregó las expresiones "estilo de vida" y "complejo de inferioridad" como parte del diagnóstico. Kohut fundó la psicología del Self para posteriormente influir a Masterson y a Kernberg con la formulación de conceptos sobre síntomas y la estructura yóica de trastornos mentales y su diferencia entre neurosis y psicosis, ésta última como muestra irrefutable de la enfermedad mental (Pérez, 2000).

1.2 DEFINICIÓN

En el ámbito mental o de las manifestaciones psíquicas las cosas distan mucho de ser fáciles y sencillas. Quien quiera que se dedique a la práctica clínica o la revisión del conocimiento teórico para profundizar en ella, se interna en la contradicción involuntaria de la interrelación entre lo normal y lo patológico, topándose tarde o temprano con dificultades; sobre todo en el momento de aportar o buscar alguna descripción concreta, ya que una de las formas más utilizadas para ayudar a dar una explicación de la enfermedad mental es vincular el tema con conceptos como bienestar, adaptación, ganancia secundaria, estabilidad; etc, paradójicos al malestar, inadaptación, perjuicio, conflicto; motivando a definiciones infinitas y redundantes.

Investigadores como Martí y Murcia (1988) mencionaron que la salud y la enfermedad son los dos estados diferentes de la adaptación al medio. Estas transformaciones, aun siendo externas, son interiorizadas y pueden suponer el origen de un factor psicosocial nocivo que puede lesionar la normal función biológica (Martí y Murcia, 1988).

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia (1994), propuso que la Salud mental era la capacidad manifiesta del ser humano de identificarse como individuo dentro de una determinada sociedad o cultura, relacionándose objetiva y armoniosamente con el medio en el que participa, creando mayor bienestar para él y los demás y adquiriendo por ello un sentido para su existencia. Posteriormente en el DSM-IV, el trastorno mental fue conceptualizado como "un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad

(p. ej, deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido)". (First, Frances y Pincus., 1996, pp. 5.).

Algunos autores consideran mas adecuado utilizar el término trastorno mental, determinado por el CIE-10, el cual se basa en un acuerdo de la OMS (1992) que utiliza la palabra trastorno para dar a entender la existencia de un conjunto de síntomas o comportamientos asociados en la mayoría de casos, a malestar y a interferencia con la vida del individuo (García, 2000). Y, según el Comité de Salud Mental de la OMS (2003), la salud mental es el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica y social.

Por tanto es importante contemplar la descripción y el constructo de enfermedad mental dentro de fundamentos que enfatizan el tiempo y espacio histórico-sociales donde se desenvuelven el paciente; el reconocimiento de la dimensión singular de cada sujeto dada por la subjetividad interiorizada y exteriorizada; así como las propias condiciones objetivas de existencia o experiencia interna (pensamiento, afectividad y relaciones con el entorno).

Aunado a lo anterior, es necesario considerar el hecho que de acuerdo a la etiología de la enfermedad mental y debido a su naturaleza única diferenciada de otras enfermedades; los trastornos o enfermedades mentales están determinados de forma multifactorial, ya que al estar integradas por elementos de origen biológico (genético, neurológico, etc.), ambiental (cultural, familiar y sociedad) y psicológico (cognitivo, emocional, etc.), son éstos por completo factores de peso para desencadenar una enfermedad y por tanto útiles para el estudio de su fenomenología, desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

En la actualidad los criterios utilizados son el estadístico y el normativo. El criterio estadístico parte curiosamente de la aceptación en la existencia de distintos criterios sobre salud mental normales en sus respectivas sociedades y, el normativo como Guinsberg (1990) reitera, es donde se establecen parámetros a determinados valores o normas, fuera de los cuales se encuentra lo anormal o patológico; evidente en la dificultad de encontrar límites precisos en

el continuum salud - enfermedad cuando no se cuenta con los elementos o conocimientos previos. Guinsberg refiere que toda aquella persona que no responda a las características y que reúne la mayoría de las personas de su sociedad quedaría, fuera de tal definición. Por tanto y en definitiva el concepto de enfermedad mental depende no sólo de los criterios utilizados sino también de como se diagnostique al enfermo, pues aglutina variedad de patologías de muy diversa índole, haciendo más difícil definir de forma unitaria cada enfermedad o trastorno de forma particular, incluso individualizarla, ya que cada persona puede sufrir o presentar síntomas algo diferentes. (Guinsberg, 1990).

Álvarez, Esteban y Sauvagnat (2004) mencionaban que “únicamente es posible establecer un concepto de enfermedad psíquica y fijar con precisión sus límites cuando se conocen exactamente las causas, la sintomatología, el curso y el modo de terminación del padecimiento, así como sus eventualidades alteraciones anatomopatológicas”. Es decir, advertir que hay sujetos enfermos, pacientes y no enfermedades como tal. Frente a esta posición se complementa al acoger la óptica de Rousseau (1754) el cual decía: “no hay enfermedades sino enfermos” (Álvarez, et al., 2004, pp.324.).

Por fines de este trabajo se considerará de forma global a la enfermedad mental como una alteración de los procesos cognitivos del desarrollo, considerado como normal la comparación que se realiza al respecto con un grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Destacando que ésta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, el comportamiento y de la facultad de reconocer la realidad para adaptarse a las condiciones de vida.

Finalmente, tomando en cuenta la perspectiva de la psicología clínica, la enfermedad mental, es determinada cuando la participación del Yo en la naturaleza está gravemente perturbada. Esto es explicado por Amado (1985), cuando argumenta que el sentido de la unidad del organismo falta o no es seguro. Más aún cuando el Yo no puede uno distanciarse lo suficiente para conocer, para verse como individuo, para ver como objetos finitos a los demás y a las cosas. Se mantiene en la idea de que el equilibrio no consiste en un estado estable, sino que es una alternancia moderada del predominio de lo positivo y de lo negativo: por un lado, deseo, placer, certeza y; por otro lado frustración, dolor, duda. El autor señala que la psicopatología tiene su origen en el desequilibrio, en el desfallecimiento o en la insuficiencia del psiquismo. Esta insuficiencia corresponde a una situación particular del ser del sujeto,

situación que pone trabas al deseo de vivir. El obstáculo puede presentarse en los dos modos opuestos del exceso o del demasiado poco, del excedente o del déficit, modos que por lo demás pueden coexistir o sucederse el uno al otro (Amado, 1985).

Lo anterior confirma que puede considerarse a las enfermedades mentales similares a otras enfermedades, la única y mínima diferencia radica en que los síntomas no siempre suelen ser físicos, si no psíquicos también y en ocasiones no siempre observables o medibles. Cuando hablamos de síntomas psíquicos nos estamos refiriendo a comunicaciones del paciente acerca de si mismo, de los demás y del mundo que los rodea, ya que un síntoma psíquico implica formar un juicio que entraña una comparación tácita entre ideas, conceptos o creencias del paciente, las del observador y la sociedad en la cual viven ambos (Szasz, 1976).

Las desviaciones que forman parte de cualquier etapa en el proceso de la enfermedad mental y el desarrollo de los síntomas psicológicos y psicosomáticos son aún más reconocibles al estar influidas por las características personales de cada individuo, pues como anteriormente se mencionaba hay diferencias en cuanto a la frecuencia, el grado y la forma de expresión de la sintomatología.

Los síntomas psicológicos pueden ser instrumentalmente eficaces en algunas ocasiones. Una persona que está luchando contra los sucesos estresantes del medio ambiente puede llegar a la conclusión de que su lucha tiene efectos nocivos sobre su salud y de esta forma rendirse y; a fuerza de redefinir la situación, decidir que tiene otras prioridades. De igual manera otros individuos que se encuentren en una situación similar, siendo ésta la fuente de ansiedad, intranquilidad o angustia; comiencen tal vez a actuar de una manera diferente sobre dichas circunstancias y no ser ellos mismos blanco y afectarse de manera adversa (Cochrane, 1991).

Krapelin (1917), dentro de su perspectiva destaca mucho la ideología de que las enfermedades mentales son a causa de múltiples variables y por ello son observadas de manera diferente en cada individuo. A su consideración los síntomas, consisten más bien en formas de reacción preformadas en las que se ponen en manifiesto ciertos acoplamientos de síntomas con determinado patrón constante. “La reaparición continua y regular de éstos complejos causa la impresión de que en un gran número de trastornos psíquicos, si no en todos, se desencadenan combinaciones de síntomas, en cierto modo, preexistentes”. Tales complejo sintomáticos son denominados por el autor como unidades de segundo orden, advirtiendo que las enfermedades

propiamente dichas, unidades de primer orden, son por el momento conjuntos demasiado extensos que representan meramente manifestaciones individuales, comprobado posteriormente por Hoche (1913) en términos funcionales y orgánicos” (Álvarez, et al., 2004, pp. 279.).

1.3 ENFOQUES NOSOGRAFICOS

A continuación se ilustran los modos principales en los que acostumbran presentarse en la clínica las diferentes manifestaciones patológicas, esto es, el síntoma y sus equivalentes.

Según Lacan el síntoma es el signo de lo que no marcha bien. La noción de síntoma en psicopatología guarda cierta relación con la de queja, es decir, con la demanda dirigida hacia el entorno o hacia el clínico. Y Freud mencionaba que la cuestión radicaba en el hecho de que el síntoma es interpretable al tener en consideración el campo del inconsciente, como un lugar de articulación de los deseos reprimidos. Sin embargo, existen casos en que de forma temporal o duradera, la angustia no queda enmascarada por el síntoma y el sujeto se ve directamente enfrentado a ella. En tales casos se describen dos tipos de configuración sintomatológica: uno en el que la angustia es el síntoma dominante sin que necesariamente desemboque en otros modos de expresarse y otro, en el cual la angustia va a determinar acciones; ya sea que se trate de demandas veladas de ayuda, o bien sea que el sujeto persiga con ellas una salida definitiva. Dicho en términos de Miller (1999), el acting out corresponde a una pregunta, mientras que el paso al acto se presenta como una respuesta final, guardando ambos términos una relación con el saber inconsciente (Álvarez, et al., 2004).

Por otro lado, tomando en cuenta la óptica de que hay enfermos y no enfermedades, una concepción nominalista ampliamente desarrollada por Locke, quienes destacan la dimensión funcional de la enfermedad, advirtiéndole de entrada el grave error que supone confundir objetos o hechos de la naturaleza con los conceptos abstractos destinados a nombrarlos. Es decir, las situaciones se presentan pero ambas más que ser un hecho espontáneo, tiene su fundamento. (Álvarez, et al., 2004).

Por ello, la descripción y la clasificación metódica de los trastornos mentales en relación al origen y los síntomas manifestados, de lo cual se ocupa la nosografía, han estado y siguen estando conformadas por distintos modelos nosológicos de enfermedad que se explicarán

brevemente. Y dentro de las propuestas internacionales se encuentran básicamente tres corrientes que en sus extremos pueden ser contradictorias. Éstas son: unidad vs multiplicidad; etiología vs evolución y; continuidad vs discontinuidad.

1.3.1 Unidad - multiplicidad

La perspectiva de la unidad aborda la enfermedad mental como una perturbación única y autónoma que presenta, eso sí, aspectos clínicos distintos, un único trastorno nuclear del que derivan manifestaciones sintomatológicas diversas, pero típicas. Ésa es la esencia de la noción de alineación mental desarrollada por Pinel (1801), al explicar en toda su extensión las diversas especies para con ello poder deducir las reglas de su curación. En la alineación mental se incluyen cuatro clases de extravíos que requieren de una manera general el nombre de alienación mental: la demencia, la melancolía, la idiocia y la manía; las cuales comparten la esencia común del estar alienado. Esta concepción presenta al alienado como una mezcla de enfermo y de loco, como un ser sumido en una sinrazón enferma pero en el que persiste aún una pizca de discernimiento (Álvarez, et al., 2004).

Posteriormente Chiarugi (1793), describió la pazzia (locura) nominada únicamente a aquellos errores de juicio y del razonamiento que procedían de una afección idiopática, con exclusión de las fiebres primitivas y de los estados comatosos. Esta locura única descrita no podía ser de otro modo, pues todas las formas sintomáticas diversas eran observadas en todo paciente. Desplegada una concepción de la patología mental basada esencialmente en las formas evolutivas de un proceso unitario Griesinger (1845), fue quien mas desarrollo el modelo traducido como psicosis única o unitaria. La enfermedad mental para este autor era señalada como una enfermedad del cerebro, razón por la cual debía de ser estudiada exclusivamente a partir de los supuestos de la medicina interna, en especial los fisiopatólogos; debido a la suma de síntomas únicos en su proceso morbosos unitario. A su consideración, existían dos grandes grupos de estados fundamentales de los trastornos psíquicos: los estados emocionales mórbidos y las lesiones de la inteligencia y de la voluntad. Unos y otros se enlazan en su evolución siguiendo la misma secuencia propuesta por el autor. Griesinger persistía en que la locura era una enfermedad que sólo se cura en el primer grupo de anomalías mentales primitivas (afectivas) pero que se volvía incurable en el caso de llegar a consolidarse los trastornos secundarios que conforman el segundo grupo. Y Neuman (1856), afirmó que convenía atribuir las diversas manifestaciones clínicas a las diferencias individuales y no al hecho de asentarse en procesos morbosos independientes. Falret (1864), desplegó una nueva

modalidad de observación de enfermos que consistía en observar y así mismo, investigar la enfermedad en su conjunto y no sólo en sus aspectos más llamativos; precisaba también a estudiar y caracterizar la individualidad enfermiza, así como detectar también datos negativos, sin deslindar un suceso de su entorno y considerar tanto los síntomas físicos como los morales. Finalmente insitó al clínico a observar de manera muy especial el curso de la enfermedad, sus oscilaciones y alternancias. Acogiéndose en tales principios introdujo una perspectiva diacrónica sin quererlo (Álvarez, et al., 2004).

Por otro lado se cocinaban modelos patológicos plurales o la idea de que las enfermedades mentales eran el resultado de varias situaciones. Destacando dentro de sus inicios la concepción del delirio por Freud (1910), al considerarlo no como la manifestación inequívoca de la enfermedad, sino como consecuencia del trabajo personal para salir de la locura. De esta forma el enfermo tenía la posibilidad de sobreponerse, devolviendo con esta teoría la confianza al enfermo en sus propias posibilidades y recursos para una recuperación (Freud, 1924).

1.3.2 Etiología - Evolución

Estimulados por la enseñanza de Falret, algunos clínicos se entregaron a la confección de inagotables nosografías preferentemente clínico-evolutivas, es decir basadas por una parte en las formas de inicio, la marcha natural de las enfermedades y sus modalidades intrínsecas de terminación, contemplando también sus manifestaciones más sobresalientes. Las aportaciones desarrolladas por Kraepelin (1899) en destacan la significación de los síntomas exteriores dieron fundamentos a la nosografía para abordar las condiciones de aparición, evolución y terminación de una enfermedad mental (Álvarez, et al., 2004).

Un grupo minoritario de clínicos, prefirió abordar la cuestión nosográfica y semiológica desde una perspectiva etiológica o causal con diferentes vertientes. Dentro ellas destacó en enfoque órgano-genetista, como las propuestas neuropatológicas de Wernicke (1894); la clasificación de las psicosis marginales de Kleist (1937); continuando con el trabajo de Lehonard (1957) con la división sobre psicosis confusionales y de ansiedad-elación y; más depurada o fuera del marco, la posición psicogenetista de Meyer (1957), sobre los tipos de reacción que se ubican dentro de los abordajes etiológicos. Morel (1860), defendió su orientación etiológica en nosografía al expresar su consideración sobre que una clasificación basada esencialmente en el elemento etiológico era la mejor forma de salir de la vía exclusiva que se había seguido

hasta ese momento. Pero el autor encauzó tan a fondo su ideología hasta llegar a factores hereditarios transmitidos a los descendientes por generaciones que su teoría pasó a situarse al lado contrario. Por el mismo ramo Magnan (1898) y el supuesto de la “degeneración” sobrevivió y todas las teorías hereditarias gravitaban sobre un eje común: la sobredeterminación biológica y por consiguiente la pérdida o negación de las capacidades de elección o de decisión (Álvarez, et al., 2004).

Las contingencias fueron haciendo que la idea original diera un giro y, tomando direcciones desde los principios clínico-evolutivos de las enfermedades, se inició a partir del célebre delirio crónico de evolución sistémica de Magnan, una vertiente alternativa. Ideado, para perfeccionar la descripción fundacional de Laségue, sobre el delirio de persecuciones, el delirio crónico de evolución sistemática del autor, consistía en una especie patológica natural claramente definida y metodológicamente regular en su evolución, que a u vez se desplegaba a lo largo de cuatro fases características, sucesivas e inexorables. En dichas fases el paciente se presentaba sucesivamente bajo cuatro aspectos sintomáticos bien diferenciados: Al principio inquieto, posteriormente se sentía perseguido, luego se mostraba megalómano y al final su síntomas se manifestaban precipitados a la demencia. Este delirio crónico atacaba generalmente a la edad adulta en individuos sanos, es decir, no degenerados, Su larga duración y su curso metódico, regular y progresivo eran los principales rasgos distintivos, al punto de que el clínico experimentado que conocía de antemano el destino de su paciente al verificar el diagnóstico en sus fases iniciales: El primer periodo, o periodo de incubación según Magnan (1893), se caracterizaba por ilusiones, interpretaciones delirantes, la inquietud constante y progresiva del enfermo. En el segundo periodo, o periodo de persecución, se presentaban fenómenos representados por alucinaciones desagradables, sobre todo auditivas, trastornos de sensibilidad general e ideas de persecución (psicosis). El tercer periodo, o periodo ambicioso, exhibía alucinaciones de carácter grandioso, trastornos de la sensibilidad general de ideas ambiciosa. Y finalmente, el cuarto y último periodo se identificaba por la decadencia de la inteligencia (Álvarez, et al., 2004).

1.3.3 Continuidad - Discontinuidad

Por último, la nueva etapa de la clínica ha permanecido dentro de otro frente donde se mide la influencia o solidez de las diversas orientaciones de la psicopatología donde se procura despejar el dilema de si la patología mental está sujeta o no a un continuum y, de no ser así, deducir si que entre la normalidad y la psicosis se encuentran grados progresivos de transición

o una ruptura en la estabilidad. Partidarios de las enfermedades mentales naturales tienden a inclinarse a favor de la discontinuidad, de la autonomía e independencia, ya que para ellos en eso constituyen las auténticas enfermedades. La psicopatología elaborada por Freud y Lacan relativa a las estructuras clínicas está situada en el extremo opuesto, es decir, a la continuidad, defendiendo la línea de teorías de las constituciones patológicas que se han sostenido con mayor auge para la reelaboración de fundamentos a trastornos de personalidad.

Inicialmente Jaspers (1910), decía que las enfermedades mentales se podían dividir en dos: las del primer orden y las de segundo orden. Básicamente, las del primer orden relativas a la discontinuidad, encuentran sus límites al querer derivar el proceso a partir de una personalidad y éstos límites se hallan en aquello nuevo que surge de una época determinada a saber, muy similar a una ruptura en la continuidad vital o lo que él denominó como transformación heterogénea. Por el contrario, los trastornos de segundo orden, referentes a la continuidad, se caracterizan por la potenciación lenta de los elementos patológicos de la personalidad que se produce sin cambios bruscos ni rupturas con las características personales anteriores. En pocas palabras se trata del desarrollo de una personalidad y por tanto, la enfermedad o trastorno mental es algo que se va dando conforme la persona va creciendo en sus distintas áreas y por ende tiene más peso el desarrollo de la personalidad como determinante para una patología. El autor abandonó posteriormente esta filosofía para quedarse con la primera (Álvarez, et al., 2004).

Schneider (1945), fue quien más dio batalla a la discusión entre continuidad y discontinuidad al denominar el término de psicosis con una hipótesis muy bien fundamentada sobre las variaciones anormales del psiquismo y las psicosis, incluyendo dentro de esta clasificación casos en los que las fluctuaciones psíquicas eran muy graves o más leves. La separación entre ambos términos admitía transiciones entre las enfermedades, sin embargo las psicosis estaban claramente diferenciadas por un muro infranqueable. El autor prosiguió con el desarrollo de su modelo argumentando que en toda psicosis o enfermedad se producía una ruptura del desarrollo vital y de la legalidad del sentido (continuidad de sentido) del desarrollo de la vida, saltando así de los criterios estrictamente médicos y etiológico, a otros psicológicos y psicopatológicos retomando otra vez a Jaspers. La óptica de la discontinuidad como la idea de un proceso que ha sido interrumpido, apoya la explicación acerca de que la enfermedad mental es la alternativa no fuera tan incomprensible ya que se percibe como una ruptura brusca en una normalidad aparentemente visible. (Álvarez, et al., 2004).

Justamente fue Genil-Perrin (1926), quien cobijó y fortaleció la perspectiva del continuum al perfilar las cuatro tendencias del carácter paranoico: el orgullo, la desconfianza, la falsedad del juicio y, la inadaptabilidad social para hacer depender exclusivamente del grado de implantación de personalidad del enfermo o una constitución paranoide, la posibilidad de que se produzca o persista una psicosis paranoica. El autor manifestaba: “Se sigue así, através de la zona de penumbra, el pasaje del estado normal al estado de enfermedad y, cuando se desciende la escala de gravedad, se encuentra en las singularidades de carácter del hombre reputado de normal el reflejo atenuado de la psicosis”, haciendo referencia a las nociones actuales de lo latente contra lo declarado, que Montassut (1924) ya había concluido. Anteriormente, Kretschmer (1918) había descrito un síndrome psicogénito denominado como delirio sensitivo de referencia con la finalidad de promover la valoración mediante la sobrecompensación de las carencias e insuficiencias personales. Kretschmer tendía a aparar la continuidad sin bruscas transiciones entre los sujetos normales y los enfermos, enfatizando además de la alteración o modificación de las funciones sanas en los trastornados; y tal consideración corresponde a una fascinación por los rasgos del carácter y las motivaciones. De acuerdo a trabajos de Kraepelin, Claude (1921) explicó que la noción de constitución esquizoide esta elevada a un lugar central en la teoría psicopatológica, al punto de hacer depender de ella las distintas variantes nosográficas. Finalmente Claude, Robin y Borel (1923) concluyeron que este tipo de constitución se caracterizaba por la tendencia genérica a reaccionar ante las dificultades afectivas mediante la huida de la realidad y el refugio en la entonación. Sobre esta base, se fueron consecutivamente clasificando diferentes enfermedades mentales de acuerdo a la sintomatología presentada, dando pie a consideración como un aspecto si no determinante, de gran importancia a lo que la psiquiatría designa como personalidad premórbida y, estructuras psíquicas en la práctica de la psicología clínica (Álvarez, et al., 2004).

1.4 CATEGORIAS Y VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Para detectar o establecer un diagnostico, es muy importante tener en cuenta el periodo sintomático y asintomático, rasgos de personalidad y si se han visto afectadas sus actividades cotidianas, hábitos y/o sus relaciones personales. Tomado en cuenta ello, Rodríguez López F. (1997) narran que durante el primer tercio del siglo XX los síntomas y signos descritos fueron utilizados como elementos básicos para las dos modalidades de reflexión diagnóstica que

desde Jaspers (1958), se afincaron en la psiquiatría como el diagnóstico sintomatológico o de criterios, copia del modelo médico de la enfermedad, orientado hacia la determinación del proceso morboso y; el diagnóstico fenomenológico, más interesado por el modo particular de experiencia y conducta del paciente así como su relación con el mundo, que daba cierta relevancia a lo subjetivo están en la actualidad vigentes. Para el diagnóstico sintomatológico o de criterios, es fundamental contemplar la patocronía, es decir, la dimensión temporal en que los síntomas aparecen, coinciden en el tiempo, evolucionan hacia su aumento, sean de disminución o permanencia estable; además de una observación médica pura. En el diagnóstico fenomenológico se pone en juego el concepto de explicación frente al de comprensibilidad donde un trastorno era explicable o inexplicable, si se conocía o no la causa fisiopatológica; además de ser comprensible o incomprensible, en función de que el interlocutor pudiera hacerse una cierta idea de lo experimentado por el enfermo. Tal comprensión podía a su vez ser empática si el observador, tratando de ponerse en lugar del paciente, encontraba una relación de sentido lógica entre la vivencia y el contenido del trastorno. La otra clase era la comprensión biográfica, que se daba cuando sólo era posible comprender la reacción experimentada por el sujeto teniendo en cuenta detalles muy específicos de su historia personal; donde a través de la biografía del sujeto aparecería la relación de sentido y de intensidad sintomatológica aparentemente inexistente. (Álvarez, et al., 2004).

Posteriormente con el afán de contemplar una serie de dimensiones temporales que permitieran contemplar un diagnóstico, evolución y pronóstico correctos, las “formas patocrónicas del enfermar psíquico” fueron clasificadas en agudas y crónicas.

1.4.1 Formas agudas

Las formas agudas se dividieron en reactivas y no reactivas, éstas últimas a su vez se bifurcan en reversibles y no reversibles. Partiendo de lo más simple y sencillo a lo más complicado y grave se describirán los conceptos utilizados en el ámbito de la semiología temporal. Dentro de las formas agudas no reactivas reversibles, se encuentran los conceptos de fase, acceso, periodos, alternancia y los equivalentes. El vocablo Fase está instaurado en días o semanas, como una alteración aguda de la vida psíquica que puede durar semanas, meses o años dejando la personalidad premórbida intacta al desaparecer, tendiendo a la autolimitación temporal y afectando al funcionamiento psíquico global del sujeto. Las fases suelen presentar un curso recurrente por lo que la historia clínica como herramienta de investigación es clave

para el diagnóstico, éstas duran horas y excepcionalmente días. El Acceso es la instauración súbita (segundos o minutos) de menor duración que las fases, donde ambos conceptos comparten la tendencia a la autolimitación temporal marcada que generalmente tiene una resolución espontánea. Por otro lado, los periodos son constituidos como confusiones, y aunque similar a las fases, éstos se definen por presentarse a intervalos irregulares (Bellver, Hernández, Cuquerella y Pérez, 1997).

La alternancia se concibe como la idea de un mismo trastorno que puede presentarse mediante síndromes distintos en diferentes momentos evolutivos. Los ejemplos más demostrativos son los sucesivos brotes o manifiestos inesperados inmersos en el proceso de una enfermedad, los cuales pueden adoptar cualquier de sus distintas formas clínicas. Y dentro de ésta clasificación patocrónica, el equivalente es un término aplicado como la descripción o especificación al predominio de determinada sintomatología somática dentro de una enfermedad psíquica (López-Ibor, 1976).

Incluidos en las formas agudas no reactivas irreversibles, se encuentra el término fundamental de Brote, que es descrito como una alteración aguda de la vida psíquica que dura semanas, meses o años, tras la cual persiste algún tipo de alteración duradera de la personalidad del paciente. El concepto brote es evolutivo y en sus inicios es indistinguible de una fase pero distingo de ésta por estar ligado al proceso y evolución de la enfermedad. La existencia de un brote es evidente cuando se observa posteriormente un deterioro en el funcionamiento del sujeto, comparable al previo, el cual será permanente en la modificación del psiquismo, pues tras cada brote el defecto tenderá a ser progresivamente mayor. Finalmente, incorporada a las formas agudas reactivas, se halla la expresión de “reacciones”, la cual está definida como una respuesta aguda del sujeto ante una vivencia traumática. Las reacciones legítimas son “comprensibles” en cualquiera de los sentidos anteriormente señalados ante el ámbito de la descompensación clínica y con tendencia a la resolución. Las reacciones desencadenadas, por el contrario, carecen de la relación del sentido con la vivencia desencadenante; mucho de éste subtipo de reacciones están relacionadas con la teoría de la vulnerabilidad de Bonhoeffer (Bellver, et al., 1997).

1.4.2 Formas crónicas

En esta clasificación se reúnen los conceptos de proceso y desarrollo. El primero se explica como un fenómeno psíquico complejo que irrumpe en la vida del sujeto, a partir del cual se

produce una transformación permanente de su personalidad, donde toda la personalidad del individuo se ve afectada. Se espera que esta transformación sea deteriorante pero también cabe la posibilidad que culmine en mejoría. No todos los procesos cursan a brotes; cuando ocurre, éstos representan episodios agudos del proceso (Álvarez, et al., 2004).

Jaspers (1966), distinguió entre dos tipos de proceso: el psíquico, que corresponde a la desestructuración del sujeto sin pérdida de habilidades adquiridas y; el proceso orgánico que se caracteriza por la demencia o la pérdida de las capacidades adquiridas (Bellver, et al., 1997).

Por otro lado y dando fin a la esclarecimiento de conceptos patocrónicos, se expone la elemento conceptual de desarrollo, es cual se detalla como la exageración progresiva de rasgos de personalidad del paciente hasta hacerse patológicos. De instauración insidiosa, es difícil precisar el momento de comienzo. El comienzo es lento y progresivo, agravándose ante circunstancias externas. En estadios avanzados se llegan a alterar todas las muchas conductas. Suele existir aspectos valorables de personalidad premórbida, en las cuales la alteración que sufre el enfermo afecte de manera considerable el resto del psiquismo (Álvarez, et al., 2004).

Complementando la enumeración de los aspectos que se requieren para determinar un diagnóstico viable, es necesario señalar, como en toda sintomatología, que existen numerosas categorías de trastornos mentales con mayor o menor nivel gravedad tanto en la vivencia subjetiva del individuo, como en su repercusión. Dentro del funcionamiento se hace alusión a otra clasificación clásica dentro del área clínica, la cual incluye: Trastornos neuróticos y Trastornos psicóticos, además del trastorno Borderline como límite entre las dos.

En las neurosis es sólo un sector de la personalidad el que está enfermo o alterado. Las neurosis afectan en mayor grado a la percepción del sujeto sobre si mismo, y a su nivel de agrado, de plenitud y de integración del yo así como sus integraciones con el entorno social y familiar mas cercano. Las personas con trastornos neuróticos pueden desempeñar laboral y académicamente, y según Freud y las escuelas psicoanalíticas es un estado o condición natural de la vida psíquica. Sin embargo no presentan los síntomas usuales de desconexión con la realidad y amplio alejamiento de la vida social como en el caso de Psicosis o Trastornos psicóticos (Álvarez, et al., 2004).

Las psicosis abarcan la manifestación mas claramente asociada con la enfermedad mental, implican una alteración del pensamiento; una alteración general en la vida afectiva y del humor; una perturbación del control de la conciencia, de la observación en perspectiva de los distintos puntos de vista y formas alteradas del sentido crítico, acompañadas usualmente de síntomas como alucinaciones y delirios. Estos trastornos suelen tener un factor orgánico bastante pronunciado o con mayor repercusión personal, por influencia social y familiar; debido a su carácter crónico y degenerativo caracterizado por los elementos propios de todos los trastornos psicóticos (EPPIC, 2002).

Supremamente desde la perspectiva política pública es necesario incluir factores económicos, ambientales y socioculturales, y educación que provocan en la mujer inequidad, promoviendo la exposición a factores de riesgo. En especial en México, ya que la admisión de existencia de síntomas en mujeres, se toma como una forma de debilidad, tal vez porque la manifestación de estos síntomas no sea aparta demasiado del estereotipo común del comportamiento femenino (Cochrane, 1991).

1.5 RUPTURA DE LOS LÍMITES: DE LO NORMAL A LO PATOLÓGICO

La ruptura de los límites que se da al traspasar de lo normal a lo patológico generalmente se manifiesta u observa al entrar el sujeto en una experiencia continúa de contradicción, es decir, el conflicto “normal” se entiende cuando es una situación que se torna ambigua y; el conflicto se vuelve patológico cuando al vivir o presentar ambivalencia de dicha experiencia, una contradicción interna genera mucha angustia (Guinsberg, 1990).

Foucault (1984), argumentaba que la angustia está en el nudo de las significaciones patológicas y se revela bajo todos los mecanismos de protección que singularizan a la enfermedad, en los cuales cada persona define un modo específico de reaccionar ante la angustia y que la angustia transforma al unir el pasado con el presente. El autor situaba ambos, uno en relación al otro y les confirió una comunidad de sentido provocando la aparición de la protección neurótica y agregando que ésta angustia amenazante y los mecanismos que la alejan, han sido fijados desde el tiempo atrás en la historia del sujeto. Por ello, para que una contradicción sea vivida en forma ansiosa de ambivalencia y para que frente a un conflicto, el sujeto se encierre en el ciclo de los mecanismos patológicos de defensa, es necesario que la angustia estuviera ya presente transformando la ambigüedad de

una situación en la ambivalencia de las reacciones desde un inicio. “Si la angustia está presente en la historia de un individuo, es porque ella es su principio y su fundamento” (Foucault, 1984, pp. 89.).

Amado (1985), solía decir que no existiría psicopatología si hubiera revelación de la nada. La psicopatología existe porque al desbordar y aniquilar la vida mental la psique se ve obligada a una regresión incontrolada seguida de intentos de recuperación en los cuales el odio, la violencia y el miedo paralizan su desarrollo. Y cuanto mas se haga sentir el vacío en su infinito, tanto más profunda y grave será la patología que resulte de ese proceso. Sin embargo la negación de sí mismo relativamente benigna y breve, la desestructuración y la regresión soportables son en cambio necesarias para estimular nuevo progreso (Amado, 1985).

Al encontrarse el ser humano sujeto a conflictos que le producen ansiedad inicialmente, que posteriormente al no saber manejar incrementa y se convierte en angustia, se genera inconscientemente una desorganización para intentar estructurar de nuevo un estilo de vida que le permita seguir adelante; por ello cabe la posibilidad según Foucault (1984), que el organismo produzca una pérdida de identidad en el individuo totalmente desequilibrada de sus verdaderas cualidades humanas. Y entonces no resulta descabellado suponer que la salud mental deba enmarcar la salud general al presentar psicopatología, pues ofrecería valiosa información sobre todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales capaces de alterar la salud de un individuo o de un grupo.

Para Ey (1997), la enfermedad mental es la expresión de trastornos neurosomáticos directa o indirectamente de la manifestación de acontecimientos internos o instinto-afectivos y la formación inconciente de los fantasmas que estas fuerzas engendran (Ey, 1997). Por tanto se puede ubicar la enfermedad mental en relación al desenvolvimiento humano con relación a la historia psicológica e individual y las formas particulares de coexistir ya que sólo en las historias se puede descubrir las condiciones de posibilidad de las estructuras psicológicas, donde para esquematizarlo se permite admitir que la enfermedad mental implica en las condiciones actuales: aspectos regresivos porque la sociedad ya no se reconoce en su propio pasado, aspectos de ambivalencia que conflictúan al no reconocerse y que involucra últimamente, la eclosión de los mundos patológicos como resultado de no identificar el sentido de su actividad y de su porvenir. Guinsberg (1990), basándose en Foucault, dedujo que la enfermedad aparece cuando el individuo no puede gobernar a nivel de sus reacciones, las

contradicciones de su medio y cuando la dialéctica de sus condiciones de existencia pierden la dirección auto-instituida. Ante ello concluyó que los criterios de salud involucran la toma de conciencia de todas las determinaciones psicosociales limitantes; la elección consciente y en sentido libre de conductas frente a todos los aspectos de la vida social humana y; la eliminación de los síntomas que esclavizan al paciente, que sólo adquieren valor como objetivo en función de su participación en los objetivos fundamentales (Guinsberg, 1990).

1.6 CAUSAS O FACTORES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La impresión diagnóstica suele ser muy compleja pues los diagnósticos de alguna forma siguen siendo parcialmente subjetivos al basarse en la historia clínica del paciente en cuestión ya que las causas de las enfermedades mentales son múltiples y por lo mismo los tratamientos tienen diferentes opciones como medicamentos psiquiátricos, psicoterapia, un ajuste en el estilo de vida o la combinación de todas.

Cada paciente plantea una interrogante distinta pero no sólo eso, cuando una familia tiene un integrante con una enfermedad mental puede considerarse como un mensaje, pues la teoría sistémica considera la necesidad de establecer una relación entre la familia y el paciente para comprender las peculiaridades de su entorno y analizar algunas posibilidades causales o factores determinantes (Bereinstein, 1976).

Bajo un enfoque psicodinámico la explicación al origen de una enfermedad o trastorno mental, obedece básicamente al modo, estilo o proceder en que responde la estructura psíquica bajo un estado de estrés o causante de ansiedad; pues no todos tienen a su disposición iguales recursos para enfrentarse a ello adecuadamente. En consecuencia, estas personas serán identificadas como pertenecientes a los grupos particularmente vulnerables a padecimientos, trastornos o enfermedades mentales. Pensadores como Cochrane y Sobol (1980), hablaban de una predisposición al desarrollo de enfermedades, hereditarias o favorecidas por el ambiente externo, aún así perspectivas actuales le dan mayor peso al estado anímico de las personas como concluyentes ya que creían al ser humano poseedor de cualidades del control sobre si mismo y su propia vida debido a que concebían la idea de que existan circunstancias en las cuales, algunas personas encuentran inconscientemente la enfermedad mental como alivio o preferible a un estado alternativo al estrés bajo el cual están obligadas a vivir de manera directa o indirectamente, es decir, un trastorno mental en

sus diferentes variantes no sólo respuesta patológica a una ansiedad insoportable, sino también una reacción adaptativa a la que se recurre cuando no se dispone de otras formas de adaptación, o se les ha intentado y han fracasado (Cochrane y Sobol, 1980).

Cochrane (1991) argumentaba que si se tomara en cuenta el punto de partida el supuesto de los técnicas para combatir contra el estrés o controlar la ansiedad antes de recurrir a la enfermedad mental, dentro de los métodos que existen se encuentran: los mecanismos de defensa intrapsíquicos; las experiencias opuestas al estrés; las relaciones personales íntimas; el respaldo social o red de apoyo; algunas formas de desviación como el abuso de sustancias o la violencia; el desarrollo de síntomas físicos o psicológicos; el estatus de enfermedad con algún probable diagnóstico; las acciones desesperadas como el intento de suicidio u homicidio; la hospitalización o el internamiento y; el apartamiento de la realidad manifestado en diversas conductas como el vagabundeo, dependencia a sustancias o el suicidio; según el grado o nivel de estrés acumulado con el que no se a podido sobrellevar (Cochrane, 1991).

Un trastorno mental se desarrolla entonces en forma de un círculo vicioso: el enfermo se protege mediante sus actuales mecanismos de defensa contra un pasado cuya secreta presencia hace surgir la angustia; pero por otra parte el sujeto se protege contra la eventualidad de una angustia actual acudiendo a la s protecciones que utilizó antaño en situaciones análogas (Foucault, 1984). Como se decía anteriormente, en ocasiones la enfermedad mental se traduce en una victoria momentánea a la entropía, favorecida por factores biológicos, psicológicos o sociales que no pudieron ser manejados a tiempo. La desorganización, la desunión, la inactividad, la inconciencia manifiestan esa victoria. La razón subsiste sólo en un dominio restringido. La sinrazón la sustituye, puesta bajo el signo de la necesidad primitiva, que no deja espacio para otra cosa, que no tolera ninguna dilación, que no da cuartel. Aun cuando en ocasiones los mecanismos parezcan absurdos frente a la realidad objetiva de acuerdo a las potencialidades mentales del sujeto (Amado, 1985).

En definitiva, en patología mental se ha acordado que la enfermedad mental sería la alteración intrínseca de la personalidad, desorganización interna de sus estructuras, progresiva desviación de su devenir, en el que sólo tiene sentido y realidad en el interior de una personalidad mórbida (Foucault, 1984). Se ha hecho un esfuerzo en definir las enfermedades según la amplitud de las perturbaciones psíquicas bajo dos grandes rubros: en trastornos orgánicos y trastornos funcionales; haciendo referencia al grado de génesis

fisiológica o psíquica que determine al padecimiento. Aunque la evidencia clínica demuestra que ambas esferas no son independientes entre si y que en la patología como en el resto del desempeño psíquico “normal”, ambos factores interactúan y se correlacionan para generar el amplio espectro del comportamiento humano tal como se conoce.

CAPITULO II. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

2.1 MARCO REFERENCIAL

Kahlbaum (1854), fue de los primeros que sugirió la concepción del síndrome borderline y reorientó el pensamiento hacia horizontes distintos de la inestabilidad y la imprevisibilidad afectivas que eran tan características. Bonet, Schacht y Herschel (1864), describieron a los pacientes límite sin la presencia de un patrón regular, sino que eran situaciones episódicas, irregulares que seguían una secuencia intermitente, cambiando casi aleatoriamente de la depresión a la ira, la culpa, la euforia, el aburrimiento, la normalidad y así sucesivamente, siguiendo un curso imprevisible e inconsistente. Krapelin (1921), argumentaba que exhibían periodos de ánimo que se intercalan, siendo éstos de irritabilidad, disforia, tristeza, ansiedad con llanto sin causa, ideación suicida, quejas hipocondríacas sin poder mantener esfuerzos de un modo constante. Y Reich (1925), corroboró la descripción al mencionar que los límite tienden a manifestar una predominante agresión infantil, narcisismo primitivo y graves alteraciones del superyó (Millon, 1998).

Steren (1938), detalló síntomas y rasgos del carácter del paciente borderline donde estaban: el narcisismo, rasgos del carácter consecuentes con un afecto materno deficiente; hemorragia psíquica; hipersensibilidad desordenada expuesta en una precaución exagerada; frecuente rigidez psíquica detallada como inflexibilidad corporal persistente y protectora reflexiva relacionada a la anticipación del peligro; reacciones terapéuticas negativas y gran facilidad para manifestar ira, depresión o ansiedad en respuesta a la pruebas interpretativas que implican la autoestima (Gunderson, 2002).

Schneider (1950), puntualizó al límite con una personalidad lábil donde sólo bastan estímulos insignificantes para suscitar reacciones extremas y/o violentas. Wolberg (1952), destacó la ambivalencia del paciente entre el deseo de ser visto como un niño bueno por parte de los padres y la resistencia a obedecerles (Millon, 1998).

Knight (1953), detalló al caso límite en el cual las funciones normales del Yo en los procesos secundarios de pensamiento, integración, planificación realista, adaptación al ambiente, mantenimiento de las relaciones objetales y defensas contra impulsos inconcientes punitivos,

están muy debilitados. Y como analogía . Schimideberg (1959), argumentó: “su inestabilidad es estable.” (Schimideberg, 1959, pp. 83.).

Posteriormente Frosch (1964), marcó la diferencia entre los lapsos en el sentimiento de realidad (de no saber si la propia experiencia es real o no) y la despersonalización o desrealización en los pacientes borderline, donde detectó que la capacidad generalmente intacta de evaluar la realidad o de ser capaz de corregir las distorsiones de la realidad. (Frosch, 1990). Finalmente, la primera investigación fue realizada por Kenberg (1965), quien definió la organización límite de la personalidad. Consecutivamente se desarrolló la entrevista estructurada Diagnostic Interview for Borderline Patients (DIB) por Guterson y cols. (1981), para realizar el diagnóstico de forma fiable con la que se pudo identificar un grupo de características que con el tiempo y pasando por diferentes versiones contribuyó a definir el constructo para que de un síndrome fuera clasificado como un trastorno (Millon, 1998).

2.2 DESCRIPCION GENERAL DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Desde la edición del DSM-IV se ha demostrado que existe una elevada comorbilidad con los trastornos del Eje I en evaluaciones clínicas completas y otros trastornos de la personalidad y; dado que es posible identificar subgrupos, basados en los mecanismos de defensa, respuesta a fármacos, deterioro neurobiológico, traumas y análisis factoriales; por ello se iniciará dando una descripción del trastorno.

En el sentido puramente lingüístico, el término límite transmite clara y útilmente un nivel moderado de gravedad o un grado intermedio de funcionalidad de la personalidad (Millon, 1969) de la organización estructural (Kernberg, 1987). La palabra no se utiliza para referirse a un tipo que limita con algo pero puede denominarse como un trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno inestable de la personalidad; lábil sería la palabra mas adecuada (Millon, 1998).

Gunderson (2002), argumenta que las personas con un trastorno limite han crecido con la sensación de ser tratadas injustamente, de no recibir la atención o el cuidado que necesitan. Están enfadadas por ello, y cuando son adultos van buscando a alguna persona que pueda proporcionarles aquello que nunca recibieron. Cuando piensan que han encontrado a esa persona, establecen con ella relaciones intensas y exclusivas, pues han puesto o depositado

sobre el otro, expectativas poco realistas. Tras el fracaso, se sienten rechazadas o abandonadas y entonces se reaviva su rabia o la sensación de haber sido malas, provocando el rechazo; en ese caso pueden volverse personas autodestructivas o corren peligro de suicidarse. En ocasiones despiertan en los demás sentimientos de culpa y al describirlo lo que vivieron causa en el otro actitudes que compensen lo sucedido y que refuercen la satisfacción de las necesidades de estos pacientes, originando que el ciclo se repita (Gunderson, 2002).

El inicio del TLP se produce a finales de la segunda década de la vida o a principios de la tercera. Existe una tendencia a conducirse de manera bastante deficiente en los veinte en lo referente a afrontar las dificultades de abandonar y encontrar una seguridad emocional y laboral. Ansían la intimidad pero tiene miedo a ser heridos o decepcionados (Millon, 1998).

Rubio y Pérez (2003), dicen que existe en los pacientes borderline, una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias. 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 conduce a una sensación de vacío o aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Además de la inestabilidad emocional, 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 que pasan de la idealización a la devaluación. Presentan ocasionalmente intentos y amenazas suicidas, es frecuente el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, frecuentes y rápidos cambios de humor, ideación paranoide transitoria, así como descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración. Los autores reiteran que, las relaciones interpersonales en los TLP se caracterizan fundamentalmente por la manipulación, dato que no está tan manifiesto en otras entidades clínicas, el cómo se relacionan con sus padres, la promiscuidad en sus relaciones sexuales, la rápida y frecuente alternancia de los afectos para los que les rodean, el curioso sadismo culpabilizador, la independiente dependencia, todo ello hace a los poseedores de TLP, unos sujetos cuyas relaciones interpersonales les llevan a una toma de decisiones donde hipotecan su futuro, muchas veces de forma irreversible, diferenciando y distanciándose en su evolución de otros cuadros. De igual forma, la frustración es muy característica, el estado de

ánimo responde de una forma exagerada a mínimas situaciones frustrantes y la forma fantasiosa de hacer planes de futuro de una forma convencida se desvanece ante situaciones muchas veces ridículas, siendo una respuesta infantil y marcadamente inmadura (Rubio y Pérez, 2003).

Las características anteriormente mencionadas son lo suficientemente severas y persistentes como para provocar un deterioro clínicamente significativo, en importantes áreas como la social, profesional, y laboral.

Millon (1998), decía que era una patología de la personalidad en un continuum del todo o nada. Sin embargo con un poco de experiencia es fácil determinar el diagnóstico TLP por caracteres primitivos que manifiestan defensas inmaduras como la proyección y exoactuación. El modelo presentado por el autor afirma que cuando estas personalidades menos disfuncionales muestran deficiencias en situaciones de estrés persistente, se suelen deteriorar y se convierten en lo que hemos calificado como estructura de personalidad límite definitiva. (Millon, 2006). En la actualidad, la entrevista estructural para pacientes con alguna patología como método diagnóstico, pone énfasis hacia la interacción paciente-entrevistador y con ello se da la evaluación flexible de los problemas predominantes centrada en la comprensión del paciente de sus conflictos y ligando el estudio de la personalidad del paciente con el de su conducta en la entrevista (Kernberg, 1987).

2.3 SÍNTOMAS O CRITERIOS

2.3.1 Tabla de criterios diagnósticos CIE-10 para el Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite (F60.31)

1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
2. Acusada predisposición a presentar tu comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos son impedidos o censurados.
3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las conductas explosivas.
4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.

5. Humor inestable y caprichoso.
 6. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluidas las sexuales).
 7. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales
 8. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonado.
 9. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
 10. Sentimientos crónicos de vacío.
-

Reproducido de la Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Madrid: Médica Panamericana, 2004

2.3.2 Tabla de criterios diagnósticos DSM-IV Para el trastorno límite de la personalidad

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la imagen de sí mismo y la afectividad, y una notable impulsividad, que empieza durante el inicio de la edad adulta y se manifiesta en varios contextos, tal y como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.

Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que recogen en el criterio 5).

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
3. Alteración de la identidad: imagen de si mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente perjudicial para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temerarias, atracones de comida).

Nota: no incluir comportamientos suicidas o de automutilación que recogen en el criterio 5).

5. Comportamientos intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de animo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.

8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves).

Reproducido del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995

En términos generales, la inestabilidad del paciente Borderline refiere a la continua incertidumbre sobre casi todas las áreas de su vida; semejante a un desequilibrio constante. La descripción de cada uno de los criterios anteriormente mencionados sería:

2.3.3 DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

* La impulsividad es exteriorizada con problemas de acting out, como en una forma de resistencia o huida de los propios sentimientos y conflictos y que de alguna manera perjudica o es nociva para ellos, agrediendo su integridad. Kerberg (1975), ya explicaba que la impulsividad representa una descarga desesperada de la ansiedad crónica, difusa, libre y flotante que el limite vive constantemente. En algunos pacientes es común el cortarse o flagelarse para purificarse o abusar de sustancias. Este criterio puede incluir la búsqueda de sensaciones nuevas o prohibidas y está asociado algunas veces al sentimiento de vacío (Kernberg, 1987).

* El sentimiento de vacío que el paciente presenta se caracteriza como una sensación que no es visceral, normalmente lo describen situado en el pecho o en el estomago y éste no debe confundirse con la angustia existencial. El paciente lo vive como la falta de algo en su vida, una necesidad que no ha podido llenar, sintiéndose como muerto por dentro, pues sus experiencias no le significan nada. Klein (1946) explicó que las deficiencias en el cuidado temprano del niño provocaban un sentimiento internalizado de uno mismo semejante a una incapacidad para invocar representaciones tranquilizadoras y por ello, en ausencia de esta capacidad, el niño es vulnerable y experimenta esta sensación de vacío (Millon, 1998).

* La Ira, sugerida por primera vez por Kernberg (1987), implica una agresividad inmoderada debida a un exceso temperamental o bien, como respuesta infantil a una frustración incontenible. La ira generalmente se manifiesta o dispara cuando alguien pregunta

directamente sobre esta emoción. Algunas veces se muestra después de que cesan los comportamientos de actino out (Gunderson, 2002).

* El miedo al abandono mencionado por Gunderson (1984), se define tal cual y no debe confundirse con la ansiedad causada por la separación. El paciente es conciente del temor a ser abandonado, por lo y están acostumbrado a responder a estos miedos con exo-actuaciones (actino out). El miedo al al abandono es relacionado como una intolerancia a la soledad y con síntomas de un vínculo temprano inseguro. El miedo al abandono, según Singer (1975), les crea una ansiedad al pensar en la separación y les aterra el menor signo de una posible pérdida, se anticipan a ésta “catástrofe” provocando la distorsión de sus percepciones, de modo que ya están viendo lo que ocurre cuando en realidad no es así (Gunderson, 2002).

* El criterio de las relaciones internas e inestables describe las manifestaciones interpersonales de la escisión intrapsíquica, donde la característica fundamental es la incapacidad de relacionarse con las personas significativas del entorno (fuentes potenciales de atención o protección) idealizándolas, si la relación es gratificante o devaluarlas o, devaluándolas si no lo es (Gunderson, 2002). Kernberg (1967), ya asociaba ésta escisión con la cólera incontrolada y de éste modo este criterio se sitúa, desde el punto de vista evolutivo, muy cerca del criterio de abandono (Kernberg, 1987).

* Respecto a las alteraciones de la identidad, la indecisión abarca al menos dos áreas: autoimagen, orientación sexual, elección de objetivos o estudios, amistades y/o valores. Semejante a una inestabilidad acusada y persistente de la autoimagen y/o sentido de sí mismo, que puede incluir distorsiones de la imagen corporal (como las que se observan en personas con anorexia o con un trastorno dismórfico corporal), influidos por las demás personas en cuanto su valores estéticos, hábitos y actitudes. Otra manifestación incluye la sensación del paciente de “no existir” o ser la encarnación del mal. Este criterio en ocasiones se asocia al fracaso de los vínculos tempranos. (Gunderson, 2002).

* Las conductas suicidas o autodestructivas hace referencia a los intentos, gestos o amenazas recurrentes de suicidio. Los comportamientos autolesivos son la especialidad conductual del límite, ya sea por depresión, ansiedad o poca tolerancia a la frustración. Los médicos diferencian las amenazas o actos que expresan una demanda de ayuda, de los que tienen otras motivaciones. La explicación o causa del porque se autolesionan generalmente es para sentir

dolor físico y superar el dolor psíquico, para castigarse por ser malos y controlar las emociones o, de igual forma lo hacen para ejercer control y expresar ira (Gunderson, 2002).

*La inestabilidad afectiva consiste en variedad y labilidad de las reacciones afectivas que estos pacientes presentan y que generalmente van de la depresión a la irritabilidad o a la ansiedad. En ocasiones este síntoma puede amortiguarse mediante el uso de objetos transicionales o buscando constantemente a otra persona que ofrezca evidencia tranquilizadora o que cuide del límite. Éste criterio se relaciona con una vinculación ansiosa/ambivalente que consiste en corroborar la proximidad del cuidador utilizando formas de pedir ayuda o para llamar la atención mediante conductas de adhesión a causa del típico vínculo inseguro de los pacientes límite (Millon, 2006).

* Finalmente, el criterio sobre la pérdida del juicio de realidad fue añadido por el DSM-IV, donde éste hace referencia a las transferencias psicóticas y del potencial de regresión psicótica en un contexto terapéutico no estructurado. A veces este aspecto también puede incluir experiencias paranoides, ilusiones visuales y/o hipnagógicas, pensamiento desorganizado, pensamiento mágico marcado, ideas de referencia, lenguaje extraño, trastornos del pensamiento y despersonalización, aunque el CIE-10 no lo contemple (Kernberg, 1987; Gunderson, 2002).

2.4 ASPECTOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES

Para facilitar la descripción de las particularidades de este trastorno se utilizará una clasificación de acuerdo a las áreas en las que el paciente posee este desequilibrio que lo caracteriza. Basándose en Millon (2006) y abordando el contenido temático desde un nivel biofísico hacia niveles más profundos de la patología; destacando los aspectos más importantes en los ámbitos estructural y funcional.

2.4.1 Nivel Biofísico.

- **Ámbito estructural**

Dentro del ámbito estructural el límite se caracteriza por un estado de ánimo lábil, que van de la normalidad a la depresión o ala excitación, pasando a veces por periodos de abatimiento y apatía en los que se intercalan episodios de ira intensa e inapropiada, con breves momentos

de ansiedad o euforia; sin poder controlarlo conseguir adaptar este estado de ánimo inestable a la realidad externa. Carrasco (2002), menciona que la impulsividad evidentemente posee un importante sustrato biológico. El fruto de una hipoactividad serotoninérgica e hiperactividad dopaminérgica es muy coincidente con la labilidad de los estados afectivos además de que se asocia con la aparición de trazados epileptiformes en el EEG, que es otro punto diferenciador, así como otras variables biológicas. (Millon, 2006).

- **Amibito funcional**

Debido a lo anteriormente mencionado, siempre o con mucha frecuencia el paciente manifiesta una expresión irregular de estos cambios de ánimo, provocando en varios aspectos de su vida inestabilidad funcional. A consecuencia de su impulsividad, irritabilidad y estados de ánimo variables tendientes a la vulnerabilidad que los caracteriza, su vida se ve sujeta a los incidentes más variopintos que les llevan a huidas inesperadas, viajes, o a encerrarse en sí mismos. Millon (1987), denominó “límite cicloide” a éste déficit de vinculación social por graves contratiempos precipitados por ellos mismos en la consecución de los objetivos académicos, conyugales o laborales; así como fracaso repetido para mantener papeles duraderos, satisfactorios y seguros, en consonancia con la edad y las aptitudes personales. “Parecen tan consumidos por sus bruscos cambios de emociones. A veces en lugar de reconocer y validar la experiencia personal proyectan sus propias emociones al entorno, creyendo que los demás son como ellos lo perciben una vida caótica, aleatoria y muy difícil. Al no ser capaces de desarrollar expectativas acerca de cuales y como son las interacciones normales y no poder aprender en que sus respuestas emocionales, las de los demás son interpretaciones poco validas de los acontecimientos; aprenden a que la expresiones intensas son necesarias, si es que desean obtener una respuesta” (Millon, 2006, pp. 321.).

2.4.2 Nivel Comportamental

- **Ámbito estructural**

Los límite se caracterizan por un nivel comportamental irregular, observable en su apariencia y voz, mostrando un patrón de vacilación. Comportamiento espasmódico, con niveles de energía inusuales, descritos como inusitados, acompañados de arranques de impulsividad inesperados y súbitos, donde se producen cambios repentinos, endógenos a sus impulsos y de sus controles inhibitorios. Por ello se pone en peligro emocional, provocando en algunas ocasiones comportamientos suicidas o de automutilación recurrentes (Millon, 1998).

- **Ámbito funcional**

Al traspasar el comportamiento irregular del límite al área interpersonal, el paciente se muestra paradójico y ambivalente; pues cuando necesita atención y afecto es imprevisible y contradictorio en sus acciones y actitudes. Se muestra opositor, manipulador y voluble, suscitando en muchas ocasiones el rechazo más que el apoyo. Al estar cambiando de un comportamiento a otro, a consecuencia de los conflictos cognitivos se ven en el dilema de si debería vivir por su cuenta, sin depender de otras personas a las que consideran poco agradables o, deberían someterse a ellas por el temor a perder la poca seguridad que han adquirido (Millon, 2006). Oldman y Morris (1995), describieron al paciente como un individuo que procesa la experiencia desde el punto de vista emocional y no tanto desde la lógica, y muestra sus sentimientos con espontaneidad y creatividad. (Oldham, et al., 2007). Por ello en el ambiente social, son vivaces, tienen un entusiasmo contagioso y están dispuestos a experimentar diversos roles y diferentes sistemas de valores; así como presentan aspectos de la personalidad dependientes e histriónica (Millon, 1998).

La búsqueda de atención, exclusividad y sensibilidad al rechazo, labilidad emocional y/o impulsividad, son causadas por la vulnerabilidad interpersonal y una de las estrategias utilizadas por estos sujetos es el convertirse en mártires, personas dedicadas y autoanuladoras que son “tan buenas” que aceptan sacrificar sus vidas en aras de mas grandes propósitos (Gunderson, 2002). El objetivo habitual de estos sujetos es irse introduciendo en la vida de los demás con el fin de no sólo de que les utilicen, si no también de que les necesiten y por tanto no les abandonen. Aunque puede parecer que se autosacrifican, estas personas en realidad manipulan a los otros para protegerse de la separación que tanto temen. El paciente reacciona de forma ilógica y frenética al abandono y la soledad, de manera iracunda, variable y autolesivas. La depresión sirve de instrumento para frustrar a quienes les han fallado o les exigen demasiado, pues les irrita en demasía la falta de consideración de los otros. Utilizan la melancolía como vehiculo para devolver la pelota o dar una lección (Millon, 1998). Además, evitan responsabilidades al depositar las cargas en los demás y por medio de la manipulación promueven que sus familias cuiden de ellos y se sientan culpables. Este juego patológico es muy evidente en las amenazas suicidas (Cancrini, 2007).

2.4.3 Nivel fenomenológico

- **Ámbito estructural**

Sus representaciones objetales son incompatibles, es decir, las representaciones objetales internalizadas no son muy congruentes o son dicotómicas, ya que han sido creadas en forma rudimentaria y extemporánea. Se componen de aprendizajes repetidamente abortados, que dan lugar a recuerdos confusos y temores intensos que refuerzan las estrategias inadecuadas de idealización y abnegación utilizados para resolver conflictos, acompañadas de actitudes discordantes, necesidades contradictorias, emociones contrarias e impulsos descontrolados dentro de los cuales destacan actos autodestructivos para llamar la atención o para autoafirmarse. Ello refleja la falta de cohesión interna y las denominadas “maniobras de escisión” empleadas. (Cancrini, 2007).

Según Beck y Freeman (1990), en terapia cognitiva estos pacientes suelen destacar por utilizar un pensamiento dicotómico al evaluar las experiencias en términos de categorías mutuamente excluyentes, por ejemplo: bueno o malo, éxito o fracaso, merecedor de confianza o traidor, usando el argumento: “el mundo es peligroso y malo, soy vulnerable y no tengo ningún poder, soy intrínsecamente inadecuado” (Millon, 2006, pp. 324).

Otro aspecto que caracteriza a los pacientes Borderline es una imagen insegura de sí mismos. El sujeto experimenta confusiones en el sentido de identidad inmaduro, nebuloso o cambiante, acompañado de sentimientos de vacío. Se juzgan como insignificantes y sin valor, tanto para ellos como para los otros, inútil e incapaz de aspiración a alguna; improductivo, estéril e impotente. Se considera inconsecuente y censurable, cuando no despreciable; se ve como una persona criticable y por ello se descalifica y se siente culpable por no poseer rasgos o logros apreciables. No se dan cuenta de que los otros poseen una mezcla de actitudes y sentimientos positivos y negativos. La vida es bastante dura para estas personas dada su confusión respecto a la propia identidad y su ansiedad por separación. Se sienten culpables por los intentos pasados de autoafirmación e independencia. Buscan la intimidad con los otros pero tiempo después temen verse absorbidos por la otra persona y perder así la poca autonomía y el sentido de la identidad que poseen (Millon, 1998).

- **Ámbito funcional**

Millon (1987), describía al el estilo cognitivo del límite como caprichoso, las percepciones y pensamientos de lo que ocurre a su alrededor y dentro de ellos mismos cambia con mucha facilidad y rapidez, al igual que con las emociones contrarias e ideas que les causan conflicto. Tiene deteriorados los procesos primarios del pensamiento, son incapaces de mantener una

dirección clara que produce una regresión a un pensamiento cuasi psicótico que se refleja en ocasiones en una ideación cuasi paranoide y síntomas disociativos graves. En relación a acontecimientos pasados, no solo experimentan emociones contrarias, sino que manifiestan actitudes ambivalentes hacia sí mismos y hacia los demás. Pasan del amor a la ira y culpabilidad, provocando en los otros reacciones dubitativas y contradictorias; Debido a esta forma de ser y expresarse crean una retroalimentación social confusa y conflictiva con los otros (Millon, 2006).

2.4.4 Nivel intrapsíquico

- **Ámbito estructural**

A un nivel más profundo de su organización yóica, las estructuras internas que existen están divididas, con una configuración conflictiva, segmentada, sin consistencia e incongruentes. Se tambalea el orden, no hay sistematización y cohesión psíquicas, provocando periódicamente episodios psicóticos fomentados o relacionados al estrés. El concepto estructural es descrito como escisión pues su mente comprende al estar consciente de la ambivalencia, no pueden con recuerdos de afectos contrarios y cambian con facilidad las interpretaciones que ellos dan a sus experiencias. Para asegurarse de que su ira y sus resentimientos están controlados, vuelven estas emociones hacia sí mismos a través de la autocrítica y autoconciencia (Millon, 1998). Las carencias de una identidad integrada o el síndrome de difusión de identidad, refleja la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones y conductas contradictorias que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa, y percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás (Kernberg, 1987).

- **Ámbito funcional**

Uno de los aspectos más significativos de los límite, es la tendencia a retroceder en situaciones de estrés debido a la poca tolerancia a la ansiedad y a la frustración, así como la incapacidad de control de los impulsos y adaptación social que desde el punto de vista del desarrollo corresponden a etapas anteriores. El paciente se caracteriza por la incapacidad para afrontar las demandas y exigencias de la vida adulta, observable en la manifestación de comportamientos inmaduros y muchas veces infantiles. Millon (1998), decía que la hostilidad expresada por estos pacientes supone una seria amenaza para su seguridad, experimentar resentimiento hacia los demás y dejar que éste aflore es un peligro, ya que puede provocar en los otros el rechazo y el abandono al que más temen. Al no poder confrontar problemas o

lidar con circunstancias cotidianas bajo estrés y que éstas no se solucionan de la manera en que ellos espera, la agresividad que inicialmente era dirigida hacia los demás regresa, volviéndose en dirección contraria como un intento de controlar su propia hostilidad y la de los demás, se vuelve hacia si mismos y en vez de liberar cólera, se castigan y se desprecian, manifestando abiertamente sentimientos de culpa y minusvalía. La automutilación y amenazas suicidas es uno de ejemplos más frecuentes (Millon, 2006).

2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Generalmente se requiere hacer un diagnóstico diferencial con respecto a otros trastornos psicológicos, ya que en ocasiones los rasgos de la personalidad del paciente llegan a hacer dudosa la certeza sobre el trastorno a causa de la complejidad de la estructura yóica. En particular, en el caso del trastorno Borderline se ha observado que generalmente suelen surgir las incertidumbres con personalidades afines.

- Personalidad histriónica

A veces la personalidad límite tiende a relacionarse con la personalidad histriónica debido a que ambas son propensas a episodios disociativos también por el caos interpersonal y de comportamiento autodestructivo de los pacientes fronterizos. El trastorno histriónico de la personalidad se caracteriza por presentar síntomas somatizadores. No se debe olvidar que la histeria y la conversión están íntimamente ligadas a la somatización, y el estar enfermo como una solución simple o fácil para llamar la atención, requiere poco esfuerzo y garantiza ser el centro (Rubio y Pérez, 2003).

- Personalidad dependiente

Éstas personalidades suelen implicarse en acciones sumisas y paciguadoras, buscando desesperadamente obtener la atención y el cuidado que desean, exteriorizando síntomas de tipo conversivo como anestesia sensoriales, entumecimientos, etcétera que utiliza el dependiente con el fin sujetar a su protector (Millon, 1998). Por otro lado, el paciente Borderline muestra ademanes y actitudes muy parecidas dependiendo de la atención y los cuidados de alguien más pero con un motivo diferente y más profundo, ya que el sujeto fronterizo no encuentra otra manera de crear una identidad y sentirse vivo (Gunderson, 2002).

- Personalidad narcisista

Pacientes dicho trastorno o personalidad por raro que parezca, también son relacionados con el paciente límite, pues ambos utilizan la enfermedad y la viven como un estado de privilegio de acuerdo a la aparatosidad del problema, como una proyección de sentimientos de culpa hacia otros o también, presentando somatización como mecanismos de desplazamiento (Rubio y Pérez, 2003).

- Personalidad disocial

Del mismo modo, los individuos con trastorno sociópata o rasgos disociales a veces son relacionados con los pacientes límite, pues ambos poseen la característica de ser manipuladores al simular o chantajear y, se caracterizan por tener dificultades para establecer relaciones interpersonales adecuadas, sin olvidar que pueden buscar aprovecharse de alguna situación o persona para obtener poder. La diferencia radica en que los pacientes borderline recurren a acciones similares para descargar emociones y suscitar la atención y cuidados de los demás, presentando generalmente sentimientos de culpa. Los sujetos con trastorno antisocial por el contrario, actúan con premeditación y sin remordimientos. Asimismo existe una discrepancia, ya que dentro de un trastorno disocial de la personalidad no es frecuente la presencia de somatomorfa (Millon, 1998).

- Personalidad evitativa

En el trastorno evitativo de la personalidad aparecen síntomas difusos de fatiga, apatía y esporádicamente rasgos conversivos, por ello rara vez por las mismas actitudes que el paciente border manifiesta, se asocia con éste trastorno. La gran diferencia se encuentra en que el sujeto con una personalidad evitativa utiliza estos mecanismos como excusa para justificar su aislamiento social, situación contradictoria en el trastorno límite (Rubio y Pérez, 2003).

- Personalidad obsesiva compulsiva

Algunos médicos, por la unicidad del paciente y la complejidad del trastorno, han llegado a relacionar rasgos de tipo obsesivo compulsivo de la personalidad a causa de la racionalización de los fracasos de paciente borderline, pues en la búsqueda de la perfección para ser vistos o queridos, se enganchan en los detalles que creen les han llevado a la frustración (Bellver, et al., 1997).

- Estados o brotes psicóticos

De igual forma, cuando en un paciente se dan síntomas parecidos a un estado psicótico, es posible diferenciarlo por que los síntomas del límite suelen ser mucho más transitorios y reactivos a sucesos internos más que externos, a comparación de todo un proceso psicótico con que conlleva toda una serie cambios paulatinos y no tan imprevistos (Bellver, et al., 1997). Pacientes ya psicóticos, experimentan egodistonias, emociones ajenas, extrañas e indeseadas. Sin embargo los borderline tienden a ser indiferentes o aceptar sus comportamientos patológicos. Sus estados de ánimo son egodistonicos, es decir, parecen formar parte natural o inevitable de sus vidas. El aspecto importante es el papel de los desencadenantes externos en el interior psíquico refleja la operación de defectos internos de la personalidad, mientras que en los trastornos con síntomas psicóticos existen evidencias de que los comportamientos o actitudes desadaptativas actuales son, al menos en parte, un producto de estresantes externos o ambientales; lo cual se hace más evidente cuando los pacientes recuperan su nivel previo de actividad a medida que va pasando la crisis (Millon, 2006).

- Personalidad esquizotípica y trastorno de pensamiento regresivo

Según Kernberg (1987) y Millon (1998), el trastorno de pensamiento regresivo del límite a menudo recuerda a la personalidad esquizotípica, sin embargo es fácil diferenciarlos porque el límite es conocido por su estado de ánimo inestable y por estar asociado a la depresión; además de que los episodios psicóticos transitorios del límite son mas reactivos a la naturaleza interna de los acontecimientos que a un proceso psicótico que es favorecido por situaciones externas. Las dificultades para separar la personalidad límite y la esquizotípica surgen cuando el paciente presenta distorsiones en el eje II y se descompensa, en este caso se sugiere checar a detalle que en el paciente esquizotípico la dirección del discurso en la entrevista es difusa y efectuada con aleatoriedad y excentricidad que caracterizan sus pensamientos, sentimientos y comportamientos; lo cual no sucede con el paciente borderline (Millon, 2006). Además, es frecuente encontrar en los trastornos borderline fijaciones en aspectos corporales de sí mismos que curiosamente lo utilizan como algo tangible sobre si mismos que les asegura que no están descorporalizados (Rubio y Pérez, 2003).

- Trastorno de estrés post-traumático

Un recurso muy empleado por el paciente límite es el de anteponer alguna situación traumática o fuerte que se suscitó en su vida como pretexto para disculpar su inestabilidad y solapar algunas actitudes demandantes, caprichosas y vengativas; por ello en algunas

ocasiones el sujeto suele simular síntomas asociados con el trastorno por estrés post-traumático que es realmente originado por un trauma marcado. El diagnóstico es corroborado al observar en el paciente límite intercala el remordimiento. El sujeto que desafortunadamente sostiene un TEPT no posee conciencia de los estímulos externos que desencadenan los flashbacks pero si el por qué se altera su sueño. La capacidad de concentración aún con el máximo esfuerzo disminuye significativamente. El sujeto con TEPT no presenta impulsos autodestructivos y sobrelleva una vida sombría interpersonal y resistencia a establecer cualquier vinculo, lo que contradice mucho a las expresiones de un paciente límite (Millon, 1998).

- Personalidad paranoide y síntomas de esquizofrenia

Se sabe que pacientes Borderline, llegan a presentar episodios psicóticos momentáneos mostrando síntomas como alucinaciones y delirios que los llevan a perder el contacto con la realidad. En algunas ocasiones estos brotes psicóticos son tan agudos o el deterioro de su estructura es tanta, que los psiquiatras llegan a diagnosticar desde una trastorno de la personalidad paranoide, hasta rasgos de una esquizofrenia paranoide, lo cual refleja defectos estructurales graves (Cancrini, 2007). Sin embargo la diferencia radica, en una personalidad paranoide en que las somatizaciones presentan escasa prevalencia y, en el caso de una esquizofrenia paranoide, el espectro delirante siempre ha sido una constante en la historia clínica del paciente y no cómo parte de una crisis como es en el caso de un paciente Borderline (Rubio y Pérez, 2003).

- Trastorno Bipolar

En último lugar pero no menos importante por la singularidad del caso y la frecuencia con la que se han presentado las cifras, el paciente Bipolar ha sido últimamente uno de los padecimientos más asociados para efectuar un diagnostico diferencial, todo ello debido a las oscilaciones de estados de ánimo tan extremas que el paciente maniaco-depresivo exhibe, además de que así como el sujeto límite es de los pacientes mas difíciles de sobrellevar al establecer una empatía por la forma de expresarse ya que es difícil creerles o encontrar una congruencia a sus afectos. Fuera de ello, existen determinantes semiológicas explicitas que cualquier clínico observa, las cuales son que definitivamente un paciente límite es más impulsivo a razones internas estructurales y ,desarrolla mucho los sentimientos de culpa, de vacío, de dependencia y de igual forma las crisis son súbitas (Cancrini, 2007). Vale la pena

destacar que se ha encontrado en una estructura Borderline, comorbilidad con el Trastorno Bipolar tipo uno o fases maniacas en el paciente fronterizo (Study Finds, 2008).

2.6 SUBTIPOS DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Grinker y cols. (1968), mencionaban que los defectos en las relaciones afectivas, la ausencia de indicaciones de identidad propia y la soledad depresiva fomentaban la confusión en el mismo paciente límite, sin embargo les fue posible distinguir cuatro subgrupos. En el primero, denominado como límite psicótico se caracterizaba clínicamente por comportamientos negativos e inapropiados. Estos pacientes no eran cuidadosos con su apariencia, comían y dormían de un modo irregular. Su percepción de si mismos y de los otros revelaba deficiencias. Manifiestan básicamente efectos negativos, con erupciones esporádicas y podían identificarse con una depresión de hace tiempo. El segundo racimo o grupo limite fundamental era descrito por una implicación vacilante con los demás, con expresiones abiertas o manifestaciones comportamentales de ira, depresión y ausencia de indicaciones de una identidad propia consistente. El tercer grupo, el límite de la neurosis, estaba representado por una afectividad muy baja, presentando un síndrome similar a una personalidad esquizoide, es decir, sin empatía y embotado afectivamente. La cuarta categoría del límite expresaba defectos en la autoestima y en la confianza, con cualidades depresivas que no se asociaban ni a la ira ni a los sentimientos de culpa. Sus características fundamentales eran una depresión similar a la de la infancia, anaclítica (extendido hacia atrás o basada sobre alguna cosa, de la cual depende), con ansiedad constante y muy parecida al narcisismo neurítico o afín a la reciente personalidad dependiente (Millon, 1998).

Posteriormente, Grinker y cols (1968), describieron un Síndrome Infantil destacando en los niños particularidades ambióticas es decir, con un grado elevado de imprevisibilidad comportamental y un estado de ánimo muy variable. Se exhibía mal genio, irritabilidad, inquietud e hipermovilidad, y tendencia a manifestar grandes rabietas sin razón aparente. Y cómo consecuencia de sus historias más problemáticas, no desarrollan a tiempo un estilo de afrontamiento adecuado o se descompensaban lentamente bajo el peso de dificultades en circunstancias repetidas que no superaban.

Por otro lado Millon (1969), descubrió el trastorno en una edad mas avanzada, a las cuales denominó reacciones de difusión en la adolescencia, donde se observaban una constelación de

características parecidas a las que Erikson (1950), el cual nombró como crisis de identidad, explicada de la siguiente manera: “Son incapaces de hallar propósito en la vida, un objetivo para el futuro, su comportamiento acaba por no tener fin alguno y se guían sólo por los placeres del momento sin tener muy en cuenta sus consecuencias. Buscan reafirmar su posición a través de una actividad sexual promiscua de la que normalmente obtienen una mínima gratificación, o a través del consumo de alguna sustancia (Millon, 2006, pp. 345).

Finalmente a consecuencia de muchas más investigaciones y observaciones se han estipulado básicamente cuatro subtipos de personalidad en el trastorno Borderline. Millon (1998; 2006) reúne la información para distinguir al paciente borderline en cuatro subtipos: El límite desanimado, impulsivo, autodestructivo y petulante, estableciendo detalladas diferencias entre ellos:

El límite desanimado es descrito con características propias del patrón dependiente y evitador. Su estrategia consiste en vincularse de forma sumisa con una o dos personas significativas. Sus principales rasgos son la evitación de la competitividad, la lealtad y la humildad pero también la subordinación. Se siente vulnerable y en peligro constante; se siente desesperanzado, deprimido, indefenso e impotente por la depresión, y la culpa está generalmente volcada hacia sí mismo. Son individuos sumisos que evitan las competiciones, carecen de iniciativa y suelen presentar un estado crónico de tristeza o depresión. Sus necesidades tan profundas de cariño y atención aunadas con los rasgos de dependencia que presentan, motivan el sentirse aterrorizados ante la soledad y el aislamiento y a consecuencia de ello, fácilmente se muestran deprimidos y abatidos. Para reforzar sus relaciones, se apegan con tenacidad a cualquier persona que esté disponible y anulan su identidad al fusionarla con la de otra persona. Pueden haberse vinculado intensamente a una o dos personas de las que dependen, con las que han sido capaces de manifestar afecto y a las que son profundamente leales. La estrategia consiste en la cooperación y el acuerdo silenciosos: ponen demasiado en la relación con aquellos en quienes están excesivamente vinculados. Generalmente no tiene éxito pues ese vínculo no ha demostrado ser seguro; su vida está fijada a un ancla poco fiable y su equilibrio psíquico pendiente de un hilo, corre un constante peligro. Como consecuencia manifiestan una preocupación constante por su seguridad; su patética falta de recursos internos y sus acusadas dudas sobre sí mismos les llevan a apegarse tenazmente a cualquiera que encuentren y a anular cualquier remanente de autonomía e individualidad. Las responsabilidades más simples les parecen una montaña, todo es una carga pues exigen más

energía de la que tienen; la vida les parece vacía y dura, no pueden valerse por sí solos y se encierran en sí mismos sintiéndose inútiles y sin valor. A medida que crece la sensación de futilidad o inutilidad se intensifica, actúan regresivamente colocándose en un estado de depresión grave o de dependencia infantil, requiriendo que cuiden de ellos como si fuesen bebés. Se han enseñado a ser concienzudos y correctos, respetan la autoridad y tienden a ser severos y sin sentido del humor esperando recompensas por su acatamiento y sumisión. Durante cortos periodos de tiempo se comportan de un modo excesivamente amable y solícito, intentando encubrir una sensación interna de desaliento (Millon, 1998).

Otros abandonan su pasado sumiso y aquiescente y manifiestan explosiones breves de ira y resentimiento en un ataque salvaje a los demás por haberles explotado y sometido a abusos. Ahí es cuando las peculiaridades límite comienzan a desarrollarse, cuando el sienten que este pacto interpersonal ha sido violado en demasiadas ocasiones al egoístamente, los otros no los han contemplado o no les han recompensado con afecto. Resentidos y enfadados, dejan de creer que el acatamiento les impedirá la deserción. Sienten que han sido obligados a la sumisión y traicionados llenándolos al descontrol. La hostilidad es doblemente peligrosa; no sólo puede suponer un ataque hacia las personas de las que se depende, si no que pueden provocar que les rechacen y les abandonen. En estos momentos puede desbordarles una sobrecogedora sensación de aislamiento y soledad, y aparece la angustia que les lleva a buscar desesperadamente a alguien diferente que les alivie. Por lo anterior, generan una ira sobre sí mismos incontenible, se sienten tontos y burlados, y perciben intensos sentimientos negativos hacia ellos, los sentimientos de este tipo significan debilidad y emotividad; pasan al extremo opuesto y comienzan a hacerse demasiados reproches a sí mismos manifestándose en la automutilación y los intentos de suicidio. Actos simbólicos de abandono sobre sí que usan para controlar su resentimiento o para castigarse por su propia cólera. Desalentados, con rabia, y pesimistas, se vuelven violentos de forma periódica y explotan con quejas y recriminaciones contra el mundo o a la inversa. Se retraen y se vuelven sacrificados, suplican que les perdonen y se muestran arrepentidos. Toda ésta serie de cambios internos y externos consecuencia de sus actos impulsivos generan constantemente ansiedad (Millon, 2006).

Se detalla al límite impulsivo con características histriónicas pero por demanda y, antisociales como castigo contra la ley o personas. Son caprichosos, superficiales, frívolos; se distraen con facilidad, son frenéticos y seductores. Estos sujetos son superficiales y caprichosos, exigen demasiado a los demás y dan muy poco a cambio. Siempre están inseguros y tensos, lo cual les

genera una terrible ansiedad que les conduce a simular oscilaciones cíclicas de euforia. El temor a la pérdida les hace sentir agitación seguida de abatimiento e irritabilidad y potencialmente suicida. De acuerdo a la observaciones de Millon (1998), si no consiguen atención constantemente pueden intensificar su estrategia de seducción, impulsividad, extravagancia e irresponsabilidad, que pone en manifiesto una deficiencia en la regulación de las emociones negativas. A veces presentan hiperactividad conductual y distracción cognitiva, que hace una deficiencia en la regulación de los afectos positivos donde destacan una animación agitada, una necesidad frenética de contacto social y una excitación. Los de historia antisocial pueden volverse incluso más impulsivos e imprudentes, incapaces de planear o de prever las consecuencias de sus actos en su lucha por liberarse de las restricciones sociales. En este subgrupo destacan las estrategias poco eficaces para las relaciones interpersonales. Experimentan numerosas decepciones, pasan largos periodos sin la seguridad que ansían y sucumben en la desesperanza y la depresión a causa de su temor a la pérdida permanente de atención y afecto. Cuando eso sucede sienten que han perdido la confianza en su poder de seducción y explotación, sienten declinar su vigor, simpatía y juventud y comienzan a preocuparse por su valía y atractivo. Anticipan el abandono, se sienten delusados y comienzan a reflexionar sobre su destino. A medida que las dudas generan más incertidumbre y agitación que se vuelve tristeza con aumento en el autodesprecio y sentimientos de vacío. Finalmente, comienzan a distorsionar la realidad. Es probable que este tipo de personas hayan crecido en el seno de una familia caótica o en un entorno melodramático que estimuló su exageración porque es muy posible que los que familiares generalmente animaran sus conductas exhibicionistas y el paciente borderline haya desarrollado estos mecanismos para sobresalir o aprendieron a responder a los estereotipos. Por tanto, la búsqueda de una gran variedad de estímulos y la incapacidad de tolerar el aburrimiento motiva que frecuentemente persigan situaciones más emocionantes, ya que ida (Millon, 2006).

Por otro lado, el límite autodestructivo es poseedor de características depresivas o masoquistas comórbidas con la estructura psíquica defectual. Orientado hacia el interior y enfadado intrapunitivamente; los comportamientos conformistas, respetuosos y congraciadores se deterioran cada vez más y se muestra tenso y malhumorado con posibles intentos reales de suicidio. Son incapaces de encontrar un espacio cómodo entre los demás y a diferencia de otros, no se vuelven mas amargados con el paso del tiempo pero si expresan su descontento de modo variable. Debido a su carácter, se encierran cada vez más en sí mismos y

descargan sus sentimientos destructivos contra su propia persona. Dan la apariencia superficial de ser sociables, esconden el deseo de independencia y el temor a una auténtica autonomía con la conformidad que encubre una sumisión profundamente conflictiva a las expectativas de los demás. Su pensamiento constante es muy parecido a: “darse a los demás significa perder la independencia, pero la independencia significa quedarse solo” (Millon, 1998, pp.455.). Detestan a aquellos en los que buscan seguridad, amor y estima. Oscilan entre la sumisión total y la resistencia tozuda y para controlar estas tendencias contradictorias, luchan por mantener una fachada de afabilidad y autosacrificio. Muchos evidencian un patrón duradero de deferencia hacia sus superiores; la mayoría de ellos ha hecho lo imposible para impresionarles con el cumplimiento de sus expectativas negándose siempre a sí mismos sus propias dependencias y fomentando su contradicción interna. El fracaso para lograr el apoyo emocional y la aprobación que necesitan desemboca en periodos de depresión y ansiedad crónica. Intentan exhibir actitudes que son contrarias a sus sentimientos internos de tensión, ira y desprecio. Para evitar este malestar se vuelven muy sensibles cayendo en un círculo vicioso, provocando un estilo de vida cada vez más inestable. La adaptación de sus comportamientos para satisfacer los deseos de los demás se ha convertido en el centro de sus vidas e incitan una sensación de impotencia personal y dependencia social (Millon, 2006).

En ocasiones estos antagonismos ponen de manifiesto en público, se quejan con amargura de haber sido tratados de forma injusta, de sentirse desilusionados y poco aceptados por que no aprecian su diligencia sumisión y autosacrificio. Con la persistencia de sentimientos ambivalentes comienzan a sufrir alteraciones somáticas y los sentimientos negativos se vuelven más autodestructivos, aumentan la tensión y la depresión hasta límites intolerables. Pueden exigir atención y apoyo sin orden ni concierto, o amenazar con el suicidio para que los demás se puedan ahorrar energía de destruirles lentamente. En situaciones de excesiva vulnerabilidad, volviéndose tan dependientes y necesitados que los demás pueden sentirse exasperados. La cólera se interioriza en vez de salir al exterior y afloran expresiones bruscas de sentimientos de contrariedad. Probablemente los lleven a actitudes autodestructivas y existe la posibilidad de suicidio real. (Millon, 1998).

Los límite autodestructivos y desalentados perpetúan su condición renunciando a su propia responsabilidad y dependiendo tenazmente de los demás. Se van despojando de las capacidades necesarias para la autonomía, y se ponen en una situación en la exasperan a aquellos de quienes dependen (Cancrini, 2007).

El límite petulante posee rasgos negativistas, es impaciente inquieto, obstinado, desafiante, malhumorado, pesimista y resentido; desdeña con facilidad y se desilusiona enseguida. Los síntomas son más intensos y los episodios psicóticos se dan con mayor frecuencia que en el trastorno negativista. Combina características de personalidad pasivo-agresiva y al añadirse mayor descontrol si cabe al estilo activo-ambivalente del negativista. El resultado es una persona más impredecible, inquieta, irritable, impaciente, quejumbrosa, malhumorada, testaruda, pesimista, resentida, con resentimiento y naturaleza vengativa. Han aprendido a prever la decepción, a menudo atacan a los demás antes de ser atacados. Están resentidos con las personas de los que dependen y odian a aquellos a quienes deben suplicar que le amen. El entusiasmo dura poco; se desilusionan con facilidad, tienden a envidiar a los demás y a sentirse despreciados y tratados injustamente por la vida. Nunca han podido satisfacer sus necesidades de forma regular, y por tanto nunca se han sentido seguros en sus relaciones interpersonales. Tozudos y exigentes, registran y acumulan sin disimulo sus decepciones, pues son incapaces de encontrar bienestar y consuelo en los demás a causa de que están atrapados en dos extremos patológicos. En ocasiones expresan sentimientos de minusvalía y futilidad, se vuelven muy agitados o intensamente deprimidos, manifiestan sentimientos de crítica hacia sí mismos y presentan ideas delirantes de culpabilidad. Es evidente la inestabilidad afectiva que acarrearán sobre todo la ira e incapacidad de encontrar una dirección con significado a sus objetivos o deseos. Pueden manifestar fatiga y trastornos somáticos como medio de reclamar la atención y no cargan con la responsabilidad de sus problemas. Es probable que siendo niños se sintieran maltratados y defraudados en dimensiones desproporcionadas, conduciendo ello a la indignación y la pérdida del empleo (Cancrini, 2007).

Desean desesperadamente la estima y la aprobación de las personas más próximas pero no saben como solicitarlas. Resentidos por ello demostrando ira, primero tratan de ser congraciadores y conformista y al fallar explotan en acusaciones de que nadie la quiere o parecía. Cuando sus esperanzas se destruyen, se muestran muy hostiles, dando inicialmente al círculo de sentir culpabilidad. Su negativismo habitual rebasa los límites racionales y les conduce a arranques maniacos en los que distorsionan la realidad, se vuelven demasiado exigentes con los demás y atacan a quienes consideran que les han atrapado y obligado a sufrir conflictos intolerables. Estos estados de ánimo se convierten en una forma de amenazar a los otros como chantaje o manipulación y tras arranques suelen introyectar su hostilidad y

sienten remordimientos suplicando perdón y prometiendo comportarse y enmendarse (Millon, 2006).

Sin embargo autores como Rubio y Pérez (2003), apuestan por subdividir el trastorno límite de la personalidad en cuatro subgrupos similares a los anteriormente mencionados: el subgrupo psicótico o desrealizado, el límite con descontrol de impulsos, el límite hipotímico y el límite con distocia del Yo. El subtipo psicótico o desrealizado se caracteriza ser excesivamente llamativos con simultaneidad de normalidad y anormalidad, con tendencias místicas y esotéricas. Distinguido por la presencia de episodios esquizoides, psicóticos y/o disociativos de corta duración con una evolución atípica, sin deterioro aparente ni residuo; aunque si un evidente estancamiento en varias áreas de su vida (Rubio y Pérez, 2003).

El límite con descontrol de impulsos, similar al impulsivo de Millon (1998), es referido como poseedor de muchos antecedentes familiares, con un inicio precoz expresándose frecuentemente con onicofagia (ansiedad reflejada en la obsesión de comerse la uñas), piromanía y trastornos en la conducta alimentaria; además de frecuente consumo de sustancias como alcohol y drogas o descontrol comportamental que se van a los extremos. En muchas otras ocasiones se observan autolesiones por la falta de control de impulsos y como compensación a un sentimiento de vacío o culpabilidad, haciendo énfasis también en acciones violentas como un trastorno explosivo intermitente. (Rubio y Pérez, 2003).

El subtipo hipotímico también esta muy relacionado al desanimado de Millon, ya que se detalla como un individuo con baja autoestima y bajo estado de ánimo, con un tono similar al esquizoafectivo, mostrando generalmente sintomatología depresiva. Se distinguen en ellos un inicio tardío, habituales sentimientos de culpa y desesperanza. Espontáneamente presentan labilidad emocional en emociones negativas que ocasionalmente los llevan a episodios disfórico no maniacos (Rubio y Pérez, 2003).

El subtipo con distocia del Yo es entendido como un conflicto al momento del origen en la organización yóica y la madurez de la misma. Destacan en éstos pacientes la egolatría y la aparatosidad con un marcado afán de protagonismo. Tienden mucho a la manipulación, seductores con tentativas autolesivas claramente chantajistas. Evidenciando constantemente una nula resistencia a la frustración y euforia superficial. Lo que es muy típico cuando se observa por primera vez a un paciente borderline (Rubio y Pérez, 2003).

2.6 COMORBILIDAD

En términos generales se considera que la comorbilidad es la presencia de dos (o más) enfermedades, de etiopatogenia y fisiopatología distintas, en un mismo sujeto. Se ha aceptado en el ámbito de la Psiquiatría que la comorbilidad psiquiátrica es “la presencia de un antecedente o síndrome psiquiátrico concurrente que se suma al diagnóstico principal”. Y para considerar que los trastornos son comórbidos, ambos deben estar presentes como episodios con expresión completa.

La comorbilidad tiene una alta transcendencia en cuanto al pronóstico clínico determinando o no, peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad y, en cuanto a las consecuencias sociales ocasionando probable la disminución en el rendimiento laboral y mayor uso de recursos. En el caso del trastorno borderline debe tenerse en cuenta la presencia de comorbilidades en los ejes I y II, dentro de una evaluación multiaxial, las cuales empeoran el pronóstico (Gunderson, 2002).

El Eje I, que refiere a trastornos clínicos u otras afecciones que pueden ser un foco atención clínica (Phares, 1999), se pueden encontrar aunados al trastorno borderline, trastornos del humor, relacionados con sustancias, de la alimentación (anorexia y/o bulimia, obesidad), trastorno por estrés postraumático (TEPT), pánico, y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y otros más menos comunes (Millon, 2006).

Los más frecuentes alteraciones comórbidas son los estados de ansiedad generalizada, desde las vulnerabilidades particulares a la inadecuación de las estrategias de afrontamiento (Millon, 1998). Cuando los impulsos inconscientes del paciente se ha activado y han roto controles, se observan frecuentemente descargas emocionales sumando trastornos de ansiedad al diagnóstico del límite inicial. En otros periodos más intensos, los controles de estas personas se ven completamente desintegrados y el paciente se ve arrastrado por impulsos irracionales y pensamientos extraños que suelen culminar en comportamientos caóticos suicidas y así sucesivamente; lo cual acrecienta la complejidad al límite (Cancrini, 2007).

Uno de los síndromes relacionados con el límite es el consumo o dependencia de una o varias sustancias (tabaquismo, alcohol, marihuana, cocaína, hongos, heroína). Esto es explicado por que el deseo del paciente por experimentar de formas variadas de realidad y su esfuerzo por

buscar una identidad que les proporcione una estructura para sus confusiones y sus impulsos divergentes. Sin olvidar que el paciente borderline posee rasgos de dependencia y poco control de impulsos y ansiedad que tiene que ser nivelada. (Millon, 1998)

Otro de los trastornos que pueden mencionarse en el Eje I, son problemas persistentes del desarrollo marcado por un trauma infantil significativo como problemas de atención, y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y/ o de aprendizaje. (Millon, 2006).

Los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia son la expresión externa de las escisiones interna y se asocia con un descontrol y una agresividad excesivos. La búsqueda de la perfección de los límites, la autoagresión al privarse de necesidades personales, el negarse a la alimentación acompañada de otras distorsiones persistentes de la imagen corporal o ilusiones de pureza y perfección son muy frecuentes en los pacientes borderline. En psicoanálisis a veces es interpretado como una manera de torturar a las madres que consideran con función nutritiva, de igual forma es una forma de adquirir atención y buscar apreciación de forma física. También es posible que los límites con obesidad presenten una historia previa de abuso sexual y quieran evitar ser deseables (Gunderson, 2002).

Los síndromes del estado de ánimo están a la orden del día, pues en el límite una de las principales formas de controlar esta ira es introyectado los resentimientos a través de trastornos hipocondríacos y episodios depresivos leves; ya que éstos puede aliviar su estado de indefensión y futilidad, además de crear en los demás sentimientos de culpa de modo que intenten prestar al paciente la justificada atención y los cuidados que necesita. Cuando el paciente borderline llega a los extremos sucumben frecuentemente en depresiones mayores. Los principales componentes del cuadro que aparece en estos momentos son las quejas depresivas hostiles y una irritabilidad demandante y querulante (Millon, 2006).

El cuadro depresivo es verdadero cuando se comprueba la presencia de actitudes críticas y exigentes y más por los sentimientos de vergüenza y culpa. En otros casos son las dudas ansiosas y las expresiones de odio sobre sí mismos, la preocupación por los desastres inevitables, ideas de muerte o real intento de suicidio (Cancrini, 2007).

Millon (1998), al igual que Kernberg (1987), reiteran que los síntomas somatomorfos también suelen estar presentes, pues reflejan una solución para diferentes emociones y estilos de afrontamiento. El principal objetivo de éstos trastornos es bloquear la conciencia de la verdadera fuente de ansiedad del paciente. A pesar del alto precio que deben pagar al deteriorar el funcionamiento corporal, se mantienen relativamente libres de tensiones aceptando su discapacidad. La elección del síntoma y su significado simbólico reflejan el carácter particular de las dificultades subyacentes del individuo y las ganancias secundarias que desea inconscientemente estar enfermo. Por ejemplo, puede desarrollar un parálisis del brazo para controlar el impulso de golpear a alguien a quien desea detesta; otro puede expresar verbalmente su ira y sus resentimientos al enmudecer. Puede escuchar o perder el oído para perder la capacidad de anular las voces que lo ridiculizan, sean reales o imaginarias (Millon, 2006).

Autores como Millon, consideran que los síndromes disociativos, fugas psicógena como episodios de enfado, de resentimientos oprimido también pueden estar presentes haciendo mas evidente en estos lapsos que éstos sujetos sean brutales consigo mismas. No obstante, en algunos casos los pacientes se desintegran en uno u otro de los trastornos psicóticos mas prolongados. Otras veces los comportamientos y las ideas están fragmentadas, son vagos, extraños y desconectados (Cancrini, 2007).

El trastorno psicótico breve, que dura uno o dos días donde es cuando el paciente reprende su equilibrio normal y pierde el contacto con la realidad. Si estas erupciones duran semanas o se producen con frecuencia, persistiendo los comportamientos extraños y la terrorífica ansiedad, sería mas correcto categorizar la alteración como un trastorno psicótico específico. El TEPT, es incluido en este tipo de circunstancias, pues es importante recordar que la estructura límite es lo suficiente susceptible para desencadenar un estado psicótico. Y me manera similar, llegan a presentar principios esquizofrénicos ya que sin el apoyo externo y sin competencia interna, los pacientes con TLP pueden desintegrarse y sufrir un trastorno esquizoafectivo. Podemos detectar una enorme necesidad de afecto y apoyo emocional que es lo que causa la confusión generalmente (Millon, 2006).

Dentro del Eje II, que aborda trastornos de personalidad y deficiencia mental, es posible hallar trastornos de personalidad antisocial, de evitación, histriónico, narcisista y esquizotípico, con

una tendencia a trastornos depresivos; sin olvidar la presencia de un retraso mental (Bellver, et al., 1997).

Como es bien documentado y conocido por los clínicos, el trastorno borderline es en especial característico por su complejidad al desplegar una sintomatología múltiple que no da los suficientes datos para especificar una patología con una serie de criterios ya establecidos muy delimitados. Debido a las oscilaciones en los estados de ánimo, cambios bruscos de actitudes y una identidad no establecida, el límite puede incluir rasgos de personalidad de todo tipo (Gunderson, 2002).

Las tendencias sexuales perversas polimorfas también han sido detectadas en estos pacientes. En tanto más caóticas y múltiples las fantasías y acciones perversas, más inestables se encuentran las relaciones objetales conectadas a éstas interacciones y mayormente posible considerar la presencia de TLP, ya que las formas bizarras de perversión, sobre todo las que manifiestan agresión primaria o sustitución primitiva de los fines genitales con fines eliminatorios (orina, defecación), son consideradas como indicadores (Kernberg, 1975).

Se ha descubierto que al aplicar pruebas psicométricas a este tipo de pacientes, niveles de funcionalidad ligeramente bajos, dependiendo del deterioro cognitivo con el que cuenten y de igual forma, incluir dentro de su diagnóstico un retraso mental anexado que varía desde el superficial, pasando por leve, moderado, hasta limítrofe dependiendo del individuo (Study Finds, 2008).

CAPÍTULO III. PSICOSIS

3.1 MARCO REFERENCIAL

La representación en esencia de las psicosis es más compleja de lo que las definiciones teóricas muestran. El paciente vive en una realidad alterna, un mundo construido por el mismo y por tanto difícil de entender por otros (Maya, 2000).

Los orígenes del concepto de psicosis única se remontan al siglo I cuando Areteo de Capadocia estableció una forma fundamental de locura la melancolía de donde según el derivaban todas las otras variedades. Chiarugi (1784), siglos más tarde defendió la idea de que en el curso de una misma enfermedad se pueden suceder diversos estados psíquicos (Postel y Quétel, 1993).

En el siglo XIX Guislain defendió la filosofía sobre que la melancolía, la manía, las ideas delirantes y la demencia eran fenómenos iniciales para que posteriormente aparecieran los trastornos del sentimiento y después los de la razón. Fue Von Feuchtersleben (1845), quien se refirió la “phychose” como manifestaciones psíquicas de la enfermedad del alma. A ello, Griesinger (1845, 1861), le atribuyó una etiología orgánica detallando a la psicosis única con mecanismos psicológicos que determinaban la instauración progresiva de la locura o paranoia y enfatizó en la idea de que los trastornos psíquicos son susceptibles a ser agrupados en perturbaciones afectivas y perturbaciones del pensamiento. Dichas investigaciones contribuyeron a que Kraepelin (1883), estableciera las bases para una clasificación de las enfermedades mentales detallando una definición de enfermedad mental más concreta contemplando las causas, manifestaciones, su curso y terminación (Maya, 2000).

Magnan (1893), incluyó la manía, la melancolía, el delirio crónico y las locuras intermitentes, la locura de los degenerados con síntomas episódicos y los delirios súbitos dentro de las enfermedades mentales. Con ello Freud (1933), intentó esclarecer y perfilar los mecanismos estructuralistas específicos de cada alteración y denominó a la esquizofrenia como un grupo de psicosis cuyo curso a veces crónico y/o guiado era por ataques intermitentes. Bleuler (1911), argumentó que la psicosis se caracterizaba por un tipo específico de alteración en el pensamiento, de los sentimientos y de la relación con el mundo exterior. Después Ballet (1913), redactó un extenso capítulo sobre las psicosis constitucionales o las enfermedades de predisposición latente donde se ubicó los delirios sistematizados primitivos, agudos y crónicos así como las de predisposición aparente compuestas por obsesiones e impulsiones, locuras

morales, razonables y delirios. Ballet retomó el término psicosis como el fondo material histológico y fisiológico necesario para producirlo y desarrollarlo (Alvárez, et al., 2004).

Finalmente, en el ámbito médico existe el manejo de dos vías en el conjunto general de las psicosis: por un lado la línea que va de la paranoia a la esquizofrenia; y por otro la que uniría la melancolía y la manía. Sin embargo el concepto es mas complejo e involucran ambas direcciones en el mismo sentido y ante esto personajes como Ey (1973), argumentaron la existencia de cuadros psicóticos que comparten elementos en ambas vías (Postel y Quérel, 1993).

3.2 DEFINICIÓN

Anteriormente, la distinción tradicional entre neurosis y psicosis que se mantenía en la CIE-9 era de acuerdo con la categorización de las enfermedades sine embargo el término "Psicótico" se ha mantenido como un término descriptivo desde clasificaciones como: Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F20), sin que el recurrir a él presuponga nada sobre posibles mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de realidad. El concepto psicosis se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas, así como otros padecimientos más claramente delimitados que serán descritos posteriormente (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Para la CIE-10, la psicosis es un trastorno en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad (García, 2000). Ésta definición destaca la intensidad del trastorno que repercute en conceptos tan vagos como la introspección o contacto con la realidad y afecta a algunas demandas de la vida. En tal definición cabe prácticamente cualquier trastorno mental que presente suficiente intensidad, así como así todos los trastornos mentales de naturaleza orgánico-cerebral (Vázquez, Crespo y Herrán, 2005).

El DSM-IV proporciona dos definiciones dentro de un trastorno psicótico y ambas tienen en común dos hechos muy interesantes: uno es la dificultad para establecer que síntomas son psicóticos, y el otro radica en la necesidad de fijar una determinada intensidad de síntomas, hechos que sugieren que el concepto de psicosis implica tanto una marcada heterogeneidad en los síntomas que lo componen, como la dificultad para establecer un límite claro con los trastornos no psicótico o incluso con la normalidad (First, et al., 1996).

En definitiva la psicosis es la alteración mental caracterizada por la pérdida de contacto con la realidad. Se manifiesta principalmente por delirios e ideas falsas acerca de lo que está sucediendo, de lo que se percibe y/o de la identidad de la propia persona. Las personas observan en el paciente cambios en los hábitos de conducta, alteraciones en el afecto y pensamientos. Y episodio psicótico es el término empleado para referirse a aquellos trastornos de la mente caracterizados por cierto nivel de pérdida del contacto con la realidad (EPPIC, 2002).

Las manifestaciones iniciales de psicosis suelen observarse en variaciones en la regulación de ritmos del sueño-vigilia, alteraciones en la alimentación, ideas raras y vulnerabilidad frente a situaciones externas. Posteriormente, al sondear o tocar los núcleos de la patología conflictivo-origen, brota la sintomatología en el paciente. También, trae consigo una falsa percepción o escape de la realidad, un pensamiento ilógico, acompañado generalmente de delirios, alteraciones en la sensorio-percepción como anteriormente se mencionaba y reacciones exacerbadas al entorno y a sus propias ideas; además de una conducta extraña, alteraciones en el afecto, disociación o escisión de la personalidad a causa de figuras introyectadas y como consecuencia, una disfuncionalidad y poca adaptación en las diferentes esferas (Study Finds, 2008).

El psicótico tiene una percepción acertada de esta situación pero no sabe cómo lograr el cambio necesario. Este se disgrega en el intento de modificarlo. Cohen (2003), argumentó que lo conocido como psicosis, son alternativas que tiene el ser humano de evitar la vida que por algún motivo se ha vuelto peligrosa. Por ello, la persona a la que llamamos psicótico construye una realidad alternativa que le resulta más tolerable que el enfrentar la necesidad de transformar la suya que se ha vuelto hostil (Maya, 2002).

En la psicosis, la mayoría de los casos, los estados psicóticos cursan importantes alteraciones del lenguaje y pensamiento, tan intensas que dificultan de forma ostensible la comunicación

con el otro ya que, como veremos, se afectan los tres niveles de la semiótica: el morfosintáctico, el semántico y el pragmático (Postel y Quénel, 1993).

3.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Debido a que los síntomas permite y facilita el establecer un diagnóstico, es necesario entender primero lo que un síntoma conlleva: Un síntoma es toda manifestación o fenómeno particular que provoca en el sujeto el estado de enfermedad y que es descubierto generalmente el médico (objetivo), o señalado por el paciente (subjetivos). Por otro lado, un signo constituye un fenómeno que, reconocido por el médico en el organismo del paciente y apreciado por él, asienta el llegar al diagnóstico y proporcionar un pronóstico más certero. Los signos se deducen de los síntomas de la enfermedad y también de la constitución, del estado anterior y de herencia del paciente (Delamare, 1981).

Las psicosis abarcan la manifestación más claramente asociada con la enfermedad mental, ya que implican síntomas como alteraciones en el pensamiento; una alteración general en la vida afectiva y del humor; una perturbación del control de la conciencia, de la observación en perspectiva de los distintos puntos de vista y formas alteradas del sentido crítico, acompañadas usualmente de síntomas como alucinaciones y delirios. Estos trastornos suelen tener un factor orgánico bastante pronunciado o con mayor repercusión personal, por influencia social y familiar; debido a su carácter crónico y degenerativo caracterizado por los elementos propios de todos los trastornos psicóticos (EPPIC, 2002).

Para que el clínico logre detectar síntomas y signos, es necesario efectuar un examen mental al individuo. Éste es una evaluación de cómo el paciente se encuentra en el área psicofísica ayuda a identificar síntomas así como orientar el diagnóstico. El examen mental tiene como procedimiento técnico la entrevista clínica, donde importa más la habilidad del examinador para adaptarse al paciente y a la situación creada por la sintomatología o enfermedad de éste. Algunos elementos básicos que deben considerarse son: a) El aspecto, comportamiento y actitud del paciente frente a la entrevista; b) Molestias, o sintomatología y su forma específica de manifestarla; c) Revisión de las necesidades básicas (sueño, hambre, sexo); d) Revisión de funciones mentales superiores en forma general (estado de conciencia, orientación, atención, concentración, memoria, comprensión, lenguaje, pensamiento, alteraciones en la sensopercepción, juicio y conductas relacionadas, afectividad, asimilación

de la enfermedad y grado de incapacidad) y finalmente; e) Realizar una observación superficial del nivel de inteligencia del paciente (Study Finds, 2008).

La psicosis suele provocar cambios en el estado de ánimo y en la forma de pensar, dando lugar a ideas anormales, por lo que resulta difícil entender lo que está sintiendo la persona afectada. Con objeto de comprender en qué consiste la experiencia psicótica, el Centro de Prevención e Intervención temprana en Psicosis (EPPIC) sugirió la utilidad de clasificar por grupos algunos de los síntomas más característicos descritos a continuación y que frecuentemente varían de una persona a otra y en algunos casos se relacionan con el tiempo (EPPIC, 2002).

* Alteraciones en el pensamiento o forma de pensar confusa, la cual se explican por una serie de deformaciones en el proceso del pensamiento en la cual el sentido ha dejado de guardar una relación adecuada entre sí. La expresión oral se vuelve difícil de entender o, no tiene sentido. En algunos casos le cuesta a la persona concentrarse, seguir el hilo de la conversación o recordar las cosas.

* Las creencias falsas o delirios es otro de los síntomas que presentan. La característica principal es que el paciente está convencido de una verdad incongruente que no accede a ningún razonamiento por más explicación lógica que se le ofrezca. Inicialmente los delirios constituyen un síndrome transitorio que varía en su duración de horas a una semana, rara vez un mes para no considerarse como un trastorno psicótico o diagnosticarse como una enfermedad.

* Las alucinaciones, que son descritas como parte de la sintomatología más frecuente. La persona por efecto de la enfermedad ve, oye, siente, huele o percibe con el gusto cosas que en realidad no están presentes. Por ello las alucinaciones pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfatorias, cenestésicas o somáticas con evolución recurrente o persistente, causado en algunas ocasiones por un factor orgánico específico. El síndrome se considera psicótico cuando hay convicción de que las alucinaciones son reales e influyen en el comportamiento del sujeto y, no hay conciencia de que son causadas por un mal funcionamiento cerebral.

* Por consecuencia a todos estas manifestaciones que el trastorno ocasiona, se presentan de igual forma cambios afectivos y de percepción, es decir, a veces sin causa aparente la forma

de sentir de la persona cambia de repente, provocando que se sienta rara y aislada del mundo y le parezca que su percepción sobre el mundo es diferente. Son frecuentes los cambios bruscos en el estado de ánimo o variedad en la intensidad de manifestar las emociones.

* Finalmente las personas afectadas de psicosis presentan conductas distintas a las que acostumbran tener cambios de conducta. En algunos casos se vuelven extremadamente activas, o bien les sobreviene un gran letargo que les hace estar sin hacer nada durante todo el día. Se echan a reír en momentos inoportunos, o se enojan o se sienten contrariadas sin motivo aparente (EPPIC, 2007).

Otros síntomas observados que sugieren la presencia de un trastorno de tipo psicótico son cambios bruscos y profundos de la conducta; replegarse sobre si mismo, sin hablar con nadie (ensimismamiento, retraimiento, aislamiento); soliloquios; tener periodos de confusión mental o pérdida de la memoria y experimentar sentimientos de culpabilidad, fracaso y depresión (Sluchevski, 1963).

3.4 PROCESO PSICÓTICO

El paradigma de la enfermedad mental en sus fases iniciales, plantea un reto de tener que desarrollar la forma de explicar el proceso por el cual una teoría se convierte en parte de la experiencia vivida (Vázquez, et al., 2005).

Katan (1954), estudió y describió detalladamente el proceso psicótico. El autor declaró que la primera subfase transcurre desde que recibe el aviso de su nombramiento hasta el momento en que se hace cargo de sus funciones. El insomnio es característico de esta segunda subfase hasta que pase la primera noche si dormir por los ruidos que parecen surgir. La tercera subfase germina cuando aparecen los síntomas de opresión del corazón y otros síntomas físicos y visibles. Finalmente la cuarta fase corresponde a la permanencia en la clínica y se caracteriza por el surgimiento de sospechas...ideas que se hacen más fuertes (Clínica diferencial de las psicosis, 1988).

Sin embargo la EPPIC narra que cuando una persona sufre por primera vez síntomas psicóticos o un episodio de psicosis, es posible que no entienda lo que le sucede. Los síntomas pueden resultarle completamente desconocidos, provocándole una gran perturbación y dejándola en

un estado de confusión y angustia. Por otra parte, ésta angustia se ve aumentada por los mitos y estereotipos de signo negativo relativos a la enfermedad mental que todavía son comunes en la sociedad. El proceso de una psicosis en términos generales se desarrolla en tres fases cuya duración respectiva varía según la persona: la primera fase es denominada pródromo, la segunda sería la fase aguda o el brote psicótico y finalmente la tercera constituye básicamente la presencia de la enfermedad y con ella el tránsito hacia la recuperación (EPPIC, 2002).

Más allá, el DSM-IV abarca dentro del proceso terapéutico las etapas de: la fase aguda o brote psicótico; seguida de la fase subaguda o de recuperación, la fase crónica o de remisión, la fase de recaídas o rebrotes y finalmente la fase residual que son integradas dentro de la segunda y tercera fase.. Ayudando a concluir que el proceso psicótico es un suceso de tal magnitud que pasa a ser una enfermedad o estado constante con el cual aún bajo tratamiento es posible lidiar (First, et al., 1996).

3.4.1 Primera fase: el pródromo

El pródromo es la etapa antes que la enfermedad se presente o sea evidente y se caracteriza por la presencia de signos sutiles e inespecíficos. Mc Gorry y Singh (1995), la nombran como un estado mental de riesgo a desarrollar psicosis y, dado que la presencia de síntomas definidos es lo que determina una impresión diagnóstica; autores como Young y Mc Gorry (1996), la refieren como el periodo de tiempo entre la aparición de rasgos o signos indicativos y el cambio en el funcionamiento premórbido de la persona y el inicio de claros síntomas psicóticos (Vázquez, et al., 2005).

Katan (1954), mencionaba que antes de que el paciente adquiriera síntomas psicóticos tan destacados como los delirios, alucinaciones, etcétera; atraviesa por un periodo que se desvía de la normalidad. Durante este periodo no se presenta una neurosis regular como en la vida cotidiana pero tampoco es patente la característica principal de una psicosis, es decir, la pérdida de contacto con la realidad donde los delirios y las alucinaciones aún no son signos evidentes es paulatino ya que el proceso del paciente para abandonar el contacto con la realidad objetiva comienza cuando vive en un mundo que le es propio. Periodo de transición al que denominó periodo prepsicótico (Clínica diferencial de la psicosis, 1988).

Dentro de ésta etapa la persona sufre algunos cambios antes de que comiencen a presentarse los síntomas más evidentes de psicosis; conocidos como signos premonitorios. Éstos son vagos, apenas perceptibles, que varían según la persona y su valor radica en no pasar desapercibidos. En términos generales la persona se vuelve recelosa, deprimida, inquieta, tensa, irritable y colérica; experimenta cambios bruscos de estado de ánimo; trastornos del sueño; cambio en el apetito; pérdida de energía o motivación; dificultades para concentrarse o recordar y; la sensación de que sus pensamientos se aceleran o se vuelven mas lentos, que de alguna manera las cosas o el entorno han cambiado. Con frecuencia la familia y los amigos son los primeros en advertir estos cambios, sin embargo es necesario atender que antes de surgir una psicopatología psicótica en sí, se va incubando y van brotando cambios en el estado mental del individuo (EPPIC, 2007).

Las manifestaciones deficitarias que se encuentran en pacientes afectados ocurren durante éste periodo prepsicótico por la inespecificidad del perfil sintomatológico ya sea a causa de una reacción a los cambios psicobiológico producidos por la enfermedad y/o tratamiento. La evaluación del pródromo presenta dificultades por ser síndromes retrospectivos y la existencia de una diversidad importante de síntomas prodrómicos que no poseen poder predictivo positivo y las limitaciones en cuanto a la fiabilidad y precisión de medición sean grandes. A ello se le describe como un síndrome virtual que sólo se valida como prodrómico retrospectivamente, una vez que el inicio de la psicosis ha ocurrido. Pues, ya desde Bleuler (1919), hasta Hambrecht et al. (1994) se habían hecho trabajos de la fase prodrómica, que incluían disminución de la atención-concentración, disminución de la motivación, anergia, aislamiento social, suspicacia, disminución del funcionamiento e irritabilidad. Posteriormente Mc Glashan (1999), desarrolló una clasificación que incluía: asintomáticos; sintomáticos que eran síntomas suaves de tipo psicótico a lo largo de la vida; los prodrómicos caracterizados por ser bastante fuertes de tipo psicótico a lo largo de la vida y; psicóticos, éstos últimos ya definidos dentro de una enfermedad diagnosticada (Vázquez, et al., 2005).

En el CIE-10 aparece de forma clara una fase prodrómica en la cual los síntomas y el comportamiento en general son descritos como precedentes a los síntomas netamente psicóticos desencadenados en semanas o incluso meses anteriores, éstos son: la pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personales, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación (García, 2000).

Tiempo después los criterios de riesgo ultra alto (UHR) del pródromo inicial de la psicosis se desarrollaron y refinaron en la Clínica a la Evaluación de las crisis y valoración personal, donde Phillips (2000) acordó la siguiente subdivisión:

- Síntomas psicóticos atenuados (SPA) que incluyen: ideas de referencia, ideación mágica, trastorno de la percepción, ideación paranoide, pensamiento y discurso extraños. Todos ellos representan un cambio del estado mental y difieren a los criterios correspondientes de trastorno de personalidad esquizotípico del DSM-IV con los que suele confundirse.
- Síntomas psicóticos limitados breves e intermitentes (BLIPS) que abarcan: delirios, alucinaciones y trastornos formales del pensamiento presentes durante al menos una semana y remisión espontánea. Definido más profundamente por Woods et al. (2001), por la presencia clara de síntomas psicóticos breves y recientes, el cual suele ser presentado por algunos trastornos de personalidad.
- Factores de riesgo que se observan por medio de un descenso significativo en el funcionamiento psicosocial y ocupacional. Renombrado como Síndrome de riesgo genético por Woods et al. (2001) y caracterizado con la presencia de trastorno esquizotípico de la personalidad y/o familiar de primer grado con un trastorno psicótico y/o disfunción global de aproximadamente el 30% (Vázquez, et al., 2005).

Por su parte Mc Glashan et al. (2003), contribuyeron con una explicación más práctica mencionando sólo dos categorías. Los síntomas prodrómicos inespecíficos se encuentran los cambios en el sentido del Yo, sentimientos de cansancio, letargia, falta de motivación, depresión, ansiedad, preferencia por el aislamiento, excentricidad y dificultad para estudiar o trabajar. Y finalmente los síntomas prodrómicos específicos representados por ideas o creencias inusuales, suspicacia, grandiosidad, sensación de cambio en la apariencia de las cosas y problemas para pensar con claridad (Vázquez, et al., 2005).

En la actualidad, el Programa de prevención de psicosis (2000), ha decretado tres áreas de indicadores prodromales: los marcadores premórbidos bio-conductuales, los factores prodrómicos de riesgo y el déficit en habilidades sociales. El primer grupo se caracteriza por ser anomalías atencionales, en el seguimiento ocular y en funciones neuropsicológicas fronto-temporales, así como en la memoria operativa y las funciones ejecutivas. Los factores

prodrómicos de riesgo incluyen: disminución de la concentración y de la motivación, humor depresivo, trastornos del sueño, ansiedad, aislamiento social, suspicacia, deterioro del rol funcional e irritabilidad), a la vez que los criterios del trastorno de la personalidad esquizotípica (conducta peculiar; acentuado deterioro en la higiene y aseo personal; afectividad aplanada o inadecuada; lenguaje disgresivo, vago, sobre-elaborado o circunstancial; pobreza del lenguaje o de su contenido; creencias raras o pensamiento mágico; experiencias perceptivas inusuales), añadiendo a ello el estrés familiar, problemas perinatales y anomalías físicas menores. Finalmente el tercer grupo lo compone el déficit en habilidades sociales, de inicio típicamente en la adolescencia, que continúa en edades posteriores en forma de aislamiento social y pobre capacidad para procesar señales e información interpersonal (Programa de prevención de Psicosis, 2000).

Lacan (1960), detalló ilustrativamente parte de este proceso al hablar los fenómenos elementales o de franja que para él son el significante inadecuado a un fenómeno del discurso argumentando que es similar a la espuma, cómo el límite que empieza a sobrepasarse y observándose en aspectos como el registro de la voz, los murmullos, cuchicheos, carcajadas, fenómenos que bordean lo asemántico. Todo ello ocurre al lado del sujeto, los gritos o risas pero su exterioridad no es distinta. Mencionando: “El grito lo sorprende, pues no es él, el que grita. Es también el registro de la mirada son del orden del brillo, la luminosidad, la llamarada, o son trayectorias de algún modo visibles, pero que no constituyen exactamente imágenes visuales. Estos fenómenos de franja que desencadenan en psicosis”. (Clínica diferencial de las psicosis, 1988, pp. 96).

3.4.2 Segunda fase: Brote psicótico o fase aguda

El brote psicótico se define como una alteración grave en el juicio de la realidad que se asocia con la presencia de delirios, alucinaciones y cambios en la conducta, que van desde la agitación psicomotora hasta el estupor catatónico (Ballesteros, 2003) y también se caracteriza por una conducta de aislamiento (Casas, 2002). Algunos compendios psiquiátricos como el DSM-IV, mencionan que un paciente psicótico se caracteriza por no estar conciente de sí mismo y el entorno que lo rodea, es decir, que el proceso psíquico que permite reconocer las sensaciones subjetivas del medio exterior o interior a través de los procesos anémicos esta alterado (First, et al., 1996).

En un brote psicótico la persona es incapaz de cuidarse a sí misma, puede infligirse lesiones y en muchos casos llegar al suicidio. (EPPIC, 2002). En otros casos la enfermedad se cronifica y lleva a un diagnóstico más específico representado por brotes psicóticos recurrentes y un empobrecimiento progresivo de las funciones cognitivas (Casas, 2002).

En un brote psicótico domina en el enfermo la excitación psicomotriz, la agresividad, la hostilidad, la hiperactividad, la depresión, intentos de suicidio o de homicidio, donde se da prioridad a tranquilizar y sedar al paciente para aminorar los síntomas presentados. De igual manera es importante el control de ideas delirantes, alucinaciones y trastornos del pensamiento, pues se manifiestan en medida tal que hace difícil la valoración del paciente. Debido a la inconciencia del paciente el control de la sintomatología debe realizarse lo más precozmente posible. El DSM-IV, explica que la fase aguda se supera después de días o semanas, con el paciente internado y protegido con fármacos antipsicóticos en dosis más altas que en las fases siguientes. Se informará sobre los riesgos de que el enfermo pueda dañarse o atacar a terceros, y de los delirios y alucinaciones que lo pueden incitar a acciones que no dependan de su juicio consciente (First, et al., 1996).

El estudio de un paciente con brote psicótico se inicia con la historia clínica completa, la cual debe encaminarse a efectuar un diagnóstico de la patología subyacente, ya que el brote psicótico por sí solo no es una entidad nosológica y constituye una sintomatología común a varias entidades psiquiátricas. Para tales efectos es necesario siempre tener en cuenta los datos aportados por los familiares, porque frecuentemente estos pacientes, por su mismo cuadro clínico, no están en capacidad de suministrar una información confiable (Ballesteros, 2002).

El periodo que separa el inicio del “episodio psicótico”, establecido éste por la aparición de aquellos síntomas que por ellos mismos cumplen los criterios para elaborar un diagnóstico de psicosis, y el establecimiento de contacto e inicio del tratamiento, define lo que se ha denominado como “Duración psicosis sin tratar”. El periodo de tiempo que separa el inicio de dicho episodio o más (Vázquez, et al., 2005).

Los brotes psicóticos pueden aparecer en mayor o menor grado durante la vida de un sujeto pero un brote se diagnostica cuando los síntomas sean muchos más que lo normal, sucedan con más frecuencia y sean de mayor intensidad. El brote puede durar unos días, semanas o

meses dependiendo, pero con el tratamiento médico apropiado lo normal es que la persona se estabilice y vuelva a la vida diaria. Si los síntomas y los brotes persisten, entonces la vida de la persona se puede ver afectada mucho, poco o nada dependiendo del tipo de vida que lleva y del desarrollo de la enfermedad. Ahora bien, un brote psicótico no es sinónimo de la existencia de alguna enfermedad psiquiátrica en específico. Existen brotes aislados que no vuelven a aparecer y también existen brotes que se asocian a otras enfermedades (Franco, 2005).

“En el brote psicótico el enfermo habla desde una significación distinta a la nuestra, dice una palabra que para él tiene una significación delirante, no discrimina entre el signo y lo que señala. El brote genera un sentimiento de vacío inaguantable donde el paciente siente que queda cósmicamente solo. Entonces crea su delirio que le permite vincularse con alguien, que muchas veces es un perseguidor que puede ser un marciano o un monstruo”. (Ballesteros, 2002, pp. 3).

Los brotes psicóticos en el 99,9% de los casos son el resultado de un lento incubaje. A medida que reprimimos sentimientos o ideas o bien los forzamos se van amontonando todo tipo de residuos en la mente creando y/o agrandando el subconsciente. Y el medidor de presión va aumentando. Llegado cierto momento, la ansiedad e incomodidad acumulada de los síntomas es tan alta que en cuanto se dan situaciones algo complicadas se producen escapes o crisis psicótica. De acuerdo a estudios realizados se sabe que entre los 16 y 23 años es la edad estrella de máxima frecuencia de aparición del primer brote, tanto en chicos como en chicas, aunque tampoco se descarta que los síntomas psicóticos aparezcan en otras etapas de la vida, pasados los 50 años de edad, acompañando a periodos en los que hay cambios hormonales y fisiológicos significativos. Entre el 80-85% de las personas que sufren un primer brote psicótico mantienen trastornos psiquiátricos a medio y largo plazo. Por ello es poco común que durante un brote psicótico la familia, el propio paciente, o todos en conjunto, decidan que el mejor cuidado para el paciente se lleve a cabo internado en un régimen hospitalario y que la persona sea tratada médicamente dentro del hospital hasta que se le pase el brote. Generalmente transitan varios días, incluso varias crisis o recaídas más para que las personas cercanas al enfermo opten por ésta posibilidad de tratamiento que un clínico sugiere inicialmente (Vázquez, et al., 2005).

3.4.2 Tercera fase: enfermedad diagnóstica y proceso de recuperación

Esta etapa o proceso consiste en detectar o confirmar la enfermedad diagnosticada de acuerdo a un tiempo y duración de síntomas específicos. Aunque el brote psicótico es la más plena expresión de la psicosis, ésta fase ya presenta los síntomas aunque atenuados y controlados, visibles. Según el DSM-IV, ésta etapa se caracteriza por desaparición de la agudeza de los síntomas de la etapa anterior, que duró varias semanas y los pensamientos comienzan a organizarse, las alucinaciones desaparecen, y el sueño y el apetito se normalizan (First, et al., 1996).

La psicosis tiene tratamiento y en la mayoría de los casos el paciente se recupera de las crisis, sin embargo éstas no son de forma total, es decir, el nivel de funcionalidad o de sintomatología antes de presentar un brote psicótico o una crisis nunca vuelve a ser el original. Las características específicas de la recuperación varían según el caso pero en general la reaparición de una crisis conlleva un deterioro cognitivo, el cual determinará y será agente facilitador y la vulnerabilidad para volver a presentar una recaída. Las personas se recuperan de un primer episodio de psicosis, y en muchos casos nunca vuelven a sufrir otro (EPPIC, 2002). La cronicidad o el deterioro funcional esta condicionado por múltiples factores ajenos a la enfermedad entre los que destacan el funcionamiento premórbido, el nivel socioeconómico, la estructura familiar y social, y los factores asociados al tratamiento y prevención secundaria en sentido amplio (Vázquez, et al., 2005).

En el DSM-IV se aclara que la fase subaguda, etapa puede durar de seis a doce meses; comienza con cierta conciencia de enfermedad y cooperación, y produce confusión o miedo por lo sucedido. En este período, al igual que en los siguientes, el paciente será muy vulnerable al estrés, incluso frente a situaciones vitales o pérdidas objetales que no son traumáticas para un observador adecuado (First, et al., 1996). El impacto de un primer episodio psicótico tiene unas consecuencias que van mucho más allá de los aspectos sintomáticos. Este irrumpe en la vida de la persona paralizando prácticamente todas las esferas que la configuran; el rol profesional, la formación, la esfera familiar, social y la relación de pareja. El objetivo de la recuperación y rehabilitación es descubrir los mecanismos de autocomprensión de la enfermedad, repercusión subjetiva y proceso de afrontamiento de una persona a partir de un primer episodio psicótico con evolución posterior a un trastorno psicótico (Farriols, Cebria, Ferrier y Palmas, 2006).

Posteriormente, en la fase crónica o de remisión, considerada por el DSM-IV, hay un seguimiento en el medicamento como parte del tratamiento y para facilitar la reconexión e incorporación con su vida habitual que conforma esta etapa. Debido a la enfermedad, el paciente expresa pérdida de interés o de motivaciones de vida y la negación de lo sucedido y la idea de "todo es igual a como estaba antes", hace necesario vigilar estrechamente al enfermo por el peligro de abandono del tratamiento. Para ello el médico hace énfasis en que el tratamiento integral abarca diferentes aspectos, de los cuales los más importantes son el psicofarmacológico, la psicoterapia individual, grupal y/o familiar y la estructuración y organización de las actividades diarias, en especial mediante técnicas de aprendizaje social que faciliten una adecuada reinserción sociofamiliar. El paciente debe cooperar al concurrir a una clínica de día organizada como una comunidad terapéutica de características estructuradas hasta su completa adaptación (First, et al., 1996).

Durante los últimos cuatro o cinco años se ha escrito con gran profusión sobre la definición de lo que se entiende por recuperación y poder así cuantificar tanto como sea posible y medir la evolución en el tratamiento de la enfermedad. Dos aproximaciones a esta definición se han dado por los profesionales: una se apoya en el concepto clínico o médico hace hincapié en la remisión de los síntomas y otra, más personal y orientada a la posibilidad real de todas y cada una de las personas afectadas de vivir una vida digna y fructífera se encuentra aún dentro de un variable grado de discapacidad. Sin embargo la literatura científica define, en general, la recuperación como la eliminación de los síntomas y el regreso a los niveles premórbidos y, en sentido estricto puede significar la ausencia de enfermedad o de los síntomas que esta produce. Sin embargo ésta definición no es útil en las psicosis, y el resto de enfermedades mentales ya que no existen unos marcadores biológicos que permitan decidir de forma clara y precisa hasta que punto la enfermedad ha desaparecido o, que nivel de la misma persiste en el paciente incorporada a su estado premórbido (Davidson, Lawless y Leory, 2005).

Con frecuencia el paciente ya instalado en una enfermedad controlada suele ser víctima de crisis o recaídas, es decir, presenta nuevamente síntomas de una gravedad muy importante, habitualmente ocasionado porque abandona parte o todo el tratamiento. Por lo general, la familia o los amigos cercanos a la persona enferma pueden observar con anticipación síntomas indicadores de una posible crisis: falta de sueño, dedicación ritual a ciertas actividades, desconfianza, explosiones inesperadas de mal humor, etcétera. Si se muestra una recaída, el enfermo probablemente se siente aterrada por haber perdido de nuevo el control mental y

emocional. Comienza a manifestar signos y síntomas: escucha voces, siente que diferentes objetos le están hablando, tiene alucinaciones, etcétera; éstas manifestaciones de la enfermedad pueden aumentar el pánico del paciente y, en situaciones extremas tratar o intentar actuar al respecto, cayendo en ocasiones en un estado de alteración de la realidad (NAMI, 2001).

En muy raras ocasiones, la persona enferma pierde repentinamente el control total de su mente, sus emociones y/o comportamiento, sin embargo sucede. El DSM-IV argumenta la importancia de la organización diaria durante la fase residual que contempla. De lo contrario es muy viable que se produzca una desestructuración en el endeble andamiaje yóico del enfermo, con la posibilidad de desencadenar un nuevo rebrote. El compendio sugiere que la familia organice las actividades del paciente en conjunto con los terapeutas que, sin llegar a la sobreprotección, deben vigilarlo para que al sentirse mejor no abandone el tratamiento ni comience con el uso de sustancias adictivas como sustitutos sean éstas drogas, alcohol, café, etcétera (First, et al., 1996).

Brown, et al. (1995) concluye que la sensación de pérdida es clave en la génesis de la depresión o psicosis (Clínica de las psicosis, 1988). Sin embargo otros autores mencionan que primero se da una experiencia personal de los síntomas y el tratamiento del primer episodio. Posteriormente las valoraciones primarias: de pérdida, vergüenza, etcétera frente a una amenaza. Después se integra la idea de uno mismo (paciente) y la enfermedad se asume como una ocultación frente a la integración, en la que las influencias del desarrollo o apego al cuidador, trauma o cultura influyen de manera importante. Finalmente puede haber un ajuste o recuperación “parcial o significativa” pues acontecer una recaída que se acompañe en ese episodio con depresión y desesperanza frente al los síntomas traumáticos acumulados (Vázquez, et al., 2005). Según Harrison, et al., (2001), lo más importante para la persona con psicosis es la dificultad para desarrollar y mantener relaciones íntimas, es decir, poca gente con psicosis se casa o mantiene relaciones de pareja duraderas, y muchos se encuentran aislados y marginados de las redes sociales (Vázquez, et al., 2005).

3.5 CLASIFICACIÓN GENÉRICA

Como en toda sintomatología, existen numerosas categorías de trastornos mentales con mayor o menor nivel de gravedad tanto en la vivencia subjetiva del individuo, como en su

repercusión real. Los trastornos psicóticos suelen tener un factor orgánico bastante pronunciado con mayor o menor repercusión personal causada por el deterioro cognitivo sumado a la influencia social o familiar que ejerce en cada uno de los pacientes.

En psiquiatría los sistemas de clasificación diagnóstica que se reconocen o poseen alcance internacional son actualmente la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el sistema Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV). Estos instrumentos nosológicos y sus predecesores esbozan que la tipificación de enfermedades mentales genérica es rudimentariamente en dos rubros: trastornos mentales orgánicos y, otras psicosis. En la primera subcategoría se encuentran las causadas por disfunción, daño y lesiones cerebrales, que han afectado al cerebro de un modo directo y/o selectivo, secundaria a otras enfermedades sistémicas o alteraciones orgánicas; donde el agente que causa disfunción metabólica del cerebro, daño en su estructura o ambos es condición necesaria para la aparición del síndrome (Perales, 1998).

Por el contrario la siguiente subclasificación de “otras psicosis o psicosis funcionales” abarca aquellas enfermedades que no tuvieron como desencadenante una circunstancia orgánica sino que fueron originadas por cuestiones más ambientales.

En el presente trabajo se trató de dar una reseña general y al mismo tiempo conciso de fenómenos conceptualizados como psicóticos; sin embargo se hace la aclaración de que sólo se consideraron esencialmente las llamadas psicosis no orgánicas.

Primeramente es relevante precisar que las psicosis afectan a cada persona de diferente manera y durante las etapas iniciales no siempre es útil poner un nombre o una etiqueta a la enfermedad. No obstante, cuando una persona padece psicosis y la fase prodromal ha transcurrido, se le diagnostica suele diagnosticar una enfermedad psicótica específica. Diagnosticar significa determinar la naturaleza de una enfermedad sobre la base de los síntomas que presenta el paciente, y el diagnóstico dependerá tanto de los factores que hayan provocado la enfermedad como del tiempo que duren los síntomas. Y en el caso de un primer episodio de psicosis, resulta particularmente difícil determinar con exactitud el tipo de psicosis de que se trata, porque aún se desconoce en gran medida cuáles han sido los factores que la provocaron. Por ello es conveniente familiarizarse con algunos términos empleados al diagnosticar las enfermedades mentales graves (EPPIC, 2002).

CAPITULO IV. ESTRUCTURAS CLÍNICAS

4.1 MARCO REFERENCIAL

Haciendo un recuento de los hechos, Fontenelle (1686), extendió el término “strutura verborum” en el sentido y la disposición de los órganos del cuerpo. Definió la estructura como la articulación de los significantes y la articulación condicionada y a su vez, por la castración en los significantes. (Álvarez, et al., 2004). Seguido a ello Ferenczi (1914), se impulsó para construir la vaga idea en ese entonces, del Yo como instancia que proveía al sujeto de una imagen de sí (García, 2007).

Freud (1933), mencionó: “Cuando arrojamos al suelo un cristal se rompe, pero no de una forma caprichosa; se rompe, con arreglo a sus líneas de fractura, en pedazos cuya declinación, aunque invisible, estaba predeterminada por las estructuras el cristal. También los enfermos psíquicos son como estructuras, agrietadas y rotas” (Freud, 1933, pp. 58.).

Levi-Strauss (1958), inició el movimiento estructuralista definiendo las condiciones que implican el concepto de estructura que incluyen el carácter de sistema explicando que sus elementos se relacionan de manera tal que la modificación de cualquiera de ellos implica una modificación de todos los demás y que como todo modelo, pertenece a un grupo de transformaciones (Levi-Straus, 1969).

Aportaciones de Barthes (1957), Fonacult (1966) y las de Deluze (1987), denominadas post-estructuralistas; dieron al movimiento estructuralista la certeza de congeniar y afirmar que el hombre está sometido a las estructuras y no a la inversa. La estructura se revela por este procedimiento, como el esqueleto del objeto sometidos a consideración, permitiendo de este modo diferenciar cuanto es esencial de cuanto es accesorio, desbrozando igualmente sus líneas de fuerza, sus funciones y; en ocasiones, los mecanismos implícitos en su funcionamiento (Álvarez, et al., 2004).

Por otro lado, desde otra vertiente Piaget (1970), ayudó a concretar el término de estructura como un sistema de transformación argumentando que en una palabra “una estructura comprende así las tres características de totalidad, transformación y autorregulación” (Piaget, 1970, pp. 84). Con relación a ello Miller (1999), mencionó: “En la clínica hay un momento

nominalista, es ese en el que recibimos al paciente en su singularidad, sin compararlo con nadie, como lo inclasificable por excelencia” (Gunderson, 2002, pp. 214).

En la actualidad el modelo psicopatológico que considera la estructura, aboga a favor de un continuum de la patología mental y se antepone a la enfermedad como hechos de la naturaleza. Aún así, en compendios psiquiátricos como el CIE-10 y el DSM-IV el estudio de las enfermedades mentales se analiza desde el enfoque de la discontinuidad o la aparición de una ruptura psíquica. Sin embargo, a causa de la precisión de los antecedentes biográficos de un paciente (historia clínica), su articulación con el contenido de su locura, la localización exacta de las coyunturas del desencadenamiento de la sintomatología y el paso al acto; son una explicación convincente de las razones por las que la enfermedad se desarrolla (Álvarez, et al., 2004).

4.2 DEFINICIÓN DE ESTRUCTURAS CLÍNICAS

El enfoque estructuralista se ha ido incorporando a lo largo del siglo pasado, el cual se ha centrado en la noción de la estructura, término proveniente del latín (*structura*) que en su origen era empleado con un sentido arquitectónico, haciendo referencia a la construcción, un edificio, organización o, para designar la manera en la que está construido un edificio. No obstante, en la actualidad el uso habitual refiere la disposición y orden de las partes que componen bien un edificio o bien el cuerpo u otra cosa, como una obra, un poema, etc. En el ámbito más restringido de la teoría del conocimiento, la estructura especifica el modelo abstracto aplicado a un conjunto de elementos y a sus leyes de composición internas, o también a la disposición de las diferentes partes de un todo en función de su dependencia y solidaridad. Autores como Panel (1977), sugirieron que el rasgo organizacional de la mente con una historia de desarrollo estaba dinámicamente organizado en el sentido de que significaba más que la suma de sus partes ya que incorporaba experiencias tempranas y organizaciones del impulso en fases específicas a una nueva organización o estructura (Álvarez, et al., 2004).

Bergeret (1974), dijo “la estructura de la personalidad se concibe entonces, por una parte, como la base ideal de organización estable de los elementos metapsicológicos contantes y esenciales en un sujeto, en tanto que el carácter aparece, por otra parte, como el nivel de funcionamiento manifiesto y no mórbido de la estructura tal y como acaba de ser definida”. Él

mencionaba que la sintomatología se convertía simplemente en el modo de funcionamiento mórbido de una estructura cuando ésta se descompensa, es decir, desde el momento en que los factores internos de conflictualización dejan de estar equilibrados por un juego eficaz (y no perturbador en sí mismo) de los variados mecanismos de defensa y adaptación. (Bergeret, 1980, pp. 73.)

A ello le siguió Lacan (1981), que con anterioridad ya había argumentando que la estructura del sujeto está dividida, para posteriormente introducir en su retorno a Freud, conceptos de la lingüística y de la antropología estructural, de un modo particular para adecuarlo al campo del psicoanálisis. Lacan, comenzó a conceptualizar el orden simbólico, como constituyente del sujeto que equivale prácticamente al concepto de estructura. En pocas palabras, la estructura permitirá la transmutación entre los elementos por medio del lenguaje que utiliza o se apropia del sujeto, a lo que le denomina formaciones del inconsciente (García, 2007).

Ya sea una orientación u otra, por lo general muchos autores de diversa áreas, se coincide en que una estructura está compuesta de diversos miembros, mas allá que describir a una estructura como la composición de diversos miembros más que de partes, es decir, un todo antes que la suma. Y con respecto a ello, cabe citar la sintética definición aportada por Hjelmslev (1987), “la estructura es una entidad autónoma de dependencias internas” (Álvarez, et al., 2004, pp. 322).

Kernberg (1987), argumentaba que la estructura psíquica del individuo constituía la matriz subyacente del comportamiento y por tanto era causante de que se reflejen o desarrollen los síntomas de una conducta inapropiada o incongruente. El autor, se dio a la tarea hacer una clasificación sobre las estructuras yóicas donde las clasificó en: organización normal, estructura neurótica, organización limítrofe y la estructura psicótica. Describió a la estructura normal con relaciones objetales internalizadas constituidas por imágenes internalizadas del self y del objeto unidas por afectos regulados y maduros que sirven a la funcionalidad y adaptabilidad de las personalidad; contemplando al Ello en el que se encontraban reprimidas las relaciones objetales internalizadas de los conflictos de la etapa edípica (Kernberg, 1987).

Ello dio pie a definir en el ámbito clínico a la estructura como la constitución de la personalidad, es decir, la estructura psíquica de cada individuo, forma en que se revela cada persona por su modo de ser, pensar y expresarse, incluyendo sus actitudes, intereses y actos.

Por ello una estructura se compone de patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad o estructura psíquica son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes y por tanto los rasgos de personalidad o alteraciones en la misma sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y/o desadaptativos, provocando malestar subjetivo o déficit funcional significativo (Cinachí, 2006).

El significado de lo que ahora se entiende como estructura clínica lo dio Lacan (1966), descrito desde una concepción nosográfica, el cual define a los trastornos psíquicos como organizaciones estables, precozmente cristalizadas al servicio empleado del sujeto en diversos mecanismos psíquicos inconscientes destinados a enfrentar la castración (Álvarez, et al., 2004).

La estructura no se considera en términos de sí misma sino a su interacción con aspectos biológicos y ambientales así como la dinámica de sus partes o componentes. Resumiendo así que, una estructura psíquica consta de un sistema de relaciones y transformaciones, regulado por una cohesión interna que se revela en el estudio de sus transformaciones. (Avenburg, 1975). Por ello de manera acertada, algunos investigadores como Hartman (1939); Freud (1945); Bellak (1973); Beres (1956); Kernberg (1957); Arlow y Brenner (1964), desarrollaron un desglose más preciso de sus elementos así como la interrelación entre éstos al congeniar que el concepto de estructura psíquica favorece su estudio, establecimiento del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de algún trastorno así como ser la base de muchas otras evaluaciones del área clínica.

Los componentes modulares de una estructura psíquica, de acuerdo a la postulación de un aparato psíquico organizado de Freud (1923) son: el Yo, Ello y Superyo y cada uno interviene y desempeña una labor substancial y significativa en el proceso dinámico del ser, en cada individuo. En términos generales, el Ello representa energías instintivas, el Superyo refiere al control y ubicación con las normas establecidas o ideales y, el Yo es el resultado de una lucha interna del ser humano que tiene trabajo el lidiar y nivelar las fuerzas del Ello y SuperYo (Freud, 1923). De forma mas específica, el Yo o la estructura yoica esta constituida por diversos elementos que hacen posible su estabilidad y que ayudan a desempeñar la labor correspondiente, lo cual se abordará en apartados subsecuentes (Study Finds, 2008).

Es frecuente encontrar a pacientes que aún no han desencadenado una psicosis clínica o que no han presentado todo el correlato de las manifestaciones más sobresalientes como delirios, alucinaciones, estupor, fuga de ideas, etcétera en pacientes límite. Y aunque en algunas ocasiones pueden cursarlas de manera episódica a lo largo de toda una vida sin que se produzca una crisis o discontinuidad como la psiquiatría lo indica; ya advierten un cataclismo inminente o un ineludible deterioro. A razón de ello algunos autores concluyeron que al preguntarse sobre algún perfil para comprender mejor la evolución o el posible origen de la enfermedad, la guía sin duda es el conocimiento de la estructura y la atención a ese tipo de fenómenos elementales, pues la psicosis no consiste sólo en sus manifestaciones más notorias (Álvarez, et al., 2004).

Por lo anteriormente mencionado, el presente trabajo se cimienta en la creencia de que la presencia sintomatológica, el desarrollo de alguna enfermedad mental y los diversos elementos psíquicos; indican que tras éstos aspectos crepita una estructura vulnerable ya que contienen en sí mismos la matriz minimalista de una estructura borderline.

4.3 ESTRUCTURA YÓICA Y SUS FUNCIONES

El diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales se basa en la identificación de los signos y síntomas descritos por la psicopatología. Estas manifestaciones son comprensibles a la conciencia del enfermo, directamente observables por el entrevistador, o ambas cosas y, dado que la psicopatología clásica se ocupa de la investigación y registro de los signos y síntomas obvios de enfermedad mental, rasgos de carácter y pautas de conducta; es necesario efectuar una exploración objetiva realizada por medio del examen mental, el cual incluye la revisión de áreas como: aspecto y actitud general, motricidad y lenguaje, atención y memoria, estado emocional, inteligencia, contenido, curso y forma del pensamiento, percepción, voluntad conciencia y sensorio, juicio crítico y conciencia de enfermedad; para una adecuada valoración (Bellver, et al., 1997).

La experiencia humana en general y la patológica en particular, es mucho más amplia de lo que cubre una exploración habitual que incluya aspectos como las áreas de conflicto psíquico, mecanismos psicológicos de defensa, adecuación a la realidad de los procesos cognitivos, estructura y función del aparato psíquico, etcétera. Aún cuando todos estos procesos son difícilmente accesibles a la observación directa y que sólo pueden ser inferidos por el

entrevistador a partir de procedimientos hipotético-deductivos; el paciente raramente tiene percepción real de estos procesos, siendo entonces forzosa la aplicación de técnicas específicas para facilitar su reconocimiento y poder conocer la psicodinamia de dichos procesos, su estructura psíquica, así como rectificar algunos factores que favorecieron la enfermedad (González y De las Cuevas, 1992).

Bajo los términos mencionados se hace necesario un análisis estructural, el cual desde el punto de vista psicoanalítico posee varios significados. En primer lugar se refiere al análisis de los procesos mentales desde la perspectiva de las tres estructuras psíquicas (yo, ello y super yo), sentido original que Freud (1923), uso. En segundo lugar, el análisis estructural representa a las proposiciones de Hartman, Kris y Loewenstein (1964), y sobre todo de Rapaport y Gill (1959), según las cuales el Yo es una combinación de estructuras o configuraciones caracterizadas por un lento ritmo de cambio que canalizan los procesos mentales, donde éstos procesos o funciones mentales en sí mismos adquieren parte de los elementos importantes a considerar así como los umbrales de los mismos (Cancrini, 2997b). Esta segunda aceptación, dentro de una perspectiva clínica se traduce en el estudio de las estructuras cognitivas, principalmente la relación entre pensamiento del proceso primario y del pensamiento secundario de las estructuras defensivas o la constelación de mecanismos de defensa y aspectos defensivos del carácter. Finalmente el tercer significado sobre el análisis estructural fue definido por Kernberg (1966), al aplicar un análisis de los derivados estructurales de las relaciones objetales internalizada. Los dos primeros significados están por supuesto, íntimamente conectados y pueden quedar unificados, en la concepción de Hartmann del ello, el yo y el superyó, como tres estructuras generales del aparato psíquico que están definidas por sus respectivas funciones, dentro de las cuales existen subestructuras determinadas por funciones específicas y que a su vez, dan origen a nuevas funciones (Kernberg, 1979).

Continuando con el marco anterior Bellak (1954), argumentó que la fortaleza del Yo podría ser estimada por medio de una escala basada en datos procedentes de la historia vital y de la sintomatología presente del paciente y formuló su Teoría Psicósomática Multifactorial Psicológica del Yo en la esquizofrenia. De acuerdo con esta concepción, el autor concluyó que algunas enfermedades mentales son vistas como síndromes con posibilidades variables etiológicas que conducen a un final común, el grave deterioro del Yo. Bellak et al. (1973) hizo una de sus mayores contribuciones al presentar la "Evaluación de las Funciones del Yo",

trabajo que suministró una metodología coherente, operativa y sistemática para el estudio de procesos psicodinámicos, susceptible para servir de base para la realización de una psicopatología dinámica. Bellak et al., expresaron que las categorías de las funciones del yo estaban delineadas para ordenar fenómenos observables y que éstas a su vez podrían verse influenciadas por pulsiones o por factores del Super-Yo y de igual forma, existía cierto grado de superposición entre las distintas funciones del Yo (González y De las Cuevas, 1992).

En la práctica, es evidente el hecho de que diferentes pacientes exhiben diferentes patrones del funcionamiento del Yo, pareciendo por tanto más útil el evaluar de forma independiente cada una de las funciones del Yo para después analizar su integración que conforma la estructura psíquica.

A continuación, se enumeran y describen cada una de las funciones yóicas para su mayor comprensión, destacando inicialmente sus tres cualidades: autonomía, fuerza y plasticidad. La primera refiere al grado de ajuste logrado por ciertas funciones a pesar de la presencia de conflictos y de la organización defensiva sobre ellos montada. La segunda evidencia la eficiencia adaptativa lograda y; la tercera corresponde a la multiplicidad o falta de la misma en el repertorio de funciones a las que apela el sujeto, según las exigencias a las que se encuentra sometido el individuo (Bodon, 2003).

4.3.1 Contacto con la realidad

Función que hace referencia a la capacidad para diferenciar entre los estímulos internos y externos, lo cual implica una búsqueda continua y equiparación selectiva de percepciones actuales contra percepciones e ideas pasadas. Cuando se evalúa la prueba de realidad siempre están presentes los contextos y normas sociales (Bellak, 1996). En este apartado se incluye la prueba de realidad interna y se refleja en ella el grado en el que la persona está en contacto consigo misma a nivel interno; es decir, la autopercepción como persona, identificar el pensamiento propio del que no lo es, reconocer las propias emociones y deseos, y las necesidades del cuerpo, así como la percepción y juicio sobre su apariencia; lo cual implica una mentalidad introspectiva o consciencia reflexiva resumen constituye (Capponi, 1992).

Para su estudio profundo se divide en tres secciones: a) La capacidad de distinción entre estímulos internos y externos; b) El grado de exactitud en la percepción de los acontecimientos externos, incluyendo orientación temporo-espacial y; c) El grado de

exactitud en la percepción de los acontecimientos internos tales como la mentalidad psicológica, la capacidad de introspección y reflexión sobre la realidad interior (González y De las Cuevas, 1992). Algunas fallas pudieran ser alucinaciones, delirios, problemas de percepción, desrealización, etcétera (Capponi, 1992).

4.3.2 Sentido de la realidad del mundo y del sí mismo.

Esta escala evalúa las perturbaciones en el sentido del sí mismo, en cuanto a la relación con el mundo exterior. También estudia el sentido de realidad o de irrealidad del mundo. En pocas palabras implica el sentido de realidad en el que el individuo esté orientado en las tres esferas (persona, tiempo, espacio). (Bellak, 1996).

Los agentes integrantes son cuatro: a) El grado de realización que refiere a los acontecimientos externos son experimentados como reales e incluidos en un contexto de familiaridad; b) El grado de personalización, en el cual el cuerpo, o parte de él, y su funcionamiento, así como su conducta, son experimentados con familiaridad, comodidad y como pertenecientes o emanantes del sujeto; c) La identidad y autoestima, que es la subdivisión que se relaciona el desarrollo de la individualidad, el sentido de ser único, sentido de sí mismo, imagen corporal estable y autoestima y; d) La claridad de límites entre el sí mismo y el mundo externo, es decir la delimitación o establecimiento de frontera entre el sí mismo y el mundo externo (González y De las Cuevas, 1992).

La prueba de realidad se define por la capacidad de diferenciar el sí mismo del no sí mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y/o estímulos y; la capacidad para evaluar realísticamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en términos de las normas sociales ordinarias (Avenburg, 1975). Algunas fallas pudieran ser despersonalización, mimetización (personalidad camaleónica), trastorno limítrofe de la personalidad, entre otros (Capponi, 1992).

4.3.3 Juicio crítico

La apreciación de esta función se basa en datos que indican comprensión y evaluación de situaciones hipotéticas y reales, y las valoraciones de la persona acerca de las consecuencias de los actos o de otras conductas relacionadas con estas situaciones, a medida que dicha persona las crea. El paciente hace uso de esta función al ejercer el poder de decisión

evaluando los pros y los contras bajo alguna circunstancia y, siguiendo los propios principios determinar si es bueno o malo, apropiado o no (Capponi, 1992).

Sus factores componentes son: a) La anticipación de las posibles consecuencias de un hecho tomando en cuenta la previsión de peligros probables, problemas legales, censura social, desaprobación, inadecuación y/o daño físico; b) Manifestación de esta anticipación en el comportamiento, es decir, el grado en el cual la conducta manifiesta refleja la conciencia de las probables consecuencias así como también el grado de repetición de conductas que expresan juicios erróneos y; c) La reacción emocional apropiada a esta anticipación, lo cual abarca una adecuación de la conducta al contexto social dependiendo del grado de sintonía emocional con los aspectos importantes de la realidad externa. Algunas fallas podrían ser comportamiento autodestructivo, doble moral, actos arriesgados, etcétera (González y De las Cuevas, 1992).

4.3.4 Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos.

Esta función refiere al grado en que los mecanismos de demora y control permiten que los derivados de la pulsión se expresen de manera moderada y adaptativa, lo cual se caracteriza, a nivel óptimo, por un control que no es excesivo ni muy limitado; atendiendo que los impulsos se controlan por medio de razonamientos propios o adquiridos del Yo, como los principios éticos, sociales, religiosos y los propios temores (Bellak, 1996). En términos generales trata de la habilidad del Yo para manejar las pulsiones así como la tolerancia a la frustración y el nivel en que se canalizan los derivados de la pulsión a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta (Capponi, 1992).

Sus elementos componentes son dos. El grado de expresión directa del impulso, ya sea desde el acting out primitivo y psicopático, hasta formas relativamente indirectas de expresión conductual, pasando por la actividad de carácter impulsivo y el acting out neurótico. Y la efectividad de los mecanismos de control y demora, lo cual incluye el nivel de tolerancia a la frustración, y el grado en el cual los derivados pulsionales son canalizados a través de la ideación, expresión afectiva, así como la conducta manifiesta (González y De las Cuevas, 1992). Algunas fallas: baja tolerancia a la frustración, actino out generalizados y constantes, ataques de pánico, labilidad emocional, adicciones, compulsiones, etcétera (Capponi, 1992).

4.3.5 Relaciones objetales o interpersonales

Jacobson (1964), en una forma muy completa hizo un análisis estructural de las relaciones objetales interiorizadas y llegó a la conclusión de que las relaciones objetales interiorizadas constituyen subestructuras del yo, y que son a su vez son organizadas jerárquicamente. Mencionaba que los tipos de organización reflejan el grado de integración de la identidad, los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea y, su capacidad para la prueba de realidad (Clínica de las psicosis, 1988).

Las relaciones óptimas están relativamente libres de elementos desadaptativos, lo cual sugiere patrones de interacción que fueron los más apropiados tanto para situaciones de la infancia como para situaciones actuales. La evaluación de la función de las relaciones objetales del Yo se lleva a cabo con el objetivo de valorar que tan apropiadas son las relaciones objetales que sobrelleva el individuo. El extremo más patológico sería, en esencia, una ausencia de relaciones con alguna persona. Las relaciones óptimas serían más maduras, relativamente libres de distorsiones y gratificantes para las necesidades libidinales, agresivas y yóicas adultas (Capponi, 1992).

Para su estudio profundo se dividen en cuatro secciones. Una de ellas es el grado y la calidad de las relaciones con los demás, teniendo en cuenta los diferentes variantes como el narcisismo, simbiosis, separación-individuación, tendencia al retraimiento, egocentrismo, elección narcisista de objetos; así como el nivel de mutualidad, reciprocidad, empatía y facilidad de comunicación. En pocas palabras, el grado de intimidad-distanciamiento y grado de flexibilidad y elección en el mantenimiento de las relaciones objetales. Siguiendo con la primitividad-madurez de las relaciones objetales o el grado de adaptación en el que las relaciones presentes se encuentran influenciadas o estructuradas por relaciones anteriores. Otra constituye el grado en el cual el individuo percibe y responde a los demás como entidades independientes más que como extensiones de sí mismo. Y la última se define por el grado del mantenimiento de la constancia objetal como por ejemplo, soportar tanto la ausencia física del objeto como la frustración o ansiedad, relacionados con la misma. (González y De las Cuevas, 1992)

4.3.6 Procesos cognitivos o del pensamiento

Los procesos cognitivos son un conjunto de procesos mentales que tienen lugar entre la recepción de estímulos y la respuesta a éstos y, como funciones complejas que operan sobre

las representaciones perceptivas o recobradas; corresponden a las estructuras mentales organizadoras que influyen en la interpretación de la información, influyendo en la configuración con la que se fija y evoca como parte de la respuesta conductual. Estos procesos estructurales inconscientes derivan de experiencias del pasado, y afectan la dirección de conductas futuras, existiendo esquemas para distintas situaciones. Los principales procesos cognitivos inherentes a la naturaleza humana maduran de manera ordenada en el desarrollo humano y las experiencias pueden acelerar o retardar el momento que estos hagan su aparición, llevando finalmente al complejo del aprendizaje. Los procesos cognitivos incluyen la sensación, percepción, atención, concentración, memoria, y los más complejos son el pensamiento, el lenguaje y la inteligencia (Goldstein, 1999).

La escala de procesos del pensamiento hace referencia a la calificación de las perturbaciones en las características formales del pensamiento lógico, así como la interferencia del material de proceso primario. Se utiliza generalmente para atender al nivel del funcionamiento psíquico y percatarse de la posibilidad de un deterioro que pudiera repercutir en el funcionamiento psíquico. Se evalúa la capacidad para pensar con claridad que se manifiesta a través de la habilidad para comunicar los pensamientos de manera inteligible, fácilmente valorable por medio del examen mental (Capponi, 1992).

Sus factores componentes son tres: el grado de adaptación en memoria, concentración y atención; el segundo sería la capacidad de conceptualización o el nivel en el cual el pensamiento abstracto y concreto son apropiados a la situación; y finalmente el nivel en que el lenguaje y la comunicación reflejan procesos de pensamiento primarios o secundarios (González y De las Cuevas, 1992).

4.3.7 Regresión adaptativa al servicio del Yo

La RASY se refiere a la capacidad del yo para iniciar una disminución parcial, temporal y controlada de sus propias funciones (en este caso deben considerarse las otras once funciones), en beneficio de los propios intereses del sujeto, es decir, promover la adaptación (Bellak, 1996). Dichas regresiones resultan de una participación relativamente libre pero controlada, del proceso primario. En pocas palabras evalúa la capacidad de relajación en la agudeza cognoscitiva y de la modalidad del proceso secundario (implica cierta relajación de la represión) y que permite el surgimiento de ideación inconsciente a través de la regresión, es decir, el poder regresionarse a voluntad y volver al estado evolucionado de la misma manera.

Pero para que esta regresión sea adaptativa debe poder ser interrumpida a voluntad e invertido el proceso de regresión para volver al proceso de pensamiento secundario. Esta función implica creatividad y se define en la medida en que la persona es capaz de sublimar y utiliza este medio en lugar de la proyección patológica (Capponi, 1992).

La RASY puede a su vez dividirse en dos apartados para su mejor comprensión y estudio. La primera es el grado de relajación de las agudezas perceptiva y conceptual con el aumento correspondiente de la capacidad de darse cuenta de contenidos preconscientes e inconscientes así como el grado en el cual estas regresiones desorganizan la adaptación o son incontroladas. Ésta sección es considerada como la primera fase del proceso oscilante. Y la segunda, el grado en que se usa controladamente el proceso primario del pensamiento para la inducción de nuevas configuraciones; es decir, el aumento en el potencial adaptativo como resultado de integraciones creativas producidas, controladas y utilizadas desde el proceso secundario. Pensada como la siguiente o segunda fase del proceso oscilante (González y De las Cuevas, 1992)

4.3.8 Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo

Aquí se incluyen las defensas que protegen a las organizaciones preconsciente y consciente de las intrusiones de los derivados del Ello, del Yo inconsciente y de las tendencias del Super-Yo. Éstas ayudan a la adaptación al controlar el surgimiento de contenidos que incrementan angustia o que tienen una naturaleza psíquica disfórica de algún otro tipo, como los deseos y afectos instintivos egodistónicos (incluyendo la depresión), que entran en conflicto con las demandas de la realidad. Por supuesto la defensa excesiva es también desadaptativa. Es útil observar su presencia ya sea excesiva o defectuosa (Capponi, 1992). Los mecanismos de defensa son muchos, algunos serán mencionados en los capítulos pertinentes; sin embargo es necesario destacar que la importancia de esta función es la utilización de éstos como armas que el Yo emplea para no ser agredido o desintegrado (Bellak, 1996).

Para el análisis profundo de lo que implica ésta función del yo se desglosó en dos: a) el grado en que los mecanismos de defensa, defensas de carácter y otros funcionamientos defensivos afectan de forma mal adaptativa a la ideación, conducta y el nivel adaptativo de otras funciones del Yo y; b) el grado en que defensas tienen éxito o fracasan, más específicamente, el nivel de emergencia de la ansiedad, depresión u otros afectos disfóricos (González y De las Cuevas, 1992).

Dentro de los más frecuentes mecanismos defensivos se encuentran la proyección, introyección, regresión, desplazamiento, idealización, represión, negación, aislamiento, racionalización, formación reactiva, escisión y justificación (Belloch, et al., 2005).

4.3.9 Filtro de estímulos

Dentro de esta escala se intenta valorar que tanto los umbrales, así como las respuestas ante los estímulos, contribuyen a la adaptación y cómo lo hacen por medio del potencial del organismo para responder a la entrada de información sensorial ya sea en magnitud alta, promedio o baja; de tal suerte que se mantenga la homeostasis óptima al igual que la adaptación. La barrera ante los estímulos determina, en parte qué tan flexible es una persona o cómo se vuelve a adaptar después de que el estrés y los impactos de los estímulos ya no están presentes (Bellak, 1996).

El términos generales, el umbral se considera alto cuando el individuo es resistente o enfrenta el conflicto o a la situación sin huir o confrontándola racional o apropiadamente; sin embargo el umbral se considera bajo cuando las defensas brotan al instante evidenciando el conflicto interno (Capponi, 1992).

Sus factores componentes son dos: a) Dintel, sensibilidad y registro de estímulos internos y externos en las distintas modalidades sensoriales correspondiente a una función receptiva y; b) El grado de adaptación, organización e integración de respuestas a los distintos niveles de estimulación sensorial, es decir, la eficacia de los mecanismos de adaptación en relación con el grado de estimulación sensorial observado en conducta motora, respuesta afectiva y cognición (González y De las Cuevas, 1992).

4.3.10 Funcionamiento autónomo.

Función que describe la intrusión del conflicto, la ideación, el afecto o los impulsos o todos ellos a la vez, sobre el funcionamiento. Es uno de los principales criterios para determinar la alteración ya sea en la autonomía primaria o en la secundaria y califica o determina el nivel del funcionamiento de aparatos básicos que logran regir inconscientemente el sentido del tiempo, dirección, los "presentimientos" y el así llamado insight, que es el entendimiento rápido de un problema (Capponi, 1992).

Como anteriormente se mencionó, dentro de esta escala se identifica la autonomía primaria y la secundaria. La primera trata sobre que aspectos como la percepción, lenguaje, intencionalidad, audición, productividad, concentración, visión, desarrollo motor, atención, discurso y expresión, etcétera continúan funcionando de forma inmune e independiente de las pulsiones agresivas o sexuales y otro tipo de intromisiones en la ideación y el afecto. Por otro lado la autonomía secundaria habla de la capacidad de mantener los hábitos socialmente aceptados y, por tanto no dañinos; creados con los que no se nace y que permiten evitar el conflicto mental (Bellak, 1996).

Bellak (1973), subdividió esta sección en dos: a) el grado de funcionamiento de los mecanismos primarios de autonomía donde interviene la atención, concentración, memoria, aprendizaje, perfección, función motora e intención y; b) el grado de funcionamiento de los mecanismos secundarios de autonomía donde están establecidas las perturbaciones en pautas de hábitos, habilidades complejas aprendidas, rutinas de trabajo, hobbies e intereses (González y De las Cuevas, 1992).

4.3.11 Funcionamiento sintético-integrativo.

Esta es la escala del yo que satisface una de las principales tareas del mismo, como lo definió Freud (1926), en términos de reconciliar las demandas a menudo conflictivas del ello, superyó y mundo exterior, así como las incongruencias dentro del propio yo. Se enfatiza la reconciliación de áreas que están en conflicto y también, en el grado de relación de aquellas que no lo están. Por tanto, en ella se valora la rápida adaptación a un entorno donde hay otras personas y situaciones nuevas. En general se define como la capacidad para integrar experiencias, afectos, pensamientos, objetos, etcétera; en ocasiones potencialmente contradictorios. Algunas fallas que pueden presentarse son la escisión y ambivalencia (Capponi, 1992).

Dentro de este apartado se distinguen dos ramificaciones que ayudan a comprender mejor la función yoica: a) el grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta y autorrepresentaciones de sí mismo discrepantes o potencialmente contradictorias y; b) el grado de relación activa o integración entre acontecimientos intrapsíquicos y conductuales. Éstos últimos pueden o no estar relacionados con conflictos, y no están necesariamente limitados a la conducta (González y De las Cuevas, 1992).

4.3.12 Competencia y dominio.

Básicamente el dominio está definido como lo que rige las pulsiones primarias, alimentación, sueño, sexualidad, etcétera; gobernado muchas veces por el superyó. Por otro lado, la competencia se conceptualiza como la rapidez con que se percibe la realidad y la capacidad de adaptación al entorno (Bellak, 1996). De forma general esta escala valora la capacidad del individuo para dominar su medio y adaptarse a él según sus propios recursos y capacidades; incluye el desempeño objetivo, sentido subjetivo de competencia o expectativa de éxito y el grado de concordancia entre el desempeño actual y la expectativa de que los objetivos personales y las aspiraciones sean realistas en cuanto a las capacidades y habilidades del individuo y el contexto en el que se desenvuelve (Capponi, 1992).

La apreciación de esta escala radica en el análisis de la competencia y el sentido de competencia de manera independiente requirió la visualización de sus tres componentes. El primero es el grado en el cual el sujeto utiliza su capacidad de interacción y su control, dominio activo y causalidad sobre su medio ambiente, es decir el nivel de congruencia, que existen entre ellas. El segundo constituye el sentimiento subjetivo de competencia y control del ambiente que abarca las expectativas de éxito del individuo y de como se desenvuelve, ya que el sentido de competencia se valora tal cual el sujeto lo refiere y el desempeño real en ocasiones supera el sentido de competencia. Y finalmente, el tercero refiere al grado de discrepancia entre la competencia real objetiva o dominio y la sensación subjetiva de competencia (González y De las Cuevas, 1992).

Contemplando todo el marco de referencia anterior, se sugiere considerar que las funciones del Yo difieren en su susceptibilidad a la regresión, pues si bien es cierto que para algunos aspectos del funcionamiento psíquico existe una estabilidad substancial en el nivel adaptativo del funcionamiento característico del Yo, también es verdad que la adecuación adaptativa de las funciones del Yo varía más en unas personas que en otras y, de hecho, la facilidad y prontitud con la que dichas fluctuaciones tienen lugar son un aspecto importante del funcionamiento de la personalidad; por ejemplo un juicio crítico sólido requiere tanto de un buen contacto con la realidad como de un buen control de los impulsos (González y De las Cuevas, 1992).

4.4 IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN ENTRE EL YO, EL ELLO Y SUPER YO

El yo es lo que esta en contacto con la realidad, viene siendo algo así como la parte consciente del ello, o una parte mas exterior o la que se a modificado por estar en contacto con la realidad. Tal es así que el yo le envía continuamente información al Ello como tratando de hacerle entender la realidad, pues el Yo domina la descarga de los impulsos que envía el ello. Por otro lado, se encuentra el Ello como la parte oculta y fondo de las pulsiones de la personalidad, en él se encuentra la energía psíquica tanto erótica o libidinosa como destructiva o agresiva. Incluso, cuando con el tiempo se desarrolle el Yo y el Superyo, toda la energía de estos tiene su origen y fuente en el Ello. Él Ello está constituido por la totalidad de los impulsos instintivos y gran parte de éste se forma por elementos arcaicos, heredado genéticamente desde su nacimiento. Todos los sectores del ello son inconcientes, no se ve afectado por el tiempo ni perturbado por las contradicciones; ignora los juicios de valor, el bien y el mal y la moral. Únicamente trata de satisfacer sus necesidades instintivas según el principio del placer buscando satisfacción inmediata de los impulsos orgánicos, al margen de cualquier consideración como la supervivencia, la defensa de los peligros, los principios morales o la convivencia social (Cinachí, 2006).

Existe también lo el "Súper yo", parte ética y moral que ha sido creada en el hombre. Esta división se va formando por enseñanzas de nuestros padres o cuidadores y por las creencias religiosas que nos frenan; algo más que el yo, como un yo moral o religioso. El Superyo está formado por la asimilación de las normas culturales que rigen una sociedad. Su papel viene a ser el de juez o censor del Yo. Su acción se manifiesta en la conciencia moral, en la autocrítica, en la prohibición y funciona en oposición a la gratificación de los impulsos o enfrentándose a las defensas que el Yo opone a dichos impulsos. Es una especie de censura que inspira el sentimiento de culpabilidad y autocastigo como una instancia represora por excelencia, soporte de todas las prohibiciones y de todas las obligaciones sociales y culturales. Además de la función de censura, el Superyo preside también la formación de los ideales, funciones imaginarias del Yo. Por tanto la importancia del yo radica en que éste actúa como mediador entre la persona y la realidad externa, entre el Ello y el mundo exterior, entre el Ello y el Superyo, una posición entre los instintos primarios y las exigencias del mundo exterior ya que percibe las necesidades de la propia persona, tanto físicas como fisiológicas, y las cualidades y actitudes del ambiente; sin olvidar que se ocupa también de valorar e integrar

estas percepciones de manera que busca que las exigencias internas se pueden ajustar a los requerimientos externos (Cinachí, 2006).

4.5 ORGANIZACIÓN BORDERLINE

Hartman y cols. (1946) y Rapaport y Gill (1959) ya insinuaban al Yo como una estructura y hacían referencia al trastorno límite como una organización que conceptualmente podría dividirse en partes para ser entendida. Los fragmentos de esta organización consistían en una estructura lentamente cambiante o configuraciones que determinan la canalización de los procesos mentales; un conjunto de procesos o funciones mentales en sí y; los umbrales de activación de estas funciones y configuraciones. Jacobson (1964) por su parte ya había observado que a veces los límite experimentaban sus funciones mentales o corporales como si perteneciesen a su propio self y otras como objetos, es decir, como cuerpos extraños que querían expeler. Otras ocasiones estas personas vinculaban parte de su propio ser mental o corporal a objetos externos y en otras atribuyen al objeto cualidades más realistas (Millon, 1998).

La estructura límite esta caracterizada por tener relaciones internalizadas parciales, similar a la teoría de Klein (1947) en la posición esquizoparanoide como parte del síndrome de difusión y buena prueba de realidad, las relaciones objetales internalizadas son de tipo persecutorio e idealizadas, investidas de afectos abrumadores primitivos alrededor de tendencias genitales y pregenitales condensadas (López, 2004).

En esta ocasión para mostrar la personalidad fronteriza, se realizó un análisis estructural que considera al Yo como una estructura general que integra subestructuras así como funciones que posteriormente se exploraron los derivados estructurales para mostrar nuevamente como tienen su importancia de manera psicopatológica.

Por ello el actual trabajo se enfoca más a describir detalladamente la estructura límite, donde Kernberg (1987), hace su mayor contribución, ya que realizó un análisis poniendo énfasis en la delgada línea que delimita una organización borderline de una psicótica. La organización límite de la personalidad según el autor conlleva en los síntomas, rasgos patológicos del carácter que aunque no son criterios estructurales, si guían la atención del clínico para determinarlos cuando la presencia de presuntos síntomas de naturaleza psicótica no parecen

justificar o corresponder a un diagnóstico como tal. Menciona que en la organización límite existe suficiente diferenciación de las representaciones del sí mismo y de objetos para permitir el mantenimiento de las fronteras del Yo, ya que se percibe vagamente una delimitación entre el si mismo y los otros. De igual forma existe una falla en la integración de las imágenes del si mismo tanto buenas como malas y; tanto las representaciones del sí mismo como de los objetos, permanecen como representaciones afectivo-cognoscitivas múltiples y contradictorias. Ésta falta de integración es a causa de la poca capacidad de evaluar de forma realista su exterior, lo cual a su vez, se debe a la predominancia de una agresión grave temprana activada en éstos pacientes por la disociación de las representaciones buenas o malas del si mismo y de los objetos que en efecto, protege al amor y la bondad de la contaminación por odio y la maldad predominantes (Kernberg, 1987).

Gabbard (1994), siguiendo en la línea analítica, proporcionó una descripción de los procesos intrapsíquicos del trastorno argumentando que son frecuentes las percepciones casi delirantes de abandono por parte de los seres queridos y que es posible que aparezcan regresiones psicóticas en la transferencia cuando estos pacientes se sienten atacados por sus terapeutas: “Los clínicos son testigos de esta manifestación caleidoscópica de cambios del Yo son susceptibles de presentar intensas reacciones de contratransferencia, que consisten en fantasías de salvación, sentimientos de culpa, transgresiones de los límites profesionales, ira, ansiedad, terror y profundos sentimientos de impotencia”. (Gabbard, 1994: pp. 79).

Millon (1998), corroboró que el paciente borderline mantiene relativamente conservada su capacidad de juicio de realidad aunque utilizando técnicas correspondientes a los primeros estadios del Yo. Mencionó que las relaciones objetales, aunque a veces proclives a la primitivización al igual que en el caso de las psicosis, en ningún momento llegan al nivel infantil. De igual forma narra que parece existir un impulso hacia el contacto con objetos, a pesar que se mantenga el temor simultáneo al hundimiento por el objeto, produciendo complicaciones debido a que el Yo se ve constantemente amenazado por ataques de los impulsos derivados del Ello (Millon, 1998). Y por otro lado Gunderson (2002), caracterizó a la organización límite por una formación débil o fallida de la identidad, con defensas primitivas, concretamente la identificación proyectiva y, un juicio de realidad que se pierde transitoriamente en situaciones de estrés (Gunderson, 2002).

Kernberg (1987), ya había explicado detalladamente como las estructuras límite y psicótica se caracterizaban por la predominancia de operaciones defensivas primitivas, en principal el mecanismo de escisión, la regresión; donde la escisión y otros mecanismos relacionados protegen al yo de conflictos mediante la disociación o mantenimiento activamente aparte de las experiencias contradictorias del sí mismo y de los demás significantes y, por medio de estos mecanismos se controla o previene la ansiedad. El autor mencionó que la estructura límite compartía con la psicótica la predominancia de operaciones centradas en el mecanismo de escisión, reparando en que la diferencia esta ubicada en que la prueba de realidad esta gravemente deteriorada en la estructura psicótica y en el paciente todavía es posible conservarla. Ver Tabla 1. (Kernberg, 1987).

Algunas conductas regresivas empleados por pacientes límite son sumamente evidentes tales como: morderse la uñas, comer en exceso y dejarse llevar por la ira (Liebert, 1999), hacer pucheros, chupar objetos o golpear. Se viste, habla o se comporta enteramente como un niño (Bishop, 1973), lo cual se asocia relacionado con una debilidad de la organización o un bloqueo del Yo (Fenichel, 1996).

En pacientes borderline también se observa el mecanismo de escisión cuando hay un aumento de ansiedad al señalárseles aspectos contradictorios del sí mismo y de las representaciones objetales. Los intentos por clarificar, confrontar e interpretar estos aspectos contradictorios del si mismo y de las representaciones objetales, activan el mecanismo de escisión en la interacción del aquí-ahora y reflejan sus funciones en relación a la prueba de realidad (Kernberg, 1987).

De Freud (1940), se cita: “En la escisión del Yo en el proceso de defensa el resultado se logró a expensas de una desgarradura en el Yo, que nunca se reparará, si no que se hará más grande con el tiempo” Y definió a la escisión como la coexistencia a lo largo de la vida de dos disposiciones contradictorias implícitamente conscientes, que no se influyen una a la otra” (López Garza, 2004. pp. 663).

Kernberg (1987), mencionaba que la omnipotencia y devaluación son derivaciones de operaciones de la escisión que afectan las representaciones del si mismo y de los objetos y se representan de forma típica por la activación de estados del yo que reflejan un si mismo grandioso, muy inflado, en relación con una representación de los demás despreciada y

emocionalmente degradante. Omnipotencia y devaluación que sujetos borderline utilizan suelen alternar entre la necesidad de establecer una relación que refleja su aferramiento y sus exigencias a un objeto mágico idealizado, en determinados momentos, y en otros, fantasías y actitudes que revelan el profundo sentimiento de su propia omnipotencia mágica. La desvalorización de los objetos externos es en parte un corolario de la omnipotencia pues cuando un objeto externo ya no puede proporcionar gratificación o protección, es abandonado y dejado de lado, en primer lugar porque el paciente no tiene verdadera capacidad de amor por este objeto. Todos estos motivos están incluidos en las maniobras defensivas contra los sentimientos de necesidad y de temor hacia los demás. Del mismo modo el paciente limítrofe maneja formas tempranas de proyección como mecanismos de defensa, especialmente la identificación proyectiva. Según Kernberg, éste proceso de defensa se describe como la tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos o malos, al aumentar artificial y patológicamente su cualidad de bondad o maldad, similar a la fijación en la posición esquizoparanoide de Klein (1946) que explica una incapacidad de internalizar los objetos de manera completa y haciéndolo en forma parcial (Kernberg, 1979).

En contraste con los altos niveles de proyección, caracterizados por la atribución al otro por parte del sujeto de un impulso que el sujeto límite ha reprimido en sí mismo, las formas primitivas de proyección como la identificación proyectiva, se caracteriza por la tendencia a seguir experimentando el impulso que está siendo proyectado simultáneamente sobre la otra persona; el temor a la otra persona bajo la influencia de ese impulso y; la necesidad de controlar a la otra persona bajo la influencia de este mecanismo. Este mecanismo implica, aspectos interpersonales intrapsíquicos y de conducta en las interacciones del paciente (Kernberg, 1987).

La idealización primitiva es otro de las formas de defensa que emplea el borderline, la cual consiste en crear imágenes no realistas, poderosas y completamente buenas; esto puede reflejarse en la interacción con el diagnosticador al tratarlo como figura ideal, omnipotente o endiosada, de quien el paciente depende en forma no realista. Pueden verlos como aliados potencial contra los objetos completamente malos (Kernberg, 1987). Ello generalmente se manifiesta como una completa falta de interés, con ansiedad o una reacción emocional respecto a una necesidad, conflicto o peligro, inmediatos serios y presionantes en la vida del paciente, de modo que este canalice calmadamente su conciencia cognoscitiva de la situación

en cuanto niega sus implicaciones emocionales. Otras personas pueden tener un pensamiento que el rechaza mediante una pura especulación intelectual (López, 2004).

Existe la posibilidad de que los pacientes borderline utilicen también mecanismos relacionados de alto nivel tales como la formación reactiva, la anulación y más raramente el aislamiento, la intelectualización y la racionalización. Éstos protegen al yo de los conflictos intrapsíquicos por medio del rechazo desde el yo consciente de una desviación del impulso, de su representación ideación o, de ambas. En general, cualquier forma en las defensas protejan al limite del conflicto intrapsíquico tiene como costo, el debilitar el funcionamiento de su yo reduciendo por lo tanto, su efectividad adaptativa y flexibilidad (Millon, 1998).

Autores como Kernberg (1975) consideran que también el paciente en el intento de acercarse alguien cuando busca atención y afecto, así como cuando hay contradicciones en la expresiones de sus emociones utiliza la formación reactiva como mecanismo de defensa, el cual según Liebert (1999), consiste en rechazar el impulso inaceptable y/o hacer un excesivo énfasis en su opuesto, tanto en el pensamiento como en conducta. Por ejemplo es muy evidente en el caso borderline que muestre persistencia o el exceso de alguna conducta para demostrar algo. Generalmente sobrepasa los límites de la consideración, tolerancia y amabilidad cuando en el fondo este lleno de resentimiento, odio y agresión encubierto hacia los demás o alguna situación (Libert, 1999).

En el tipo de pacientes que nos ocupa, la negación puede manifestarse también como una simple desestimación de un sector de sus experiencias subjetiva o del mundo externo. Cuando hay circunstancias que lo presionan, el paciente reconoce intelectualmente el sector negado, pero no logra integrarlo con el resto de su experiencia emocional. Un nivel intermedio de la negación, que también se observa con cierta frecuencia en los pacientes fronterizos, es aquel en el cual se niega una emoción contraria a la que experimenta con intensidad en el momento actual, en especial la negación mágica característica de la depresión (Kernberg, 1979). El mecanismo de la negación se ejemplifica en el TLP al rechazar dos áreas de conciencia emocionalmente independientes y de igual manera reforzando la escisión. El paciente se da cuenta que sus percepciones, pensamientos y sentimientos sobre si mismos u otras personas, en un momento u otro, son opuestos por completo a los que el había tenido otras veces, pero su memoria no tiene relevancia emocional y no puede influir en la forma que se siente ahora. Generalmente el paciente tiene una actitud indiferente o insensible sobre si mismo o los

significantes (Kernberg, 1987). De igual forma, el paciente borderline suele emplear la anulación como mecanismo, de forma compensatoria a las consecuencias de los actos impulsivos que comete y como una forma de manifestar sus sentimientos de culpa (Liebert, 1999). De manera similar, los episodios hipomaniacos, inconsistentes con su estilo comportamental contenido, expresan la postura que el paciente adopta brevemente para anular pospensamientos y sentimientos dolorosos que no puede negar o neutralizar de otra forma (Millon, 1998).

Dentro de otros aspectos por los cuales se diferencía la estructura límite, se encuentra la relación muy particular que éstos tiene con la realidad. Para determinar este aspecto, se han ayudado algunos investigadores tales como Kernberg (1987) quien se dedicó a hacer observaciones para narrar detalladamente tácticas y técnicas para verificar el grado de conectividad con la realidad por parte de un sujeto borderline. Posteriormente el autor concluyó que tanto el neurótico como el paciente límite presentan el mantenimiento de la prueba de realidad, con la excepción de la organización psicótica. Por lo tanto mientras el síndrome de difusión de identidad y la predominancia de las operaciones defensivas primitivas permiten la diferenciación estructural de los límites, de los que alguna vez fueron síndromes psicóticos (Kernberg, 1987). La entrevista de Frosh (1984) comprueba que la prueba de realidad incluyendo la habilidad para expresar interés o extrañeza apropiados respecto a dichos fenómenos, refleja el nivel de deterioro inmediato que el paciente borderline reúne (Frosh, 1894).

En resumen, se sabe que hay razones para creer que la organización general de la personalidad de este individuo se determine por cierto grado de patología, al menos moderado. Las deficiencias de su estructura psíquica sugieren un fracaso para desarrollar una cohesión interna adecuada y una jerarquía de estrategias de afrontamiento muy poco satisfactorias. Los fundamentos que posee este paciente para la regulación efectiva de su mundo intrapsíquico y del comportamiento interpersonal, el socialmente aceptable; parecen ser deficientes o ineficaces. Se encuentra sometido al flujo de sus propias actitudes enigmáticas y comportamientos contradictorios, sin olvidar que su sentido de la coherencia psíquica suele ser precario. Probablemente la historia personal de los límites refleje una serie de decepciones en sus relaciones personales y familiares. Los déficits de sus vínculos sociales también son notables, así como la tendencia a precipitar círculos viciosos autodestructivos por que las primeras aspiraciones pueden haberse visto frustradas y sus esfuerzos por conseguir un

espacio consistente en la vida han fracasado. Aunque normalmente es capaz de funcionar de un modo satisfactorio, experimenta periodos en los que predominan las disfunciones emocionales, cognitivas o comportamentales (Millon, 1998).

La situación traumática desencadenante de una crisis en estos sujetos, es la que comienza a evidenciar el tipo de estructura o recursos con los que cuenta para sobrellevar la particular historia que van creando, pues después de un episodio psicótico o crisis, las fluctuaciones en el comportamiento relacionadas continúan, muchas de las veces generando deterioro paulatino en las funciones yóicas de su organización borderline (Cancrini, 2006).

4.6 MANIFESTACIONES DE LA LABILIDAD YOICA EN EL TLP

El concepto de labilidad yóica es muy útil cuando se aclara la existencia de los aspectos “específicos de labilidad yóica, como es el caso de la personalidad fronteriza y, para referirse a los matices inespecíficos de la labilidad yóica Wallerstein y Robbins (1956) hicieron hincapié en tres características tales como: la falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos e insuficiente desarrollo de los canales de sublimación (Federn, 1984).

Se considera también que cierto grado de indiferenciación entre las imágenes de sí mismo y de los objetos y el concomitante desvanecimiento de los límites yóicos, pueden ser incluidos o vistos como otra manifestación inespecífica de labilidad yóica en los desórdenes fronterizos, sobre todo lo referente a los objetos internalizados, situación muy enfatizada en esta patología. Aunque en ocasiones la rigidez de los patrones caracterológicos de ésta área es erróneamente considerando índice de fortaleza yóica; las particularidades tanto excesivamente rígidos o excesivamente fluidos queda aclarar, que no reflejan en sí mismo, fortaleza o debilidad del yo; constituyen más bien modalidades específicas de organización de la patología caracterológica (Kernberg, 1979).

Otro de los aspectos que demuestran labilidad yóica notablemente en los sujetos borderline, es la falta de tolerancia a la ansiedad, reflejada en medida en que la ansiedad experimentada es mayor a la habitualmente provoca en el paciente la formación de nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o regresión yóica. Es importante señalar que no es el grado de ansiedad lo que importa, si no la manera en que el Yo reacciona ante toda carga adicional de ansiedad. Sin olvidar que la total ausencia de ansiedad no es indicador del grado de tolerancia al

ansiedad. Los caracteres impulsivos son un típico ejemplo de falta de control de impulsos en donde es trascendente diferenciar entre la falta de control inespecífica y generalizada, y la falta de control de impulsos, altamente individualizada que forma parte de la caracterológica defensiva. Frecuentemente lo que aparenta ser una falta de control de impulsos vinculada con la labilidad del yo, se refleja maniobras defensivas muy específicas generalmente primitivas y la aparición en la conciencia de un sistema de identificación disociado donde no hay contacto emocional entre el sector involucrado del a personalidad del paciente y el resto de sus vivencias de si mismo y por último, se observa una débil negación que secundariamente defienden a esta irrupción disociada. La falta de control de impulsos inespecíficos es típica de la personalidad infantil, en la cual se presenta como una impulsividad errática e impredecible que no es más que un reflejo del incremento de la ansiedad o de cualquier otro derivado instintivo, la cual constituye un intento de dispersar las tensiones intrapsíquicas, mas que la reactuación de un determinado sistema de identificación disociado (Kernberg, 1979).

Por otro lado, para evaluar el desarrollo de los canales de sublimación es ventajoso considerar factores constitucionales como el nivel de inteligencia y las particulares capacidades del paciente, así como una comparación entre sus potenciales y logros. El ambiente social en el que se desenvuelve el sujeto es también un plano a contemplar pues constituye el espacio de expresivo y de extensión del área libre de conflictos del yo y por tanto, su ausencia es una señal importante de la labilidad yoica (Kernberg, 1979).

En circunstancias patológicas persiste la escisión para que los conflictos del plano de las emociones, además de la ideación y motricidad para evitar la aparición de la ansiedad. Lamentablemente este estado de cosas va en detrimento de los procesos de integración que normalmente se cristalizan en una identidad yóica estable, favoreciendo la difusión de la identidad (Erikson, 1956).

La escisión es una causa fundamental de labilidad yóica y, puesto que no requiere tanta contra carga como la represión, un débil es proclive a la utilización de éste mecanismo, lo que crea un círculo vicioso en el cual la labilidad yóica y la escisión se refuerza mutuamente. Otra de las manifestaciones directas de la escisión puede consistir en una falta de control de impulsos selectiva, que se expresa en episódicas interrupciones de impulsos primitivos que son sintónicos con el yo durante de lapsos en que se exteriorizan. Por tanto éste mecanismo trae aparejada la posibilidad de que un objeto oscile de manera radical y abrupta de un extremo al

otro; esto es, puede haber una total y repentina reversión de todos los sentimientos y conceptualizaciones acerca de una determinada persona (Kernberg, 1979).

4.7 DESVIACIÓN HACIA EL PENSAMIENTO DE PROCESO PRIMARIO

Rapaport (1957) realizó investigaciones acerca de los niveles de las estructuras cognitivas según el grado en que predominan de ellas el pensamiento de proceso primario o de proceso secundario, que puede ser una de las más grandes evidencias clínicas de la organización fronteriza. Rapaport, Gill y Schafer (1956), examinaron clínicamente el estado mental de pacientes fronterizos y concluyeron que la regresión del pensamiento al proceso primario podría constituir el producto final de una serie de fenómenos ligados con la organización fronteriza en cuatro situaciones: a) la reactivación de relaciones objetales patológicas precozmente internalizadas, conectadas con primitivos derivados instintos de tipo patológico; b) la reactivación de tempranas operaciones de defensa, en particular mecanismos generalizados de disociación o escisión, que afectan la integración de los procesos cognitivos; c) la refusión parcial de primitivas imágenes de sí mismo y del objeto que disminuyen la estabilidad de los límites yóico, y d) la regresión hacia primitivas estructuras cognitivas del yo a causa de alteraciones inespecíficas en el equilibrio carga-contra carga (Clínica de las psicosis, 1988).

Por tanto, cualquiera que sea su origen, la regresión al pensamiento de proceso primario sigue siendo el más importante de los indicadores estructurales individuales de la organización fronteriza (Kernberg, 1979).

4.8 DEBILIDAD DEL YO HACIA LA DESESTRUCTURACIÓN

Dentro de las causas específicas del debilitamiento del Yo, se encuentran la predominancia de las defensas primitivas y, las manifestaciones específicas de debilitación del yo corresponden o incluyen la ansiedad, ausencia de control de impulsos y de canales de sublimación desarrollados. La tolerancia a la ansiedad se refiere al grado al que el paciente puede tolerar una carga de tensión mayor de la que en forma habitualmente experimenta sin desarrollar síntomas aumentados o conducta generalmente regresiva. El control de impulsos implica el grado al que el paciente puede experimentar fuertes deseos instintivos o emociones fuertes sin tener que actuar sobre de ellas de inmediato contra su mejor juicio e interés. Y la efectividad

sublimatoria describe el grado al que el paciente puede comprometerse con valores que van más allá de su propio interés inmediato o la autopreservación, particularmente en desarrollo recursos creativos más allá de sus antecedentes, educación o entendimiento naturales (Kernberg, 1987).

Según Kernberg (1975), lo más importante es observar los niveles de organización defensiva y la integración de identidad en el paciente límite. Según el autor estos personajes demuestran escasa capacidad de introspección y el insight respecto a base de incongruencias. Los sujetos borderline por lo general contaminan la información sobre el pasado con las dificultades actuales de la personalidad. Presentan difusión de identidad y a la predominancia de operaciones defensivas primitivas, particularmente omnipotencia y devaluación, que se evidencia generalmente en su falta de tacto, de propiedad social, inmadurez general y arbitrariedad de juicio, y así como por el estilo (Kernberg, 1996). Entonces, el tipo de experiencias que se tengan, dependerá del tipo de estructura yóica correspondiente: la libido regresa a sus etapas primarias de desarrollo, el yo aparece en una desorganización característica, a la vez que la formación superyóica queda disuelta en sus aspectos más estructurales. En pocas palabras, la explicación estructural de la regresión psicótica supone la regresión a formas primarias de organización de la experiencia y de la articulación de los sistemas introyectivo proyectivo de cuyo juego resultan las identificaciones (González y De la Cueva, 1992).

Afín a la descripción de Cancrini (2007), sobre que el funcionamiento del border se convierte progresivamente invasivo en situaciones de estrés reconocibles al grado de que se cierran o bloquean llegando a proponer fases generalmente limitadas en tiempo y de funcionamiento claramente psicótico (episodios o brotes psicóticos), ya que entre estas personas cuya capacidad para percibir y distinguir los contextos no se distingue de manera correcta el origen de la dificultad, conflicto o problemática que presenten; sea por el Yo o por el objeto de sus representaciones mentales. Son personas que al entrar en contacto con situaciones estresantes particulares como el consumo de drogas o actos desesperados, fomentan el enmascarar una patología grave de nivel psicótico, es decir, se trata de personas que aparecen haber cumplido con alguna dificultad en un nivel de maduración y por esto presentan un bajo umbral a un retroceso a niveles psicóticos de su funcionamiento mental (Cancrini, 2007b).

Fuertemente semejante a lo que Cancrini (2006), aclaró acerca de que generalmente cursan la recuperación de una crisis, recaída o episodio psicótico con un tratamiento sanitario obligatorio y en ese momento no ponen resistencia por el cuidado recibido y los medicamentos que nivelan los síntomas. Niegan dar cuenta de su comportamiento, se recuperan pronto y posteriormente a reponerse reconstruyen la historia de inestables relaciones de pareja, de consumo de drogas y conductas aparatosas con aumento progresivo a causa, según ellos de tensiones ya existentes con la familia por falta de comprensión e insensibilidad. La ruptura de todas sus relaciones con el mundo se vuelve insostenible y aparece nuevamente una crisis caracterizada por tristeza crónica, así como sentimientos de soledad, vacío y la percepción del fracaso personal que acompaña nuevamente el dramatismo de la crisis que las transportan a experiencias traumáticas vividas. Tienen la supuesta claridad de necesitar ser más fuertes, emplean mecanismos basados en la represión y en el renacer de un conflicto triangular (edípico) de tipo neurótico. La eficacia de fármacos es muy visibles, sin embargo el auto sabotaje en el abandono de los mismos y recaídas aún con medicamento requiere indudablemente un tratamiento terapéutico que contenga un encuadre que tolere la manifestación de posteriores episodios psicóticos que traerá consigo posible deterioro (Cancrini, 2007a).

En los momentos de regresión temporal, como en los breves episodios psicóticos que sufren los pacientes limítrofe ya sea bajo la influencia de un trastorno emocional grave, alcohol o drogas (Kernberg, 1987), los efectos posibles que aparecen como consecuencia de ese proceso en el que lo biológico anatómico, son ó no transformados por la función del significante como instancia que regula la intervención de unos agentes socializadores de un individuo que tiene que acceder al plano de la humanidad (González y De la Cueva, 1992).

CAPÍTULO V. TEORIAS RELACIONADAS

Las teorías que definen el trastorno borderline son varias, cada una con una perspectiva muy diferente. Dentro de éstas se encuentran en esencia los enfoques biológico, social, psicodinámico más algunas posturas intermedias que se explicarán a continuación.

5.1 PERSPECTIVA BIOLÓGICA Y OTRAS RELACIONADAS

Esta perspectiva implica la influencia de la idea neokrapeliana de que los trastornos mentales tienen origen biológico y que por tanto, deben diagnosticarse como categorías discretas (Oldham, et al., 2005).

En acuerdo con Millon (2006), parece ser que es necesaria alguna base biológica que alimente la intensa reactividad emocional del límite, como se ha puesto de manifiesto en los casos, ya que es posible que algunas personas tengan simplemente una reacción más intensa que otras ante cualquier estímulo negativo, y que los límites se encuentren en más intensa que otras ante cualquier estímulo negativo, y que también se ubiquen en el extremo superior a dicha distribución. De igual forma, debido a que los límites, además de actuar de una manera frenética se sienten deprimidos con frecuencia, la historia temprana del constructor borderline se llegó a confundir con el trastorno maniaco-depresivo por los cambios de ánimo y la oscilación entre éstos pero finalmente se observó que la inestabilidad afectiva solo era un síndrome aplicable a varias enfermedades. Aún así para Krapelin (1917), los síntomas de fluctuaciones en el equilibrio emocional de los pacientes eran manifestados en explosiones de ira, lloriqueos sin causa, expresión de ideación suicida, síntomas hipocondríacos, actitud de hostilidad hacia el mundo, brusquedad, nerviosismo e inquietud espasmódica, cambios rápidos del estado de ánimo, y suscitación de reacciones violentas a causa de estímulos insignificantes las explicaba como parte de una alteración metabólica. Según Millon (2006), la predisposición a la reactividad emocional, y la reactividad emocional elevada facilitan el establecimiento de relaciones intensas a lo largo de la vida, que parten de interacciones materno-filiales intensas en las que posiblemente habrá aversión. El hecho de tener alguna de las características mencionadas (como temperamento heredado) haría necesaria una educación adecuada, pero en el contexto de una familia caótica y a menudo igualmente intensa y límite, no es probable que el futuro límite internalice pautas de comportamiento que le permitan moderar sus

emociones o inhibir su expresión. En consecuencia desde esta perspectiva la biología es la que determina el comportamiento (Millon, 2006).

Por ello el principal exponente contemporáneo de la hipótesis del temperamento fue Akiskal (1981), quien afirmó que los límites y los miembros de su familia suelen compartir características de un temperamento ciclotímico. El autor con una formación psiquiátrica expuso la tendencia de pacientes fronterizos a experimentar estados psicóticos transitorios y considera que el trastorno límite de la personalidad se encuentra en un continuo de otras enfermedades más graves con desenlace psicótico, sobre todo por su afinidad semiológica, la cual subraya los cambios emocionales súbitos, la irritabilidad y los estados depresivos crónicos (Akiskal, 1981).

En similitud Krapelin (1917), mencionaba que personas con trastorno fronterizo experimentan oscilaciones del estado de ánimo similares a las que se producen en la depresión maniaca desde una óptica más objetiva del observador externo y sus emociones y considerada de esta manera la inestabilidad emocional con rasgo biológico que sirve como punto de partida del continuo de una enfermedad, es decir que pasaba de generación a generación y que en muchos casos en algunos pacientes tendía a la cronicidad por el factor de herencia (Millon, 2006).

Posteriormente se desarrollaron perspectivas más profundas, relacionadas con neurobiología y el sistema nervioso, donde las primeras perspectivas sobre los trastornos de personalidad provienen de las observaciones realizadas por los pioneros de la psiquiatría europea contemporánea, a principios del siglo XX, especialmente Bleuler y Kraepelin, quienes pensaban en forma rasgos el conjunto de la personalidad, como peculiaridades cognitivas e interpersonales. Estos investigadores desarrollaron conjuntos de ítems basados en variables biológicas asociadas a los neurotransmisores y sus distintas funciones. Autores como Siever y Davis (1991), iniciaron en la consideración de los trastornos de la personalidad desde una perspectiva neurobiológica, es decir, estudiaron la relación que existe entre personalidad y los neurotransmisores. Se centraron en la organización cognitiva/perceptiva en los pacientes psiquiátricos, la impulsividad/agresividad en los trastornos del control de impulsos, la inestabilidad afectiva en las alteraciones de estado de ánimo y, la ansiedad/inhibición en los trastornos de ansiedad. Propusieron hacia el paciente borderline un enfoque que intentó resolver los problemas creados por la heterogeneidad de este diagnóstico, basado en el

análisis de la neurobiología (endofenotipos), y finalmente asociaron el TLP a anomalías de los impulsos, en las que la serotonina había disminuido y la noradrenalina aumentando, lo cual provocaba la activación sin inhibición comportamental. Ello dio pie a señalar por Van Praag (1991), que la serotonina está implicada en la agresividad impulsiva, rasgo básico del síndrome y en la agresividad dirigida hacia uno mismo, como el suicidio, el riesgo de suicidio y la automutilación. De hecho autores como New et al. (1997), han corroborado que los sujetos con el trastorno de la personalidad concerniente que tienen importantes alteraciones serotoninérgicas, presentan un riesgo muy elevado de autolesionarse (Oldham et al., 2005).

Cloninger (1987), había descrito lo que denominó “la teoría biosocial unificada de la personalidad” en la que consideró tres dimensiones: la búsqueda de novedades; la evaluación del daño y la dependencia de la recompensa. Fue mucho después que reformuló su modelo distinguió entre temperamento y carácter, donde el temperamento implicaba las respuestas automáticas a estímulos emocionales, determinando hábitos y emociones, manteniéndose estable a lo largo de la vida y regulado principalmente por el sistema límbico. Por otra parte el carácter lo refirió como los autoconceptos que influyen en nuestras intenciones y actitudes. En él se incluyó lo que se efectúa intencionalmente consigo a partir del aprendizaje en el medio socio-cultural y lo compuso de valores, metas, estrategias de afrontación y creencias sobre sí y el entorno. El hipocampo y el neocórtex son los envueltos en este asunto (Benjamin, 2004).

Más tarde Cloninger (1988), y otros colaboradores suyos, diseñaron el modelo neurobiológico de la personalidad de los siete factores. En este modelo Cloninger dividió la estructura de la personalidad en dos dominios: el temperamento y el carácter, en el cual cada uno de ellos se definió por el modo de aprendizaje y por los sistemas neuronales implicados en este aprendizaje. El temperamento estaba asociado con el aprendizaje asociativo/procedimental, mientras que el carácter se relacionaba con el aprendizaje reflexivo. Dentro de ésta línea, el dominio del temperamento fue formado por cuatro dimensiones donde cada una ellas se liga teóricamente a un determinado sistema de los neurotransmisores. El primero se consideró como la búsqueda de sensaciones consistente en la exploración, extravagancia, impulsividad, asociado con el sistema dopaminérgico. El segundo era la evitación del daño caracterizado por pesimismo, miedo, timidez asociado con los sistemas serotoninérgico y GABA. El tercero se pensó como la dependencia de la recompensa descrito como sentimentalismo, apego social, apertura mental asociado con los sistemas de la noradrenalina y la serotonina. Y el último fue

la persistencia calificada como laboriosidad, determinación, ambición, perfeccionismo, asociado con los sistemas glutaminérgico y serotoninérgico. Finalmente se concluyó que el dominio del carácter está formado también por tres dimensiones: la autodirección señalada como responsabilidad, decisión, autoaceptación considerada el principal determinante de la presencia o ausencia de un trastorno de la personalidad, La cooperación resumida como la empatía, compasión, amabilidad y; la autotrascendencia descrita como la espiritualidad, idealismo y creencias. Todo ello obtenible mediante el “Inventario de Temperamento y carácter” de Cloninger y Svrakic (1994), en donde el Trastorno límite de la personalidad fue explicado como la expresión de una evitación del daño elevada, la búsqueda de sensaciones elevada y una dependencia a la recompensa baja junto a puntuaciones bajas en las dimensiones de carácter (Millon, 2006).

En la actualidad se comenta de una teoría en desarrollo por investigadores como Depue y Collins (1999); Lenzenwegher et al. (2001), quienes han propuesto un modelo neuroconductual dimensional en el cual se considera a los trastornos de la personalidad como fenotipos emergentes que tienen su origen en la interacción entre los sistemas neuroconductuales básicos. Depue y Collins (2001) consiguieron identificar cinco dimensiones de los rasgos de la personalidad que pueden explicar los diferentes fenotipos de los trastornos de la personalidad, dentro de éstas dimensiones se encuentran: la extraversión que refleja tanto la actividad como los componentes de gregarismo y sociabilidad de la extraversión; el neuroticismo; la afiliación; la inhibición no afectiva descrita como el polo opuesto a la impulsividad y; el miedo. Y en ésta teoría el objetivo consiste en demostrar que el sistema dopaminérgico y los sistemas neuronales asociados están implicados en la conducta motivada y que a su vez influye en situaciones como el acercamiento, la evitación, la afiliación con los miembros cercanos y la inhibición de la conducta merecedora de castigo, que algunos trastornos de la personalidad conllevan (Oldham et al., 2005).

5.2 PERSPECTIVA COGNITIVA

Dentro del enfoque cognitivo se estipula que los pensamientos disfuncionales constituyen el elemento patológico primario de los trastornos de la personalidad y son considerados por Beck et al. (2001), como ciclos interpersonales cognitivos estables y autoperpetuables. La teoría de Beck (2001) hace hincapié en tres aspectos de la cognición donde éstos son los pensamientos automáticos o creencias y asunciones acerca del mundo, de sí mismo y de los demás; las

estrategias interpersonales y; las distorsiones cognitivas que se describen como los errores sistemáticos en el pensamiento racional. Pretzer y Beck (1996) mencionaban que existía la posibilidad de utilizar distorsiones cognitivas con el fin de disminuir al máximo la probabilidad de tener que reconocer que las relaciones con otras personas pueden ser gratificantes. Posteriormente, partiendo de la teoría cognitiva de Beck; Young y Gluhoski (1996); Young y Linehan (2002), propusieron un cuarto aspecto cognitivo denominado esquemas desadaptativos precoces, descritos como temas amplios y estables sobre uno mismo y las relaciones interpersonales que aparecen y se desarrollan durante la infancia y se elaboran durante toda la vida. Young y Lindermann (2002), distinguieron que entre estos esquemas, se encontraban los pensamientos automáticos por un lado y, las asunciones subyacentes por otro, ambos asociados por niveles. Young et al. (2003), identificaron 16 esquemas desadaptativos precoces donde cada uno incluye componentes cognitivos, afectivos y conductuales asimismo; se identificaron tres procesos cognitivos implicados en los esquemas relacionados con características clave de los trastornos de la personalidad que fueron refreídos como: el mantenimiento del esquema asociado a procesos mediante los cuales los esquemas desadaptativos se conservan de forma rígida (por ej. distorsiones cognitivas, conductas autodestructivas); la evitación del esquema que se refiere a los mecanismos cognitivos, afectivos y conductuales por los que el sujeto intenta evitar los afectos negativos asociados con el esquema y; la compensación del esquema descrita como las estrategias de sobrecompensación del esquema (por ej. volverse adicto al trabajo en respuesta por que se percibe como una persona fracasada). (Oldham et al., 2005).

Finalmente Millon (2006), llegó a la conclusión de que el estilo cognitivo que explica los trastornos de la personalidad límite está determinado por la estructura disociada de las representaciones objetales. La regresión se hace patente en la tendencia a funcionar bien en situaciones donde existe la presencia constante de un objeto pero que se deteriora a niveles de funcionamiento más primitivos donde la ausencia de estructura y de la presencia tranquilizadora de los demás. En pocas palabras, cuando la presencia de los otros significativos está asegurada, parecen afrontar mejor la realidad, de lo contrario cuando las relaciones se ven amenazadas, el nivel del funcionamiento del yo empieza a fallar. El proceso secundario de pensamiento, basado en el principio realidad, comienza a dar lugar un proceso primario de pensamiento, basado en deseos, fantasías y la liberación directa de los impulsos. La capacidad para sospechar los hechos para considerar las situaciones desde el punto de vista de todas las personas implicadas, para desarrollar un plan adaptativo tanto a largo plazo como

a corto y para contener los impulsos de ello de los controles conscientes dominantes, comienza a ceder a medida que se debilitan las funciones del Yo o que dejan de funcionar por completo en el curso de los episodios psicóticos transitorios. A este nivel la disociación y sus mecanismos asociados dominan el cuadro clínico como cuando la identificación proyectiva. Por ello el nivel cognitivo del paciente fronterizo depende del grado de estructuración del ambiente externo. Los clínicos han sabido desde siempre que los límite parecen más sanos en tests estructurados dado que en cualquier situación proyectiva, apelan a su propia estructura interna para poner en orden en la interpretación de un estímulo ambiguo, ya que todo comportamiento es fruto de la interacción entre las características individuales y las limitaciones de las situaciones. En realidad toman prestada la estructura del entorno para poder organizarse ellos, son esta estructura, pueden hacer regresiones a estados del yo más primitivos (Millon, 2006).

Pretzer (1999) y Beck et al. (1990) considera que el pensamiento dicotómico y el uso de categorías mutuamente excluyentes constituye la principal distorsión cognitiva ya que no existen respuestas intermedias, pocas sombras y grises o valoraciones cualitativamente complejas seguidas de un periodo de deliberación imparcial. Para el límite la solución es pasar de un extremo al otro porque no puede variar con facilidad la intensidad de sus emociones, sino que éste tiende a ser intenso todo el tiempo (Oldham, et al., 2005).

Otras características cognitivas deducidas por la idea de representaciones objetales disociadas manifestadas en el paciente borderline, es el sentido desintegrado de la identidad basado en afirmaciones o acciones cognitivas que provocan una intensa disonancia cognitiva en ellos. Las representaciones objetales disociadas son dos maneras opuestas de considerar el sí mismo, a los otros y al mundo donde en cada una puede estar vigente en un momento determinado en función de las circunstancias (cuidador, amigo), discrepancias con indiferencia y razonamientos superficiales. Éstos pacientes sólo poseen la capacidad de proyectar la variabilidad en la ambigüedad y se distinguen por la variabilidad en sus pensamientos y emociones, y el grado de variabilidad depende de la naturaleza de las reacciones y del grado de estructura inherente a las exigencias que requieren en las tareas. Incluso los razonamientos más integrados de los límite son frágiles y no pueden resistir bajo el peso de los afectos intensos característicos de periodos de regresión y, aunque para el observador la secuencia de emociones parece discontinua e irracional, los pacientes borderline no pueden ser molestados con su comportamiento paradójico, pues según Kroll (1993), están a merced de su propia

conciencia (Millon, 2006), poniendo en evidencia sus necesidades, mostrándose dependientes, exigentes o coléricos, o las tres cosas sucesivamente, con la fuerte tendencia a efectuar regresiones a niveles inferiores del yo al grado de tener carácter psicótico (Frosch, 1967).

5.3 PERSPECTIVA SOCIAL Y OTRAS RELACIONADAS

Esta perspectiva se basa en “un estado cultural amorfo” característico de tiempos modernos en el que se refleja claramente las dudas interpersonales y la inestabilidad afectiva que caracterizan a la personalidad límite. Autores como Millon (2004), mencionan que nuestra cultura ha experimentado considerable aceleración en los cambios sociales y una creciente generalización de hábitos ambiguos y discordantes ya que bajo el impacto acumulativo de una rápida industrialización, del flujo de inmigración, la movilidad, los desarrollos tecnológicos y la omnipresencia de los medios de comunicación; se ha producido una constante erosión de los valores y normas tradicionales. Con normas cada vez más cuestionables, cuya durabilidad es incierta y precaria. Todo ello según Linehan (1993) se basa en que los cambios generan inestabilidad, además de que los pacientes límite se caracterizan por ser sensibles a un amplio abanico de estimulaciones emocionales, reaccionar con rapidez e intensidad, tardando mucho tiempo en tranquilizarse (Millon, 2006).

Grinker y cols. (1968), sugieren que la psicopatología límite es una consecuencia de los cambios sociales ocurridos durante el siglo XX. Describen como posibilidad que en el pasado, las presiones del trabajo manual y las restricciones en la movilidad, la comunicación y el tiempo libre ofrecían a las personas y su estructura Yoica, actividades de supervivencia y mecanismos que calladamente mantenían esta patología bajo control (Gunderson, 2002).

La teoría social ambiental argumenta que la falta de una visión coherente de la vida provoca que los niños estén desconcertados y anden a tientas, navegando entre diferentes principios y modelos, incapaces de encontrar estabilidad en sus relaciones ni en el flujo de acontecimientos; donde cada uno de estos elementos es una característica fundamental del trastorno. El potencial de maduración es difuso y sin modelos estables y admirados a los que emular, estos niños se abandonan a sus propias capacidades para dominar las complejidades de sus mundos cambiantes, controlar las intensas necesidades sexuales y agresivas que sienten, canalizar sus fantasías así como para perseguir los objetivos a los que aspiran. Por ello se convierten en víctimas de su propio crecimiento, incapaces de disciplinar sus impulsos

o de encontrar formas aceptables de expresar sus deseos. Aunque otros autores defienden la problemática argumentando que el abuso sexual continuado e intenso se asocia con el trastorno límite ya que ese tipo de violencia afecta a la capacidad para establecer vínculos seguros y satisfactorios (Millon, 1998, 2006).

5.4 PERSPECTIVA COGNITIVO- SOCIAL

Mischel (1979) y Bandura (1996), fueron los primeros que ofrecieron una alternativa exhaustiva al enfoque psicodinámico de la personalidad. Su desarrollo comenzó en la década de los sesenta y entre ellas se encuentran algunas variantes como la teoría del aprendizaje social, teoría del aprendizaje cognitivo-social y teoría cognitivo-conductual. En general las teorías cognitivo-sociales tienden dos raíces: el conductismo y el cognitivismo. Desde la perspectiva conductista se retoma el concepto de que la personalidad consiste en una serie de conductas y de reacciones emocionales aprendidas que tienen a ser relativamente específicas, más que generalizadas y que están ligadas a determinadas contingencias ambientales. Por otro lado comparte los complejos del conductismo, en los que el aprendizaje es la base de la personalidad y que los rasgos de personalidad tienden a ser relativamente específicos y están modelados por sus consecuencias. De igual forma enfatizan en la forma en la que los seres humanos codifican, transforman y recuperan la información, especialmente la información sobre ellos mismos y sobre los demás, crucial para el desarrollo de la personalidad. Por tanto, la perspectiva cognitivo-social argumenta que la personalidad según Bandura (1986), es el reflejo de la interacción constante entre las demandas ambientales y la forma como el individuo proceso de información (aprendizaje) sobre sí mismo y el mundo (Oldham et al., 2005).

Autores como Bandura (1999); Cantor y Kihlstrom (1987); Mischel y Shoda (1995), quienes investigaron y se dieron a la tarea de observar a pacientes borderline, llegaron a la conclusión de que la perspectiva cognitivo-social requiere y se centra en una serie de variables para comprender los trastornos de la personalidad, las cuales incluyen esquemas, expectativas, objetivos, metas, habilidades, competencias y capacidad de autorregulación. Por su parte Linehan (1993), mencionó que una comprensiva teoría cognitiva social de los trastornos de la personalidad debe tener en cuenta todas las variables. Sin embargo Oldham et al. (2005), aclaran que dentro de esta perspectiva es evidente que pacientes fronterizos presenten aspectos como el que interpreten erróneamente la información o la tendencia a codificarla de

forma sesgada; hacen referencia a que también tener expectativas patológicas sobre su autoeficacia, dependencia ya que no les es posible sobrevivir por sí mismos e igualmente importantes son las competencias, es decir, las capacidades y habilidades que los seres humanos utilizan para resolver problemas. En términos socio-cognitivos, la inteligencia social encierra una variedad de competencias que ayudan a las personas desenvolverse en las relaciones interpersonales, donde Cantor y Harlow (1994), señalan como circunstancia en la que el límite se caracteriza por ser bastante pobre solucionador de problemas interpersonales (Oldham et al., 2005).

En los trastornos de personalidad fronterizo Bandura (1986) y Mischel (1990), mencionaban que el concepto de autorregulación referente al proceso mediante el cual se establecen metas, objetivos y subobjetivos así como evaluar el comportamiento propio en relación con dichos objetivos dentro de un contexto, se caracteriza por una retroalimentación constante. Trabajos en TLP sobre problemas con la autorregulación han demostrado una asociación de los déficits en habilidades específicas donde la clave la brinda la mala regulación emocional donde se incluyen: la dificultad para la inhibición del comportamiento inapropiado relacionado con un afecto intenso; dificultad para organizarse uno mismo con el fin de conseguir las metas y objetivos propuestos; dificultad para regular la activación fisiológica asociada con la activación emocional intensa y; dificultad para centrar de nuevo la atención cuando el sujeto se encuentra emocionalmente estimulado como autolesionarse (Linehan, 1993).

5.5 TEORIAS GENETICO-CONDUCTUALES

En términos generales esta visión trata sobre las predisposiciones genéticas, de heredabilidad en cuanto a temperamento y tendencias a cierto tipo de comportamientos y reacciones, las cuales se van moldeando o combinándose par así determinar de manera más compleja una personalidad y por tanto trastornos o alteraciones en la misma. Éstas teorías se han centrado en los rasgos de la personalidad normal, tales como los que dieron lugar al FFM y al modelo de la personalidad de tres factores de Eysenck (1981) denominadas en aquel entonces extraversión, neuroticismo, psicoticismo (Oldham et al., 2005). Los datos de los estudios genético-conductuales de autores como Kruger (1999) y Livesley et al (2003), han demostrado ser útiles tanto en la investigación etiológica como taxonómica, ya que algunos estudios genéticos conductuales pueden ayudarles a analizar las causas de la covariación de los rasgos

y para establecer una congruencia entre una propuesta de modelo fenotípico de los rasgos de la personalidad y la estructura genética que subyace aportaría validez al modelo factorial propuesto. Y como parte del enfoque, las influencias ambientales también son consideradas situaciones como la medición de toxinas que el niño ha estado expuesto durante el desarrollo, de los malos tratos y del abuso sexual; además de obtener las estimaciones del ambiente compartido y no compartido estadísticamente, muchas veces obtienen estimados muy diferentes de los efectos ambientales. Por ejemplo, si un niño responde al maltrato del que es víctima en su propia familia con evitación y restricción de su afecto, otro puede responder de la misma experiencia desarrollando aspectos límite e impulsivos. De ser inflexibles o, no tomar en cuenta ambos factores (genético y conductual), los investigadores como Turkheimer y Waldron (2000); Western (1998) concluirían erróneamente. Desafortunadamente la limitación más importante de este método es que la agregación familiar de los trastornos puede deberse a causas más bien genéticas o bien ambientales. En el caso de trastornos como el límite parecen reflejar un continuo de heredabilidad baja estimada de entre .50 y .60 en el intervalo de (Torgersen et al, 2000), donde tendría ver con componentes específicos como los problemas de identidad, impulsividad y labilidad afectiva tal como lo mencionaba Livesley et al (2003) y Skodol et al (2002). (Oldham et al., 2005).

5.6 PERSPECTIVA SISTEMICA

Haciendo un poco de reseña, Sport (1960) en su libro grupos humanos definió a la familia como el conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco determinados en virtud de alguna relación consanguínea real o puntativa. Esta definición es meramente descriptiva y desentendiéndose de todo tipo de organización latente (Bereinstein, 1976).

Levi-Strauss (1968), argumentó que a familia estaba determinada por dos sistemas de parentesco. El primer subsistema conste en términos que denomina la relación del parentesco padre, madre, hijo, hermana, tío etcétera. El segundo incluye una serie de sentimientos que generan actitudes variadas que van desde al amor, cariño, ternura, hasta la hostilidad y el resentimiento. El autor señaló que la estructura elemental de parentesco incluye tres tipos de vínculo o relaciones familiares: la relación de consanguinidad, la de alianza y la de filiación. Dicha estructura es inconsciente y por tanto no es percibida por la conciencia de los integrantes del grupo familiar los cuales, además comparten modelos y normas tendientes a mantenerla reprimida. Esta estructura latente y desdibujada en muchos casos se actualiza en

situaciones de crisis, cuando la familia está por transformarse o, en caso de desequilibrios, del tipo de los producidos con la emergencia de la enfermedad mental en alguno de los integrantes. Y bajo este sentido, se comparte la crítica de Laing (1967), sobre su postura, la cual indica que una persona mentalmente enferma dentro de la denominación, que se encarna en un proceso que determina la cosificación de aquello que es un estado transitorio (Levi-Straus, 1968).

Dentro de la teoría sistémica se explica que el enfermo mental es considerado como un sistema dualista o división formada por dos mitades. Una de ellas está formada por el enfermo adopta tal denominación y la otra mitad está formada por sanos adoptando dicho término. Ambas mitades forman una situación de oposición y enmarcan un sistema indisoluble ya que no puede entenderse uno de los términos sin el otro. Este sistema dualista aparece como una forma de regular el principio general de la reciprocidad, ya que por lo general cuando emerge una crisis en el funcionamiento mental de una persona, su grupo familiar se define más allá de definirse de una u otra forma, es integrante ubicado como “enfermo” se define y afirma como ajeno al sistema que se lleva en la familia, pues dicho personaje los percibe como enajenados. Es ahí donde cualquier alteración mental pasa entonces a ser un signo compartido. La enfermedad mental pasa a ser entonces, un signo que lleva consigo la estructura del grupo familiar y es en la estructura en donde se encuentra el nivel de homogeneidad primero. Por consiguiente, teoría sistémica según argumenta Bereinstein, en términos generales, es que por medio de los diversos niveles en donde se expresa la estructura inconsciente: el nivel de las relaciones familiares, es el más próximo a lo manifiesto; aún cuando el nivel de los modelos sobre las relaciones familiares sean propuestos como modelos conscientes o inconscientes ya que dicha diferencia no afecta la naturaleza del problema (Bereinstein, 1976).

5.7 PERSPECTIVA PSICODINAMICA

Oldham et al. (2005), opinan que desde el punto de vista psicodinámico los trastornos de la personalidad: representan una constelación de procesos psicológicos y no síntomas específicos que pueden ser comprendidos de forma aislada; pueden ser situados en un continuo de patología de la personalidad que va desde la relativa salud hasta la relativa enfermedad; se pueden diferenciar en términos de estilo de carácter, que es ortogonal al nivel de la alteración; implican procesos de la personalidad tanto explícitos como implícitos y, sólo

algunos de ellos pueden detectarse mediante introspección además de que, reflejan procesos que están profundamente arraigados en el sujeto, y que sirven a menudo a múltiples funciones y/o están asociados con la regulación de los afectos y son por tanto, resistentes al cambio (Oldham et al., 2005).

Las primeras teorías que propusieron el concepto de trastornos de la personalidad (antes denominado trastornos del carácter) empezaron a atraer la atención de los psicoanalistas a mediados del siglo XX, dentro de éstos destacan Fairbain (1952) y Reich (1978) al tratar de descifrar la naturaleza complicada de estos trastornos por desafiar los modelos teóricos psicoanalíticos prevalentes en esa época. Se presentó en términos de conflicto y defensa, el modelo topográfico de Freud (1923), de consciente, preconsciente, inconsciente, o su modelo estructural del Ello, Yo y Superyó (Oldham et al., 2005). Freud (1924), decía que en pacientes en proceso de psicotización, la libido quedaba totalmente contenida en el sí mismo, postura que podría explicar la personalidad borderline. Stern (1938) identificó y describió diez características de TLP dentro de las cuales destacan: facilidad para manifestar ira, depresión o ansiedad en respuesta a pruebas interpretativas referentes a autoestima, el uso de la proyección y dificultad para evaluar la realidad y déficit de juicio y de empatía que no son siempre de naturaleza psicótica. Por su parte, Schmeidler (1947) mencionó que todos éstos pacientes sufren alteraciones que afectan a casi todas las áreas de su personalidad y su vida, en particular a las relaciones personales y la profundidad de sus sentimientos. Posteriormente Erickson (1956), definió la identidad del Yo, como el sentido de mismidad o continuidad que perciben tanto en el individuo como otras personas sobre él mismo. Pensó que esta identidad del yo se forma por la formación de indentificaciones con los padres y las figuras significativas del medio familiar y social, con inclusión de los ideales grupal (Millon, 2006). Y otros autores postularon que en situaciones adversas al desarrollo, se produce el síndrome de difusión de identidad, aspecto central de los trastornos limítrofes, donde se dan las alteraciones en la formación de dicha identidad (López, Garza, 2004).

EL modelo del conflicto es capaz de explicar las patologías graves de la personalidad de autores como Abend (1983), la mayoría de los teóricos del psicoanálisis recurren hoy en día a la psicología de yo, a la teoría de las relaciones objetales, a la teoría del self y otras más. Según éstas teorías derivadas del enfoque psicodinámico, los problemas que sufren estos pacientes obedecen a causas más profundas que no pueden explicarse con el concepto de compromiso desadaptativo entre motivaciones en conflicto, y según Balint (1969) y Kernberg

(1975), reflejan desviaciones en el desarrollo de la personalidad manifestándose en el temperamento en las experiencias tempranas de apego y sus interacciones sus raíces del límite. Bellak (1973); Blanck y Blanck (1974); Redl y Wineman (1951), argumentaron que la psicología del yo es una teoría basada en el psicoanálisis, que se centra en las funciones psicológicas que se expresa en términos de las actuales teorías cognitivas: habilidades, procesos y procedimientos implicados en la autorregulación; que deben cumplir su cometido para que el sujeto se comporte de forma adaptativa, consiga sus objetivos y haga frente a las demandas externas. Según esta teoría, los pacientes que sufren trastornos de personalidad pueden tener diferentes déficits en su funcionamiento. Estos déficits pueden hacer que el sujeto sea incapaz de comportarse de una forma consistente en su propio interés o que no sea capaz de tener en cuenta los intereses de los demás. Y las teorías psicológicas de las relaciones objetales, de las relaciones interpersonales y del self se centran en los procesos cognitivos, afectivos y motivacionales que supuestamente subyacen en el funcionamiento de las relaciones personales cercanas, donde autores como Aron (1996); Greenberg y Mitchell (1938); Mitchel (1988) y Western (1991) las representan. Desde éste punto de vista y de investigadores como Benjamin (1996) y Mc Williams (1998), los trastornos de la personalidad son el reflejo de una serie de procesos, donde la interiorización de las actitudes parentales hostiles, abusivas, violentas, críticas incoherentes o negligentes pueden hacer que los pacientes que sufren un trastorno de la personalidad sean vulnerables a temer ser abandonados y a odiarse así mismos y por tanto se desarrolle una tendencia a tratarse de igual manera que sus padres les trataron (Oldham et al., 2005).

Hartmann (1985), aclaró la relación entre el Yo como una estructura psíquica mayor y el self como una estructura particular dentro del yo a través de la que se expresa la persona e hizo la diferenciación entre las catexias libidinales del objeto y propuso que las representaciones del self y del objeto se formaban a partir de una matriz indiferenciada Yo-Ello, mediante un proceso de internalización de las relaciones objetales tempranas que incluía introyecciones e identificaciones mediadas por las funciones autónomas primarias del Yo (percepción y memoria), que durante el desarrollo daban lugar a la Self integrado y la constancia objetal. Con estos conceptos de Hartmann sentó las bases de la teoría de las relaciones objetales de la psicología del Yo (López, 2004).

En forma genérica dentro de ésta perspectiva se concibe que los pacientes con trastorno de la personalidad muchas veces fracasan al desarrollar una representación madura, constante, y

multifacética de sí mismos y de los demás. Como consecuencia, pueden ser vulnerables a las oscilaciones emocionales cuando las personas que son importantes para ellos les decepcionan momentáneamente. Autores como Fonagy y Targetm (1997) mencionan que éstos pacientes pueden tener dificultades para comprender o imaginar lo que los otros con quienes interactúan, piensan y por tanto les cuesta establecer empatía. Se trata de pacientes poseen problemas para formarse un punto de vista realista y equilibrado de sí mismos que les sirva para sobrellevar los errores que pueden cometer las críticas de los demás (Oldham et al., 2005).

En otra opción alternativa dentro de éste enfoque se encuentra Wachtel (1997), que argumentó la teoría del psicodinamismo cíclico, según la cual las personas tienden a provocar en los demás justamente el tipo de reacciones que más temen y frente a las cuales se mantienen vigilantes (Oldham et al., 2005).

5.8 PERSPECTIVAS EVOLUTIVA Y DEL NEURODESARROLLO

Dentro de esta perspectiva se argumenta que los aspectos de la personalidad como la cognición o la defensa, destruye su totalidad reduciendo a la persona a distintas partes y haciendo que éstas se conviertan en el objeto principal de atención. Y según dicho razonamiento, el límite surge como nivel de la patología en la integración de la personalidad, idea que no se limita a las concepciones psicodinámicas pues el enfoque se fue generando en el supuesto de que la personalidad sea más que la suma de sus partes y que los trastornos de la personalidad sean sumamente difíciles de tratar; donde las defensas psicodinámicas, interacciones interpersonales, estilos cognitivos y variables biológicas interactúan para formar un único y entrelazado sistema dinámico (Millon, 2006).

Inicialmente en el ámbito psicodinámico se creía que el trastorno borderline tiene sus bases en una personalidad histriónica infantil que no logra evolucionar en su estructura al pasar el tiempo. Posteriormente este enfoque describió el razonamiento límite como caracterizado por la inestabilidad y la falta de cohesión, una preocupación por tomar el control de la totalidad de la persona o parte de esta y como consecuencia se producen rápidos cambios ánimo y una cadena de comportamientos impulsivos poco orquestados o incluso arbitrarios. Por ello la experiencia clínica argumenta que estos individuos siguen una de las dos vías de desarrollo que pueden seguir. En la primer vía, la personalidad desarrolla un nivel considerable de

integración pero se desmorona cuando se ve sometida a un estrés ambiental. Y en la segunda no se desarrolla un nivel de integración significativo (Millon, 2006).

5.9 TEORIAS INTEGRADORAS

Desde un punto de vista integrador, se incorporan el enfoque psicodinámico, como el cognitivo-social iniciado por Horowitz (1988), quien propuso modelos centrados también en las situaciones en las que ciertos estados mentales pasan a ser activos, más claramente una perspectiva biopsicosocial viables y fundamentados por los datos procedentes de la observación clínica y de la investigación continua (Oldham et al., 2005).

Se describirán brevemente tres modelos teóricos: la teoría evolutiva y del aprendizaje social de Millon, la teoría interpersonal de Benjamin Y la teoría de los dominios funcionales de Westen que hasta la actualidad han sido motivación para recrear nuevas teorías sobre explicaciones a la realidad moderna en cuanto al TLP.

5.9.1 Teoría evolutiva y del aprendizaje social de Millon

Millon (1990), hizo referencia a la teoría biosocial, reflejada en un sistema DSM-IV que va de la normalidad a la patología, donde explica que parte de la concepción de la personalidad, dentro de proceso de desarrollo, influyen variables tanto biológicas como ambientales a partir de cuya interacción el individuo desarrolla patrones de afrontamiento a partir de éstos componentes biológico o disposicional, y de las reacciones que provocan sus acciones en los demás. Dentro de ésta aproximación Millon (1993), propuso tres categorías de patrones de afrontamiento. La primera nominada como actividad/pasividad que hace referencia a la capacidad de tomar la iniciativa para configurar los acontecimientos que rodean al sujeto. La segunda nombrada como placer/dolor, la cual se asocia a la tendencia en buscar aquellas situaciones que suponen un esfuerzo positivo o a poner en marcha conductas de evitación y escape de los esfuerzos negativos. Y la tercera mencionada como sujeto/objeto haciendo distinción a la dimensión introversión-extraversión y que alude a la fuente del refuerzo del sujeto con cuatro posibilidades: dependiente, independiente, ambivalente o desvinculación o indiferenciado. (Oldham et al., 2005).

Posteriormente Millón (1996), complementó su propuesta con cuatro esferas básicas de organización que constituyen fases evolutivas: a) el propósito de la existencia personal, que

hace referencia a los objetivos fundamentales que persigue la persona en la vida y que se relacionan con la polaridad placer-dolor; b) el modo de adaptación que definió como las estrategias del sujeto para adaptarse a sus condiciones de vida; c) las estrategias de reproducción referentes al interés del sujeto por la supervivencia personal y la continuidad de la especie y; d) los procesos de abstracción, como una dimensión aludible a los estilos personales para representar las experiencias de la vida en forma de significados personales. De acuerdo a todo lo anterior construyó nueve principios acerca de los trastornos de la personalidad en los cuales, por motivos del presente trabajo se resaltan: el primero “Los trastornos de la personalidad no son enfermedades sino estímulos de comportamiento, cognición y emoción estructurados”; el segundo “Los trastornos e la personalidad son estructuras de funcionamiento diferenciadas”; el tercero “Los trastornos de la personalidad son sistemas dinámicos y estructurados, donde unos niveles son más permanentes y otros más cambiables”; el quinto “La personalidad existe en un continuum entre normalidad y alteración”; y el sexto “La alteración de la personalidad se relaciona con desequilibrio de los sistemas que la conforman”: para motivos de éste trabajo (Benassar, 2004, pp. 98.).

5.9.2 Teoría interpersonal de Benjamin

Dicha teoría (1993, 1996) está fundamentada en el análisis estructural de la conducta social (SASB) y se centró en los procesos interpersonales tanto en la personalidad normal como patológica, así como en sus causas, correlatos y secuelas intrapsíquicos. Benjamin, Influído por la teoría interpersonal de la psiquiatría de Sullivan (1953), por la teorías basadas en las relaciones objetales y por la investigación mediante el circumplejo interpersonal donde destacan autores como Kiesler (1983), Leary (1957) y Schaefer (1965). El SASB es un modelo circumplejo de tres dimensiones con tres superficies. La primera se centra en las acciones dirigidas a una persona por ejemplo el maltrato o abuso por parte de uno los padres hacia el paciente. La segunda superficie se enfoca en la respuesta de la persona a la acción real o percibida por parte de los otros como por ejemplo el rehuir al padre/madre maltratador, mecanismos mediante los cuales estos patrones de interacción, el paciente entra en relación con las personas significativas para él ya sean los padres, las figuras de apego o los terapeutas. Y la tercera reúne en la acción del sujeto hacia mismo o lo que el autor define como introyecto, por ejemplo el automaltrato, las criticas hacia si mismo que inicialmente fueron críticas de los padres hacia el niño (Oldham et al., 2005)

Finalmente Benjamin (1996), argumentó que los niños aprenden a responderse a sí mismos y a responder a los otros identificándose con las personas que para ellos son importantes, es decir, actuando como esas personas y recapitulando las experiencias que han tenido con esas personas las experiencias que han tenido con esas personas como por ejemplo el provocar en otras personas las experiencias que han tenido antes e introyectado a los otros, es decir, tratándose así mismos como los otros les han tratado. Y como ocurre en todos los modelos circunplejos, cada superficie tiene dos ejes que definen sus cuadrantes. En el SASB, el amor y el odio representan los dos polos del eje horizontal. La confusión y la diferenciación son los extremos del eje vertical. El SASB tiene dos ventajas. En primer lugar, reduce la comorbilidad entre los trastornos, ya que especifica los antecedentes interpersonales que dan lugar a las respuestas del paciente; por ejemplo la ira desadaptativa es una característica de muchos de los trastornos DSM-IV, pero en cada caso el significado y los activadores interpersonales son diferentes. Con respecto al paciente con TLP, la ira sufrida refleja muchas veces la negligencia o el abandono percibidos por el paciente. En segundo lugar el SASB es capaz de representar simultáneamente los diferentes aspectos, muchas veces contradictorios, de la forma en la que los pacientes con un determinado trastorno se comportan (o los aspectos complejos y multifacéticos de una única relación interpersonal). Por lo tanto, una sola explosión de mal humor o ira por parte de un paciente que vive con TLP, puede representar el esfuerzo que hace el sujeto de distanciarse de los demás, pero también puede tener como objetivo herir a una persona determinada u obtener el otro una determinada respuesta para poder así establecer una relación con él (Oldham et al., 2005).

De acuerdo a lo anterior Benjamin (1996), determinó las características del factor del desarrollo que fomentan en la persona aparición o desenvolvimiento del trastorno límite, éstas fueron: labilidad de la familia y sus rápidos cambios de configuración y cohesión modelan las emociones intensas y cambiantes que se observan en el límite adulto; que el caos familiar esta acompañado de un abandono traumático; que el factor para refrenar los impulsos constructivos surge cuando el niño piensa que es especial o diferente y acaba padeciendo un castigo degradante que le volverá a situar en un papel de miembro defectuoso de una familia desgraciada y; finalmente que sólo cuando el límite sea totalmente desgraciado, aquellos que han sido críticos con el y le han privado de cariño y cuidados le ofrecerán afecto y protección como una forma de manipulación; creándose así un dialogo interno es como ataque hacia si mismo para obtener un “regalo de amor” que pretende satisfacer las introyecciones perversas. “Si quieres que sienta dolor, has de saber que lo

siento. Confirmando y estoy de acuerdo en que soy digno de castigo y sufrimiento. Aquí está la prueba. Ahora debes saber cuanto te quiero, y tu debes quererme a mí” (Millon, 2006, pp. 245).

5.9.3 Teoría de los dominios funcionales de Westen

Esta teoría trata de un modelo basado en las observaciones y en la teoría clínica psicoanalítica, así como en la investigación empírica en los campos de la psicología de la personalidad, la psicología cognitiva, la psicología evolutiva y la psicología clínica. Una mezcla muy compleja de varios enfoques ya que señala que la formulación sistemática de la personalidad en un caso determinado debe responder a tres preguntas: 1) ¿Qué desea, teme y valora el sujeto, y hasta qué punto estos deseos, miedos y valoraciones son conscientes o inconscientes, contradictorios o coherentes? 2) ¿Qué recursos psicológicos, incluyendo los procesos cognitivos (Inteligencia, memoria, integridad de los procesos de pensamiento), los afectos, las estrategias para regular los afectos (estrategias de afrontamiento conscientes y mecanismos de defensa inconscientes) y las habilidades conductuales, tiene el sujeto a su disposición para satisfacer las demandas externas e internas? y 3) ¿Qué experiencia tiene el sujeto de sí mismo y de los demás y hasta qué punto es capaz (cognitiva, emocional, motivacional y conductualmente) de mantener relaciones con los demás que sean para él significativas y gratificantes? (Oldham et al., 2005).

Desde este punto de vista Westen (1991), menciona que los sujetos que sufren un TLP probablemente se caracterizan por: a) Una constelación distintiva de motivos y conflictos, tales como una preocupación crónica de ser abandonado, o un conflicto entre el deseo y el temor a entrar en relación con otras personas; b) Déficits en el funcionamiento adaptativo, tales como un escaso control de impulsos, falta de capacidad de autorreflexión (Fonagy, 1997) y dificultades en la regulación del afecto (Linehan, 1993); y c) Formas problemáticas de pensar, sentir y comportarse en lo que respecta a sí mismo y a los demás (generalmente incorrectas), tales como tendencia a crear representaciones simplistas y unidimensionales de sí mismos y de los demás, forma de comportamientos disfóricos aunados a expectativas rígidas donde creen que los demás pueden ser malintencionadas con el paciente (Kernberg, 1987).

5.10 ESTRUCTURA, CONFLICTO Y SU DETERIORO

En este apartado se hará una integración y asociación de diferentes teorías sobre el paciente borderline haciendo énfasis en la importancia de la complejidad de su estructura, como parte fundamental de la inestabilidad, deterioro y aparición de episodios psicóticos mostrados en los casos analizados en el presente trabajo:

La concepción del sujeto según Bleger (1967) dice “el punto de partida del desarrollo humano es un estado de indiferenciación primitiva y este estado es una organización distinta que incluye siempre al sujeto y su medio, aunque no como entidades diferenciadas... por ello el fenómeno mental es una modalidad de conducta, inclusive de aparición posterior a las otras, y que las primeras estructuras indiferenciadas, sincréticas son relaciones fundamentalmente corporales” (Clínica de las psicosis, 1988, pp. 137.). Esta perspectiva explicativa del actuar corresponde mucho a características que conforman y han denominado como borderline o estados límite, en medida de iniciales trabajos de Kernberg (1987), donde una inestabilidad de los síntomas observables y una tendencia a actuar en función de una angustia omnipresente se hacen vistas. Si en aspecto de la queja, el sujeto aparece relativamente separado del objeto en la teoría que interviene es la de que da la explicación a la, por el contrario, si la separación está en peligro y el objeto perturbador se presenta, al menos temporalmente, como si no tuviera límites o como si estos fueran incontrolables (Cancrini, 2007a).

La neuropsicosis de defensa de Freud (1894), consiste en que el Yo rechaza la representación intolerable, a la vez que su afecto y se comporta como si la representación jamás hubiera llegado al Yo”; “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” permite, sin duda, muchos desarrollos patológicos o perturbados. Y en este caso del Borderline, la perspectiva del carácter es un concepto que se utiliza en el psicoanálisis y constituye a una rama clínica del síntoma. Ésta expresa que la construcción del carácter sirve de forma específica para relativizar y banalizar la significación insoportable que han dado lugar al síntoma; es decir, los sujetos en quienes esta presente y dominante la estructura fronteriza diagnosticados como sin presencia de algún síntoma personal llamativo, estiman que sus problemas provienen esencialmente del prójimo o de un destino implacable, incluso aunque admitan tener peculiaridades, nunca les parecerá vivir patológicamente. Sin embargo propuestas clínicas sobre organizaciones del carácter o personalidad como un “contrainvestimento” encarnado y utilizado para enfrentarse a tendencias pulsionales, hará que el sujeto desconozca la

naturaleza de su síntoma y el conflicto subyacente, justificándose y atribuyendo su explosión a alguien, ya se trate de los parientes del paciente, la sociedad, el destino, etcétera. En algunas patologías anexas o sin ellas, éstas estructuras, como lo denominó Lacan (1960), no se asientan ni conforman en relación a los modelos de las enfermedades o síndromes, sino que se instituyen en función de mecanismos psíquicos específicos de la persona borderline saliendo a relucir las peculiaridades de su estructura susceptible o vulnerable a desarrollar un trastorno característico con posible desestructuración en brotes o episodios psicóticos debidos a un mal manejo yóico (Álvarez, et al., 2004).

La óptica psicodinámica de Kernberg (1967) considera al límite como un nivel de organización de la personalización de la personalidad y engloba diversas patologías del carácter a medio camino entre la neurosis y psicosis. Y Knight (1965), enfatizó la importancia de la debilidad del Yo y su relación con los episodios psicóticos, afirmando que las funciones normales del Yo en los procesos secundarios de pensamiento, integración, planificación realista, adaptación, adaptación al ambiente, mantenimiento de las relaciones objetales y defensas contra impulsos inconscientes punitivos están muy debilitadas. Con referencia a ello Millon (2006), comentó que el Yo del límite funciona mal, cuando está sometido al estrés de los acontecimientos traumáticos y las relaciones patológicas (Millon, 2006).

Sin embargo, la teoría más comprehensiva sobre el paciente borderline que tiene en cuenta todos estos principios, es la teoría de la estructura u organización de la personalidad iniciada por Kernberg (1975), quien propuso un continuo patológico que iba desde niveles de funcionamiento crónicamente psicóticos, pasando por un funcionamiento neurótico hasta llegar al ajuste normal. Según el autor, lo que diferencia a los sujetos que sufren de una patología grave de personalidad es su forma más desadaptativa de regular las emociones mediante mecanismos de defensa inmaduros que distorsionan la realidad, tales como la negación y la proyección así como la dificultad para formar una representación madura y multifacética de sí mismos y de las personas cercanas (Oldham et al., 2005). Las contribuciones de Kernberg (1996) y DSM III, sirvieron para desarrollar el diagnóstico de TLP, pues se consideraba que mientras que los pacientes límite carecen de una identidad integrada a cotejo de pacientes narcisistas con los cuales no se tenía distinción anteriormente por la igualdad de condiciones en presentar una idea distorsionada de sí mismos. Kernberg, llegó a la conclusión de que la identidad del Yo (coherencia al si mismo), posee fallas en pacientes borderline y por tanto no proporciona los cimientos para una autoestima saludable y un

sentido de la identidad propia que perdura en el tiempo y en las diferentes situaciones ni tampoco una dirección hacia los objetivos en la vida (Kernberg, 1996). En comparación con personas sanas, los sistemas normales tienen un sistema de valores maduros e internalizados, el Superyo, que permite las capacidades de adaptación adultas, como la responsabilidad personal y una autocrítica apropiada. Un Yo lo suficientemente fuerte para tolerar la ansiedad, el control de los impulsos, y funcionar con eficiencia y creatividad en el trabajo, cosa que el borderline no puede (Millon, 2006).

Kernberg (1967), decía que el límite se ubica en la naturaleza de la integración de elementos intrapsíquicos los cuales son estables a lo largo del tiempo, y que se encuentra a medio camino en un continuo entre la neurosis y la psicosis. El autor Kernberg mencionó que a causa constitucional o por cuidadores insensibles que frustraron las necesidades del niño, los límite llevan con sigilo exceso de agresividad y por tanto, cuando se produce la integración, la intensidad de la ira y del odio dirigido hacia la imagen negativa posiblemente se acabe por destruir la imagen positiva (Kernberg, 1992). El niño desarrolla una intensa ambivalencia definida como pérdida-pérdida entre la autoafirmación y abandono, la cual da lugar a un vínculo coercitivo y otras veces a un aislamiento negativista (Masterson, 1976).

Fonagy (2000b), dentro de esta situación, partió de la idea de que la función reflexiva o integradora es la convicción que todos los seres humanos normales, la cual debe adquirirse entre los 18 y 36 meses de edad y; a merced de dicha función reflexiva, la habilidad de reconocer que la conducta intencional de los demás puede estar basada en estados mentales (pensamientos, sentimientos, creencias y deseos) propios y que no es motivada sólo por deseos y el comportamiento del niño. Según el autor, en trastornos límites, el individuo no genera ésta habilidad de manejar esas experiencias interpersonales mediante intentos de modificar los estados mentales propios y los de otros, sino que recurren a medios físicos, casi siempre violentos, para cambiar ese estado de cosas. Según Fonagy (2000b), los tipos de apego del adulto son tres: el seguro, el inseguro-rechazante y el inseguro-preocupado; y es en éste último caracterizado por la tendencia a elaborar narrativas confusas, de enojo o de pasividad con sus figuras de apego y a menudo siguen quejándose de los maltratos de la infancia; donde se ubica al paciente límite. Y las formulaciones de Fonagy (2000a), respecto a la psicopatología límite se basan en personas o niños que no desarrollaron trastornos psicóticos en la infancia. Y se supone que niños con esta psicopatología limítrofe si logran establecer una representación buena, coherente, funcional y bien definida del sí mismo y del

objeto, que les permite tener prueba y relación buenas con la realidad. Y para que hayan alcanzado ésta constitución de una buena relación objetal se requiere de la operación de la función reflexiva que da lugar a la mentalización de esas experiencias buenas, en sí mismo y en los demás. Los niños que no pudieron realizar eso fue por que la relación con sus padres estaba fuera de su alcance, por la interferencia que ocasionaba la aparición o intensificación de una relación interpersonal caótica, impredecible, con dominio del maltrato y el abandono, donde el niño es incapaz de conservar su función reflexiva por que no puede representarse a sus padres y cuidadores con intenciones tan destructivas hacia el mismo. Esa interacción interpersonal se internaliza en la modalidad de una relación objetal impredecible y caótica de maltrato y abandono que por lo regular se designa como relación objetal persecutoria, y por tanto aprenden a ver a ver a sus afectos intensos como una señal de peligro de que sus padres los maltraten y los abandonen; lo que se vuelve un círculo vicioso (Fonagy, 2000a; 2000b).

Con respecto a lo anterior López (2004), distinguió entre una función reflexiva y pensamientos y emociones desorganizadas, que al reconocerlos y organizarlos, se favorece la mentalización de las experiencias intencionales, ya como arte de las representaciones del sí mismo y del objeto. El autor considera que el paciente fronterizo se caracteriza de sobrellevar pensamientos y emociones desorganizadas y por ello representa un arduo trabajo terapéutico, ya que niños con apego desorganizado-desorientado son que generan trastorno límite. Una vez que está internalizada la relación objetal persecutoria y la idealizada, y debido a las fallas de la función reflexiva (Fonagy, 2007), o pensamientos y emociones desorganizadas (López, 2004), las relaciones interpersonales de maltrato y abandono se conciben como las únicas posibles en su entorno vital, de manera que los individuos, ya con habilidades para evitarlas y modificarlas, hacen muy poco por ello y tienen una gran propensión para involucrarse en relaciones destructivas fuera de su núcleo familiar. Ello ocasiona desinhibición de la violencia hacia los demás por inhabilidad de representar en su mente el posible sufrimiento de los otros o por que los consideran meros objetos físicos sin características humanas; un vaivén entre la búsqueda de la independencia y la individualidad así como los deseos de cercanía extrema; dificultades de los jóvenes de abandonar al hogar de los padres, y finalmente elecciones de pareja mediante la proyección en ella de los aspectos desorganizadores de sí mismo (López, 2004).

Fonagy (2000a), formuló el nacimiento del Self psicológico con una metáfora del pensamiento del paciente fronterizo: “Mi cuidador piensa que yo, por tanto, yo existo como ser pensante”.

De acuerdo con esto Fonagy considera y denomina “desorganización y disfuncionalidad del Self” y lo caracteriza por una alteración de la identidad ocasionada por la presencia de un Self ajeno, el cual a su vez produce: a) problemas para la regulación afectiva y autocontrol emocional (que incluyen sentimientos de vacío, falta de estabilidad del sentido del si mismo, inestabilidad emocional e impulsividad); b) distorsión y disfunción en la habilidad de la prueba de la realidad-social, con predominio de modalidades defensivas de funcionamiento en las relaciones de intimidad y en la transferencia, caracterizadas por el uso de escisión e identificación proyectiva, y c) vulnerabilidad al trauma, dificultades graves para conservar las relaciones de apego con intimidad, propensión a provocar el abandono, con tendencia al suicidio consecuente (Fonagy, 2000a).

Según teorías de las relaciones objetales de la psicología del Yo, El Self esta definido como la “estructura” compuesta derivada de la integración de múltiples imágenes del Self y de las representaciones del Objeto u objetos internos de la integración de múltiples imágenes de objetos en representaciones más comprensivas de los otros. Ante ello la psicología del Yo se relaciona con el actual trabajo mediante el estudio de los procesos de internalización y la formación y la formación de las representaciones del Self y del objeto con su afecto con su afecto acompañante, y de la manera como la integración exitosa del Self, el Objeto y los objetos da lugar al establecimiento del Yo, Super Yo Y Ello. Y en cuanto al enfoque clínico y la elaboración teórica del afecto se incluyen: a) la escisión del Yo como mecanismo de defensa; b) estados yoicas alternantes como paradigmas transferenciales y c) interferencia de que estos estados yoicas alternantes son relaciones objetales primitivas no metabolizadas, como remanentes de los procesos normales de internalización en los enfermos límite. Todo esto es ejemplificado al escuchar al analista opinar sobre pacientes fronterizos: “tienen sentimientos negativos, son completamente incapaces de darles un significado emocional profundo como si fueran dos representaciones del Self igualmente fuertes, por completo separadas una de la otra en las emociones aunque no en recuerdo del paciente y que alternaban en su experiencia consciente” (Kernberg, 1987, pp. 89.), evidenciando la escisión. Como comentaba Kernberg (1979), la escisión no sólo es un defecto en el Yo, sino también un mecanismo de defensa sumamente activo y poderoso, donde se advierte como una función esencial para proteger al individuo contra la ansiedad (López, 2004).

De forma integrada, la teoría de las relaciones objetales de la psicología del Yo de Kernberg (1992), está sustentada por varios enfoques, sin embargo su postura engloba que las grandes

estructuras mentales Yo y Superyo están constituidas por derivados de las relaciones objetales internalizadas a partir de la relación interpersonales del niño con sus padres y figuras significativas durante el desarrollo de la personalidad, formadas por una representación integrada del Self del Objeto y una disposición afectiva que las une denominadas por el autor ROI. Establecido esto es posible comprender la sintomatología limítrofe, donde la inestabilidad yóica es descrita como ilusoria del sentido en si mismos mientras proyectan en otro el Self persecutorio, lo cual les impide establecer una relación real con los demás, tal situación prepara el camino para el abandono y como medio medios para evitar el abandono se recurre a la conducta parasuicida, ya que de ser real el pensamiento se pone en riesgo o se pierde la relación interpersonal donde se ha proyectado una relación objetal persecutoria y no sería posible destruir o apaciguar la relación objetal persecutoria reinternalizada. La ira intensa e inestabilidad emocional se explican como el conjunto de episodios de tristeza, angustia y euforia constituyen la expresión de la reacción objetal persecutoria y que se escenifica en el escenario del campo interpersonal. El descontrol o manejo de pulsiones exhibiendo la impulsividad sobretudo al ejercer de una u otra manera la violencia si mismo y los demás obedece a la ausencia de habilidad de mentalizar las emociones como medio para intentar el cambio de la conducta, incapaces de imaginar el dolor que se ocasionará al otro, ya que suponen que éste tampoco mentalizará el sufrimiento; lo cual hace que se acuda u requiera a la acción física para negociar con el otro los desacuerdos reales o imaginados que ocurren en las interacciones donde hay incertidumbre y afectos intensos abrumadores. Finalmente y siendo también de gran importancia, los sentimientos de vacío se conciben por la falta de desarrollo de relaciones objetales, ausencia de representaciones secundarias de los estados afectivos, superficialidad de las relaciones interpersonales actuales, y efecto de divagación y supresión episódica de los afectos vinculados con las relaciones objetales persecutorias e idealizadas (López, 2004).

Debido a todo mencionado con anterioridad, al parecer el conflicto del sujeto fronterizo es originado por su inestable estructura, la cual innegablemente va acarreado paulatina gravedad y arrastrando consigo deterioro intrapsíquico. El Borderline es el cuadro donde se puede observar más claramente ese tema del pasaje o la continuidad de estructura clínicas, ya que en la escisión del yo y procesos de defensa se evidencia lo que Freud (1926), comentaba sobre dicho mecanismo: “las dos partes en disputa reciben lo suyo, al instinto se le permite seguir por la vía de la satisfacción y a la realidad se le muestra el respeto debido... y debe ser pagado de un modo u otro y esto se logra a costa de un desgarrón en el Yo que nunca

se cura, si no que se profundiza con el paso del tiempo”. Para el paciente no se trata de una pérdida de estructura, sino de una pérdida debida a fases históricas, siempre medidos en términos de frustración y labilidad yóica: tolerada la frustración y fortalecido el Yo es posible esperar un final de encuentro de lo perdido y de superación de la castración. Ahí sería el punto donde hay una relación genital madura y adulta (Clínica de las psicosis, 1988).

Finalmente, revisando las complejas características premórbidas de varios casos de psicóticos jóvenes que fueron hospitalizados inicialmente con un diagnóstico de episodio psicótico-agudo y las características descritas por Kaasanin (1933), se han sugerido que existen elementos de comparabilidad basándose en una revisión subjetiva de sus personalidades, se reveló que estas personas son muy sensibles a autocríticas, introspectivas e infelices, y se preocupan en exceso por sus conflictos internos, sus problemas y a veces la vida en general: pueden mantenerse durante años antes de que el paciente se derrumbe (típico en pacientes y/o estructuras psicóticas), además de no reflejar una regresión social profunda pero si significativa. Su reacción es de protesta, o de temor, sin llegara captar nunca la solución que ofrece la psicosis. Por ello se concluyó que variedad de los factores vulnerables para presentar episodios psicóticos los posee una paciente con TLP (Millon, 1998), sin llegar a confundir las diferencias en la organización psicòtica (anteriormente descrita) donde la prueba de la realidad se ha perdido y se perciben graves distorsiones. Una persona fronteriza vive con continua fusión regresiva de imágenes de sí mismo y de los objetos, posible resultado de varios factores como: 1) falta de desarrollo de las funciones de la autonomía primaria; 2) intolerancia a la ansiedad de origen constitucional (hasta las menores frustraciones resultan intolerables e inducen fusiones regresivas u otros procesos fusionantes); 3) excesivas frustraciones reales, y 4) un consecuente desarrollo excesivo de la agresión (o excesiva intensidad de origen constitucional de los instintos agresivos); y por ello los círculos viciosos generados por la proyección de la agresión y reintroyección de imágenes de sí mismo y de los objetos derivadas de la agresión proyectada son quizá vistas o contempladas como el factor central del desarrollo de episodios psicótico en la personalidad fronteriza o crisis en una estructura psicótica (Kernberg, 1987).

En definitiva, según el punto de vista que se considere, la forma de comportamiento límite suele verse como una especie de chantaje emocional o un intento positivo de afrontar una situación que de otra manera sería intratable, ya que el trastorno trae consigo. En cualquier caso, el desarrollo de los síntomas es algo más que una respuesta patológica pasiva a una

experiencia del angustia (estrés) inmanejable (Cochrane, 1991). A la pulsión de muerte desligada, que obra casi sola en esta situación aguda, se le ofrecen cinco posibles salidas: el suicidio, el asesinato, la enfermedad mortal, el delirio y por fin la posibilidad de volver a ligarse de manera mas o menos armoniosa con la pulsión de vida (Amado, 1985). El actual trabajo trata de enfatizar que es la organización o reorganización dentro del prototipo o de una misma estructura, la cual con el tiempo se va desgastando y a consecuencia deteriorando, donde cabe destacar a Feder (1984), quien ya había mencionado que en todo individuo hay una unidad del Yo que permanece idéntica a sí misma por mas que los contenidos cambien rápida y lentamente, sean transitorios o más perdurables; para ello el sentimiento de su Yo permite al individuo distinguir el Yo como sujeto de la totalidad del mundo externo y distinguir el yo como objeto de todas las representaciones del objeto. Para ello, la psicología y la patología ofrecen dos pruebas adicionales de la existencia de una unidad de investidura afectiva: La primera y más convincente es la que brinda los fenómenos patológicos del extrañamiento y la despersonalización, ellos desbordan los alcances de la sintomatología psicótica, parte del motivo de estudio; y la segunda refiere a el dormir ordinario que ofrece la oportunidad de percatarse de la investidura del yo, pues como el Yo tiene como cualidad esencial de ser una unidad cohesiva y continua de investidura, la personalidad integrada significa en consecuencia el mantenimiento del control no sólo sobre las reacciones parciales del Yo sino también sobre diferentes estados yóicos, que exige a su vez la intensa y confiable investidura del estado yóico maduro y duradero. Contemplando esto Federn (1984), ya había dado la clave de que sólo una orientación dinámica permite aseverar que la presencia de síntomas psicóticos se deben a una disminución de la investidura del Yo, explicando que la dinámica dentro del concepto del Yo en ambos verbos, si bien acentúa la relación entre el pensar y el ser, implica: “sentir mi yo me demuestra que el pensamiento y el ser son el mismo”. (Federn, 1984, pp 82). Por tanto, es de importancia fundamental destacar la hipótesis de Bleuer (1911), sobre el deterioro del funcionamiento psíquico elemental sobre el cuadro clínico que Kraepelin (1917) inició. Ésta proposición ampliada y extendida por la concepción moderna del proceso patológico, enfatiza el problema de la personalidad prepsicótica (nombrado así por Kraepelin), condiciones sensibilizantes y causas precipitantes de síntomas psicóticos en un episodio y/o brote psicótico, ya que se ha demostrado que la cuestión evolutiva de un retardo en la maduración y la aceleración del avance de la edad está correlacionada con una incompleción, es decir una in consolidación estructural y la intolerancia frente a los factores tensionantes, exógenos y endógenos de los cuales el TLP aglutina (Federn, 1984).

El esbozo que hizo Freud (1933) sobre la fijación narcisista y la defensa de las necesidades instintivas a través de la pérdida del mundo real, ayuda para comprender y corroborar que una alteración mental se inicia y desarrolla con un deterioro de la investidura yoica, particularmente la frontera del yo que no puede quedar investida en su extensión normal. De igual forma está justificado suponer que dicho deterioro no es únicamente un estallido inicial sino que continúa siendo un proceso que debido a una compensación defensiva puede exhibir una temporaria restitución de la investidura yoica, que simultáneamente advierte que el deterioro del yo, núcleo del individuo vivo, significando deterioro de la propia vida psíquica y explicando así la naturaleza catastrófica de síntomas o episodios psicóticos presentados, equivalente a un colapso en las funciones yóicas (Federn, 1984). Idéntico a la conclusión a la que Cancrini (2004) llegó sobre que generalmente los pacientes límite, cursan la recuperación de una crisis, recaída o episodio psicótico con un tratamiento sanitario obligatorio y en ese momento no ponen resistencia por el cuidado recibido y los medicamentos que nivelan los síntomas. Niegan darse cuenta de su comportamiento, se recuperan pronto y posteriormente a reponerse reconstruyen la historia de inestables relaciones de pareja, de consumo de drogas y conductas aparatosas con aumento progresivo a causa, según ellos de tensiones ya existentes con la familia por falta de comprensión e insensibilidad. La ruptura de todas sus relaciones con el mundo se vuelve insostenible y aparece nuevamente una crisis caracterizada por tristeza crónica, así como sentimientos de soledad, vacío y la percepción del fracaso personal que acompaña nuevamente el dramatismo de la crisis que las transportan a experiencias traumáticas vividas. Tienen la supuesta claridad de necesitar ser más fuertes, emplean mecanismos basados en la represión y en el renacer de un conflicto triangular (edípico) de tipo neurótico. La eficacia de fármacos es muy visible, sin embargo el auto sabotaje en el abandono de los mismos y recaídas aún con medicamento requiere indudablemente un tratamiento terapéutico que contenga un encuadre que tolere la manifestación de posteriores episodios psicóticos que traerá consigo posible deterioro (Cancrini, 2004; 2007).

CAPÍTULO VI MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El TLP constituye, primordialmente en el sexo femenino, un problema de salud mental creciente por la especificidad del diagnóstico y la complejidad de su tratamiento debido a la fragmentación psíquica de su estructura yóica y el deterioro que ésta promueve enfáticamente cuando se presenta un episodio psicótico.

JUSTIFICACIÓN:

El actual estudio se dirigió por contribuir al entendimiento sobre el fenómeno del deterioro psíquico en mujeres adultas borderline posterior a la presencia de episodios psicóticos y resaltar la importancia de dicho proceso en relación a su diagnóstico, alcances del tratamiento y pronóstico.

OBJETIVO:

Analizar el deterioro dado por la desestructuración o fragmentación psíquica en pacientes femeninas con trastorno límite de la personalidad (TLP).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la estructura Borderline resaltando su vulnerabilidad.
- Mostrar el deterioro en la estructura límite o fronteriza en mujeres adultas.
- Determinar el deterioro estructural a consecuencia de la presentación de episodios psicóticos.
- Identificar el deterioro en mujeres adultas con TLP y relacionarlo con la fragmentación de la estructura psíquica.
- Detallar las fallas en las funciones del Yo en mujeres adultas con TLP que se han ido deteriorando.
- Destacar la importancia en el ámbito clínico el deterioro en las funciones del Yo en pacientes con TLP.

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de casos a profundidad y extensión, definido como el análisis profundo y a detalle de un sujeto con respecto a una problemática, con interés en sus factores determinantes y características propias sustentadas lógicamente.

MUESTRA:

Participaron diez mujeres mayores de 18 años con TLP previamente diagnosticado que estuvieron hospitalizadas durante un breve periodo, debido a que presentaron un episodio psicótico.

Criterios de inclusión:

- 1) Ser paciente del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- 2) Se consideró a pacientes que han tenido en su historia clínica el registro de más de una crisis debida al trastorno o tuvieron mas de un ingreso hospitalario sea infantil o de adultos

ESCENARIO:

La presente investigación se realizó en las instalaciones del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para lo cual se utilizará un aula consultorio con dos sillas movibles y un escritorio que las separará una enfrente de la otra. Utilizando el inmueble para la elaboración de la entrevista clínica y sesiones posteriores. De igual forma se utilizará el segundo piso, sección mujeres del área de hospitalización donde las paciente deambulan y, el jardín empleado para recreación al efectuar la observación de de la evolución de las pacientes ingresadas durante su estancia.

INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS:

- Revisión de expedientes
- Examen mental
- Entrevista semiestructurada con la finalidad de explorar el estado mental de las funciones del yo propuestas por Bellack (1994).

PROCEDIMIENTO:

Una vez trasladadas las pacientes al piso, sección más calificada para administrar tratamiento y continuar la evaluación, observación y dar inicio a la rehabilitación; éstas son nuevamente valoradas por el servicio de enfermería que tres veces al día checa sus signos vitales y se asegura de que se asean, ingieran sus medicamentos y las tres comidas. De igual forma el psiquiatra asignado confirma síntomas para corroborar el diagnóstico certero, todo ello el mismo día del internamiento en el piso. Horas después de su registro y examinación, el psicólogo a cargo, en este caso la autora del presente trabajo, tuvo la tarea de entrevistar a la paciente para realizar el examen mental y esclarecer el motivo real del origen de la crisis o recaída que fomentó el internamiento en el hospital, así como la relación con otros factores que probablemente no fueron contemplados por el psiquiatra. También, si es necesario y pedido por el médico, se efectúan pruebas para descartar organicidad, de personalidad o medir recursos intelectuales por su coeficiente intelectual con el fin de complementar un mejor tratamiento y factores de riesgo.

El psicólogo tuvo la obligación de anexar notas al expediente con relación a aspectos psicológicos y sociales que creen han intervenido en el desarrollo de la enfermedad o la evolución del paciente. Dicha información fue obtenida por medio de subsecuentes sesiones donde el paciente habiendo establecido el rapport, incrementó la confianza, pide atención y brinda mayor información sobre su historia personal de vida y los desencadenante de que comenzara a no sentirse bien y que por consecuencia fomentaron el internamiento. Una de las más grandes herramientas o métodos fue la continua observación sobre las actitudes, conductas y socialización de las pacientes en el piso, durante las actividades de grupo, visitas de familiares y el desenvolvimiento en tiempos de recreación libre en el jardín del hospital.

Se escogieron diez pacientes que cubrían el perfil del TLP, donde su ingreso fue a causa de la presencia de la sintomatología característica del padecimiento en estudio y que pasaron por cada uno de los procesos de valoración anteriormente comentados y una vez realizado el procedimiento se procedió al análisis de los casos.

CAPÍTULO VII. RESULTADOS

Los resultados se presentan en dos diferentes cuadros, uno por cada paciente. El primer conjunto de cuadros contiene de manera sintetizada los datos extraídos de la historia clínica y, el segundo complejo de recuadros abarca de manera descriptiva las funciones del Yo mencionado las alteraciones como parte del trastorno que padecen y el deterioro a causa de la presencia de un episodio psicótico. Se consideró el orden de presentación con respecto al número de internamientos (a causa de la aparición de un episodio psicótico), congruente con el nivel de deterioro de menor a mayor grado.

PRESENTACIÓN DE DATOS CLÍNICOS

CASO	Laura Cecilia	Reyna
Edad	25 años	25 años
Estado civil	Casada	Soltera
Escolaridad	Bachillerato	Secundaria
Ocupación	Ama de casa	Estudiante de medicina
Motivo de consulta	“quería matarse, se aventó a los coches” sic esposo	Atención en crisis
Motivo de internamiento	<ul style="list-style-type: none"> × Intento suicida reciente, × Impulsividad, × Heteroagresividad verbal y física × Pobre tolerancia a la frustración, × Sentimiento de vacío crónico 	<ul style="list-style-type: none"> × Ideación suicida × Intento suicida × Ansiedad
Ingreso	18 marzo 2008	3 de julio 2008
Diagnóstico	* Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite F 60.3	* Distimia * Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite F 60.3
Egreso	3 abril 2008	10 de julio 2008
Estancia	16 días	11 días
Internamiento (Episodio psicótico)	Primero	Segundo
Inicio padecimiento	15 años por pelea con su novio, actual esposo	15 años a causa de crisis de ansiedad

CASO	Alma Gabriela	Maria Guadalupe
Edad	21 años	41 años
Estado civil	Soltera	Casada
Escolaridad	Bachillerato	Preparatoria
Ocupación	Estudiante Lic. en letras	Hogar
Motivo de consulta	"intento matarse" sic familiar	"vengo por que esta muy Mal y angustiada" sic hermana
Motivo de internamiento	<ul style="list-style-type: none"> × Intento suicida intermitente, × Impulsividad × Ideas de tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> × Ideación suicida, × Intento suicida reciente, × Anhedonia, × Insomnio intermitente, × Alucionaciones visuales
Ingreso	23 marzo 2008	17 junio 2008
Diagnóstico	* Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo Límite F 60.3	* Trastorno mixto ansioso depresivo recurrente grave sin síntomas psicótico * Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite F 60.3 (en remisión)
Egreso	28 marzo 2008	26 junio 2008
Estancia	6 días	9 días
Internamiento (Episodio psicótico)	Segundo	Cuarto
Inicio padecimiento	16 años por separación de los padres	17 años por violencia intrafamiliar

CASO	Lobelia	Laura Karina
Edad	32 años	19 años
Estado civil	Unión libre	Soltera
Escolaridad	Licenciatura	Secundaria
Ocupación	Contadora	Sin ocupación
Motivo de consulta	Traslado de hospital general	Reinicia sintomatología Cortadas en el antebrazo
Motivo de internamiento	<ul style="list-style-type: none"> × Intento suicida reciente, × Impulsividad, × Baja tolerancia a la frustración 	<ul style="list-style-type: none"> × Auto agresiones, × Ideas de muerte, × Intento suicida reciente, × Impulsividad
Ingreso	28 marzo 2008	28 marzo 2008
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> * Trastorno Depresivo Recurrente (grave, en remisión). * Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo F 60.3 	* Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite F 60.3
Egreso	10 abril 2008	11 abril 2008
Estancia	13 días	14 días
Internamiento (Episodio psicótico)	Sexto	Sexto
Inicio padecimiento	22 años por inestabilidad emocional	13 años por abandono del padre

CASO	Leticia	Rosa Maria
Edad	34 años	38 años
Estado civil	Separada	Casada
Escolaridad	Auxiliar de educadora	Secundaria trunca
Ocupación	Cajera	Empleos ocasionales
Motivo de consulta	“le pegó a su hermana”, “dicen que oigo cosas” sic pac Exacerbación de síntomas	“estaba viendo cosas... oía voces...se trató de matar... tiene SIDA..” sic esposo
Motivo de internamiento	<ul style="list-style-type: none"> × Disruptividad, × Agresividad verbal y física, × Rebeldía, × Errores de juicio y conducta, × Actitud alucinada 	<ul style="list-style-type: none"> × Poca tolerancia a la frustración, × Irritabilidad, × Miedo a la soledad, × Sentimiento de vacío crónico, × Sentimientos de desesperanza, × Ansiedad, × Impulsividad, × Celotipia, × Alucinaciones visuales y auditivas, × Errores de juicio y conducta, × Anhedonia, × Insomnio intermitente
Ingreso	14 junio 2008	27 junio 2008
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> * Trastorno Depresivo Grave con síntomas psicóticos F 32.3 * Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite F 60.3 * Retraso Mental Leve F70 	<ul style="list-style-type: none"> * Trastorno Alucinatorio secundario a crisis parciales de lóbulo temporal. * Dependencia a múltiples sustancias. * Trastorno Límite de la personalidad * Cero Positivo * Rino faringitis
Egreso	27 junio 2008	8 julio 2008
Estancia	18 días	12 días
Internamiento (Episodio psicótico)	Octavo	Octavo
Inicio padecimiento	26 años por aborto espontáneo	20 años por maltrato de pareja

CASO	Gabriela H.	Fabrizia
Edad	26 años	27 años
Estado civil	Soltera	Unión libre
Escolaridad	Lic enfermería truca	Secundaria trunca
Ocupación	Auxiliar de enfermería	Sin ocupación
Motivo de consulta	“yo la veía mal, quiso matarse y la encontré” sic madre	“la traje porque estaba incontrolable y se droga” sic esposo
Motivo de internamiento	<ul style="list-style-type: none"> × Poca tolerancia a la frustración, × Irritabilidad, × Miedo a ala soledad, × Sentimiento de vacío, Sentimientos de desesperanza, × Tristeza, × Intento suicida, × Impulsividad, × Ideas de muerte 	<ul style="list-style-type: none"> × Errores de juicio y conducta × Irritabilidad, × Heteroagresividad física y verbal, × Insomnio, × Mal apego al medicamento, × Ansiedad patológica, × Impulsividad, × Intento suicida
Ingreso	16 febrero 2008	6 junio 2008
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> * Trastorno depresivo recurrente episodio grave. * Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite F 60.3 	<ul style="list-style-type: none"> * Trastorno Bipolar tipo 1 en fase actual mixta F 31.6 * Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo F 60.3
Egreso	21 febrero 2008	17 julio 2008
Estancia	5 días	41 días
Internamiento (Episodio psicótico)	Onceavo	Onceavo
Inicio padecimiento	6 años por la violación del hermanastro	19 años por proceso de duelo

DESCRIPCIÓN DEL DETERIORO OBSERVADO EN FUNCIONES DEL YO

Cuadros sobre el deterioro observado en las funciones del yo.

FUNCIONES DEL YO	LAURA CECILIA
Contacto con la realidad	<p>La paciente es ansiosa con frecuentes ataques de ansiedad patológica asociada a estresores internos y/o externos interfiriendo con su adaptación. Presentó alteraciones emocionales al estar en continuo contacto con todo su entorno. Con ligera conciencia de los sentimientos, confundiendo pensamientos de tristeza con ideas de muerte no estructuradas, exhibiendo celotipia incoherente e ideas sobrevaloradas. Posee regular concepto del trastorno que padece y se concluyó que no goza de la suficiente capacidad crítica sobre sus síntomas ni distingue con facilidad entre los estímulos internos y la realidad actual.</p> <p>Pasado el tiempo al episodio psicótico se registró cierto deterioro en la existencia de distorsiones e interpretaciones erróneas de la realidad bajo circunstancias desencadenantes de carga emocional o para satisfacer estados de gran necesidad, donde de nota la dificultad de identificar el pensamiento propio del que no lo es, expresando ideas de daño que tienden al empeoramiento y a la cronicidad; además de presentar alucinaciones auditivas.</p>
Sentido de la realidad	<p>Vive sentimientos crónicos de vacío con conductas motivadas a saberse alguien o para corroborar que está viva. Manifiesta sentimientos de tristeza acompañadas de abulia. Mostró inestabilidad emocional y cambios de ánimo súbitos en un corto periodo de tiempo, sufriendo en ocasiones ataques de ira, llanto, enojo, frustración y confusión que no puede controlar. Suele ser manipuladora, enojona, irritable y peleonera. Fue evidente que posee una autoconcepción fragmentada o inestable a causa de sentimientos irrealistas sobre si misma. De igual forma no tiene una identidad consolidada con pobre autoestima, victimizándose para tener atención y retroalimentación externa constante en forma violenta e infantil.</p> <p>Posterior al episodio psicótico se notó el deterioro en la presencia de signos leves de desrealización esporádicos como el sentirse perdida acompañados de una visión interna alterada y con fallas con el contacto de la realidad en situaciones estresantes que ocasionaron situaciones extremas. Expresó rasgos paranoides y afecto displicente e incongruente con sus gestos faciales como parte de la sintomatología psicótica.</p>
Juicio Crítico	<p>La paciente exhibió un juicio disminuido e inapropiado proyectado en razonamientos ilógicos. Presentaba errores de juicio y conducta que conllevaban cierto peligro al sentirse ansiosa y desesperada.</p> <p>Tiempo después a algunas crisis, mostró defectuosa conciencia de las consecuencias de sus actos que tiende a la cronicidad, y la incapacidad</p>

	<p>para saber anticipar, juzgar coherente y congruentemente algunas situaciones que de manera impulsiva genera situaciones disruptivas; como parte observable al deterioro.</p>
<p>Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos</p>	<p>Es ansiosa en extremo e inquieta, sufre de ataques de ansiedad asociados a estresores internos y/o externos generalmente desencadenan en la insuficiente regulación de impulsos. Posee baja tolerancia a la frustración y mal manejo de la demora manifestándose en errores de conducta, conduciéndose de manera espontánea, con explosiva franqueza, hostil y agresiva. Es impredecible e impulsiva en el área emocional, exhibiendo arranques de coraje, furia y berrinches, actuándose las emociones, sobretodo la agresión y la depresión sin poder controlarse.</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico se percibió el deterioro en rasgos psicóticos como la ineficiencia en el control de impulsos y la descarga de los mismos de forma infantil y violenta.</p>
<p>Relaciones objetales o interpersonales</p>	<p>Vive sentimientos de vacío y sin poder hallar en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal. Presenta conductas motivadas a incrementar la estimulación o para saberse alguien especial. Manifiesta disforia e irritabilidad y labilidad emocional oscilando entre la tristeza y el enojo relacionados a conflictos y discusiones de pareja. Sus relaciones interpersonales se caracterizan por ser ambivalentes e inestables, posee miedo al abandono y tiene dificultad para socializar adecuadamente porque le molesta verse desatendida. Se vincula de manera extremista, infantil y violenta debido a la excesiva demanda de atención y expectativas que deposita en el otro. Presenta en ocasiones celotipia e incluso la propia identidad y estado emocional llega a depender de los demás.</p> <p>Tiempo después a la crisis se observaron rasgos psicóticos como la desconexión o dependencia, haciendo notable la dificultad para establecer un equilibrio adecuado entre el distanciamiento e intimidad, sin poder cobrar un poco de empatía.</p>
<p>Procesos cognitivos o del pensamiento</p>	<p>Mostraba atención ligeramente disminuida y comprensión disminuida, pues no advertía o entendía totalmente algunas preguntas y respondía incoherentemente. Exhibió un pensamiento concreto limitado a los extremos destacando la ideología del “todo o nada” por lo que se le dificultó organizar e interpretar la información de los estímulos para facilitar la comprensión de algunos hechos y consecuentemente el aprendizaje. Expresó regular concepto de la enfermedad mental y manifestó fallas en la memoria a largo plazo, razonamiento abstracto, conceptualización, así como limitada capacidad para ver las relaciones y diferencias entre sucesos.</p> <p>Dentro de los rasgos psicóticos advertidos y relacionados con el deterioro, se encontraron atención volcada al medio interno al responder incongruentemente y al mostrar deficiencias al comunicarse de manera impulsiva y desorganizada.</p>

<p>Regresión adaptativa al servicio del Yo</p>	<p>Mostró fenómenos regresivos muy primitivos, falla en la regresión adaptativa al servicio del Yo a causa de deficiencias internas manifestadas en el fracaso al tratar de cobrar insight.</p> <p>Posteriormente exhibió el deterioro en la pobre ilación del pasado, con el presente.</p>
<p>Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo</p>	<p>Utiliza los mecanismos de regresión, proyección, desplazamiento y acting out.</p> <p>Subsiguiente a crisis, el deterioro fue evidente en el frecuentemente aislamiento y la escisión, sin poder, en términos generales, tolerar o confrontar sus pensamientos y emociones por miedo a no comprenderlas o confundirse en el intento (desintegración).</p>
<p>Filtro de estímulos</p>	<p>El umbral o la sensibilidad ante los estímulos era y es bajo, ya que las defensas brotan al instante evidenciado el conflicto interno a causa de la malinterpretación de estímulos tanto internos como externos. Destaca también una paradójica búsqueda de estimulación para saciar necesidad de vacío o disminuir la sensación.</p> <p>Tiempo después surgieron rasgos psicóticos sugiriendo deterioro por la desposesión de barreras necesarias para mostrarse flexible y adaptarse al medio, ya que abruptamente responde inadecuadamente al explotar y reaccionar de manera incongruente.</p>
<p>Funcionamiento autónomo</p>	<p>Mostró una comprensión disminuida y pensamiento concreto limitado a los extremos, así como pobre capacidad de insight, baja capacidad crítica y muy pocos recursos para adaptarse y ser funcional. En muchas ocasiones se ve frustrada ante sus incapacidades intelectuales y habilidades.</p> <p>Posteriormente presentó deterioro marcado en atención volcada al medio interno con moderado grado de perturbación e intrusión del conflicto en las funciones autónomas a causa de estresores emocionales o pensamientos fantásticos. Se nota el posible deterioro en las funciones primarias como el pensamiento y más afectadas la atención y concentración.</p>
<p>Funcionamiento sintético-integrativo.</p>	<p>Evidencia un razonamiento ilógico así como dificultad en la adaptación al cambio y reintegración de experiencias, afectos, pensamientos y conductas, que al ser discrepantes o contradictorias no puede reconciliar. Vive en la ambivalencia, mostrando indicios de un funcionamiento del Yo no integrado o fragmentado, expuesto en planes vagos no estructurados y poco realistas para el futuro donde se percibieron contradicciones en pensamientos, emociones y conductas que desencadenan ansiedad perturbadora al tratar de integrarse.</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico se notó deterioro en la presencia de escisión haciendo visible algún desorden en sus pensamientos y dificultad para equilibrar el Super yo con las encomiendas morales y el deber ser, con las pulsiones del Ello; así como conflicto entre los componentes del aparato</p>

	psíquico.
Competencia y dominio	<p>A causa de la poca tolerancia la frustración, bajo control de impulsos y acting out hay una clara repercusión sobre el control de su medio. Las competencias con las que cuenta son pocas para llevar funcionalidad constante pero no para lograr adaptarse a su medio. La perspectiva subjetiva que la paciente refleja sobre sus competencias y habilidades difiere a lo que realmente es, disminuidas probablemente por la falta de conciencia sobre el trastorno mental que padece.</p> <p>Tiempo después se notó deterioro ya que requiere en la actualidad de algún esfuerzo extra para llevar a cabo sus labores, esfuerzo que muchas ocasiones no esta dispuesta a iniciar.</p>

FUNCIONES DEL YO	REYNA
Contacto con la realidad	<p>Es inquieta y ansiosa, frecuentemente presenta ataques de ansiedad patológica asociada a estresores tanto internos como externos, interfiriendo con su adaptación. Presentó alteraciones emocionales, así como moderada conciencia de los sentimientos y pensamientos. Confusa entre sentimientos de desesperación y tristeza, con ideas de muerte no estructuradas. Mostró ideas sobrevaloradas distinguidas por comunicarse con una actitud devaluada, hostil y déspota. Posee regular concepto de la enfermedad mental y no goza de la suficiente capacidad crítica sobre sus síntomas ni distingue con facilidad entre los estímulos internos y la realidad actual; de hecho se registró la existencia ocasional de distorsiones e interpretaciones erróneas de la realidad bajo situaciones con contextos de carga emocional o para satisfacer estados de gran necesidad.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico se notó deterioro en la dificultad para identificar el pensamiento propio del que no lo es ya que en ocasiones por la confusión de estados internos, se percibió fallas en el contacto con la realidad sin llegar totalmente a alteraciones formales.</p>
Sentido de la realidad	<p>Presenta sentimientos crónicos de vacío con conductas motivada a incrementar la estimulación y saberse alguien especial. De igual forma vive con sentimientos de tristeza ligeramente expresados con apatía y abulia. Muestra también inestabilidad emocional, cambios de ánimo súbitos en un corto periodo de tiempo, sufriendo en ocasiones ataques de ira y frustración que no le es posible controlar. Suele ser irritable, muy sensible y demandante. Es evidente que posee una autoconcepción fragmentada o no integrada, manifestada en una pobre autoestima con el requerimiento de retroalimentación externa constante y búsqueda de atención en forma infantil y en ocasiones violenta.</p> <p>Posteriormente a la crisis el deterioro se observó en signos leves de desrealización esporádicos como el sentirse perdida, fallas en la interpretación de las cosas y ligera dificultad para el contacto con la realidad en situaciones estresantes, así como afecto displicente ocasional.</p>
Juicio crítico	<p>Exhibió un juicio disminuido y en ocasiones inapropiado, proyectando razonamientos poco lógicos y con la presencia de errores de juicio y conducta que conllevan cierto peligro al sentirse ansiosa y desesperada.</p> <p>Subsecuente o paralelo al episodio psicótico el deterioro se registró en la defectuosa conciencia de las consecuencias de sus actos, sin ser ésta severa como para no saber anticipar o juzgar coherentemente algunas situaciones.</p>
	<p>Es ansiosa e inquieta, sufre de ataques de angustia patológica asociados a estresores internos y/o externos que desencadenan en la falla de la regulación de impulsos. Posee baja tolerancia a la frustración, ansiedad y otras emociones sin poder controlarlas para posteriormente manifestarse en errores de conducta (autoagresiones o intoxicación por sustancias).</p>

<p>Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos</p>	<p>Posee personalidad explosiva e impulsiva en el área emocional con esporádicos arranques de furia y berrinches, presentado labilidad en dicho sector y oscilando de un extremo al otro actuándose las emociones, sobretodo la agresión y la depresión.</p> <p>Dentro de los rasgos psicóticos se encontraron tiempo después fue la necesidad de estar en continuo movimiento así como fragilidad de control de impulsos como parata del deterioro causado por la crisis.</p>
<p>Relaciones objetales o interpersonales</p>	<p>Presenta sentimientos de vacío porque no le es posible hallar en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal y busca incrementar la estimulación o sentirse alguien especial. Presenta disforia, irritabilidad y labilidad emocional, oscilando entre la tristeza y el enojo posterior a discusiones con personas cercanas. Sus relaciones interpersonales son ambivalentes e inestables; posee miedo al abandono y reacciona exacerbando síntomas por miedo a ser lastimada o verse desatendida. La manera de vincularse es infantil por las expectativas que deposita en el otro, e incluso la propia identidad y estado emocional depende en gran medida de lo comentado o percibido por los demás.</p> <p>Meses después del episodio psicótico el deterioro se notó en la desconexión o dependencia haciendo notable la dificultad para establecer un equilibrio adecuado entre el distanciamiento e intimidad y por ello sobrelleva una forma bizarra de relacionarse con las personas.</p>
<p>Procesos cognitivos o del pensamiento</p>	<p>Mostró un pensamiento lógico, juicio disminuido, fallas en el razonamiento abstracto, para conceptualizar y dificultad para organizar e interpretar la información de los estímulos de manera que faciliten la comprensión de algunos hechos y consecuentemente el aprendizaje. Manifiesta parcial conciencia de la enfermedad mental y limitada capacidad para ver las relaciones y diferencias entre sucesos. También exhibió fallas en la planeación y deficiencia para comunicarse o darse a entender de manera impulsiva reflejadas en las funciones mentales superiores.</p> <p>Dentro de la parte psicótica presenta las características de actitud ensimismada acompañada de agitación psicomotriz.</p>
<p>Regresión adaptativa al servicio del Yo</p>	<p>Mostró fenómenos regresivos muy primitivos, falla en la regresión adaptativa al servicio del Yo a causa de deficiencias internas manifestadas en el fracaso al tratar de cobrar insight.</p> <p>Posteriormente exhibió rasgos psicóticos en la pobre ilación del pasado, con el presente.</p>
<p>Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo</p>	<p>Utiliza los mecanismos de regresión, negación, idealización, devaluación y acting out.</p> <p>Subsiguiente a crisis, ha ido presentando más frecuentemente la escisión sin poder, en términos generales, tolerar o confrontar sus pensamientos y emociones por miedo a no comprenderlas o confundirse en el intento</p>

	(desintegración).
Filtro de estímulos	<p>El umbral o la sensibilidad ante los estímulos era y es bajo, ya que las defensas brotan al instante evidenciado el conflicto interno a causa de la malinterpretación de estímulos tanto internos como externos. Destaca también una paradójica búsqueda de estimulación para saciar necesidad de vacío o disminuir la sensación.</p> <p>Tiempo después el deterioro se visualizó en el surgimiento de rasgos psicóticos que incluyen la desposesión de barreras necesarias para mostrarse flexible y adaptarse al medio, ya que abruptamente responde inadecuadamente al explotar y reaccionar de manera incongruente.</p>
Funcionamiento autónomo	<p>Mostró un pensamiento concreto limitado a los extremos, comprensión disminuida, pobre capacidad de insight, así como poca capacidad crítica y muy pocos recursos para adaptarse y ser más funcional. En muchas ocasiones se ve frustrada ante sus incapacidades intelectuales y habilidades.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se exhibió en atención volcada al medio interno y evidente grado de perturbación e intrusión del conflicto en las funciones autónomas, más específicamente la atención, concentración, aprendizaje y memoria por estresaros emocionales o pensamientos fantásticos, así como efectos en la psicomotricidad.</p>
Funcionamiento sintético-integrativo.	<p>Expresó un razonamiento ilógico, capacidad de insight disminuida, conflicto en la adaptación al cambio, así como dificultad en la reintegración de experiencias, afectos, pensamientos y conductas que al ser discrepantes o contradictorias no puede reconciliarlas. Vive en la ambivalencia y escisión, desesperada, continuamente muestra indicios de un funcionamiento del Yo no integrado o fragmentado. Manifiesta metas regularmente estructuradas y realistas para el futuro donde se perciben inconsistencias en pensamientos, emociones y conductas que desencadenan ansiedad al tratar de integrarse.</p> <p>Tiempo después a la crisis, el deterioro se percibió en la sintomatología psicótica por la presencia de la escisión, haciendo innegable la dificultad para equilibrar el Super Yo con las encomiendas morales y el deber ser, con las pulsiones del Ello.</p>
Competencia y dominio	<p>A causa de la poca tolerancia la frustración, bajo control de impulsos y acting out hay una clara repercusión sobre el control de su medio. Las competencias con las que cuenta se consideraron suficientes para crear una regular proyección a futuro de acuerdo al nivel de preparación, funcionalidad y regular adaptación que ha adquirido. Desvaloriza sus habilidades y destrezas, lo cual disminuye el potencial y por tanto presenta cierta vulnerabilidad por la mal interpretación de algunos estímulos externos como internos.</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico el deterioro percibido fue en la</p>

disminución de la motivación para desarrollara habilidades o éstas mismas ponerlas en práctica.

Funciones del Yo	ALMA GABRIELA
Contacto con la realidad	<p>Se mostraba ansiosa, frecuentemente presentaba ataques de ansiedad patológica asociada a estresores tanto internos como externos, de tal forma que exhibía hipervigilancia, interfiriendo con su adaptación. Presentaba alteraciones emocionales cuando no está en contacto con todo su entorno con moderada conciencia de los sentimientos como las ideas de muerte no estructuradas. Posee regular concepto de la enfermedad mental o conciencia del trastorno que padece, por ello se concluyó que no goza de la suficiente capacidad crítica sobre sus síntomas y tampoco distingue con facilidad entre los estímulos internos y la realidad actual.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico, el deterioro se registró la existencia de distorsiones e interpretaciones erróneas de la realidad bajo circunstancias desencadenantes de carga emocional o, para satisfacer estados de gran necesidad. Se le dificulta identificar el pensamiento propio del que no lo es ya que en algunas ocasiones presentó alucinaciones visuales y olfativas, además de expresar ideas de referencia produciéndole la sensación de ser protagonista sin percatarse de ello.</p>
Sentido de la realidad	<p>Presentaba alteraciones en la autoimagen corporal que tienden a la cronicidad y empeoramiento por la necesidad de estar delgada para tener cariño. De igual forma vive con sentimientos crónicos de vacío con conductas asociadas a incrementar la estimulación y saberse alguien. Con abulia, muestra inestabilidad emocional, cambios de ánimo súbitos en un corto periodo de tiempo, sufriendo en ocasiones ataques de coraje y furia que no le es posible controlar. Suele ser manipuladora, seductora y con actitudes infantiles, evidenciando que no posee una autoconcepción integrada o estable, manifestada en una pobre autoestima con el requerimiento de retroalimentación externa constante.</p> <p>Posteriormente a las crisis psicóticas se observaron signos leves de desrealización esporádicos como el sentirse perdida, acompañados de una visión alterada de la realidad interna en situaciones estresantes y ocasionando en situaciones extremas afecto aplanado; como parte del deterioro.</p>
Juicio Crítico	<p>Exhibía un juicio disminuido e inapropiado, proyectando razonamientos ilógicos, además de presentar errores de juicio y conducta que conllevaban cierto peligro al sentirse ansiosa y desesperada (autoagresiones, trastornos alimentarios, conductas parasuicidas).</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro se notó defectuosa conciencia crítica sobre las consecuencias de sus actos, debilitando algo la capacidad de anticipar y juzgar de forma coherentemente y congruente muchas situaciones que así lo requieren.</p>
	<p>Es ansiosa e inquieta, sufre de ataques de angustia patológica asociados a estresores tanto internos como externos que generalmente desencadenan en la falla de la regulación de impulsos. Debido a la baja tolerancia a la</p>

<p>Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos</p>	<p>frustración, manifestaba errores de conducta, conduciéndose de manera espontánea y con explosiva franqueza. Es impredecible e impulsiva en el área emocional y presenta labilidad en dicho sector, manifestándose con arranques de furia y berrinches; oscilando de un extremo al otro actuándose las emociones sobretodo la agresión y la depresión.</p> <p>Posteriormente como parte del deterioro consecuente al episodio se percibieron rasgos psicóticos donde destacan los impulsos frágilmente controlados.</p>
<p>Relaciones objetales o interpersonales</p>	<p>Mostró sentimientos de vacío ya que no le es posible hallar en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal y porque su conducta es motivada por sentirse vacía e incrementar la estimulación o por saberse alguien. Presenta labilidad emocional, oscilando entre la tristeza y el enojo a causa de conflictos familiares. Las relaciones interpersonales se caracterizan por ser ambivalentes e inestables. Posee miedo al abandono, huye de posibles relaciones por miedo a ser lastimada o verse desatendida. Reacciona de forma infantil por las expectativas que deposita en el otro. Incluso la propia identidad y estado emocional depende en gran medida de lo comentado o percibido por los demás.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro se apreció en la desconexión o dependencia en las relaciones interpersonales, haciendo notable la dificultad para establecer un equilibrio adecuado entre el distanciamiento e intimidad.</p>
<p>Procesos cognitivos o del pensamiento</p>	<p>Se observó en ella una comprensión disminuida, pues no advierte ni entiende en totalidad algunas de las preguntas y responde de manera incongruente. Exhibe un pensamiento concreto, limitado a los extremos destacando la ideología del “todo o nada”. Le es difícil organizar e interpretar la información de los estímulos de manera que faciliten la comprensión de algunos hechos y consecuentemente el aprendizaje; evidenciando un regular concepto de la enfermedad mental. Manifiesta fallas en el razonamiento abstracto y la conceptualización. Y posee limitada capacidad para ver las relaciones y diferencias entre sucesos.</p> <p>Posterior al episodio psicótico el deterioro presentó atención volcada al medio interno y una actitud ensimismada.</p>
<p>Regresión adaptativa al servicio del Yo</p>	<p>Mostró fenómenos regresivos muy primitivos, falla en la regresión adaptativa al servicio del Yo a causa de deficiencias internas manifestadas en el fracaso al tratar de cobrar insight.</p> <p>Tiempo después al episodio, el deterioro se exhibió en rasgos psicóticos en la pobre ilación del pasado con el presente.</p>
<p>Mecanismos de defensa o</p>	<p>Utiliza los mecanismos de regresión, proyección, evitación y acting out.</p> <p>Subsiguiente a crisis psicótica el deterioro se ha observado en mayor frecuencia del aislamiento y la escisión, sin poder, en términos generales,</p>

funcionamiento defensivo	tolerar o confrontar sus pensamientos y emociones por miedo a no comprenderlas o confundirse en el intento (desintegración).
Filtro de estímulos	<p>El umbral o la sensibilidad ante los estímulos era y es bajo, ya que las defensas brotan al instante evidenciado el conflicto interno a causa de la mal interpretación de estímulos tanto internos como externos. Destaca también una paradójica búsqueda de estimulación para saciar necesidad de vacío o disminuir la sensación.</p> <p>Tiempo después a la crisis, el deterioro se advirtió en el surgimiento de rasgos psicóticos que incluyen la desposesión de barreras necesarias para mostrarse flexible y adaptarse al medio, ya que abruptamente responde inadecuadamente al explotar y reaccionar de manera incongruente.</p>
Funcionamiento autónomo	<p>Mostró un pensamiento concreto, comprensión disminuida y pobre capacidad de insight con pocos recursos para adaptarse y ser regularmente funcional.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se observó en la atención volcada al medio interno, con posteriormente se percibió moderado grado de perturbación e intrusión del conflicto en las funciones autónomas por estresares emocionales o pensamientos fantásticos. Incluso ligero deterioro en las funciones primarias tales como pensamiento, lenguaje, motricidad y más afectadas la atención y concentración.</p>
Funcionamiento sintético-integrativo.	<p>Exhibió un razonamiento ilógico y conflicto en la adaptación al cambio, así como dificultad en la reintegración de experiencias, afectos, pensamientos y conductas, que al ser discrepantes o contradictoria no puede reconciliar a causa de la ambivalencia que vive. Mostró indicios de un funcionamiento del Yo no integrado o fragmentado, expuesto en metas poco estructuradas y realistas para el futuro donde se percibieron contradicciones en pensamientos, emociones y conductas desencadenantes de ansiedad perturbadora al tratar de integrar sus ideas.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico, el deterioro se halló en la presencia de escisión, haciendo innegable la dificultad para equilibrar el Super yo con las encomiendas morales y el deber ser, con las pulsiones del Ello.</p>
Competencia y dominio	<p>A causa de la poca tolerancia la frustración, bajo control de impulsos y acting out, hay una clara repercusión sobre el control de su medio que lo hace insuficiente. Las competencias con las que cuenta no son satisfactorias para llevar una funcionalidad constante y adaptarse a su medio.</p> <p>Subsecuente a crisis psicóticas repetidas el deterioro se notó en la mayor gravedad de la evaluación anteriormente descrita y en la perspectiva subjetiva que la paciente, que refleja sobre sus competencias y habilidades, la cual difiere mucho a la lo que es. Realmente.</p>

FUNCIONES DEL YO	MARIA GUADALUPE
Contacto con la realidad	<p>Es intranquila y ansiosa, frecuentemente presenta ataques de ansiedad patológica asociada a estresores internos y/o externos. Presentaba alteraciones emocionales y conciencia de sus sentimientos y pensamientos que interfieren para adaptarse. Posee regular concepto de la enfermedad mental y gozaba de la suficiente capacidad crítica sobre sus síntomas para distinguir entre los estímulos internos y la realidad actual. Se registró la existencia ocasional de distorsiones e interpretaciones erróneas de la realidad bajo situaciones con contextos de carga emocional o para satisfacer estados de gran necesidad.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico, el deterioro se percibió en la dificultad para identificar el pensamiento propio del que no lo es ya que en algunas ocasiones presentó alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, cinestésicas, gustativas e hipnagógicas. Mostró ideas de daño ligeramente estructuradas y de muerte que tienden al empeoramiento y cronicidad, lo suficientemente estructuradas para fabricar un plan suicida y tratar de llevarlo a cabo. Presentó también despersonalización y desrealización debido a la confusión de estados internos al contacto con circunstancias ambientales, exhibiendo hipervigilancia que llega a interferir con su adaptación.</p>
Sentido de la realidad	<p>Mostró alteraciones en la autoimagen y autoconcepto que tienden a la cronicidad. Vive sentimientos crónicos de vacío con conductas motivadas a incrementar la estimulación o para saberse alguien especial. Presenta sentimientos de tristeza expresados con actitud melancólica distinguiéndose también sentimientos de minusvalía y culpa. Manifestó inestabilidad emocional con cambios de ánimo súbitos en un corto periodo de tiempo que oscilan entre el llanto y frustración, sufriendo en ocasiones ataques de coraje o furia que no puede controlar. Suele encontrarse disfórica e irritable; es manipuladora, seductora, demandante y pueril. Posee una autoconcepción fragmentada o no integrada ya que no halla en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal, evidenciando pobre autoestima con el requerimiento de retroalimentación externa constante y búsqueda de atención en forma infantil y en ocasiones violenta.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico, el deterioro se observó leves signos de desrealización esporádicos como el sentirse perdida, acompañados de una visión con fallas en la interpretación y contacto con la realidad en situaciones estresantes. El sentimiento de tristeza ha llegado a ser lo suficientemente grave como para presentar aplanamiento afectivo y construir ideas de muerte suficientemente estructuradas para generar un plan suicida y tratar de llevarlo a cabo.</p>
	Exhibió un juicio disminuido e inapropiado, proyectando razonamientos ilógicos además de presentar errores de juicio y conducta que conllevan cierto peligro, al sentirse ansiosa y desesperada (conductas parasuicidas). Goza de cierta capacidad crítica sobre los pensamientos y conductas y

<p>Juicio crítico</p>	<p>alcanza un pobre concepto de la enfermedad mental.</p> <p>Subsecuente a algunas crisis el deterioro se expresó en una defectuosa conciencia y contemplación en las consecuencias de sus actos suficientemente importante para anticipar y juzgar coherentemente en algunas situaciones pero no llevarlo a cabo en momentos estresantes y, actuar impulsivamente.</p>
<p>Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos</p>	<p>Es ansiosa e inquieta, sufre de ataques de angustia extrema asociados a estresores tanto internos como externos que generalmente desencadenan en la falla de la regulación de impulsos, haciendo un control insuficiente. Debido a la muy pobre tolerancia a la frustración y manejo inapropiado a la demora, ansiedad y otras emociones no controladas, posteriormente manifiesta errores de conducta como autoagresiones y creación de situaciones disruptivas. Es devaluadora, directa y sin tacto; posee personalidad explosiva, impulsiva en el área emocional con esporádicos arranques de furia y berrinches, presentado labilidad en dicho sector y oscilando de un extremo al otro actuándose las emociones, sobretodo la agresión y la depresión por la desestabilización de la tensión pulsional acumulada.</p> <p>Tiempo después a las crisis, el deterioro se advirtió en rasgos psicóticos como la necesidad de estar incontinuo movimiento así como impulsos frágilmente controlados acompañados de movimientos inconscientes e involuntarios debidos al trastorno mixto ansioso depresivo con síntomas psicóticos que afecta de manera crónica en su adaptación, tendiendo a la heteroagresividad y automaltrato físico y verbal infantil y violento.</p>
<p>Relaciones objetales o interpersonales</p>	<p>Vive sentimientos de vacío ya que no le es posible hallar en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal y busca incrementar la estimulación para sentir algo o saberse alguien. Presenta disforia, irritabilidad y labilidad emocional, oscilando entre la tristeza, impotencia y frustración asociadas a conflictos del hogar y de pareja. Sus relaciones interpersonales son ambivalentes e inestables, con presencia de ataques de furia y exaltación que no puede controlar argumentando la explicación de situaciones que no ha podido superar. Posee miedo al abandono y reacciona exacerbando síntomas por miedo a ser lastimada y verse desatendida. Es manipuladora, berrinchuda y demandante. Se vincular de forma infantil por las expectativas que deposita en el otro y tiende a ser violenta al pedir atención. La propia identidad y estado emocional depende en gran medida de lo comentado por los demás a grado tal que se encuentra intranquila por la confusión y la melancolía que la invade, fomentando la dependencia.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico, el deterioro se exhibió en la desconexión o dependencia, haciendo notable la dificultad para establecer un equilibrio adecuado entre el distanciamiento e intimidad, suscitando aislamiento y aplanamiento afectivo.</p>
	<p>Mostró atención disminuida, comprensión casi insuficiente, pensamiento</p>

<p>Procesos cognitivos o del pensamiento</p>	<p>concreto limitado a los hechos similar a la ideología “del todo o nada” y sin llegar a expresar metas concretas. Se le dificultó organizar e interpretar la información de los estímulos de manera que facilite la comprensión de algunos hechos y consecuentemente el aprendizaje. Evidencia regular concepto de la enfermedad mental. Manifestó un juicio disminuido, fallas en el razonamiento abstracto y la conceptualización, limitada capacidad para ver las relaciones y diferencias entre sucesos, así como fallas en la memoria a largo y corto plazo.</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico el deterioro se presentó en un estado de alerta aumentado e hipervigilante, atención volcada al medio externo, respondiendo de manera incongruente y a veces desorganizada. Y exhibió psicomotricidad aumentada manifestada en movimientos inconscientes e involuntarios.</p>
<p>Regresión adaptativa al servicio del Yo</p>	<p>Presenta fenómenos regresivos muy primitivos y fallas en la regresión adaptativa al servicio del Yo a causa de deficiencias internas, manifestadas en el fracaso al tratar de cobrar insight.</p> <p>Tiempo después mostró rasgos psicóticos vistos por la pobre ilación del pasado con el presente, como parte del deterioro causado a la crisis.</p>
<p>Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo</p>	<p>Utiliza los mecanismos de regresión, proyección, introyección, evitación y acting out.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico, el deterioro se notó en un incremento en la frecuencia del aislamiento y la escisión sin poder, en términos generales, tolerar o confrontar sus pensamientos y emociones por miedo a no comprenderlas o confundirse en el intento (desintegración).</p>
<p>Filtro de estímulos</p>	<p>El umbral o la sensibilidad ante los estímulos era y es bajo, ya que las defensas brotan al instante evidenciado el conflicto interno a causa de la mal interpretación de estímulos tanto internos como externos. Destaca también una paradójica búsqueda de estimulación para saciar necesidad de vacío o disminuir la sensación.</p> <p>Subsecuente a las crisis, el deterioro se percibió con el surgimiento de rasgos psicóticos que incluyen la desposesión de barreras necesarias para mostrarse flexible y adaptarse al medio, ya que abruptamente responde inadecuadamente al explotar y reaccionar de manera incongruente.</p>
<p>Funcionamiento autónomo</p>	<p>Mostró atención y comprensión disminuidas, un pensamiento concreto limitado a los extremos, pobre capacidad de insight, así como pocos recursos para adaptarse y ser más funcional.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico, el deterioro se presentó en atención dispersa volcada al medio externo e hipervigilancia, comprensión casi insuficiente, con moderado grado de perturbación e intrusión del conflicto en las funciones autónomas por estresares emocionales o pensamientos fantásticos. Se detectó deterioro en las funciones primarias, así como</p>

	alteraciones psicomotoras al manifestar movimientos involuntarios. Las destrezas y hábitos rutinarios, descrito por la paciente, fueron y suelen ser interferidos por estresares diversos.
Funcionamiento sintético-integrativo.	<p>Evidenció juicio disminuido, conflicto en la adaptación al cambio y dificultad en la reintegración de experiencias, afectos, pensamientos y conductas que, al ser discrepantes o contradictorias no puede reconciliar. Vive en la ambivalencia y está en presencia de escisión y mostró un funcionamiento del Yo no integrado o fragmentado, expuesto razonamientos ilógicos y contradicciones en pensamientos, emociones y conductas que desencadenan ansiedad perturbadora al tratar de integrarse. No logró expresar metas estructuradas, sólo ideas algo realistas basadas en el presente, notándose desorden o desorganización y grave conflicto entre los componentes del aparato psíquico.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se percibió en la presencia de escisión, haciendo innegable la dificultad para expresar ideas hiladas, pues no puede equilibrar el Super yo con las encomiendas morales y el deber ser, con las pulsiones del Ello, cayendo en cuadros de ansiedad y depresivos graves y recurrentes con síntomas psicóticos.</p>
Competencia y dominio	<p>A causa de la poca tolerancia la frustración, bajo control de impulsos y acting out, hay una clara repercusión sobre el control de su medio que la hace muy vulnerable. Las competencias con las que cuenta no son satisfactorias para lograr funcionalidad constante y adaptarse a su medio. La perspectiva subjetiva es baja, similar a la concebida por ella misma debido al regulara conciencia de su enfermedad mental y baja capacidad crítica sobre sus síntomas.</p> <p>Subsecuentemente al episodio psicótico, el deterioro se notó en la presencia mucho más frecuente de la escisión y la dificultad para identificar o discernir con facilidad entre los estímulos internos y la realidad actual. Se le augura una proyección a futuro favorable si es constante en su tratamiento.</p>

FUNCIONES DEL YO	LOBELIA
Contacto con la realidad	<p>Se mostró ansiosa y frecuentemente presenta ataques de ansiedad patológica asociados a estresores internos y/o externos. Exhibe hipervigilancia, interfiriendo ésta con su adaptación y incrementando su celotipia. Presenta alteraciones emocionales al estar en contacto con todo su entorno, con moderada conciencia de los sentimientos confundiendo pensamientos de tristeza con ideas de muerte no estructuradas. Posee regular concepto de la enfermedad mental y no goza de la suficiente capacidad crítica sobre sus síntomas, ni distingue con facilidad entre los estímulos internos y la realidad actual.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico, el deterioro se registró en la existencia de distorsiones e interpretaciones erróneas de la realidad bajo circunstancias desencadenantes de carga emocional o para satisfacer estados de gran necesidad y, de igual forma se le dificulta identificar el pensamiento propio del que no lo es.</p>
Sentido de la realidad	<p>Presenta alteraciones en la autoimagen corporal con diagnóstico de anorexia y bulimia que tienden a la cronicidad y empeoramiento. Vive con sentimientos crónicos, con conductas motivadas a incrementar estimulación, saberse alguien o corroborar que está viva. Manifiesta sentimientos de tristeza con abulia y débil irradiación. Muestra inestabilidad emocional, observados en cambios de ánimo súbitos en un corto periodo de tiempo y, sufriendo en ocasiones ataques de frustración, tristeza y enojo que no le es posible controlar. Suele ser manipuladora, berrinchuda, seductora e inmadura. Es evidente poseedora de una autoconcepción fragmentada o inestable, manifestada en una pobre autoestima, victimizándose y con el requerimiento de retroalimentación externa y atención constante de forma violenta debido a la débil fuerza yoica al afrontar algunas situaciones.</p> <p>Posteriormente a las crisis, el deterioro se ha percibido en signos leves de desrealización esporádicos como el sentirse perdida, acompañados de una visión alterada de la realidad interna en situaciones estresantes y manifestando rasgos paranoides.</p>
Juicio crítico	<p>Exhibe un juicio disminuido e inapropiado, proyectando razonamientos ilógicos y presenta errores de juicio y conducta que conllevan cierto peligro al sentirse ansiosa y desesperada. (trastornos alimenticios y conductas parasuicidas).</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico se ha venido manifestado el deterioro en un aumento de frecuencia y cronicidad en la defectuosa conciencia de las consecuencias de sus actos, siendo ésta no tan severa como para no saber anticipar o juzgar coherentemente algunas circunstancias pero sí para actuar impulsivamente y creando situaciones disruptivas.</p>
	Es ansiosa en extremo e inquieta, sufre de ataques de angustia patológica asociados a estresores internos o externos que desencadenan en la falla de

<p>Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos</p>	<p>la regulación de impulsos. Presenta baja tolerancia a la frustración, manifiesta errores de conducta y se conduce espontánea y con explosiva franqueza. Posee personalidad impredecible, impulsiva en el área emocional, con arranques de furia y berrinches, presentado labilidad en dicho sector y oscilando de un extremo al otro actuándose las emociones, sobretodo la agresión y la depresión sin poder controlarse.</p> <p>El deterioro destacó en rasgos psicóticos posteriores al episodio como la necesidad de estar en continuo movimiento e impulsos insuficientemente controlados que culminan con la presencia de afecto casi plano.</p>
<p>Relaciones objetales o interpersonales</p>	<p>Vive sentimientos de vacío porque no le es posible hallar en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal. Presenta conductas motivadas por incrementar la estimulación o para saberse alguien especial. Manifiesta disforia, irritabilidad y labilidad emocional, oscilando entre la tristeza y el enojo posteriores a discusiones. Sus relaciones interpersonales son ambivalentes e inestables, posee miedo al abandono y sentimientos de soledad, además de tener dificultad para socializar adecuadamente por la molestia que le causa la desatención. Se vincula infantilmente por las expectativas que deposita en el otro y expone celotipia. Incluso la propia identidad y estado emocional depende en gran medida de lo comentado o percibido por los demás.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se notó en la desconexión o dependencia, haciendo notable la dificultad para establecer un equilibrio adecuado entre el distanciamiento e intimidad, sin poder cobrar un poco de empatía.</p>
<p>Procesos cognitivos o del pensamiento</p>	<p>Mostró una comprensión disminuida, pensamiento concreto limitado a los extremos destacando al ideología del “todo o nada” y por ello no advierte ni entiende en totalidad algunas de las preguntas al responder de manera incongruente y le es difícil organizar e interpretar la información de los estímulos de manera que faciliten la comprensión de algunos hechos y consecuentemente el aprendizaje. Exhibe un regular concepto de la enfermedad mental y manifiesta fallas en el razonamiento abstracto y la conceptualización, así como poseer limitada capacidad para ver las relaciones y diferencias entre sucesos.</p> <p>Dentro de los rasgos psicóticos advertidos tiempo después al episodio, se encontraron como parte del deterioro, la atención dispersa y en otras ocasiones volcada al medio interno, una actitud ensimismada respuestas incongruentes o sin ilación continua, además de mostrar fallas en la memoria o ausencias y deficiencias al comunicarse de manera impulsiva y desorganizada.</p>
<p>Regresión adaptativa al servicio del Yo</p>	<p>Presenta fenómenos regresivos muy primitivos y fallas en la regresión adaptativa al servicio del Yo a causa de deficiencias internas, manifestadas en el fracaso al tratar de cobrar insight.</p> <p>Tiempo después a la crisis el deterioro se mostró en rasgos psicóticos vistos</p>

	en la pobre ilación del pasado, con el presente.
Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo	<p>Utiliza los mecanismos de regresión, idealización, proyección evitación y acting out.</p> <p>Subsiguiente al episodio psicótico el deterioro fue visible en un aumento de frecuencia de aparición de aislamiento y escisión sin poder, en términos generales, tolerar o confrontar sus pensamientos y emociones por miedo a no comprenderlas o confundirse en el intento (desintegración).</p>
Filtro de estímulos	<p>El umbral o la sensibilidad ante los estímulos era y es bajo, ya que las defensas brotan al instante evidenciado el conflicto interno a causa de la mal interpretación de estímulos tanto internos como externos. Destaca también una paradójica búsqueda de estimulación para saciar necesidad de vacío o disminuir la sensación.</p> <p>Tiempo después a la crisis, el deterioro se advirtió en el surgimiento de rasgos psicóticos que incluyen la desposesión de barreras necesarias para mostrarse flexible y adaptarse al medio, ya que abruptamente responde inadecuadamente al explotar y reaccionar de manera incongruente.</p>
Funcionamiento autónomo	<p>Mostró una comprensión disminuida, pensamiento concreto limitado a los extremos, una comprensión disminuida así como una pobre capacidad de insight, baja capacidad crítica, con muy pocos recursos para adaptarse y ser funcional. En muchas ocasiones se ve frustrada ante sus incapacidades intelectuales y habilidades.</p> <p>Posteriormente al episodio se percibió el deterioro en la atención volcada al medio interno con moderad grado de perturbación e intrusión del conflicto en las funciones autónomas a causa de estresores emocionales o pensamientos fantásticos, así como ligero deterioro en las funciones primarias como pensamiento, lenguaje y más grave en la orientación de circunstancia y concentración.</p>
Funcionamiento sintético-integrativo.	<p>Evidenció un razonamiento ilógico, dificultad en la adaptación al cambio y conflicto en la reintegración de experiencias, afectos, pensamientos y conductas que al ser discrepantes o contradictorias no puede reconciliar. Vive en la ambivalencia, mostrando indicios de un funcionamiento del Yo no integrado o fragmentado, expuesto en ideas vagas sin estructurar, ligeramente realistas para el futuro donde se percibieron contradicciones en pensamientos, emociones y conductas que desencadenan ansiedad perturbadora al tratar de integrarse.</p> <p>Subsecuente a algunas crisis psicóticas el deterioro se hizo notar en la presencia de escisión, haciendo innegable la dificultad para equilibrar el Super yo con las encomiendas morales y el deber ser, con las pulsiones del Ello. Expresó</p>
	A causa de la poca tolerancia la frustración, bajo control de impulsos y acting out, hay una clara repercusión sobre el control de su medio

Competencia y dominio	<p>generando situaciones disruptivas. Las competencias con las que cuenta son satisfactorias para llevar una funcionalidad pero no para lograr adaptarse a su medio, ya que no le agrada la rutina y tiende a sabotear su constancia. La perspectiva de la paciente sobre sus competencias y habilidades se asemeja a lo que es.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro al advertirse que existen fallas en la conciencia sobre la enfermedad o trastorno mental que padece que tiende a ser cada vez menor.</p>
-----------------------	--

Funciones del Yo	LAURA KARINA
Contacto con la realidad	<p>Es ansiosa, presenta frecuentemente ataques de ansiedad patológica asociados a estresores tanto internos como externos. Muestra alteraciones emocionales al no contactarse con todo su entorno. Poseía buena conciencia de los sentimientos aunque en ocasiones confundía ideas de tristeza no muy estructuradas con ideas de muerte. Conserva pobre conciencia del trastorno que padece, por lo que se concluyó que no gozaba de la suficiente capacidad crítica sobre sus síntomas y tampoco distinguía con facilidad entre los estímulos internos y la realidad actual.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro se registró en la existencia de distorsiones e interpretaciones erróneas de la realidad bajo circunstancias desencadenantes de carga emocional o para satisfacer estados de gran necesidad. De igual forma se observó dificultad para identificar el pensamiento propio del que no lo es, ya que en ocasiones ya presenta ideas de referencia, produciéndole la sensación de ser protagonista sin percatarse de ello.</p>
Sentido de la realidad	<p>Presentaba y presenta ligeras alteraciones en la imagen corporal debidas a la necesidad de obtener atención y cariño. Vive con sentimientos de tristeza y de vacío crónico, con conductas asociadas a incrementar la estimulación y saberse alguien. Es disfórica, muestra inestabilidad emocional, cambios de ánimo súbitos en un corto periodo de tiempo, sufriendo en ocasiones ataques de coraje y furia que no puede controlar y que le sugieren lastimarse. Suele ser chantajista, intolerante, irritable, con actitudes infantiles y explosiva haciendo evidente que no posee una autoconcepción integrada o estable. Exhibe pobre autoestima, es demandante y pide retroalimentación externa constante de manera violenta y devaluadora.</p> <p>Posterior al episodio psicótico el deterioro se observó en signos leves de desrealización esporádicos como el sentirse perdida acompañados de una visión alterada de la realidad interna en situaciones estresantes, ocasionando en situaciones extremas afecto aplanado, apatía y anhedonia.</p>
Juicio Crítico	<p>Exhibía y exhibe un juicio muy disminuido e inapropiado, proyectando razonamientos ilógicos además de presentar errores de juicio y conducta. Al sentirse ansiosa y desesperada actúa de manera impulsiva, conllevando cierto peligro como conductas parasuicidas. Posee pobre concepto del trastorno que padece y no goza de suficiente capacidad crítica.</p> <p>Subsecuente a crisis psicótica el deterioro se notó en un incremento en la defectuosa conciencia de las consecuencias de sus actos, siendo ésta no tan severa como para no saber anticipar o juzgar coherentemente algunas situaciones.</p>
	<p>Es ansiosa e inquieta, sufre de ataques de angustia patológica asociados a estresores tanto internos como externos que generalmente desencadenan en la baja la regulación de impulsos. Debido a la baja tolerancia a la frustración, manifiesta errores de conducta sin poder controlar sus</p>

<p>Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos</p>	<p>emociones, generando y acumulando ansiedad que posteriormente termina con comportamientos explosivos. Posee una personalidad impredecible e impulsiva en el área emocional, caracterizados por arranques de furia y berrinches. Presenta labilidad en dicho sector, oscilando de un extremo al otro actuándose las emociones, sobretodo la agresión y la depresión con posteriores rectificaciones.</p> <p>Tiempo después a las crisis el deterioro se percibió en rasgos psicóticos como la fragilidad para controlar los impulsos, e indicios de autoimagen alterada.</p>
<p>Relaciones objetales o interpersonales</p>	<p>Presenta sentimientos de vacío, ya que no le es posible hallar en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal. Su conducta es motivada por sentirse vacía, incrementar la estimulación o saberse alguien. Muestra labilidad emocional, oscila entre la tristeza y el enojo a causa de conflictos familiares de ira e impotencia. Sus relaciones interpersonales se caracterizan por ser extremistas, ambivalentes e inestables, destacando por relacionarse superficialmente con agresores o personajes violentos y evadiendo responsabilidades de sus actos en el área social y educativa-laboral. Posee miedo al abandono, huye de confrontaciones por miedo a ser lastimada o verse desatendida. Reacciona ante sus relaciones infantilmente (demandante y chantajista) para obtener atención. Deposita en el otro altas expectativas, incluso la propia identidad y estado emocional depende en gran medida de lo comentado o percibido por los demás.</p> <p>Posterior al episodio psicótico el deterioro se percibió en a la desconexión o dependencia, haciendo notable la dificultad para establecer un equilibrio adecuado entre el distanciamiento e intimidad.</p>
<p>Procesos cognitivos o del pensamiento</p>	<p>Mostró una comprensión disminuida, ya que no advierte y entiende en totalidad algunas de las preguntas y responde incoherentemente. Exhibe un pensamiento mágico, destacando la ideología del “yo creía que”, sin llegara expresar ideas concretas. Por ello, le es difícil organizar e interpretar la información de los estímulos de manera que faciliten la comprensión de algunos hechos y consecuentemente el aprendizaje. Evidencia un regular concepto de la enfermedad mental y manifiesta fallas en el razonamiento abstracto y la conceptualización. Y posee limitada capacidad para ver las relaciones y diferencias entre sucesos.</p> <p>Posteriormente a la crisis el deterioro se observó en respuestas incongruentes o sin ilación correspondiente, manifestándose rasgos psicóticos.</p>
<p>Regresión adaptativa al servicio del Yo</p>	<p>Presenta fenómenos regresivos muy primitivos y fallas en la regresión adaptativa al servicio del Yo a causa de deficiencias internas, manifestadas en el fracaso al tratar de cobrar insight.</p> <p>Tiempo después mostró rasgos psicóticos vistos por la pobre ilación del pasado con el presente, como parte del deterioro desencadenado.</p>

<p>Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo</p>	<p>Utiliza los mecanismos de regresión, idealización y devaluación así como evitación, negación y acting out.</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico el deterioro se presentó en mayor frecuencia en el aislamiento y la escisión sin poder, en términos generales, tolerar o confrontar sus pensamientos y emociones por miedo a no comprenderlas o confundirse en el intento (desintegración).</p>
<p>Filtro de estímulos</p>	<p>El umbral o la sensibilidad ante los estímulos era y es bajo, ya que las defensas brotan al instante evidenciado el conflicto interno a causa de la mal interpretación de estímulos tanto internos como externos. Destaca también una paradójica búsqueda de estimulación para saciar necesidad de vacío o disminuir la sensación.</p> <p>Tiempo después a la crisis, el deterioro se notó al surgir rasgos psicóticos que incluyen la desposesión de barreras necesarias para mostrarse flexible y adaptarse al medio, ya que abruptamente responde inadecuadamente al explotar y reaccionar de manera incongruente.</p>
<p>Funcionamiento autónomo</p>	<p>Mostraba un pensamiento concreto limitado a los extremos, una comprensión disminuida, pobre capacidad de insight y baja capacidad crítica, así como pocos recursos para adaptarse y ser más funcional.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico, el deterioro se notó una atención volcada al medio interno con moderado grado de perturbación e intrusión del conflicto en las funciones autónomas por estresares emocionales o pensamientos fantásticos. Incluso, se percibió ligero deterioro en las funciones primarias como pensamiento, lenguaje, motricidad y más afectadas la atención y concentración. Las destrezas y hábitos rutinarios, descrito por la paciente, fueron y suelen ser interferidos por estresares emocionales o pensamientos mágicos o fantásticos.</p>
<p>Funcionamiento sintético-integrativo.</p>	<p>Exhibía un razonamiento ilógico, conflicto en la adaptación al cambio, dificultad en la reintegración de experiencias, afectos, pensamientos y conductas que al ser discrepantes o contradictorios no pueden reconciliarse por la ambivalencia en que vive. Mostraba indicios de un funcionamiento del Yo no integrado o fragmentado, expuesto en metas poco estructuradas y realistas para el futuro donde no logró expresar metas estructuradas pero realistas para el futuro en las que se percibieron contradicciones en pensamientos, emociones y conductas que desencadenan ansiedad perturbadora al tratar de integrarse. Hace constante referencia a pérdidas y carencias que ha sufrido y que le siguen causando conflicto.</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico el deterioro se vio en la presencia a mayor grado de la escisión, haciendo innegable la dificultad para equilibrar el Super yo con las encomiendas morales y el deber ser, con las pulsiones del Ello. Y es irrefutable que estímulos externos desencadenan de manera casi instantánea crisis y, por consecuencia un deterioro en el funcionamiento integrativo que se manifiesta en la exacerbación sintomatológica.</p>

Competencia y dominio	<p>A causa de la poca tolerancia la frustración, bajo control de impulsos y acting out, hay una clara repercusión sobre el control de su medio. Las competencias con las que contaba eran suficientes para llevar una funcionalidad y adaptarse medianamente a su medio aunque muchas veces las cualidades fallaban a causa del desagrado por la rutina. Se desespera frecuentemente creando involuntaria e inconscientemente situaciones disruptivas, evidenciando el pobre concepto de la enfermedad mental y la poca capacidad crítica.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro se mostró en recaídas y en la perspectiva subjetiva que la paciente refleja sobre sus competencias y habilidades, la cual difiere mucho a la lo que es en realidad, ya que las capacidades y recursos con los que cuenta son relativos al esfuerzo que le ponga.</p>
-----------------------	--

FUNCIONES DEL YO	LETICIA
Contacto con la realidad	<p>Es intranquila y ansiosa, frecuentemente presenta ataques de ansiedad patológica, la cual es asociada a estresares internos y/o externos, interfiriendo con su adaptación. Presentó alteraciones emocionales y ligera conciencia de los sentimientos y pensamientos que llegan a interferir con su adaptación. Confunde emociones de tristeza con ideas de muerte no estructuradas. Posee regular conciencia del trastorno que padece y no goza de la suficiente capacidad crítica sobre sus síntomas, ni distingue fácilmente entre los estímulos internos y la realidad actual. Se registró existencia ocasional de distorsiones e interpretaciones erróneas de la realidad bajo situaciones con contextos de carga emocional o para satisfacer estados de gran necesidad.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico, el deterioro se advirtió en una actitud alucinada característica con mirada perdida, con dificultad para identificar el pensamiento propio del que no lo es ya que en algunas ocasiones presentó alucinaciones visuales y auditivas, así como indicios de ideas de daño estructuradas que tienden a la cronicidad y rasgos paranoides. Llegó a exhibir síntomas psicóticos como soliloquios, risas inmotivadas y dejavús, mostrando la falla en el área de la sensopercepción, así como la presencia de despersonalización y desrealización debido a la confusión de estados internos al contacto con los ambientales.</p>
Sentido de la realidad	<p>Vive sentimientos crónicos de vacío con conductas motivada a incrementar la estimulación y saberse alguien especial. Presentó sentimientos de tristeza expresados en una actitud melancólica, distinguiéndose también sentimientos de minusvalía. Mostró inestabilidad emocional y cambios de ánimo súbitos en un corto periodo de tiempo que oscilan entre el llanto y alegría, sufriendo en ocasiones ataques de coraje, enojo y euforia que no puede controlar. Suele encontrarse disfórica e irritable y es impulsiva, manipuladora y demandante. Posee una autoconcepción fragmentada o no integrada pues no halla en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal, manifestándose en una pobre autoestima y con el requerimiento de retroalimentación externa constante y búsqueda de atención en forma infantil y en ocasiones violenta.</p> <p>Tiempo después del episodio psicótico, el deterioro se observó en leves signos de desrealización esporádicos como el sentirse perdida, acompañados de una visión con fallas en la interpretación y al tener contacto con la realidad en situaciones estresantes.</p>
Juicio crítico	<p>Exhibió un juicio disminuido e inapropiado, proyectando razonamientos ilógicos, y presentando errores de juicio y conducta al sentirse ansiosa y desesperada que la orillan a ser impulsiva conllevando cierto peligro (conductas parasuicidas y comportamientos disrruptivos).</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico el deterioro se observó un incremento mayor en la defectuosa conciencia y contemplación en las consecuencias</p>

	de sus actos suficientemente importante para no saber anticipar y/o juzgar coherentemente en algunas situaciones estresantes.
Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos	<p>Es ansiosa e inquieta, sufre de ataques de angustia extrema asociados a estresores internos y/o externos que desencadenan en la falla de la regulación de impulsos, haciendo un control insuficiente. Manifiestó muy pobre tolerancia a la frustración y manejo inapropiado a la demora, ansiedad y otras emociones no controladas y a consecuencia generalmente manifiesta errores de conducta como autoagresiones y creación de situaciones disruptivas. Es devaluadora, directa y sin tacto; posee personalidad explosiva e impulsiva en el área emocional con esporádicos arranques de furia y berrinches. Presenta labilidad en dicho sector, oscilando de un extremo al otro y actuándose las emociones, sobretodo la agresión y la depresión por la desestabilización de la tensión pulsional acumulada.</p> <p>Posteriormente al episodio el deterioro se registró en rasgos psicóticos como la necesidad de estar en continuo movimiento así como impulsos frágilmente controlados que desatan la desinhibición y a su vez, afectan de manera crónica en su adaptación, tendiendo a la heteroagresividad física y verbal.</p>
Relaciones objetales o interpersonales	<p>Vive sentimientos de vacío y no le es posible hallar en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal, mostrando conductas motivadas por incrementar la estimulación o para de sentir alguien. Presenta disforia e irritabilidad y labilidad emocional, oscilando entre la tristeza y la impotencia y enojo, asociados a conflictos de pareja o como reacción posterior a discusiones en relaciones afectivas. Sus relaciones interpersonales son ambivalentes e inestables, con presencia de ataques de coraje, enojo, euforia y exaltación que no puede controlar. Posee miedo al abandono y reacciona exacerbando síntomas por miedo a ser lastimada y verse desatendida o a causa de duelos no resueltos que le siguen causando conflicto. Es manipuladora, berrinchuda y demandante. Su manera de vincularse es infantil por las expectativas que deposita en el otro dentro de relaciones violentas, usando en algunas ocasiones el chantaje y persistencia para obtener atención. La propia identidad y estado emocional depende en gran medida de lo comentado o percibido por los demás a grado tal, que se encuentra disfórica e intranquila por la confusión y melancolía que la invade fomentando la dependencia.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico, el deterioro se exhibió en la desconexión o dependencia, haciendo notable la dificultad para establecer un equilibrio adecuado entre el distanciamiento e intimidad y por ello sobrelleva una forma bizarra de relacionarse con las personas.</p>
	Mostró atención dispersa, comprensión baja y un pensamiento concreto limitado a los hechos similar a la ideología “del todo o nada”. Le es difícil organizar e interpretar la información de los estímulos de manera que faciliten la comprensión de algunos hechos y consecuentemente el aprendizaje. Evidenció regular conciencia de la enfermedad mental.

<p>Procesos cognitivos o del pensamiento</p>	<p>Manifestó un juicio disminuido, fallas en el razonamiento abstracto y la conceptualización. Posee limitada capacidad para ver las relaciones y diferencias entre sucesos, así como fallas en la memoria a largo y corto plazo.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro se registró en la presencia de un pensamiento incongruente e ilógico y a veces desorganizado, con deterioro en las funciones mentales superiores, y evaluada con retraso mental moderado y coeficiente mental equivalente al límite inferior. También exhibió desorientación parcial en circunstancia.</p>
<p>Regresión adaptativa al servicio del Yo</p>	<p>Presenta fenómenos regresivos muy primitivos y fallas en la regresión adaptativa al servicio del Yo a causa de deficiencias internas, manifestadas en el fracaso al tratar de cobrar insight.</p> <p>Tiempo después mostró rasgos psicóticos vistos por la pobre relación del pasado con el presente. Como parte del deterioro desencadenado.</p>
<p>Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo</p>	<p>Utiliza los mecanismos de regresión, proyección, introyección, devaluación, idealización y acting out.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se notó en el incremento de frecuencia del aislamiento y la escisión, sin poder, en términos generales, tolerar o confrontar sus pensamientos y emociones por miedo a no comprenderlas o confundirse en el intento (desintegración).</p>
<p>Filtro de estímulos</p>	<p>El umbral o la sensibilidad ante los estímulos era y es bajo, ya que las defensas brotan al instante evidenciado el conflicto interno a causa de la mala interpretación de estímulos tanto internos como externos. Destaca también una paradójica búsqueda de estimulación para saciar necesidad de vacío o disminuir la sensación.</p> <p>Subsecuentemente a las crisis el deterioro se vio al surgir rasgos psicóticos que incluyen la desposesión de barreras necesarias para mostrarse flexible y adaptarse al medio, ya que abruptamente responde inadecuadamente al explotar y reaccionar de manera incongruente.</p>
<p>Funcionamiento autónomo</p>	<p>Mostró un pensamiento concreto limitado a los extremos así como poca capacidad de insight con muy pocos recursos para adaptarse y ser más funcional.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se presentó en atención dispersa volcada al medio interno, comprensión casi insuficiente, con moderado grado de perturbación e intrusión del conflicto en las funciones autónomas por estresores emocionales o pensamientos fantásticos. Se registró deterioro en las funciones primarias como atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje, motricidad y juicio insuficiente, así como en la atención y concentración. Se encontraron afectadas la anticipación y planeación. Las destrezas y hábitos rutinarios, descritos por la paciente, fueron y suelen ser interferidos por estresores</p>

	diversos.
Funcionamiento sintético-integrativo	<p>Evidenció un razonamiento ilógico así como conflicto en la adaptación al cambio y reintegración de experiencias, afectos, pensamientos y conductas que al ser discrepantes o contradictorias no puede reconciliar. Vive en ambivalencia y en presencia de la escisión, mostrando un funcionamiento del Yo no integrado o fragmentado, expuesto en razonamientos ilógicos y contradicciones en pensamientos, emociones y conductas que desencadenan ansiedad perturbadora al tratar de integrarse. No logró expresar metas estructuradas, sólo dio ideas algo realistas basadas en el presente, notándose el desorden o desorganización y conflicto entre los componentes del aparato psíquico.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro registró la presencia de la escisión mas frecuente y gravemente, haciendo innegable la dificultad para expresar ideas hiladas, ya que no puede equilibrar el Super yo con las encomiendas morales y el deber ser, con las pulsiones del Ello, cayendo en cuadros depresivos graves y recurrentes asociados a consecutivas fallas de juicio y conducta.</p>
Competencia y dominio	<p>A causa de la poca tolerancia la frustración, bajo control de impulsos y acting out, hay una clara repercusión sobre el control de su medio que la hace vulnerable. Las competencias con las que cuenta son las necesarias para lograr funcionalidad y adaptarse a su medio. La perspectiva subjetiva es baja, similar a la concebida por ella misma.</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico el deterioro se percibió en la escisión y la dificultad para hacerse responsable o cargo de si misma que tiende a la cronicidad y empeoramiento. Por tanto se valoró una proyección a futura poco favorable.</p>

FUNCIONES DEL YO	ROSA MARIA
Contacto con la realidad	<p>Es intranquila y ansiosa, frecuentemente presenta ataques de ansiedad patológica asociada a estresares internos y/o externos, Presenta alteraciones emocionales y moderada conciencia de los sentimientos y pensamientos, los cuales llegan a interferir con su adaptación, confundiendo emociones de desesperación y tristeza con ideas de muerte no estructuradas, así como celotipia. Posee nulo concepto de la enfermedad mental y no goza de la suficiente capacidad crítica sobre sus síntomas, ni distingue con facilidad entre los estímulos internos y la realidad actual; de hecho se registró la existencia ocasional de distorsiones e interpretaciones erróneas de la realidad bajo situaciones con contextos de carga emocional o para satisfacer estados de gran necesidad.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se notó en la dificultad de identificar el pensamiento propio del que no lo es, pues ha presentado alucinaciones visuales, olfativas y kinestésicas, así como indicios de ideas de daño estructuradas que tienden a la cronicidad. Informa haber tenido dejavùs, mostrando la falla en el área de la sensopercepción, despersonalización y desrealización debido a la confusión de estados internos al contacto con los ambientales.</p>
Sentido de la realidad	<p>Vive sentimientos crónicos de vacío con conductas motivada a incrementar la estimulación y saberse alguien especial. Presentó sentimientos de minusvalía, desesperanza y tristeza expresados con anhedonia y abulia. Mostró inestabilidad emocional, cambios de ánimo súbitos en un corto periodo de tiempo, sufriendo en ocasiones ataques de coraje, enojo y euforia que no le es posible controlar. Suele ser irritable, impulsiva, manipuladora, seductora y demandante. Posee una autoconcepción fragmentada o no integrada ya que no halla en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal, manifestado en una pobre autoestima con el requerimiento de retroalimentación externa constante y búsqueda de atención en forma infantil.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro se observó en signos leves de desrealización esporádicos como el sentirse perdida, acompañados de una visión con fallas en la interpretación y contacto con la realidad en situaciones estresantes y ocasionando en situaciones extremas afecto displiciente.</p>
Juicio crítico	<p>Exhibió un juicio disminuido e inapropiado, proyectando razonamientos poco lógicos, además de presentar errores de juicio y conducta cuando al sentirse ansiosa y desesperada la orillan a ser impulsiva conllevando cierto peligro (conductas parasuicidas y comportamientos arrebatados).</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico el deterioro se percibió en la defectuosa conciencia de las consecuencias de sus grave, siendo ésta tan severa como para no saber anticipar, valorar los pros y contras y/o juzgar de forma apropiada, coherente o congruente cómo el consumo y abuso de múltiples sustancias y prostitución para tener acceso a ellas.</p>

<p>Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos</p>	<p>Es ansiosa e inquieta, sufre de ataques de angustia patológica asociados a estresores internos y externos que generalmente desencadenan en la falla de la regulación de impulsos, haciendo un control deficiente. Nula tolerancia a la frustración y manejo inapropiado a la demora, ansiedad y otras emociones sin poder controlarlas para posteriormente manifestarse en errores de conducta como autoagresiones e incluso intoxicación por sustancias y sexo irresponsable. Posee personalidad explosiva, impulsiva en el área emocional con esporádicos arranques de furia y berrinches, presentado labilidad en dicho sector y oscilando de un extremo al otro actuándose las emociones, sobretodo la agresión y la depresión.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se encontró en la necesidad de estar incontinuo movimiento así como impulsos frágilmente controlados que desata en la desequilibrada e incontrolable descarga de pulsiones en el ámbito emocional y conductual sobre todo en fallas graves en el autocuidado.</p>
<p>Relaciones objetales o interpersonales</p>	<p>Vive sentimientos de vacío ya que no le es posible hallar en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal. Realiza conductas motivadas a incrementar la estimulación y con el objetivo de sentir algo o saberse alguien. Presentó disforia, irritabilidad e inestabilidad emocional, pasando por un abanico de emociones y pensamientos que incluyen frecuentemente la tristeza y el enojo posterior a discusiones en relaciones afectiva. Sus relaciones interpersonales son ambivalentes e inestables con la presencia de ataques de coraje, enojo, euforia y exaltación de las que no es conciente y no puede controlar. Posee miedo al abandono y reacciona exacerbando síntomas por miedo a ser lastimada y verse desatendida. Se vincula de forma infantil por las expectativas que deposita en el otro dentro de relaciones violentas, usando en algunas ocasiones el chantaje para obtener atención. La propia identidad y estado emocional depende en gran medida de lo comentado o percibido por los demás.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico, el deterioro se percibió en la desconexión o dependencia, haciendo notable la dificultad para establecer un equilibrio adecuado entre el distanciamiento e intimidad y por ello sobrelleva una forma bizarra de relacionarse con las personas.</p>
<p>Procesos cognitivos o del pensamiento</p>	<p>Mostró atención y comprensión disminuidas, un pensamiento concreto limitado a los extremos similar a la ideología “del todo o nada”. Le es difícil organizar e interpretar la información de los estímulos de manera que faciliten la comprensión de algunos hechos y consecuentemente el aprendizaje. Evidencia nula conciencia de la enfermedad mental. Manifestó juicio disminuido, fallas en el razonamiento abstracto y en la conceptualización. Posee limitada capacidad para ver las relaciones y diferencias entre sucesos, así como fallas en la planeación y las deficiencias al comunicarse o darse a entender de manera impulsiva, reflejado en las funciones mentales superiores.</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico el deterioro se percibió en la atención</p>

	<p>volcada al medio interno, una actitud ensimismada acompañada de deterioro en el área del pensamiento, respondiendo de manera ilógica e inexpressiva. Demostró falta de juicio, alteraciones en la memoria y lagunas, así como la aparición de síntomas como despersonalización y desrealización.</p>
<p>Regresión adaptativa al servicio del Yo</p>	<p>Presenta fenómenos regresivos muy primitivos y fallas en la regresión adaptativa al servicio del Yo a causa de deficiencias internas, manifestadas en el fracaso al tratar de cobrar insight.</p> <p>Tiempo después mostró rasgos psicóticos vistos por la pobre ilación del pasado con el presente, como parte del deterioro desencadenando.</p>
<p>Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo</p>	<p>Utiliza los mecanismos de regresión, proyección, idealización y acting out.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se presentó en un incremento de frecuencia del aislamiento y la escisión, sin poder, en términos generales, tolerar o confrontar sus pensamientos y emociones por miedo a no comprenderlas o confundirse en el intento (desintegración).</p>
<p>Filtro de estímulos</p>	<p>El umbral o la sensibilidad ante los estímulos era y es bajo, ya que las defensas brotan al instante evidenciado el conflicto interno a causa de la mal interpretación de estímulos tanto internos como externos. Destaca también una paradójica búsqueda de estimulación para saciar necesidad de vacío o disminuir la sensación.</p> <p>Subsecuentemente a las crisis, el deterioro se advirtió al surgir rasgos psicóticos que incluyen la desposesión de barreras necesarias para mostrarse flexible y adaptarse al medio, ya que abruptamente responde inadecuadamente al explotar y reaccionar de manera incongruente.</p>
<p>Funcionamiento autónomo</p>	<p>Mostró un pensamiento concreto limitado a los extremos y pobre capacidad de insight con muy pocos recursos para adaptarse y ser funcional.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro se presentó en la atención dispersa volcada al medio interno, comprensión casi insuficiente con moderado grado de perturbación e intrusión del conflicto en las funciones autónomas por estresares emocionales o pensamientos fantásticos, con evidente deterioro en las funciones primarias como la atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje, motricidad y juicio insuficiente. Se encontraron afectadas la anticipación y planeación y, las destrezas y hábitos rutinarios, descrito por la paciente, fueron y suelen ser interferidos por estresares diversos.</p>
	<p>Exhibió un razonamiento ilógico así como conflicto en la adaptación al cambio y dificultad en la reintegración de experiencias, afectos, pensamientos y conductas que al ser discrepantes o contradictorias no puede reconciliar. A causa de la escisión y ambivalencia en la que vive, mostró indicios de un funcionamiento del Yo no integrado o fragmentado, expuesto las contradicciones en pensamientos, emociones y conductas que</p>

<p>Funcionamiento sintético-integrativo.</p>	<p>desencadenan ansiedad perturbadora al tratar de integrarse. No logró expresar metas estructuradas, sólo da ideas poco realistas basadas en el presente.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se notó en la presencia de escisión, haciendo innegable la dificultad para expresar ideas hiladas, pues no puede equilibrar el Super yo con las encomiendas morales y el deber ser, con las pulsiones del Ello.</p>
<p>Competencia y dominio</p>	<p>Debido a la poca tolerancia la frustración, bajo control de impulsos y acting out hay una clara repercusión sobre el control de su medio que lo hace insuficiente. Las competencias con las que cuenta no son satisfactorias para lograr funcionalidad y adaptarse a su medio. La perspectiva subjetiva ni siquiera es concebida por ella.</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico el deterioro se presentó en una mayor frecuencia y gravedad de la escisión y por tanto dificultad para hacerse responsable o cargo de si misma y por lo mismo se valora una proyección a futura poco favorable ya que tiende a la cronicidad y al empeoramiento.</p>

FUNCIONES DEL YO	GABRIELA H.
Contacto con la realidad	<p>Es inquieta y se muestra ansiosa y no le es factible relajarse cuando se encuentra en un lugar diferente ajeno a su casa. Frecuentemente presenta ataques de ansiedad patológica asociada a estresores internos y/o externos, de tal forma que exhibe hipervigilancia. Presenta alteraciones emocionales y moderada conciencia de los sentimientos y pensamientos que interfieren con su adaptación, confundiendo emociones con ideas de muerte no estructuradas. Manifestó ideas sobrevaloradas distinguidas por comunicarse con una actitud devaluada, hostil y déspota. Posee regular concepto de la enfermedad mental y no goza de la suficiente capacidad crítica sobre sus síntomas, ni distingue con facilidad entre los estímulos internos y la realidad actual.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se registró en la existencia de distorsiones e interpretaciones erróneas de la realidad bajo circunstancias desencadenantes de carga emocional o para satisfacer estados de gran necesidad. Se le dificulta identificar el pensamiento propio del que no lo es ya que en algunas ocasiones presentó alucinaciones visuales y olfativas, además de expresar ideas de referencia produciéndole la sensación de ser protagonista sin percatarse de ello.</p>
Sentido de la realidad	<p>Vive sentimientos crónicos de vacío con conductas motivadas a incrementar la estimulación y saberse alguien especial. Y también presentó sentimientos de soledad y miedo al abandono y abulia. Muestra inestabilidad emocional y cambios de ánimo súbitos en un corto periodo de tiempo, sufriendo en ocasiones ataques de furia y enojo que no le es posible controlar. Es manipuladora, seductora, con actitudes infantiles, conflictiva y exageradamente demandante. Posee una autoconcepción fragmentada o no integrada manifestada en una pobre autoestima con el requerimiento de retroalimentación externa constante y búsqueda de atención en forma violenta.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro se observó en leves signos de desrealización esporádicos como el sentirse perdida, acompañados de una visión alterada de la realidad interna en situaciones estresantes, ocasionando en situaciones extremas afecto aplanado.</p>
Juicio Crítico	<p>Exhibió juicio disminuido e inapropiado, proyectando razonamientos vagos e inconsistentes, además de presentar errores de juicio y conducta que conllevan cierto peligro al sentirse ansiosa y desesperada como conductas parasuicidas e incluso actos vandálicos.</p> <p>Con el tiempo el episodio psicótico el deterioro se exhibió al desarrollar un incremento en la defectuosa e insuficiente conciencia de las consecuencias de sus actos, sin tan severa como para no saber anticipar o juzgar coherentemente algunas situaciones.</p>
	Es ansiosa e inquieta, sufre de ataques de angustia patológica asociados a estresores internos y/o externos que generalmente desencadenan en la

<p>Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos.</p>	<p>insuficiente regulación de impulso. Posee poca tolerancia a la frustración, ansiedad y otras emociones sin poder controlarlas y posteriormente se manifiestan en errores de conducta como autoagresiones e incluso actos vandálicos. Se conduce de manera espontánea y con explosiva franqueza. Es impredecible e impulsiva en el área emocional, con arranques de furia y berrinches. Presenta labilidad afectiva, oscilando de un extremo al otro actuándose las emociones, sobretodo la agresión y la depresión.</p> <p>Subsecuentemente a las crisis, el deterioro se encontró en rasgos psicóticos como el frágil control de impulsos.</p>
<p>Relaciones objetales o interpersonales</p>	<p>Vive sentimientos de vacío ya que no halla en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal. Presenta conductas motivadas a incrementar la estimulación o para saberse alguien. Mostró disforia e irritabilidad, así como labilidad emocional que oscila entre la tristeza y el enojo, frecuentemente asociados impotencia por conflictos familiares. Sus relaciones interpersonales son ambivalentes e inestables; posee miedo al abandono y huye en algunas ocasiones por miedo a ser lastimada y verse desatendida. Se vincula de forma infantil por las expectativas que deposita en el otro, e incluso la propia identidad y estado emocional depende en gran medida de lo comentado o percibido por los demás.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se notó en mayor desconexión o dependencia, haciendo notable la dificultad para establecer un equilibrio adecuado entre el distanciamiento e intimidad y por ello sobrelleva una forma bizarra de relacionarse con las personas.</p>
<p>Procesos cognitivos o del pensamiento</p>	<p>Mostró atención aumentada, comprensión ligeramente disminuida y un pensamiento lógico similar a la ideología del “todo o nada”. Le es difícil organizar e interpretar la información de los estímulos de manera que faciliten la comprensión de algunos hechos y consecuentemente el aprendizaje. Se percibió parcial conciencia de la enfermedad mental. Manifiesta fallas en el razonamiento abstracto y la conceptualización y posee limitada capacidad para ver las relaciones y diferencias entre sucesos, así como fallas en la planeación y las deficiencias al comunicarse o darse a entender de manera impulsiva.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro se presentó en una atención volcada al medio interno y una actitud ensimismada, con un discurso desorganizado acompañado de respuestas incongruentes.</p>
<p>Regresión adaptativa al servicio del Yo</p>	<p>Presenta fenómenos regresivos muy primitivos y fallas en la regresión adaptativa al servicio del Yo a causa de deficiencias internas, manifestadas en el fracaso al tratar de cobrar insight.</p> <p>Tiempo después mostró rasgos psicóticos vistos por la pobre ilación del pasado con el presente como parte del deterioro desencadenado.</p>

Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo	<p>Utiliza los mecanismos de regresión, proyección, evitación y acting out.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se presentando en un incremento de frecuencia del aislamiento y la escisión, sin poder, en términos generales, tolerar o confrontar sus pensamientos y emociones por miedo a no comprenderlas o confundirse en el intento (desintegración).</p>
Filtro de estímulos	<p>El umbral o la sensibilidad ante los estímulos era y es bajo, ya que las defensas brotan al instante evidenciado el conflicto interno a causa de la mal interpretación de estímulos tanto internos como externos. Destaca también una paradójica búsqueda de estimulación para saciar necesidad de vacío o disminuir la sensación.</p> <p>Subsecuentemente a las crisis el deterioro se percibió al surgir rasgos psicóticos que incluyen la desposesión de barreras necesarias para mostrarse flexible y adaptarse al medio, ya que abruptamente responde inadecuadamente al explotar y reaccionar de manera incongruente.</p>
Funcionamiento autónomo	<p>Mostró un pensamiento concreto limitado a los extremos, comprensión disminuida y nula capacidad de insight con muy pocos recursos para adaptarse y ser funcional. En muchas ocasiones se ve frustrada ante sus incapacidades intelectuales y habilidades.</p> <p>Tiempo después al episodio psicótico el deterioro se manifestó en una atención volcada al medio interno con evidente grado de perturbación e intrusión del conflicto en las funciones autónomas por estresares emocionales o pensamientos fantásticos, así como ligero deterioro en las funciones primarias como lenguaje y motricidad, más afectadas la atención y concentración.</p>
Funcionamiento sintético-integrativo.	<p>Evidenció un razonamiento ilógico así como conflicto en la adaptación al cambio y dificultad en la reintegración de experiencias, afectos, pensamientos y conductas que al ser discrepantes o contradictorias no puede reconciliar. A causa de la ambivalencia que vive, muestra un funcionamiento del Yo no integrado o fragmentado, expuesto en metas poco estructuradas y realistas para el futuro donde se perciben contradicciones en pensamientos, emociones y conductas que desencadenan ansiedad perturbadora al tratar de integrarse.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se advirtió en la presencia de la escisión, haciendo innegable la dificultad para equilibrar el Super yo con las encomiendas morales y el deber ser, con las pulsiones del Ello.</p>
Competencia y dominio	<p>Debido a la poca tolerancia la frustración, bajo control de impulsos y acting out hay una clara repercusión sobre el control de su medio que lo hace insuficiente. Las competencias con las que cuenta no son satisfactorias para llevar una funcionalidad constante y adaptarse a su medio. La perspectiva subjetiva que la paciente refleja sobre sus competencias y habilidades difiere mucho a la lo que realmente es.</p>

Subsecuentemente al episodio psicótico el deterioro se notó en la dificultad de ineficiencia para hacerse responsable o cargo de si misma que tiende a la cronicidad y empeoramiento. Por tanto se valora una proyección a futuro poco favorable.

FUNCIONES DEL YO	FABRITZIA
Contacto con la realidad	<p>Es ansiosa y frecuentemente presenta ataques de ansiedad patológica asociada a estresores internos y/o externos. Presentó alteraciones emocionales al estar en contacto con todo su entorno. Posee nula concepción de la enfermedad mental que padece ya que no goza de la suficiente capacidad crítica sobre la verdad para distinguir facilidad entre los estímulos internos y la realidad actual ya que efectúa interpretaciones erróneas de la realidad bajo circunstancias con carga emocional o para satisfacer estados de gran necesidad.</p> <p>Con el tiempo el episodio psicótico ha ido incrementando deterioro en esta función a causa de la ansiedad patológica incontrolable y que desencadena síntomas psicóticos por la falta de control sobre la misma, viviendo distorsiones de la realidad al presentar alucinaciones visuales o auditivas. También expresa ideas referencia y de daño con verdaderos pensamientos estructurados del tema, sin poder percatarse de dichos síntomas.</p>
Sentido de la realidad	<p>Es caprichosa, berrinchuda y enojona, utiliza la manipulación y la seducción para lograr beneficios. Reacciona de manera oposicionista, reticente, devaluadora e infantil. Cuando sus demandas, generalmente excesivas no son atendidas a la brevedad se torna intolerante y explota sin inhibiciones. Vive con sentimientos crónicos de vacío con conductas motivadas a incrementar la estimulación o para sentirse especial. Presenta inestabilidad emocional, frecuente irritabilidad, disforia y furia discordantes mostrados en actitudes intensas y conductas explosivas. No posee una identidad integrada o estable manifestándose en su discurso fragmentado.</p> <p>Subsecuente al episodio psicótico el deterioro se observó en la manía, exaltación y cúmulos de energía dispersa o sin rumbo que favorecen la presencia de ataques de ansiedad patológica asociada a estresores internos y/o externos que desencadenan en la aparición de episodios psicóticos expuestos en la incongruencia en su expresión gestual inapropiada, casi plana aún con comportamientos explosivos. Ha presentado signos leves de desrealización esporádicos como el sentirse perdida y despersonalización. Posee una visión alterada de la realidad interna sin estar necesariamente bajo situaciones estresantes o por estar intoxicada.</p>
Juicio crítico	<p>Antecedentes de juicios inapropiados, razonamientos ilógicos que conllevan a un cierto peligro tanto para la paciente como sus allegados. Es impulsiva, incapaz de contemplar las consecuencias de sus actos arrebatados, temerarios y explosivos como la ingesta de medicamentos, intoxicación por múltiples sustancias a las que tiene dependencia y actos parasuicidas.</p> <p>Posteriormente al episodio psicótico el deterioro se fue notando en un juicio casi insuficiente, con defectuosa conciencia crítica lo suficientemente grave como para no saber anticipar y juzgar de forma coherentemente y congruente muchas situaciones que así lo requieren y</p>

	exhibiendo conductas disruptivas.
Regulación y control de pulsiones, afectos e impulso	<p>Experimenta ansiedad extrema, ser inquieta y sufrir ataques de ansiedad patológica asociada a estresores internos y/o externos que no ha sabido manejar desde la pubertad. Posee baja tolerancia a la frustración y mal control a la demora, desencadenando la falla en la regulación de pulsiones, afectos e impulsos, manifestándose en errores de conducta como autoagresión, consumo y dependencia de múltiples sustancias. Es explosiva e impulsiva, en el área emocional presenta labilidad y oscilando de un extremo al otro actuándose las emociones sobretodo la agresión y el enojo con esporádicos arranques de furia y berrinches.</p> <p>Tiempo después a varias crisis psicóticas el deterioro demuestra la necesidad de estar en continuo movimiento, expresa un discurso verborrico, fuga de ideas acompañado de una actitud infantil. Desinhibida, sobresale su expansividad, espontaneidad y explosiva franqueza y con impulsos frágilmente controlados se le observa como protagonista de continuas agresiones verbales y físicas dirigidas a cualquier población, creando situaciones disruptivas.</p>
Relaciones objetales o interpersonales	<p>Vive con sentimientos de vacío ya que no le es posible hallar en si misma un sentido de consistencia en el ámbito interpersonal. Su conducta se ve motivada por incrementar la estimulación o para saberse alguien especial. Presenta labilidad emocional, oscilando entre la euforia y el enojo, asociados a conflictos de pareja como reacción posterior a discusiones, malos entendidos y violencia de pareja. Sus relaciones interpersonales se caracterizan por ser extremistas, ambivalentes e inestables. Posee miedo al abandono y a la soledad. Se vincula de forma infantil por las expectativas que deposita en el otro; incluso la propia identidad y estado emocional es alterada por los demás.</p> <p>Subsecuentemente a episodios psicóticos el deterioro se presenta en mayor desconexión o dependencia, haciendo notable la dificultad para establecer un equilibrio adecuado entre el distanciamiento e intimidad.</p>
Procesos cognitivos o del pensamiento	<p>Presentó atención disminuida, pensamiento concreto limitado a los extremos destacando la ideología del “todo o nada” acompañado de un discurso lentificado y semicoherente. No logra organizar e interpretar la información de los estímulos de manera que faciliten la comprensión de algunos hechos y consecuentemente el aprendizaje. Exhibe exhibió fallas en el razonamiento abstracto y en la conceptualización y posee limitada capacidad para ver las relaciones y diferencias entre sucesos. Por tanto es nula la conciencia de la enfermedad mental que padece.</p> <p>Posteriormente a crisis psicóticas el deterioro muestra atención muy dispersa, comprensión casi insuficiente, incongruencias en el habla y razonamientos incongruentes, evidenciando el deterioro de las funciones mentales superiores, ya que en ocasiones no esta orientada en circunstancia y posee fallas en la memoria. Valorada con un coeficiente intelectual menor al límite.</p>

<p>Regresión adaptativa al servicio del Yo</p>	<p>Presenta fenómenos regresivos muy primitivos y fallas en la regresión adaptativa al servicio del Yo a causa de deficiencias internas, manifestadas en el fracaso al tratar de cobrar insight.</p> <p>Tiempo después mostró rasgos psicóticos vistos por la pobre ilación del pasado con el presente, como parte del deterioro desencadenado.</p>
<p>Mecanismos de defensa o funcionamiento defensivo</p>	<p>Utiliza los mecanismos de regresión, proyección, evitación y acting out.</p> <p>Posteriormente a episodios psicóticos el deterioro se presenta en un incremento de la frecuencia del aislamiento y la escisión, sin poder, en términos generales, tolerar o confrontar sus pensamientos y emociones por miedo a no comprenderlas o confundirse en el intento (desintegración).</p>
<p>Filtro de estímulos</p>	<p>El umbral o la sensibilidad ante los estímulos era y es bajo, ya que las defensas brotan al instante evidenciado el conflicto interno a causa de la mal interpretación de estímulos tanto internos como externos. Destaca también una paradójica búsqueda de estimulación para saciar necesidad de vacío o disminuir la sensación.</p> <p>Subsecuentemente a varias crisis el deterioro se nota en el surgimiento de rasgos psicóticos que incluyen la desposesión de barreras necesarias para mostrarse flexible y adaptarse al medio, ya que abruptamente responde inadecuadamente al explotar y reaccionar de manera incongruente.</p>
<p>Funcionamiento autónomo</p>	<p>Muestra un pensamiento concreto limitado a los extremos así como nula capacidad de insight con muy pocos recursos para adaptarse y ser funcional.</p> <p>Tiempo después a episodios psicóticos el deterioro se registra en atención dispersa volcada al medio interno, comprensión casi insuficiente con moderado grado de perturbación e intrusión del conflicto en las funciones autónomas por estresares emocionales o pensamientos fantásticos y, evidente deterioro en las funciones primarias como pensamiento, lenguaje, motricidad y más afectadas la atención y concentración.</p>
<p>Funcionamiento sintético-integrativo.</p>	<p>Evidenció un razonamiento ilógico así como conflicto en la adaptación al cambio así como dificultad en la reintegración de experiencias, afectos, pensamientos y conductas que al ser discrepantes o contradictorias no se pueden reconciliar. A causa de la ambivalencia que vive, muestra un funcionamiento del Yo no integrado o fragmentado expuesto las contradicciones en pensamientos, emociones y conductas que desencadenan ansiedad perturbadora al tratar de integrarse.</p> <p>Posteriormente a episodios psicóticos el deterioro se encontró en la presencia de escisión, haciendo innegable la dificultad para expresar ideas hiladas, pues no puede equilibrar el Super yo con las encomiendas morales y el deber ser, con las pulsiones del Ello.</p>

Competencia y dominio	<p>Debido a la nula tolerancia la frustración, bajo control de impulsos y acting out hay una clara repercusión sobre su medio siendo insuficiente el control sobre éste. Las competencias con las que cuenta no son satisfactorias para llevar una funcionalidad y adaptarse a su medio.</p> <p>Subsecuentemente a crisis psicóticas el deterioro se nota en la perspectiva subjetiva sobre sus competencias, la cual ni siquiera es concebida, además de presentar ineficacia para hacerse responsable o cargo de si misma que tiende a la cronicidad y al empeoramiento. Por tanto se valoró una proyección a futuro poco favorable.</p>
-----------------------	--

CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN

Después de haber de haber realizado la presente investigación en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” en donde se trabajo con diez pacientes que fueron diagnosticadas como personas con trastorno limite de la personalidad (TLP).

Se evaluaron las implicaciones de los resultados obtenidos en la investigación del análisis en los casos de TLP y, al dar cumplimiento del objetivo de la presente investigación se observó que hay deterioro en la mayoría de las funciones del Yo. Dentro de éstas destacan tales como el contacto con la realidad, el sentido de la realidad, juicio crítico, regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos, relaciones objetales o interpersonales, los procesos cognitivos o del pensamiento, la regresión adaptativa al servicio del yo (RASY), los mecanismos de defensa, el filtro de estímulos, el funcionamiento sintético integrativo, así como la función de competencia y dominio. La función menos afectada fue el funcionamiento autónomo. Autores como Bleuer (1911) y su hipótesis sobre el deterioro del funcionamiento psíquico elemental sobre el cuadro clínico que Kraepelin (1899), inició al observar a los borderline; justifica la suposición de que dicho deterioro continua por ser parte de un proceso continuo que es posible observar en el cuadro de información referente a la historia clínica de las pacientes, tal cómo lo argumentaba Federn (1984), al expresar que dicho deterioro no era únicamente un estallido inicial sino que continuaba siendo un proceso que debido a una compensación defensiva puede exhibir una temporaria restitución de la investidura yóica, que simultáneamente advertía el deterioro del yo y de la propia vida psíquica, explicando así la naturaleza catastrófica de síntomas o episodios psicóticos presentados, equivalente a un colapso en las funciones yóicas. Aspectos o elementos similares se observaron en las pacientes con las que re efectúa la presente investigación.

Alvaréz, Estebán y Sauvagnát (2004), consideran que la estructura a Borderline es susceptible o vulnerable a desarrollar un trastorno característico con posible desestructuración en brotes o episodios psicóticos debidos al mal funcionamiento de las funciones del yo por parte de la persona. La muestra de pacientes contempladas para este estudio mostraron esa fragilidad de su personalidad y presentaron gran propensión a episodios psicóticos a lo largo de sus diferentes recaídas e internamientos al psiquiátrico.

Millon (2006), en sus investigaciones reporta que el proceso secundario basado en el principio de realidad comienza a dar lugar a un proceso primario de pensamiento basado en deseos, fantasías y la liberación directa de los impulsos del paciente fronterizo. Situación observada en todas las pacientes del la investigación al manifestar síntomas psicóticos y presentar un episodio psicótico que las condujo al internamiento en el hospital psiquiátrico, donde destacan las alucinaciones auditivas visuales y poco comunes las cinestésicas; además de signos leves de desrealización y despersonalización así como ideas de muerte semiestructuradas y estructuradas, ideas de daño y de referencia ligeramente establecidas y ocasionalmente celotipia que tiende a la cronicidad.

Kernberg (1987), describe manifestaciones específicas de debilitación del yo que incluyen ansiedad, ausencia de control de impulsos y de canales de sublimación desarrollados; similar a lo que Millon (2006), comenta sobre cómo a medida que se debilitan las funciones del Yo o que dejan de funcionar por completo en el curso de los episodios psicóticos transitorios, comienza a ceder la psique del paciente ante situaciones estresantes. Circunstancias presentadas en las pacientes borderline del estudio al manifestar ataques de angustia patológica, juicio inapropiado, muy baja tolerancia a la frustración, mal manejo de la demora, impulsividad y descarga impredecible en el ámbito emocional y conductual en las pacientes borderline del estudio.

Knight (1965), enfatiza en la importancia de la debilidad del Yo y su relación con los episodios psicóticos, afirmando que las funciones normales del Yo en los proceso secundarios de pensamiento, integración, planificación realista, adaptación, adaptación al ambiente, mantenimiento de las relaciones objetales y defensas contra impulsos inconscientes punitivos están muy debilitadas. La muestra de pacientes contempladas para este estudio exhibieron dicha debilitación al expresar sentimientos de vacío, dificultad para equilibrar distanciamiento e intimidad en las relaciones interpersonales, una actitud ensimismada o atención volcada al medio interno y dificultad en la adaptación al medio y para ser funcionales.

Kernberg (1975), describe a las personas límite con escasa capacidad de introspección y el insight respecto a base de incongruencias; asociado a escritos de Millon (2006), sobre las fallas en la capacidad para sospechar los hechos, para considerar las situaciones desde el punto de vista de todas las personas implicadas, para desarrollar un plan adaptativo tanto a largo como

a corto plazo, así como para contener los impulsos de ello de los controles conscientes dominantes. Las pacientes de la actual tesis muestran estas incapacidades en el juicio crítico expresadas en la mal interpretación de las circunstancias.

Millon (1998; 2006), describe en los pacientes límite la falta de desarrollo de las funciones de la autonomía primaria y otros factores, destacando la capacidad de concentración que aún con el máximo esfuerzo disminuye significativamente. La muestra de sujetos contempladas en la investigación mostraron esas alteraciones y/o deterioro en las funciones mentales primarias.

Millon (1998), habla sobre la continua fusión regresiva de imágenes de sí mismo y de los objetos en un paciente con TLP. De igual forma Kroll (1993), en sus trabajos menciona que los razonamientos más integrados de los límite son frágiles y no pueden resistir bajo el peso de los afectos intensos característicos de periodos de regresión y por tanto están a merced de su propia conciencia. Situación que las mujeres apreciadas en el estudio actual presentaron dichos fenómenos regresivos primitivos.

Kernberg (1987), menciona que los sujetos borderline generalmente contaminan la información sobre el pasado con las dificultades actuales de la personalidad; hecho que se encontró continuamente en las todas las pacientes incluidas en trabajo actual tesis al mostrar pobre ilación del pasado con el presente.

Kernberg (1975), argumenta que al observar los niveles de organización defensiva y la integración de identidad en el paciente límite, en éste existe la predominancia de las defensas primitivas. La muestra de pacientes contempladas para este estudio exhibieron dichos mecanismos de defensa inadecuados debido a la insuficiencia de barreras flexibles o inadaptativas como la escisión, aislamiento y regresión; así como falta de integración o equilibrio en el Yo, ello y el superyo.

Freud (1926), hace la observación de que individuos fronterizos se caracterizan por el fracaso simultáneo de los trabajos de la angustia. Millon (2006), por su parte menciona que estos pacientes no poseen un Yo lo suficientemente fuerte para tolerar la ansiedad y que la angustia patológica desencadena, tiempo después, con alucinaciones o delirios poco estructurados fallando así, la función del contacto con la realidad. Basil y Sharpín (2002), comentan que los

límite asocian el trauma psíquico desde un mundo originariamente interno para posteriormente dramatizarlo fuera con delirios, donde sus contenidos promueven la internalización del trauma. De hecho, el concepto de labilidad yóica desarrollado por Wallerstein y Robbins (1956), surge y hace hincapié en la falta de tolerancia a la ansiedad reflejada en medida en que la ansiedad experimentada es mayor a la habitualmente provoca en el paciente la formación de nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o regresión yóica como tal. Todo ello Kernberg (1966), lo integra y asocia como parte del nivel de deterioro inmediatamente observable en el paciente borderline corroborado por Frosh (1984), en su entrevista. En comparación a ello, se observó que las pacientes involucradas en la presente investigación, pasaron de la ansiedad e inquietud a ataques de angustia o ansiedad patológica.

Erikson (1956), menciona la persistencia de la escisión en conflictos emocionales personales que favorecían la cristalización de la identidad yóica manifestándose ocasionalmente en la difusión de la identidad. Kernberg (1987), enfatiza en la falta de integración de los aspectos bueno y malo de la realidad del si mismo en el paciente fronterizo y los otros cómo causante de la poca capacidad de evaluar de forma realista su exterior. Federn (1984), comenta que el TLP posee inmadurez para tolerar factores tensionantes, exógenos y endógenos, lo cual se relaciona con una incompleción o consolidación estructural y por ende de identidad. Fonagy y Target (2000) así como Basili y Sharpín (2002), afirman que en los pacientes fronterizos el antecedente de una situación traumática impide la creación del espacio para jugar con la realidad exterior y reintegrar límites del Yo-no Yo con respecto al desarrollo del sentido de la realidad. Finalmente Gunderson (2002), argumenta que la organización límite se caracteriza por una formación débil o fallida de la identidad. En esta ocasión la población empleada mostró que las mujeres con TLP analizadas poseen una autoconcepción fragmentada con una identidad no definida y que a lo largo del tiempo exhibía fallas en la interpretación y contacto con la realidad en situaciones estresantes.

Kernberg (1975), menciona que los sujetos límites demuestran escasa capacidad de introspección y el insight respecto a base de incongruencias además de evidenciar la arbitrariedad de juicio y situaciones por el estilo, los cuales son mejor visualizados en la regresión temporal, como en los breves episodios psicóticos que sufren, ya sea bajo la influencia de un trastorno emocional grave, alcohol o drogas. Gunderson (2002), detalla la organización límite como una formación con fallas en el un juicio de realidad que se pierde en situaciones de estrés. López (2004), propone que dentro de la teoría del apego propuso que

los pacientes limítrofes tienen fallas en la función reflexiva o de mentalización consistente en la habilidad de pensar sobre los estados mentales de uno mismo y de los demás. Los datos que produjo la investigación mostraron que las pacientes con las que se trabajó se caracterizan por tener un juicio disminuido o inapropiado y que posteriormente desarrollaron una defectuosa conciencia sobre las consecuencias de los actos sin poder anticipar o juzgar coherentemente.

Kernberg (1979), refiere que la falta de control de impulsos es típica característica de la organización límite, siendo la impulsividad errática e impredecible, el reflejo del incremento de la ansiedad o de cualquier otro derivado instintivo al intentar dispersar las tensiones intrapsíquicas. Oldham, Skodol y Bender (2005) citan a Wallerstein y Robbins (1956), quienes enfatizan en la falta de control de impulsos como parte de la labilidad yoica desarrollada en paciente límite. Por su parte Álvarez, et al. (2004), menciona que en pacientes de estructura fronteriza presentan inestabilidad en los síntomas observables y tendencia a actuar en función de una angustia como si no tuviera límites o que éstos fueran incontrolables. Linehan (1993) y Western (1991), comentan que en sujetos borderline se evidencia la dificultad para regular y equilibrar el afecto; así como conflictos por la compleja e incorrecta forma de pensar, sentir y comportarse con respecto a sí mismos y a los demás, con comportamientos disfóricos. Los resultados obtenidos en la presente tesis informaron que las mujeres borderline ya conservaban dicha insuficiencia en la regulación de impulsos, baja tolerancia a la frustración y errores de conducta y que subsecuentemente el tiempo muestra deterioró generando fragilidad e incluso incapacidad en la regulación de pulsiones, emociones e impulsos, manifestándose en la gravedad de la nula tolerancia a la frustración y control de la demora.

Kernberg (1975), considera que el paciente, en el intento por acercarse alguien busca enorme atención y afecto, muestra contradicciones en la expresiones de sus emociones que en forma reactiva y según Liebert (1999), sobrepasa los límites. Gabbard (1994), dice que es evidente en sujetos límite, la caleidoscópica manifestación de cambios del Yo con susceptible presentación de intensas reacciones de contratransferencia consistentes en fantasías de salvación, sentimientos de culpa, transgresiones de los límites profesionales, ira, ansiedad, terror y profundos sentimientos de impotencia. Por otro lado Fonagy (2000a), argumenta cómo, debido al fracaso en el desarrollo de una representación madura, constante y multifacética de sí mismos y de los demás en las personas con TLP, éstos se tornan vulnerables a las oscilaciones emocionales cuando las personas que son importantes para ellos les

decepcionan momentáneamente. Asociado a ello López (2004), argumenta que los sujetos fronterizos comprenden una conducta de búsqueda de proximidad por medio de ruegos, llamados de atención y aferramiento tornándose esto en una situación crónica. Complementado por Fonagy (2000b), cuando menciona que el apego inseguro-preocupado correspondiente al borderline es expresado en relatos desorganizados de sus relaciones de apego infantiles, donde se aprecian confusiones semánticas o sintácticas de sus narraciones. La muestra de pacientes analizadas para este estudio exhibió que sus relaciones interpersonales se caracterizan por ser ambivalentes o inestables con cambios en el estado del ánimo y oscilantes entre el enojo o furia y tristeza, con excesiva demanda hacia los demás. Situación que anterior o subsecuente a un episodio psicótico se desplegó en el estancamiento extremo entre la desconexión y/o distanciamiento o, por el contrario, en la total dependencia en relación a relaciones interpersonales significativas y el estado de ánimo inmerso en ellas.

Bleuer (1911), afirma la existencia del deterioro en funcionamiento psíquico elemental de los pacientes borderline. Federn (1984), supone que el deterioro es parte de un proceso continuo. Basil y Sharpín (2002), argumenta que el deterioro psíquico se ve reflejado cuando los sucesos traumáticos, llegan a interferir en la construcción del pensamiento y sus contenidos. Las pacientes involucradas en el estudio actual mostraron dicho deterioro a través del tiempo manifestado en los procesos cognitivos tales como el cambio de un pensamiento concreto o lógico a uno mágico y/o incongruente así como la atención, comprensión y memoria mayormente afectadas en algunas ocasiones. De igual forma las mujeres borderline contempladas en el estudio exhibieron funciones mentales superiores disminuidas, fomentando la dificultad en organizar e interpretar la información de los estímulos para la comprensión de los hechos y el aprendizaje, así como fallas en la planeación y para comunicarse.

Freud (1940), dice que en la escisión del Yo en el proceso de defensa, el resultado se logra a expensas de una desgarradura en el Yo que nunca se reparará y que se hará más grande con el tiempo. Kernberg (1975), destaca la trascendencia en los pacientes límite, la desadaptativa forma de regular las emociones por mecanismos que distorsionan la realidad, tales como la negación y la proyección como principales causas específicas del debilitamiento del Yo por la predominancia de las defensas primitivas. Gunderson (2002), concuerda Kernberg (1987) en que con en que la organización límite constituye una formación con defensas primitivas donde la identificación proyectiva, la escisión y la regresión predominan. Por su parte, Basili y

Sharpín (2002), describen que en los borderline es posible notar el deterioro en la psique que lidia con el trauma y la inconcientización a causa fundamentalmente de la escisión o disociación primitiva como se mencionó arriba. Por tales motivos se observó en las sujetas a la investigación poseían mecanismos defensivos dentro de los cuales destacan la regresión, proyección y acting out en términos generales, haciendo mayor uso de la devaluación e idealización; que posteriormente se transforman o se estacan en una regresión mas profunda al presentar con mayor frecuencia y gravedad la escisión y en ocasiones el aislamiento.

Millon (2006), menciona que el Yo del sujeto con TLP funciona mal cuando está sometido al estrés de los acontecimientos traumáticos o relaciones patológicos. Knight (1965), enfatiza en la importancia de la debilidad del Yo y su relación con los episodios psicóticos, afirmando que las funciones normales del Yo en los procesos secundarios de pensamiento, integración y planificación realista además de otras están muy debilitadas. Fonagy (2000a), argumenta que el individuo fronterizo no posee la habilidad de manejar las experiencias interpersonales al mismo simultaneo a intentos de modificar los estados mentales propios y los de otros, sino que recurre a medios físicos casi siempre violentos para cambiar ese estado de cosas. Por su parte López (2004), expresa que el paciente límite sobrelleva pensamientos y emociones desorganizadas y por ello, representa un arduo trabajo terapéutico. Las mujeres contempladas en el actual trabajo mostraron dicha disminución en el funcionamiento integrativo sintético, manifestado en las fallas en el razonamiento lógico o coherente, capacidad de insight reducida con conflictos en el cambio y dificultad en la reintegración de experiencias sensaciones, afectos, pensamientos y conductas; que a la postre evidencia la presencia de escisión o disociación con significativa problemática para equilibrar el deber ser con el ello.

Knight (1965), menciona la importancia de la debilidad del Yo y su relación con los episodios psicóticos, afirmando que las funciones de adaptación al ambiente en los pacientes con TLP están muy debilitadas, semejante a los trabajos realizados Fonagy y Target (1997), sobre déficits en el funcionamiento adaptativo. Millon (1998), argumenta que las deficiencias en la estructura psíquica límite sugieren un fracaso para desarrollar una cohesión interna adecuada y una jerarquía de estrategias de afrontamiento muy poco satisfactorias, así como comportamientos interpersonales socialmente aceptables o eficientes. Cancrini (2002), comenta que la situación traumática desencadenante de una crisis en las personas borderline,

exhiben el tipo de estructura y recursos con los que cuenta para sobrellevar su historia particular de vida, pues según Millon (2006) indica, las fluctuaciones en el comportamiento van generando deterioro paulatino en su adaptación así como en la funcionalidad, eficiencia y creatividad. Los resultados obtenidos a partir de la muestra utilizada para el presente estudio muestran que las pacientes poseían competencias poco o medianamente suficientes para su adaptación y regular funcionalidad debido a la vulnerabilidad que las caracteriza, y que posterior a episodios psicóticos, se transformaron en insuficientes competencias para adaptarse al medio, tener cierto control sobre el mismo y ser funcionales constantemente. En casos mas graves, no les es posible hacerse cargo de sí mismas.

Bleuer (1911), señala que el deterioro del funcionamiento psíquico elemental y general coincide con lo argumentado por Federn (1984), que expresa que el deterioro en dichos aspectos, se explican por una compensación defensiva y paulatina a la restitución de la investidura yoica que simultáneamente advierte el deterioro del yo. La muestra de sujetos empleadas para el estudio informa que las mujeres borderline poseen un umbral muy bajo o muy alto ante los estímulos, haciendo brotar las defensas casi inmediatamente por la mal interpretación de estímulos. De igual forma las pacientes involucradas en el proyecto muestran que a continuación de la presentación del episodio psicótico o crisis, no cuentan con las barreras necesarias y reaccionan incoherente, abrupta e inmediatamente a situaciones en general sin tener repercusiones en el funcionamiento autónomo.

Knight (1953), detalla al caso limite como aquel en el que las funciones normales del Yo en los procesos secundarios de pensamiento, integración, planificación realista, adaptación al ambiente, mantenimiento de las relaciones objetales y defensas contra impulsos inconcientes punitivos, están muy debilitados. Menciona que otras funciones del Yo como la adaptación convencional pero superficial al ambiente y el mantenimiento superficial de las relaciones objetales pueden estar intactas y, las pruebas de realidad exhiben debilidad del Yo a causa de la falta de conocimiento sobre la realidad de sus vidas. El autor comenta que la enfermedad o el Trastorno límite se desarrolla en ausencia de desencadenantes observables o bajo estresores relativamente leves manifestando la presencia de múltiples síntomas y discapacidades acentuando en la actuación egosintónica, falta de realismo en la planificación del futuro con respecto a la educación, la vocación, el matrimonio, la maternidad o la paternidad. Las pacientes implicadas en el estudio mostraron esta debilidad en el

funcionamiento de procesos de integración, planificación, adaptación al ambiente, mantenimiento de relaciones objetales estables y algunas fallas en las pruebas de realidad.

Fonagy (2000a), describe que el pensamiento del paciente fronterizo es similar a “Mi cuidador piensa que yo, por tanto, yo existo como ser pensante”; y de acuerdo a ello Fonagy (2007), considera apropiada la denominación de una desorganización y disfuncionalidad del Self caracterizada por una alteración de la identidad ocasionada por la presencia de un Self ajeno, el cual a su vez produce problemas para la regulación afectiva y autocontrol emocional que incluyen sentimientos de vacío, falta de estabilidad del sentido del si mismo, inestabilidad emocional e impulsividad; así como distorsión y disfunción en la habilidad de la prueba de la realidad social, con predominio de modalidades defensivas de funcionamiento en las relaciones de intimidad y en la transferencia. Todo ello acompañado del uso de la escisión e identificación proyectiva asociado a vulnerabilidad al trauma en relación por las graves dificultades para conservar las relaciones de apego con intimidad y propensión a provocar el abandono con tendencia al suicidio consecuente. Los datos obtenidos en el análisis de las pacientes del presente trabajo muestran a las mujeres borderline con una desorganización y alteración en las diversas funciones del yo tales como las anteriormente mencionadas.

Cancrini (2002), describe al funcionamiento del border y detalla cómo éste progresivamente se transforma invasivo en situaciones de estrés reconocibles, al grado que se cierran o bloqueen llegando a proponer fases generalmente limitadas en tiempo, de funcionamiento claramente psicótico (episodios o brotes psicóticos), ya que entre estas personas la capacidad para percibir y distinguir los contextos no es eficiente, no distinguen de manera correcta el origen de la dificultad, conflicto o problemática; ya sea por el Yo o por el objeto de sus representaciones mentales. El autor menciona que los pacientes poseen dificultades en el nivel de maduración y por esto presentan un bajo umbral a un retroceso a niveles psicóticos de su funcionamiento mental y, al entrar en contacto con situaciones estresantes particulares como el consumo de drogas o actos desesperados, éstos enmascaran una patología grave de nivel psicótico. La muestra de pacientes implicada en la investigación informa que ellas se observa dicho funcionamiento psíquico alterado.

Cancrini (2004), aclara que generalmente los sujetos fronterizos cursan la recuperación de una crisis, recaída o episodio psicótico con un tratamiento sanitario obligatorio y en ese momento no ponen resistencia por el cuidado recibido y los medicamentos que nivelan los síntomas.

Niegan dar cuenta de su comportamiento, se recuperan pronto y posteriormente a reponerse reconstruyen la historia de inestables relaciones de pareja, de consumo de drogas y conductas aparatosas con aumento progresivo a causa, según ellos de tensiones ya existentes con la familia por falta de comprensión e insensibilidad. La ruptura de todas sus relaciones con el mundo se vuelve insostenible y aparece nuevamente una crisis caracterizada por tristeza crónica, así como sentimientos de soledad, vacío y la percepción del fracaso personal que acompaña nuevamente el dramatismo de la crisis que las transportan a experiencias traumáticas vividas. Por su parte Zanarini (2004), menciona que la eficacia de fármacos es muy visible, sin embargo el auto sabotaje en el abandono de los mismos tiene una estrecha relación en las recaídas aún con medicamento requiere indudablemente un tratamiento terapéutico que contenga un encuadre que tolere la manifestación de posteriores episodios psicóticos que traerá consigo posible deterioro. Los resultados obtenidos a partir de la muestra utilizada para el presente estudio revelan que las pacientes presentan este tipo de comportamientos y actitudes con respecto a su tratamiento en relación a la consciencia de la enfermedad que padecen,

CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES

Las pacientes de la muestra investigada nos permiten tomar en consideración las siguientes conclusiones, al menos para el presente trabajo sin que por esto se puedan extrapolar como generalizaciones de todas las personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad (TLP).

Los pacientes con diagnóstico Trastorno Límite de la Personalidad equivalen a la versión más pura de la estructura fronteriza, la cual se caracteriza por investir una organización susceptible o vulnerable a desarrollar trastornos o alteraciones mentales por la fragmentación psíquica o desestructuración temporal manifestada en brotes o episodios psicóticos, debidos a un desequilibrio o fallas en las funciones yóicas.

Los pacientes con diagnóstico Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por investir una organización susceptible o vulnerable a desarrollar trastornos o alteraciones mentales por la fragmentación psíquica o desestructuración temporal del Yo, que se manifiesta en fallas en las funciones yóicas que a lo largo del tiempo producen brotes o episodios psicóticos.

En el caso de la muestra empelada para el presente trabajo algunas de las pacientes requieren atención psiquiátrica y durante su recuperación al estar internadas en el hospital psiquiátrico con ayuda de un tratamiento sanitario obligatorio, las pacientes no ponen resistencia por el cuidado recibido y los medicamentos que nivelas los síntomas; niegan dar cuenta de su comportamiento, se recuperan pronto y posterior a la recuperación reconstruyen la historia de inestables relaciones de pareja, de consumo de drogas o alcohol y conductas aparatosas con aumento progresivo, dando la explicación de tensiones ya existentes con la familia por falta de comprensión e insensibilidad. La ruptura de todas sus relaciones con el mundo se vuelve insostenible y aparece nuevamente una crisis caracterizada por tristeza crónica, así como sentimientos de soledad, vacío y la percepción del fracaso personal que acompaña nuevamente el dramatismo de la crisis que las transportan a experiencias traumáticas vividas. En general éstas mujeres, a causa del trastorno mental que padecen no asumen la conciencia mental de la alteración y abandonan el medicamento por la falsa creencia de que la recuperación es símbolo de salud, fomentando así subsecuentes recaídas cada vez más cercanas unas a otras.

La ingesta de medicamentos no garantiza la ecuanimidad mental, éstos sólo aminoran los síntomas y no las fallas en las funciones yóicas o la estructura inestable siempre predispuesta a inadecuadas acciones en su vida que forma parte de un círculo donde nuevamente se da la aparición de un nuevo episodio psicótico.

Los pacientes con trastorno borderline analizadas, tienen una fragmentación psíquica que consiste en fallas en la consolidación estructural o un mal diseño de la organización yóica que no permite una funcionalidad óptima y por tanto, buen desempeño de sus labores. De acuerdo a esto, el paso del tiempo, y estresores tanto internos como externos desarrollan la presencia de síntomas graves, frecuentemente observables, en crisis o episodios psicóticos que demuestran la disminución, avería o desgaste en algunos de los componentes de su estructura y por ende fallas en la mayoría de sus funciones.

El deterioro puede describirse como un daño progresivo, tal vez paulatino, en mayor o menor grado de las funciones yóicas que en el actual trabajo se le relaciona con una insuficiencia en la consolidación o afianzamiento estructural en el sujeto border y que inevitablemente genera decadencia en la eficacia de sus funciones creando un proceso patológico hasta advertirse un colapso en las mismas al presentarse el grado más alto en episodios psicóticos. Por tanto en la muestra de mujeres empleada para el estudio, se justifica la suposición de que dicho deterioro no sea un estallido inicial sino que continúe en proceso que debido a una compensación defensiva, puede exhibir una temporaria restitución de la investidura yóica y simultáneamente afecte contenidos del Yo por falta de una confiable investidura del estado yóico maduro y duradero.

De acuerdo a la investigación efectuada, se observó deterioro en la mayoría de las funciones del Yo de las pacientes analizadas, dentro de las cuales se incluyen: el contacto de la realidad; juicio crítico; sentido de la realidad; regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos; relaciones objetales o interpersonales; procesos cognitivos o del pensamiento, Regresión adaptativa al Yo; mecanismos defensivos; filtro de estímulos; funcionamiento integrativo-sintético y competencias y dominio; sin verse tan afectadas las funciones autónomas.

El deterioro en el contacto de la realidad se observa por medio de la aparición de delirios, alucinaciones y presencia ocasional de despersonalización y desrealización, así como la mal

interpretación de los estímulos que les rodean. Por parte del juicio crítico el deterioro se percibió en las fallas de juicio y en la pobre capacidad para evaluar las consecuencias de los actos generalmente erróneos.

En cuanto a la regulación de pulsiones, afectos e impulsos se percibió el deterioro en una fragilidad para regularlos, incapacidad para controlar la demora impulsividad en la expresión de emociones, pensamientos, conductas así como la necesidad de expulsar la ansiedad abruptamente en el momento de sentirla.

El continuo deterioro en las relaciones objetales o interpersonales se evidencía en la inestabilidad de los afectos y conductas relacionadas con los afectos y las personas especiales involucradas. Un continua demanda de atención y cariño violenta e infantil por el depósito de altas expectativas en los otros.

Los procesos cognitivos se ven afectado por el deterioro al ir disminuyendo la atención, concentración y mucho más la memoria y la capacidad de planeación. El pensamiento generalmente baja un nivel considerable de complejización siendo este concreto mágico generalmente, alcanzando un coeficiente intelectual similar ala limítrofe.

La función de regresión adaptativa al servicio del Yo es claramente deteriorada al grado de ser casi inexistente sin poder la paciente de encontrar placer o satisfacción en ninguna actividad regresiva.

Por otro lado, el deterioro en los mecanismos defensivos se destacó por ser éstos muy primitivos, haciéndose presentes la regresión, escisión, negación, proyección, negación y acting-out calificados en su empleo como muy ineficientes y desadaptativos.

El deterioro en el filtro de estímulos fue muy evidente en la ineficiente barrera para asimilar los estímulos, tendiendo que ser o muy bajos o muy altos según el umbral desarrollado por las pacientes, ya que reaccionan inmediatamente y de manera incoherente al estímulo real.

El funcionamiento sintético-integrativo fue gravemente alterado a consecuencia del deterioro psíquico, ya que indudablemente la integración de las experiencias e ilación de éstas dentro de un tiempo, espacio y contexto son narrados de forma fragmentada.

El deterioro en las competencias y el dominio del medio se ven reflejadas en una disminución considerable porque la funcionalidad y la utilización de los recursos en el medio ambiente son bajas y otras veces muy pobres, al grado tal que la motivación y fuerza yoica fomentan un pronóstico poco favorable. Sin embargo, las funciones autónomas no se ven tan afectadas, pues sólo se llegan a registrar ligeras alteraciones temporales al estar en crisis.

Finalmente también se llegaron a observar en la muestra de pacientes utilizadas en la investigación que al haber fallas en las funciones yoicas, no aprenden de la experiencia, tienen la dificultad de desarrollar límites claros, seguros y eficientes hacia si mismas y su alrededor, viviendo en la incertidumbre total y constante.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, J., Esteban R. y Sauvagnat, F. (2004). Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Madrid: Síntesis.

Amado, G. (1985). Fundamentos de la psicopatología: Locura, enfermedad mental y psiquiatría según la ontología psicoanalítica. Buenos Aires: Gedisa.

Avenburg, R. (1975). El aparato psíquico y la realidad. Buenos Aires: Nueva Visión

Akiskal, H. (1981). Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline realm. Psychiatry Clinical North America, 4, 4-25.

Basili, R. M. (2003, noviembre). Las ansiedades del Borderline: Modelo Psicoanalítico Estructural (Implicancias Clínicas). Segunda Teoría Freudiana de la Angustia. Presentado en el Symposium XLI, Argentina, Asociación Psicoanalítica.

Basili, R. y Sharpin, I. (2007, noviembre). Trauma y Situación Traumática. Desarrollo y Trabajo Psíquico del Trauma: Implicancias Actuales Teóricas y Técnicas. Presentado en Argentina, Asociación Psicoanalítica.

Ballesteros, J. (2002). Brote Psicótico. Revista Anales de Psiquiatría, 4, 2-5.

Bellak, L. (1994). Manual para la evaluación de las funciones del yo (EFY). México: Manual Moderno.

Bellak, L. (1996). T.A.T., C.A.T. y S.A.T.: Uso clínico. México: Manual Moderno.

Belloch, A., Sadín, B. y Ramos, F. (2005). Manual de psicopatología. México: Mc Graw Hill. Vol. 2.

Bellver, P., Hernández, M., Cuquerella, M. y Pérez, B. (1997). "Conceptos básicos", en Manual del residente de psiquiatría. Madrid: SmithKlein-Beecham. Vol.1.

Bereinstein, I. (1976). Familia y enfermedad mental. Buenos Aires: Paidós.

Bergeret, J. (1974). La personalidad normal y patológica. Barcelona: Gedisa.

Bishop, L. (1973). Interpretación de las teorías de la personalidad. México: Trillas.

Bodon, (2003). Guía para la detección clínica y evaluación de las funciones yoicas. Resumen para evaluación, 2, 1-56.

Bruno, F. (1997). Diccionario de términos psicológicos fundamentales. Barcelona: Paidós Studio.

Cabrera, J. (2006). El estigma de la enfermedad mental. El mundo, 4, 3-6

Cancrini, L. (2007). Océano Borderline. Viajes por una patología inexplorada. Barcelona: Paidós Ibérica.

Cancrini, L. (2007). Ruptura del límite de lo psicótico en el trastorno de personalidad. Una lectura sicopatológica simple del llamado “doble diagnóstico”. Presentado en el Symposium de trastornos de la personalidad X, Madrid, Asociación Psicoanalítica.

Capponi, R. (1992). Psicopatología y semiología psiquiátrica. Resumen temático anual, 3; 1-231.

Casas, M. (2007). Carne de psiquiatra. Antipsiquiatría, 4, 2-6.

Cinachí, R. G. (2006). El ello, Yo y Super yo. Resumen anual del curso, 7, 35-41.

Clínica diferencial de las psicosis. (1988). Relatos presentados al quinto encuentro internacional. Buenos Aires: Manantial: Autor.

Cochrane, R. (1991). La creación social de la enfermedad mental. Buenos Aires: Nueva Visión.

Cochrane, R. y Sobol, R. (1980). Estrés cotidiano y consecuencias psicológicas. En: Feldman, P. Orford. (Ed.). Psicología social de problemas psicológicos. Chichester: Wiley.

Coryell, S., y Zimmerman, A. (2000, junio). The prevalence and demographic Associations of personality disorders in the community. Original no publicado.

Davidson, L., Lawless, M. y Leory, F. (2005). Competing or Complementary. Psychiatry, 18, (6), 664-667.

Delamare, G. (1981). Diccionario de términos técnicos de medicina. (20a. ed.). México: Interamericana.

Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. (2002).

Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. (2007).

Erikson, E. (1978). Infancia y sociedad. (9a. ed.). Buenos Aires: Horme.

Ey, M. (1997). De estudios de Jackson a un modelo Dinámico orgánico en psiquiatría. Paris: Harmattan.

Fairbairn, R. (1970). Estudio Psicoanalítico de la Personalidad. (3a. ed.). Nueva York: Ediciones Horne.

Farriols, H., Cebria, J., Ferrier, V. y Palmas, S. (2006). La recuperación en la psicosis temprana: los procesos de duelo y el sentido de la experiencia psicótica. Anales de Psiquiatría, 9, (22), 296-305.

Federn, P. (1984). La psicología del Yo y las psicosis. Buenos Aires: Amorrortu.

First, M., Frances A. & Pincus, A. (1996). DSM-IV. Manual de diagnóstico diferencial. México: Masson.

Fonagy, P. (2000a). Attachment and Borderline Personality Disorder. Journal of the American Psychoanalytic Association, 48, (4), 1129-1146.

Fonagy, P. (2000b). Apegos patológicos y acción terapéutica. Revista de Psicoanálisis, 4, 34-42.

Fonagy, P. (2007). Psicoterapias psicodinámicas. Práctica basada en la evidencia y sabiduría clínica. Aperturas psicoanalíticas, 4, 1-13.

Foucault, M. (1984). Enfermedad mental y personalidad. Barcelona: Paidós.

Franco, A. (2005). Una guía de consejos prácticos para la esquizofrenia. El Mundo es salud, 4, 1-3.

Freud, S. (1923). El yo y el ello y otros escritos de metapsicología. (2a. ed.). Madrid: Alianza.

Freud, S. (1924). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. Buenos Aires: Amorroutu. Vol. XIX.

Freud, S. (1926). Inhibición, Síntoma y Angustia: La neuropsicosis de la defensa. Buenos Aires: A.E., Vol. XX.

Freud, S. (1933). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Buenos Aires: AE., Vol. XXII.

Freud, S. (1940). Esquema del psicoanálisis. (2a. ed.). Buenos Aires: Paidós.

Frosh, S. (1990). Políticas del psicoanálisis. Introducción a la teoría freudiana y post-freudiana. (2a. ed.). Londres: Macmillan.

Gabbard, G. (1994). Treatment of borderline patients in a multiple-treater setting. Psychiatric Clinic North American, 17, 839-850.

Gabbard, G. (1997). Psychotherapy of Personality disorders. Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health, 3, 327-333.

Gabbard, G. (2002). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Buenos Aires: Médica Panamericana.

García, P. (2000). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnosticos de investigación: CIE-10: CDI-10. Madrid: Médica Panamericana.

García, W. (2007). Enfermedad mental. Abraxas Magazine. Revista de psicología, sociedad y cultura, 15, 2-5.

Goldstein, B. (1999). Sensación y percepción. (5a. ed.). México: Thompson.

González de Rivera y De las Cuevas, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. Catedra de psiquiatría y psicología medica. Psiquis, 8, (13), 287-324.

Grant, F. R., Chou, P. S., Goldstein, R. T., Huang, R. A., Stinson, F. G., Saha, T. R., Smith, T. S., Dawson, D. E., Pulay, J. P., Pickering, M. R., y Ruan, W. N. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results From the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. The Journal of Clinical Psychiatry, 69, 533-545.

Guinsberg, E. (1990). Normalidad, conflicto psíquico y control social: Sociedad, salud y enfermedad mental. México: UNAM Xochimilco.

Gunderson, J. (1984). Trastorno de la personalidad Borderline. Washington: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. (2002). Trastorno de la personalidad. Guía Clínica. Barcelona: Ars Médica.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. (2007). Datos demográficos y estadísticos del área de urgencias, y hospitalización. Presentado como trabajo de caso semanal en el auditorio.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1987). Compendio de psiquiatría. Barcelona: Salvat.

Kernberg, O. (1968): The treatment of patients with borderline personality organization. Intern of Journal Psychoanalysis, 49, 600-619.

Kernberg, O. (1979). Desórdenes Fronterizos y Narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós.

Kernberg, O. (1987). Trastorno graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas. México: Manual Moderno.

Kernberg, O. (1992). La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.

Kernberg, O. (1996). Teoría psicoanalítica de las neurosis. México: Paidós. Psicología Profunda.

Klein, M. (1974). Psicoanálisis del desarrollo temprano: Contribuciones al psicoanálisis. (2a. ed.). Buenos Aires: Horme.

Knight, R. (1986). Los estilos Neuróticos. Buenos Aires: Psique.

Laplanche, J. y Portails, J. B. (1981). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Labor.

Levi-Straus. (1969). Las enfermedades mentales del parentesco. Buenos Aires: Paidós.

Liebert, S. (1999). Personalidad: estrategias y temas de Liebert y Spiegler. México: International Thompson.

Linehan, M. (1993). Tratamiento cognitivo conductual en el trastorno de la personalidad Borderline. Nueva York: Guilford.

López, G. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes. México: Editores de textos mexicanos.

Lopez-lbor. C. (1976). Cómo se fabrica una bruja. Barcelona: DOPESA.

Lukacs, G. (1982). Etapas del pensamiento político y estético. Barcelona: Grijalvo.

Maldavsky, M. (1991). Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Martí, T. y Murcia, G. (1988). Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación. Barcelona: Anthoropos. Editorial del hombre.

Masterson, J. (1976). Psicoterapia del adulto Borderline. Nueva York: Brunner/ Mazel.

Maya, J. (2000). Breve historia del concepto de Psicosis única. Fragmento. Revista en línea, 5, 3-8.

Millon, T. (2006). Trastornos de la personalidad de la vida moderna. (2a. ed.). Barcelona: Masson.

Millon, T. (1998). Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. México: Masson.

National Alliance for the Mentally Ill. (2006).

Oldham, Skodol y Bender. (2007). Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Elsevier Masson.

Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos. Madrid: Médica Panamericana: Autor.

Pasquini, P. y The Italian Group for the Study of Dissociation. (2000). Predictive Factors for Borderline Personality Disorder: Patients' Early Traumatic Experiences and Losses Suffered by the Attachment Figure. The Journal of Clinical Psychiatry, 102, 282-289.

Perales, A. (1998). Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo". (2a. ed.). Lima: UNMSM.

Pérez, G. (2000). Enfermedades mentales y antipsiquiatría. Psiquiatría en línea, 8, 1-6.

Phares, E. (1999). Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica. (2a. ed.). México: Manual Moderno.

Piaget, J. (1970). Educación e instrucción. Buenos Aires: Proteo.

Postel, J. y Quétel, C. (1993). Historia de la psiquiatría. México: FCE

Programa de prevención de las psicosis. (2000).

- Rappaport (1957). Organización y patología del pensamiento. Nueva York: universidad de Columbia.
- Roca, B. y Baca, B. (Ed.). (2004). Trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Médica.
- Romeu i Bes. (2008). Trastornos mentales. Gabinete Médico- Psicológico, 5, 27-32.
- Rubio, L. y Perez, U. (2003). Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier.
- Sansone, R., McLean, J., y Wiederman, M. (2008). The Relationship Between Medically Self-Sabotaging Behaviors and Borderline Personality Disorder Among Psychiatric Inpatients. The Journal of Clinical Psychiatry, 10, 448-452.
- Sansone, R., Wiederman, M. y L, Sansone. (1998). Borderline Personality Symptomatology, Experience of Multiple Types of Trauma, and Health Care Utilization Among Women in a Primary Care Setting. The Journal of Clinical Psychiatry, 59, 108-111
- Schmideberg, M. (1959). Contribuciones de Marie Langer. Buenos Aires: Nova.
- Sluchevski, I. (1963). Enciclopedia de Psicología. (2a. ed.). México: Grijalvo.
- Swartz, M. y Blazer, L. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. Journal of Personality Disorders. 4, (3), 257-72.
- Szasz, T. (1976). Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires. Amorrortu.
- Vallejo, P. (2001). Desde una perspectiva. Psicotherma. 3, (3), 419-417.
- Vázquez, Crespo & Herrán. (2005). Las fases tempranas de la psicosis. España: Masson.
- Waelhens, A. (1985). La psicosis: Ensayo de interpretación psicoanalítica y existencial. (3ª. Ed.). Madrid: Moralta.
- Wallerstein, R. y Robbins, L. (1956). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation, Part IV (Concepts). Bulletin of the Menninger Clinic, 20, 239-264.
- Zanarini, M. (Ed.). (2004). Mental Health Service Utilization by Borderline Personality Disorder Patients and Axis II Comparison Subjects Followed Prospectively for 6 Years. The Journal of Clinical Psychiatry, 65, 28-36.

ANEXOS

Tabla 1. Diferenciación de la organización de la personalidad (Kernberg, 1984)

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

Las características límite se encuentran entre ambos extremos.