



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

T E S I N A

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
XIMENA ARCINIEGA PÉREZ ALLENDE**

**DIRECTOR DE TESINA:
Dr. José de Jesús González Núñez**



MÉXICO, D.F.

2010



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.

***“La inmortalidad significa
ser amado por mucha gente anónima”.***

SIGMUND FREUD

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I Definición y Antecedentes del Trastorno Límite de la Personalidad	6
CAPÍTULO II Trastorno Límite de la Personalidad con base en Distintos Modelos Psicológicos	22
CAPÍTULO III Aspectos Teóricos acerca del Trastorno Límite de la Personalidad	32
CAPÍTULO IV Diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad	66
CAPÍTULO V Trastorno Límite de la Personalidad y alternativas de tratamiento	87
CONCLUSIONES	113
REFERENCIAS	118

AGRADECIMIENTOS

A mi abuelo Enrique

A mis padres y hermano

A mi familia

A mis amigos

A las tias Ruth y Rosa

A mi universidad, especialmente a mi facultad

A mi honorable Jurado

DR. José Cueli García

DR. José DE Jesús González Núñez

LIC. María Concepción Conde Alvarez

MTRA. Eva María Esparza Meza

DR.Samuel Jurado Cárdenas

Con gratitud y amor.

“TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD”

RESUMEN

Este trabajo comprende una introducción, los antecedentes históricos del trastorno límite de la personalidad, sus características sobresalientes y alternativas de diagnóstico y tratamiento.

Se ubica el trastorno limítrofe de la personalidad desde una perspectiva histórica y teórico-técnica a partir de los trabajos pioneros de H. Deutch, A. Stern y R.Knight. Se efectúa una reseña de los autores que fueron describiendo cuadros que se fueron aproximando a la conformación del trastorno límite de la personalidad.

Se señalan las características sobresalientes del cuadro y se efectúa una síntesis de los aportes de los distintos autores (A. Stern, R. Knight, Greenson, J.Frosch,O.Kernberg y Gunderson). Se resumen los criterios seguidos en el tratamiento por los distintos modelos terapéuticos.

INTRODUCCIÓN

Uno de los trastornos de personalidad que han sido objeto de más estudio es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP); y aunque el concepto de personalidad límite ha sido por muchos años un diagnóstico desacreditado, han habido muchos investigadores interesados en definir criterios para identificar a los pacientes con esta patología del carácter.

El presente trabajo consta de los siguientes capítulos:
En el Capítulo I . Definición y antecedentes del trastorno límite de la personalidad se define TLP desde la perspectiva de varios autores como Otto Kernberg, Stern, Melanie Klein y Linehan entre otros; también se mencionan los antecedentes del TLP, así como las aportaciones que autores como Sigmund Freud, Melanie Klein, y Otto Kernberg realizan con respecto al origen del TLP.

En el Capítulo II .Trastorno Límite de la Personalidad con base en distintos Modelos Psicológicos, se aborda la evolución de las diferentes concepciones acerca del TLP según diferentes modelos a partir de 1950.

En el Capítulo III . Aspectos Teóricos acerca del Trastorno Límite de la Personalidad aborda consideraciones psicoanalíticas acerca del TLP, principalmente durante la infancia temprana, haciendo referencia a experiencias agresivas suscitadas en el desarrollo temprano de pacientes con TLP. De igual forma se describen los mecanismos de defensa predominantes en los pacientes con TLP. Así mismo, se abordan los mecanismos de defensa propuestos por Otto Kernberg para los pacientes límite los cuales son: escisión, idealización primitiva, negación y omnipotencia y desvaloración. También se mencionan las características del funcionamiento relacionál del paciente con trastorno limítrofe de la personalidad.

En el Capítulo IV. Diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad se describen las características diagnósticas del TLP con base en el DSM IV – TR, así como la sintomatología y los trastornos asociados. También se menciona la importancia de elaborar un diagnóstico acertado que permita diferenciar el TLP de otros trastornos de la personalidad. Así como aborda la importancia de realizar un buen diagnóstico de los pacientes con TLP para poder emitir un pronóstico acertado. El pronóstico varía según las características de personalidad de los pacientes con TLP y según los trastornos asociados al mismo.

En el Capítulo V. Trastorno Límite de la Personalidad y alternativas de tratamiento; se abordan la transferencia y la contratransferencia que se presentan durante el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes con TLP, así como la forma en que son manejadas por el terapeuta y la importancia que tienen dentro del proceso terapéutico. También se describen nueve aspectos de la técnica del tratamiento en etapas avanzadas propuestos por Otto Kernberg, los cuales permiten profundizar acerca de cómo se trabaja en un proceso psicoterapéutico con pacientes con TLP.

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

Definiciones

El DSM IV (1994) considera al trastorno borderline (límite) de la personalidad como un padecimiento cuyo rasgo esencial es la inestabilidad en distintas áreas, como son la social, la autoimagen y el estado anímico. Las relaciones que establecen son profundas e intensas, pero duran muy poco por el cambio constante de actitud. Son individuos con conductas impredecibles y con serias dificultades para controlar sus emociones e impulsos; a menudo dudan sobre su identidad, sus creencias, valores y su apariencia e incluso sobre su identificación sexual (González Núñez 1992).

Los siguientes autores han aportado su propia definición acerca del trastorno límite de la personalidad lo que permite una mejor comprensión del mismo.

En 1938 Stern menciona que los fracasos en la maternidad temprana se relacionan con el narcisismo patológico que se manifiesta en los pacientes borderline, lo que permite la aparición de otras patologías asociadas al carácter neurótico. Estos pacientes

experimentaron una marcada ansiedad en la primera infancia, lo cual manifiestan en idealizaciones constantes desde el principio de su desarrollo.

Para Melanie Klein en 1946 el trastorno límite de la personalidad se refiere a mecanismos de tipo esquizoide que utilizan los pacientes, es decir, las personas borderline utilizan mecanismos de defensa primitivos, como la escisión y la identificación proyectiva, estos mecanismos parecen haber precedido defensas neuróticas y la hipótesis de que se han desarrollado en la infancia.

En 1953 Knight describió el trastorno límite de la personalidad como el resultado del trauma que afecta funciones del Yo como son: la integración, formación de conceptos, juicios, una planificación realista y la identificación de impulsos. En estos pacientes actúa una defensa que impide la formación de identidad.

Kernberg en 1975 describió la organización limítrofe de la personalidad como un estado patológico permanente y estableció criterios descriptivos, estructurales y genéticos-dinámicos para reconocerlo.

Los criterios descriptivos incluían la mayoría de los síntomas de las siguientes entidades patológicas: 1) Estados de ansiedad crónica y difusa; 2) Neurosis polisintomáticas con fobias múltiples, compulsiones sintónicas, síntomas conversivos bizarros e

hipocondriasis; 3) Sexualidad polimorfa perversa; 4) Trastornos de personalidad esquizoide, paranoide e hipomaniaca; 5) Neurosis impulsivas y adicciones, y 6) Personalidades antisociales narcisistas infantiles.

Las características estructurales que señaló incluyeron: 1) Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica, como fallas en el control de impulsos, en la tolerancia a la ansiedad y carencia de vías de sublimación; 2) Pensamiento primario en situaciones desestructuradas; 3) Mecanismos defensivos primitivos y 4) Relaciones objetales internalizadas patológicas.

El análisis genético-dinámico incluía condensación de conflictos genitales y pregenitales; desarrollo temprano de conflictos edípicos a partir del tercer año; rabia anal y oral que contaminan las relaciones objetales edípicas; interferencia en el desarrollo del edipo positivo, promiscuidad sexual y tendencias edípicas negativas, con posibilidad de aparición de conductas homosexuales.

La descripción inicial de la organización limítrofe de la personalidad (Kernberg, 1970) fue modificada ligeramente, a propósito de la presentación de su clasificación de las psicopatologías del carácter en los siguientes tres niveles:

- a) Alto, donde colocó los trastornos de carácter histérico, obsesivo-compulsivo y depresivo-masoquista.

- b) Intermedio, correspondiente a la mayoría de los padecimientos de carácter oral, pasivo-agresivo, sadomasoquista, algunos de los caracteres infantiles o histeroides, muchas personalidades narcisistas y numerosos pacientes con desviaciones sexuales fijas y estables, que tienen la habilidad de establecer relaciones objetales profundas y relativamente permanentes.

- c) Inferior, al cual pertenece la mayoría de las personalidades infantiles y muchas personalidades narcisistas; todos los sujetos con personalidad antisocial, los caracteres impulsivos, los “como sí”, las personalidades inadecuadas, los “automutiladores”, las desviaciones sexuales múltiples, las personalidades prepsicóticas, hipomaniaca, esquizoide y paranoide; los caracteres psicóticos y la organización limítrofe de la personalidad.

Más adelante, Kernberg (Kernberg, 1984) redefinió su descripción de la organización limítrofe de la personalidad y la comparó con la organización normal y neurótica de la personalidad y ahora agregó su descripción de la organización psicótica de la personalidad.

En esa ocasión, consideró que la organización limítrofe de la personalidad debía definirse a través de: 1) Criterios primarios, que comprenden: a) Difusión de identidad; b) Mecanismos defensivos primitivos con predominio de escisión, identificación proyectiva, negación, idealización, devaluación, y control omnipotente, y c) Prueba de realidad intacta; 2) Criterios secundarios, como: a) Falta de control de impulsos; b) Carencia de tolerancia a la ansiedad; c) Ausencia de vías sublimatorias; d) Alteración de las relaciones objetales internalizadas, e) persistencia de precursores primitivos del superyo.

Adler (1985) propuso que el síndrome borderline en un paciente puede ser explicado como la falta de unión y afecto de sus padres, dentro de las experiencias individuales del borderline, éstos reportan que sus padres tenían una insensibilidad hacia sus necesidades, lo que conduce a un fracaso en la relación con el medio ambiente, describe como la soledad del borderline, la ausencia de adecuadas introyecciones para atenuar las emociones, lo que crea la disforia y la inestabilidad afectiva característica del síndrome borderline.

Linehan en 1993 mencionó que el trastorno límite de la personalidad es una disfunción de la regulación emocional que se produce como resultado de una tendencia genética, más un entorno invalidante en el que los padres fracasan en ayudar al niño a manejar las emociones.

En el 2000 Parajúa y colaboradores propusieron que en los casos de tipo borderline se presentan varias características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas, incluyendo las sexuales a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes.

Antecedentes del trastorno límite de la personalidad (TLP)

Freud en 1924 enfocó el problema de la diferencia entre las neurosis y las psicosis y no hizo sino dejar el campo abierto para la revisión y discusión del tema; dado que no existía un límite psicopatológico entre las entidades nosológicas.

La nosología psicoanalítica imitando a la medicina tradicional, se aferró en un principio a las entidades fijas y separadas, sin darse cuenta de la indivisibilidad del ser humano desde el punto de vista psicológico.

Leo Rangell en 1955 puntualiza que debe haber “un estado límite, si existen neurosis, psicosis y normalidad, puesto que siempre encontramos contigüidad en todas estas condiciones”; es decir, que siempre estamos observando en los pacientes ensanches en sus fronteras a lo largo de las etapas de fijación: oral, anal, fálica, en cualquiera de las direcciones que se tome.

Una forma leve de alteración mental puede transformarse en una perversión severa. Por lo que se puede concluir que esta serie de consideraciones hacen que el diagnóstico de los “casos límite” deben permanecer en psicoanálisis.

La primera alusión en la literatura sobre los “casos fronterizos” aparece en el libro de Bleuler 1908 sobre la demencia precoz, al hablar de ciertos cuadros de esquizofrenia latente que rara vez buscan tratamiento y en los cuales se observa toda la gama de alteraciones propias del padecimiento.

En la obra de Freud la palabra “caso fronterizo” es mencionada una sola vez en el prólogo al libro de Aichhorn “The Wayward Youth” 1924 (Guarner, 1978) “Para entender a los casos límites y mixtos, debe uno estar interesado en la rehabilitación de los delincuentes, a través de educadores que posean indoctrinación analítica”.

De acuerdo con Kernberg el mecanismo del aislamiento opera imperfectamente en los “casos fronterizos”, de tal manera que existe inmediatamente una actitud consciente simultánea en contra del impulso y es por ello que el paciente cambia la representación en un afecto o una disposición de conducta diferente de la que había partido de su inconsciente.

La definición de la personalidad es la suma de las características que le otorgan a la persona su individualidad propia, estable e inconfundible; el concepto supone el reconocimiento de los otros y de sí mismo en el tiempo, es decir, son el conjunto de rasgos

emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria.

Cuando este conjunto de rasgos supone una variante que va más allá de lo habitual en la mayoría de las personas y son inflexibles o desadaptativas, se puede hablar de un trastorno de personalidad.

Uno de los trastornos de personalidad que han sido objeto de más estudio es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP); y aunque el concepto de personalidad límite ha sido por muchos años un diagnóstico desacreditado, han habido muchos investigadores interesados en definir criterios para identificar a los pacientes con esta patología del carácter.

Para comprender mejor de donde proviene el conjunto de definiciones, se revisarán a los diferentes autores cronológicamente, que dieron una aportación teórica sobre el TLP.

Teniendo en cuenta que sus antecedentes darán un mayor panorama para comprender lo que actualmente se conoce acerca de este concepto.

El intento de analizar los aspectos descriptivos, estructurales y genético-dinámicos de la organización fronteriza de la personalidad, con especial énfasis en la típica patología de las

relaciones objetales, se basa en la obra de muchos autores pertenecientes a distintas corrientes teóricas y con enfoques terapéuticos diferentes.

La bibliografía de las primeras épocas está compuesta en su mayor parte por descripciones clínicas de pacientes que hoy en día serían considerados “fronterizos”.

Cabe mencionar entre otras las descripciones de Zilboorg (citado en Mahler, 1968), de Hoch y Polatin y las de Rapaport, Gill y Schafer, basadas en test psicológicos (Klein, 1946).

Posteriormente Zilboorg (citado en Mahler, 1971) amplió su descripción en tanto que Hoch y Cattell elaboraron el diagnóstico de “esquizofrenia pseudoneurótica”.

Bychowsky (American Psychiatric Association. 2001) estudió otros aspectos de la sintomatología de ciertos pacientes fronterizos y describió también algunas de sus características estructurales más importantes, como la persistencia de primitivos estados yoicos disociados y el clivaje de las imágenes parentales en objetos buenos y malos.

Zilboorg y Hoch, que hicieron aportes fundamentales al análisis descriptivo de los desórdenes fronterizos, consideraron esquizofrénicos a todos estos pacientes; al parecer, no llegaron a reconocer que se hallaban frente a una forma diferente de psicopatología.

Hasta hace poco tiempo hubo gran confusión en la bibliografía especializada debido a que el término “fronterizo” se empleaba para referirse tanto a las manifestaciones agudas transitorias de pacientes que regresan rápidamente de una sintomatología neurótica a una franca reacción psicótica, como a pacientes que funcionan crónicamente de manera estable en un nivel limítrofe entre neurosis y psicosis (Knight, 1953).

La denominación de “fronterizo” debe quedar reservada para aquellos pacientes que presentan una organización caracterológica crónica que no es ni típicamente neurótica ni típicamente psicótica y que está caracterizada por: 1) Constelaciones sintomáticas típicas; 2) Una constelación típica de maniobras defensivas del Yo; 3) Una patología típica de las relaciones objetales internalizadas, 4) Razgos genético-dinámicos típicos.

Frosch en 1949 contribuyó a elaborar el diagnóstico diferencial entre personalidad fronteriza y psicosis; destacó que si bien los pacientes fronterizos presentan alteraciones en sus relaciones con la realidad y en sus vivencias de la realidad, conservan su prueba de realidad, en contraste con los pacientes que sufren reacciones psicóticas.

La bibliografía que se ocupa de los aspectos estructurales de la personalidad fronteriza puede ser dividida en dos grupos: 1) El que estudia las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica y la regresión a primitivas estructuras cognitivas vinculadas con el pensamiento del proceso primario, y 2) El que estudia las operaciones defensivas específicas, características de la personalidad fronteriza.

El primer grupo recibió la influencia de Rapaport, Gill y Schafer (Klein, 1946) en especial por su descubrimiento de pacientes “preesquizofrénicos” en quienes las pruebas psicológicas revelaron un predominio del pensamiento del proceso primario, que reflejaba también una marcada debilidad yoica, en comparación con los típicos pacientes neuróticos.

Knight (Kernberg,1970, 1977), sintetizó los rasgos descriptivos generales de estos pacientes y la manera en que la labilidad de su Yo afecta su tratamiento. Llamó la atención sobre la severa regresión que sufren en la transferencia, así como sobre la necesidad de modificar consecuentemente el abordaje psicoterapéutico de estos pacientes.

Las más importantes contribuciones al segundo grupo, es decir, el que estudia las operaciones defensivas específicas que forman parte de la organización estructural de los pacientes fronterizos, provienen de una orientación teórica diferente, en especial de quienes analizaron los procesos de escisión y su particular importancia en los individuos esquizoides, tal como los describieron Fairbairn y Melanie Klein (Kernberg, 1967).

Freud fue quien primero se refirió al mecanismo de escisión (Chiesa, Fonagy, 2001) que más tarde fue ampliado por Fairbairn. Este autor utilizó el término escisión para referirse a un activo mecanismo de defensa, más que a una cierta falta de integración yoica.

Rosenfeld (Knight, 1953) y Segal (Linehan,1993) contribuyeron también al esclarecimiento del concepto escisión como operación defensiva central del Yo en niveles regresivos, y de su vinculación con otros mecanismos afines.

También Edith Jacobson analizó las defensas específicas de los pacientes fronterizos (Gabbard, 2000). Por su parte, Anna Freud sugirió la conveniencia general de ordenar cronológicamente las operaciones defensivas del Yo, partiendo de aquellas características de las primeras etapas del desarrollo yoico en las que no existe aun una verdadera separación entre yo y ello, hasta llegar a las defensas típicas de un yo más maduro.

Karl Menninger y sus colaboradores (Kernberg, 1995) propusieron la posibilidad de desarrollar una concepción de enfermedad mental como proceso unitario, y de las diferentes formas de psicopatología en relación con grados o niveles específicos de organización defensiva.

La más importante contribución a la comprensión de la organización fronteriza de la personalidad y su tratamiento surge del análisis de la patología de las relaciones objetales internalizadas de estos pacientes. El artículo de Helene Deutsch sobre las personalidades “como sí” (En 1942, Helene Deutsche afirma que estas personalidades son incapaces de tener auténticos sentimientos e intereses o desarrollar verdaderas identificaciones yoicas y superyoicas, pero actúan “como sí” las tuvieran) constituyó un primer y fundamental aporte. Surgieron después las conclusiones formuladas independientemente por Fairbairn y Melanie Klein (Klein, 1946).

Un buen número de estudios acerca de la patología de las relaciones objetales internalizadas proviene de la psicología del yo. Estos análisis se ocupan de fenómenos similares a los descritos con una terminología diferente por autores de la escuela inglesa, influenciada por Fairbairn y Klein; así por ejemplo, cabe mencionar el aporte realizado por Edith Jacobson en "The Self : the object World (Gunderson, Kolb, 1979), los importantes hallazgos de Greenson (Deutch, 1942) y el estudio de Erick Erickson acerca de la difusión de la identidad.

Jacobson contribuyó no sólo a clarificar la patología de las relaciones objetales internalizadas de los pacientes fronterizos, sino además al reconocimiento de la vinculación de esta patología con las vicisitudes de la formación del yo y el super yo de estos mismos pacientes.

El detallado análisis de Greenson acerca de las relaciones objetales internalizadas patológicas de las personalidades fronterizas y de sus efectos sobre sus relaciones también patológicas con otras personas, demuestra que la comprensión psicoanalítica puede constituir el mejor instrumento no sólo para estudiar los aspectos genéticos y dinámicos de estos pacientes, sino también para llegar a un esclarecimiento descriptivo de su caótica conducta.

Khan (Gunderson, Singer, 1975) se ocupó de los elementos estructurales, tanto respecto de las operaciones de defensa específicas como de la típica patología de las relaciones objetales de estos pacientes.

Muchos de los autores mencionados hasta aquí, estudiaron también los aspectos genético-dinámicos de la personalidad fronteriza y todos ellos coinciden en destacar la importancia de los conflictos pregenitales de estos pacientes, sobre todo los orales, así como la inusual intensidad de su agresión pregenital.

Subrayan así mismo la peculiar combinación de derivados instintivos pregenitales y genitales. Todos estos fenómenos han sido objeto de una detallada descripción por parte de Melanie Klein (Johnson, Cohen, Brown, Smailes, Bernstein, 1999) y Paula Heimán (First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamin, 1997) .

CAPÍTULO II

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD CON BASE EN DISTINTOS MODELOS PSICOLÓGICOS

Las distintas teorías de la personalidad conciben de diferente forma a la personalidad límite, desde el punto de vista psicoanalítico se mantiene la idea que consiste en una configuración estructural o una organización del carácter a medio camino entre la patología neurótica y psicótica.

El modelo biológico por su parte , sostiene la hipótesis que el síndrome debe considerarse como un conjunto de variantes de la personalidad dentro del espectro de los trastornos afectivos o impulsivos.

A pesar de las diferentes teorías y modelos que hablan del concepto se mantiene la dificultad para definir y categorizar un núcleo de elementos como indicadores de una entidad diagnóstica.

El modelo psicoanalítico a lo largo del tiempo ha intentado buscar los rasgos comunes que están dentro de la base de este proceso.

En 1953, Knight se centró en los episodios de esquizofrenia y otras psicosis y contribuyó de manera esencial en la importancia de la debilidad del yo, considerándola un elemento crucial en la estructura de la personalidad límite.

Definió que los episodios psicóticos puede que pasaran sobre estructuras límite, el yo del paciente límite opera de una forma defectuosa como resultado de tendencias constitucionales y sucesos traumáticos con perturbaciones dentro de las relaciones humanas.

En 1953, Jacobson denominó a los pacientes límite como ciclotímicos y límites, trató de interpretar su comportamiento en términos psicoanalíticos.

Easser y Lesser en 1965, definen los síntomas afectivos de los llamados límites histeroides, los cuales presentan los típicos comportamientos de la personalidad histérica clásica, pero en una variante mucho más alterada.

Los distintos modelos centran el énfasis en diversos aspectos, el modelo americano hace énfasis en la labilidad yoica o del self y en la discusión de la identidad.

El modelo inglés da importancia a la ansiedad psicótica y a los mecanismos caracterológicos neuróticos que se forman frente a ésta, y de un modo particular de vivir la relación con el objeto.

Winnicott autor de la escuela británica define el término borderline cuando se refiere a los pacientes en los cuales el núcleo de perturbación es psicótico, revelan una organización psiconeurótica suficiente y centra sus estudios en la importancia de los objetos transicionales de la primera infancia en la cual los pacientes borderline no tienen una historia de la presencia de esos objetos (Winnicott, 1968)

Kernberg en 1967 menciona que el concepto de personalidad límite depende de las diferentes teorías de personalidad desde la perspectiva psicoanalítica, y es que la organización del carácter se encuentra a la mitad de un trastorno neurótico y psicótico.

Kernberg, apoyado por la mayoría de los autores psicoanalíticos, relaciona el concepto de límite con un nivel de funcionamiento psíquico referido como una organización límite de la personalidad.

De acuerdo con Kernberg (1976), este tipo de trastorno de la personalidad descansa en 4 rasgos estructurales:

- a) Manifestaciones no específicas de debilidad del yo que incluyen pobre capacidad para tolerar la ansiedad y controlar los impulsos, o para

desarrollar modos socialmente productivos para canalizar la energía, es decir sublimación.

- b) Una propensión para girar hacia patrones de ensoñación irracional, en un contexto de prueba de realidad intacta.
- c) Predominio de defensas psicológicas evolutivamente menos maduras, tales como escisión, proyección e identificación proyectiva.
- d) Difusión de identidad y la correspondiente patología de las relaciones objetales.

El concepto limítrofe de Kernberg incluye un amplio rango de desórdenes de la personalidad, tales como personalidades infantiles, narcisistas, antisociales, personalidades, “como si” y esquizoides.

Grinker en 1968 realizó el primer estudio empírico en el cual se emplearon criterios explícitos para incluir una muestra de la población límite, Grinker se cuestionaba sobre la existencia de un estado borderline que pudiera ser descrito y si dentro de éste pudieran existir varios subtipos.

Los datos de los pacientes se sometieron a un análisis de racimo, se agruparon las principales características principales comunes y diferenciales en cuatro subgrupos que eran:

1. el más cercano al psicótico “límite psicótico”
2. grupo nuclear “límite fundamental”
3. grupo “como sí”
4. el grupo mas cercano a las neurosis “límite con la neurosis”

Los cuatro grupos coincidían con las siguientes características:

1. ira
2. defectos en las relaciones afectivas
3. ausencia de indicadores de identidad propia
4. soledad depresiva

Materson describe que todo intento de separación del niño provoca en la madre sentimientos de depresión y reproches, siguiendo la clasificación evolutiva de Mahler, hace una división entre los estados borderline bien adaptados y que generalmente no consultan, y los síndromes clínicos borderline en los que el miedo básico es ser engullido o abandonado por la madre y no hay delirio ni regresión profunda (Materson, 1976).

El cuadro clínico para el autor es una detención del desarrollo fijado en la fase de reencuentro cordial, momento de separación e individualización infantil.

Stone en 1977 menciona que este amplio uso del término es visto por muchos autores como inútil. Por su definición, probablemente más del 10 % de la población adulta en un rango entre 18 y 45 años de edad podría ser caracterizada como limítrofe.

Gunderson y Zanarini en 1989 mencionan que existe un trastorno de personalidad que puede distinguirse fuera de los síndromes psicóticos y neuróticos. Se enfocan en cinco áreas:

- 1) conductas de los impulsos
- 2) afecto
- 3) psicosis
- 4) relaciones interpersonales
- 5) adaptación social

Los autores caracterizan a este síndrome de la siguiente forma:

- a) afectividad intensa
- b) incapacidad para el placer
- c) comportamientos impulsivos

d) alteraciones en la identidad que pueden asociarse a episodios psicóticos breves

Características distintivas del síndrome:

- a) automutilaciones
- b) comportamientos parasuicidas
- c) preocupación excesiva por el abandono y la soledad
- d) actitud muy exigente
- e) pensamiento casi psicótico
- f) regresiones terapéuticas
- g) dificultades en la contratransferencia.

Zanarini da a estos estudios la opinión de que los límites están dentro del espectro de los trastornos de los impulsos en vez de ser una variante del espectro de los trastornos afectivos(Zanarini, 1989)

En 1985 Akiskal define ciclotimia a un trastorno límite o subclínico de la personalidad en relación con el espectro bipolar.

Lo que se denomina ciclotimia es un trastorno límite de personalidad que se encuentra en parientes biológicos de los manícodepresivos que les predispone a la forma clínica de la enfermedad.

Siever y Davis describen la asociación entre borderline y una disfunción serotoninérgica, la primera está disminuida y la segunda está hiperactiva (Siever y Davis , 1991).

Costa y Widiger definen un modelo dimensional de cinco factores que determinan el factor neurótico (Costa y Widiger, 1993) ;

1. hostilidad
2. impulsividad
3. vulnerabilidad
4. depresión
5. ansiedad

Linehan en 1993 desde el modelo biosocial considera una difusión en la regulación emocional como resultado de una tendencia genética junto con un ambiente en el cual los padres fallaron en ayudar al niño a regular sus emociones.

Linehan desarrolla la teoría dialéctica, la mayoría de los comportamientos del límite se pueden definir como resultado de errores dialécticos entre los polos opuestos en los que a menudo se mueve el borderline (Linehan, 1987).

Paris (Paris, 1994) como otro de los exponentes del modelo biosocial, explica que el factor de riesgo de los borderline es la desintegración social, refiere que la sociedad actual espera que el sujeto funcione de forma independiente, disminuyendo el apoyo y contención, así generando un aumento de los comportamientos característicos del límite que son :

- A. conductas impulsivas
- B. abuso de sustancias
- C. conductas parasuicidas

Denomina un enfoque multidimensional y recomienda tener en cuenta los riesgos sociales.

Millon en 1996 divide al patrón límite en varios subtipos:

- A. límite desairado
- B. límite impulsivo
- C. límite petulante
- D. límite autodestructivo

Habla sobre la ruptura de las normas sociales que está creando un aumento de riesgos de la patología límite, y sobre el rápido cambio social interfiere en la importancia de la familia y la comunidad (Millon, 2003).

El patrón borderline es el resultado del deterioro de patrones previos no tan graves.

Beck quien es el máximo representante del modelo biosocial en 1990, considera al trastorno como el resultado de esquemas y patrones cognitivos disfuncionales.

Dentro de sus estudios destaca la aportación para mejorar el entendimiento de las relaciones disfuncionales, las cuales controlan las respuestas emocionales, comportamentales patológicas de estos pacientes, lo que lo caracterizan son la intensidad de sus reacciones emocionales y la variabilidad de su estados de ánimo.

En 1964 Frosch enfatizó los aspectos caracterológicos de estos trastornos. Clasificándolos en 3 estados:

- a) Usado como una indicación de la falla en la empatía del terapeuta.
- b) Hipotetizado como un trastorno subafectivo o una sobreposición entre la patología de trastornos afectivos y de la personalidad
- c) Empleado como una categoría “cesto de basura” sin importancia.

CAPÍTULO III

ASPECTOS TEÓRICOS ACERCA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Consideraciones psicoanalíticas

La personalidad fronteriza tiene antecedentes de inseguridad básica desde los primeros meses de vida. El desarrollo de su personalidad es distinto que en las personas normales y en las psicóticas.

Masterson y Rinsley en 1975 mencionan que la génesis de los trastornos de tipo borderline tiene su origen en la falta de disponibilidad de la libido materna ; la causa de fijación en estos sujetos se debe al retiro por parte de la madre de su disponibilidad cuando el pequeño se encuentra en la fase de separación-individuación (Kernberg, 1995).

Para la madre la separación del hijo constituye una amenaza a sus necesidades defensivas de aferrarse al niño, por lo tanto le retira su disponibilidad afectiva. Estos retiros causan agresión en el niño sin darle la posibilidad de neutralización.

La madre solo está disponible si el niño permanece pegado a ella y actúa de forma regresiva, pero si se retira e intenta individuarse no lo acompañará ni le facilitará la tarea. Así el pequeño introyecta dos imágenes maternas : Una le da los suministros para crecer, mientras que la otra se los niega.

El Yo del niño tiene que cumplir con dos tareas esenciales (Kernberg, 1995); estas son:

- 1) La diferenciación entre las imágenes de sí mismo y las imágenes de sus objetos (madre).
- 2) La integración de imágenes de sí mismo y de los objetos, sean de origen libidinal o agresivo.

La persona border alcanza un buen grado de discriminación entre las imágenes de sí mismo y las de sus objetos, pero no logra sintetizar las imágenes contradictorias: Amorosas y agresivas de sí mismo y de los demás, es decir, le es difícil integrar que una misma persona tiene aspectos buenos y malos, cosas amorosas y cosas agresivas; para ellos las personas son amorosas o agresivas.

De lo anterior se deduce la importancia que tiene la crianza y las actitudes ambivalentes maternas para el desarrollo de estos trastornos. Pueden haberse presentado episodios traumáticos, separaciones o enfermedades durante la fase oral, o bien, puede haber sucedido que la madre no lograra empatizar con los mensajes de su hijo.

Frecuentemente las madres de este tipo de personas tienen características de personalidad borderline y por su deficiente capacidad discriminativa no favorecieron la fase de separación-individuación de su hijo . Algunas veces es la madre quien no discrimina adecuadamente entre el Yo y el No-Yo. Amenaza de forma encubierta con dejar al niño si éste tiene logros en su proceso de maduración , lo cuál genera agresión en el pequeño, miedo al abandono y baja tolerancia a la frustración.

Es frecuente que la historia de los pacientes de personalidad fronteriza consigne experiencias de frustración extrema e intensa agresión (secundaria o primaria) en los primeros años de vida. La excesiva agresión pregenital, sobretudo la oral, tiende a ser proyectada y provoca una distorsión paranoide de las tempranas imágenes parentales, en especial las de la madre.

En virtud de la proyección de impulsos predominantemente sádico-orales pero también sádico-anales, la madre es vista como potencialmente peligrosa y el odio hacia ella se hace extensivo a ambos padres, a quienes más tarde el niño experimenta como un “grupo unido” (Kernberg, 1975) .

La “contaminación” de la imagen del padre por la agresión primariamente proyectada en la madre y la indiscriminación entre ambas figuras parentales provocada por las excesivas maniobras de escisión que impiden una diferenciación realista entre los diversos objetos, tienden a producir en ambos sexos una peligrosa imagen combinada padre-madre, como resultado de la cual todas las relaciones sexuales son vistas después como peligrosas e infiltradas de agresión.

Al mismo tiempo, se produce un desarrollo prematuro de las tendencias genitales mediante el cual se intenta evitar la rabia y los temores orales; este intento fracasa a menudo debido a la intensidad de la agresión pregenital que contamina también las tendencias genitales, provocando numerosas consecuencias patológicas que en cada sexo se manifiestan de manera diferente.

En el niño, el desarrollo prematuro de las tendencias genitales destinado a negar las necesidades de dependencia oral, fracasa debido a que los temores y prohibiciones edípicos contra los impulsos sexuales hacia la madre encuentran un poderoso refuerzo en los temores pregenitales a la madre, de lo cual deriva la típica aparición de una imagen materna peligrosa y castradora .

Así mismo, la proyección de la agresión pregenital incrementa los temores edípicos al padre y, en particular la angustia de castración, y estos, a su vez, vuelven a reforzar la agresión y los temores pregenitales, creando circunstancias que obstaculizan seriamente el complejo edípico positivo.

En cambio un frecuente intento de solución consiste en el refuerzo del edipo negativo y, específicamente, en la “posición femenina” en los niños, que representa una tentativa de someterse sexualmente al padre para obtener de él las gratificaciones orales que fueron negadas por la madre peligrosa y frustradora.

Es esta una constelación típica de la homosexualidad masculina de origen predominantemente oral. Importa destacar que en algún nivel, tanto el padre como la madre son vistos como peligrosos, al igual que la heterosexualidad; la homosexualidad es utilizada entonces como un modo sustitutivo de gratificar las necesidades orales .

El peligro de la reaparición de la frustración y la agresión orales, como consecuencia de las relaciones homosexuales, está siempre presente.

Otro intento de solución consiste en gratificar las necesidades de agresión oral mediante una relación heterosexual, que en un nivel mas profundo representa el intento de “robar” sexualmente a la madre lo que ella negó en el plano oral.

Esta constelación se observa con frecuencia en hombres narcisistas de conducta promiscua, que inconscientemente buscan vengarse de las frustraciones orales que les infligió su madre, mediante vinculaciones pseudo genitales con las mujeres.

El desarrollo de cualquiera de las tendencias infantiles perverso-polimorfas, sobre todo de aquellas que permiten la manifestación de la agresión, constituye un intento de solución mas ante el peligro generado por la prematura condensación de los objetivos pregenitales y genitales (Kernberg , 1995) .

En las niñas, la severa patología de tipo oral, tiende a desarrollar prematuramente tendencias edípicas positivas. Las tendencias genitales hacia el padre son utilizadas como gratificación sustitutiva de las necesidades de dependencia oral, que fueron frustradas por la madre peligrosa.

Sin embargo, este intento puede resultar infructuoso debido a que la agresión pregenital desviada de la madre y proyectada en el padre contamina la imagen de este último, y también debido a que la rabia oral y en especial la envidia oral actúan como un poderoso refuerzo de la envidia del pene en las mujeres.

La negación de la agresión mediante el amor heterosexual suele fracasar porque se produce una reactivación patológicamente intensa de la envidia del pene, y también por que la imagen de la madre edípica prohibitiva es reforzada por la de la peligrosa madre pregenital. A menudo se busca solucionar esta situación refugiándose en la promiscuidad, lo cual refleja el intento de negar la envidia del pene y la dependencia de los hombres, así como la manifestación de sentimientos inconscientes y particularmente intensos de culpa, derivados de las tendencias genitales.

Otra solución consiste en un refuerzo general de las tendencias masoquistas, con el que se busca gratificar las presiones superyoicas provenientes de imágenes maternas pregenitales y genitales, internalizadas bajo la influencia de la reintroyección de la agresión proyectada.

La total renuncia a la heterosexualidad, junto con la búsqueda de gratificación de las necesidades orales por parte de una imagen materna idealizada, escindida por completo de la otra imagen materna peligrosa y amenazante, es una de las causas importantes de la homosexualidad femenina, relativamente frecuente en la personalidad fronteriza.

Las vinculaciones homosexuales, que representan no solo una renuncia a los hombres y un sometimiento a la madre edípica, sino además un esfuerzo por obtener gratificación oral y otros tipos de gratificaciones pregenitales por parte de figuras maternas “parciales” idealizadas, suelen terminar en fracaso debido a la persistente presencia de necesidades y temores derivados de la agresión oral, otra de cuyas consecuencias son las relaciones homosexuales de tipo sadomasoquista. También en las niñas pueden desarrollarse otras tendencias sexuales polimorfas, del mismo modo que en los varones (Kernberg, 1995) .

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

Uno de los resultados habituales de este fenómeno es la presencia de varias de las soluciones transaccionales patológicas, que dan lugar a la típica persistencia de las tendencias sexuales perverso-polimorfas en los pacientes de personalidad fronteriza.

Si bien es cierto que los pacientes fronterizos adolecen de difusión de la identidad, este síndrome se remonta a orígenes más precoces y complejos que los de la simple ausencia de diferenciación de una determinada orientación sexual. Su “falta de identidad sexual” no refleja una falta de definición sexual, sino la combinación de varias fijaciones tendientes a hacer frente a los mismos conflictos.

En cuanto a los rasgos de carácter, es importante mencionar que los pacientes con trastorno borderline frecuentemente presentan fobias múltiples que pueden estar relacionadas con el propio cuerpo (temor o sonrojarse cuando se está rodeado de personas) o fobias relacionadas con objetos externos (temor a la suciedad). Tienen una preocupación exagerada por su salud, temen contraer alguna enfermedad, lo cual se combina con rasgos paranoides.(Kernberg , 1995). En algunos casos las personas borderline pueden presentar perversiones sexuales.

Los trastornos borderline se caracterizan por una conducta de tipo impulsiva, falta de control y planeación de sus actos.

No sienten culpa de su actuar impulsivo, pues sienten que esta justificado y que es correcta esta forma de proceder.

Tienen una gran dificultad para gozar del trabajo, las relaciones sociales y la vida misma; así como para alcanzar logros creativos, aún cuando sean personas muy eficientes, inteligentes y con grandes capacidades y dotes naturales. En cuanto a la memoria, suelen olvidar cosas evidentes, hacen afirmaciones sin una base real, contaminan el idioma e infieren arbitrariamente sobre los hechos; tienen pensamiento mágico omnipotente, no tienen claro cuáles son sus alcances y sus limitaciones. No alcanzan a percibir su propios límites.

Así mismo, son personas que presentan estallidos de rabia en forma de berrinches o pataletas. Son inconstantes, desconfiadas e irritables con incapacidad para amar a otros; sin embargo, no toleran la soledad, pues aumentan sus sensaciones de fastidio y aburrimiento y las dudas en cuanto a su identidad . Constantemente se cuestionan acerca de sus valores, sus metas en la vida a largo plazo, pero las constantes fluctuaciones les dificultan realizar planes para el futuro.

En cuanto al comportamiento en grupo, la situación grupal brinda a las personas borderline oportunidad para sentir que pertenecen a un lugar, reafirma sus necesidades de afiliación y permite desarrollar su liderazgo, y resulta adecuada en los caso de

trastorno border que no son profundos, pero hay que tomar en cuenta que no conviene integrar a un grupo de funcionamiento prolongado a sujetos con un trastorno border severo (López , 2004)

La integración con un grupo favorece la movilización de los recursos yoicos; se permiten las expresiones socializadas de su agresión, necesidad de dependencia y de aceptación.

Las personas border tienden a mostrarse reservadas, tímidas y temerosas de establecer un contacto íntimo con los compañeros. Sus intervenciones a menudo son autoacusaciones y reproches, esconden sus verdaderos deseos por temor a la desaprobación ; esperan que el coordinador y los compañeros del grupo muestren interés y les permitan establecer una relación de dependencia .

A lo largo del proceso grupal, e incluso de un instante a otro dentro de una misma reunión, puede observarse como estas personas cambian su estado de ánimo y su estado de comportarse. En un momento pueden mostrarse comprensivas, interesadas en los demás y, de inmediato, tornarse agresivas e impulsivas burlándose irónicamente de los demás, aunque aparentemente nadie les haya molestado. Son personas a las que se les dificulta reparar y cuidar a los que les rodean y así mismas.

Sus conversaciones suelen ser superficiales, les es difícil concentrarse porque constantemente se ven invadidas de pensamientos extravagantes.

Parecen no darse cuenta de que actúan de modo peculiar y que algunas de sus conductas son inadecuadas; sin embargo, se muestran meticulosas para captar detalles, aunque piensan que no son importantes.

Los compañeros del grupo tienen dificultades para aceptar a este tipo de personas por su falta de tacto, inestabilidad emocional, y continua demanda de cariño y atención. La regresión de estos sujetos provoca reacciones emocionales intensas dentro del grupo, su conducta dentro del grupo se encuentra matizada por sus mecanismos de defensa, especialmente por la identificación proyectiva.

Mecanismos de defensa en el trastorno límite de la personalidad

En circunstancias patológicas persiste la escisión, que protege al yo de los conflictos mediante la activa separación de introyecciones e identificaciones fuertemente conflictivas, es decir de origen libidinal y de origen agresivo, independientemente de su acceso a la consciencia.

En este caso el derivado instintivo se hace plenamente consciente en el plano de las emociones, la ideación y la motricidad, pero queda separado por completo, de los otros sectores de la experiencia psíquica consciente.

En este contexto patológico se movilizan de manera alternada estados yoicos contradictorios y mientras se mantiene la separación entre estos, resulta posible evitar la aparición de ansiedad; este estado de cosas va en detrimento de los procesos de integración que normalmente se cristalizan en una identidad yoica estable y es uno de los factores que subyace al síndrome de difusión de la identidad.

Para llegar a la internalización de las relaciones objetales, hay dos tareas esenciales que el yo temprano debe cumplir en rápida asociación: I) La diferenciación entre las imágenes de sí mismo y las imágenes objetales que forman parte de las tempranas introyecciones e identificaciones, y II) La integración de las imágenes de sí mismo y de los objetos constituidos bajo la influencia de derivados de instintos libidinales con las correspondientes imágenes de sí mismo y de los objetos constituidos bajo la influencia de derivados de instintos agresivos (Kernberg , 1975) .

La primera tarea se cumple en parte merced al desarrollo de las funciones de la autonomía primaria, que son indispensables para los procesos de introyección e identificación de las percepciones y los trazos mnemicos, que van siendo almacenados e integrados que , permiten discriminar el origen de los estímulos y diferenciar las características de las percepciones contribuyendo a la gradual separación de las imágenes de sí mismo y de los objetos.

La gratificación de las necesidades instintivas, así como su moderada frustración favorecen dicha separación, porque la gratificación libidinal hace recaer la carga de atención en la interacción entre el sí mismo y los objetos, estimulando así las diferenciaciones en dicho campo, en tanto que la frustración hace consciente la dolorosa ausencia de objetos gratificantes, lo que contribuye a diferenciar entre sí mismo y no sí mismo.

La excesiva gratificación de las necesidades instintivas puede retardar los procesos de diferenciación entre el sí mismo y objetos. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, la excesiva frustración de las tempranas necesidades instintivas sobre todo orales , es probablemente la principal causa de la falta de diferenciación entre sí mismo y objetos, porque refuerza la normal disposición a hacer una fusión regresiva de imágenes de sí mismo y de los objetos que representa tempranas fantasías fusionadas de sí mismo y de los objetos con el fin de conservar o recuperar la gratificación absoluta.

La segunda tarea consiste en la integración de las imágenes de sí mismo y de los objetos constituidas bajo la influencia de derivados de instintos libidinales con las correspondientes imágenes de sí mismo y de los objetos constituidas bajo la influencia de derivados de instintos agresivos.

Por lo tanto, las imágenes objetales idealizadas y totalmente buenas deben ser integradas con las imágenes objetales totalmente malas, y el mismo proceso debe cumplirse con las imágenes buenas y malas de si mismo.

Las imágenes parciales de sí mismo y de los objetos van integrándose hasta formar representaciones totales de sí mismo y de los objetos que acentúan su recíproca diferenciación y su semejanza con la realidad.

Estos dos procesos fracasan en gran medida en la psicosis y en grado algo menor en el caso de desórdenes fronterizos. En la psicosis hay un grave déficit de diferenciación entre imágenes de sí mismo y de los objetos, cuya fusión regresiva se refleja en primitivas fantasías fusionadas y el concomitante desvanecimiento de los límites yoicos en el área de la diferenciación entre el sí mismo y el no 'sí mismo .

La fusión regresiva de imágenes de sí mismo y de los objetos puede ser el resultado de varios factores:

- I) Falta de desarrollo de las funciones de la autonomía primaria
- II) Intolerancia a la ansiedad de origen constitucional hasta las menores frustraciones resultan intolerables e inducen fusiones regresivas u otros procesos fusionantes.
- III) Excesivas frustraciones reales
- IV) Un consecuente desarrollo excesivo de la agresión.

En la psicosis, su principal efecto es la refusión de imágenes de sí mismo y de los objetos; en el caso de la personalidad fronteriza, lo predominante no es dicha fusión sino una intensificación y fijación patológica de los procesos de escisión.

En las personalidades fronterizas, los factores patógenos pueden estar presentes pero no prevalecen. La principal deficiencia del desarrollo radica en la incapacidad de sintetizar introyecciones e identificaciones positivas y negativas ; hay así mismo una falta de capacidad para reunir imágenes de sí mismo y de los objetos de origen agresivo y libidinal.

Los factores patógenos más importantes son la falta de tolerancia a la ansiedad, que obstaculiza la síntesis de introyecciones de signo opuesto, sobre todo, la gran intensidad de los derivados de instintos agresivos.

En la personalidad fronteriza se observan reiteradamente tendencias agresivas y autoagresivas de extraordinaria intensidad, vinculadas con tempranas imágenes de sí mismo y de los objetos.

Cuando las imágenes de sí mismo y de los objetos están relativamente bien diferenciadas y por lo tanto no se produce su refusión regresiva, la diferenciación de los límites yoicos puede desarrollarse sin mayores inconvenientes; el paciente fronterizo conserva prácticamente intactos los límites de su yo y su prueba de realidad (Kernberg , 1975) .

Persiste la escisión como mecanismo esencial destinado a impedir la difusión de la ansiedad dentro del yo y a proteger las introyecciones e identificaciones positivas .

Mecanismos Defensivos en pacientes fronterizos:

- l) Escisión: es una operación de defensa esencial en la personalidad fronteriza, que subyace a todas las que siguen.

La integración o síntesis de las introyecciones e identificaciones de signo opuesto es quizás el más importante factor de neutralización de la agresión y una de las consecuencias de los estados patológicos caracterizados por un exceso de escisión es que no se logra un suficiente grado de neutralización, haciendo fracasar así una fuente de energía esencial para el crecimiento yoico (Kernberg, 1975).

La escisión es una causa fundamental de labilidad yoica y, puesto que no requiere tanta contracarga como la represión, un yo débil es proclive a la utilización de este mecanismo, lo que crea un círculo vicioso en el cual la labilidad yoica y la escisión se refuerzan mutuamente.

En la experiencia clínica una de las manifestaciones directas de este mecanismo en ciertos desórdenes caracterológicos es la expresión alternada de las facetas complementarias de un conflicto, ligada con una débil negación y falta de preocupación por la

contradicción reflejada en el comportamiento y en la vivencia interna del paciente.

Otra de las manifestaciones directas de la escisión puede consistir en una falta de control de impulsos selectiva, que se expresa en episódicas irrupciones de impulsos primitivos que son sintónicos con el yo durante los lapsos en que se exteriorizan.

Quizá la manifestación más conocida de la escisión es la división de los objetos externos en totalmente buenos y totalmente malos, lo cual trae apareada la posibilidad de que un objeto oscile de manera radical y abrupta de un extremo a otro; esto puede ser una total y repentina reversión de todos los sentimientos y conceptualizaciones acerca de una determinada persona (Kernberg , 1975) .

Los sujetos borderline utilizan también como mecanismo de defensa básico la disociación. La persona con trastorno border lleva a cabo un proceso en el que mantiene separadas las introyecciones que amenazan la integridad del Yo. La disociación acompaña a otros mecanismos de defensa, es la operación defensiva esencial de los border.

En la disociación el sujeto separa sus introyecciones e identificaciones, así como a las personas que lo rodean, en totalmente buenas o malas. No puede aceptar que una persona tenga características positivas y negativas o que en un momento sea gratificante y en otros frustrante.

También puede producirse una alternancia repetitiva y radical entre conceptos contradictorios de sí mismo. La disociación no aparece sólo como mecanismo aislado, sino además asociado con otros; la escisión suele aparecer ligada con uno o varios mecanismos siguientes:

- II) Idealización primitiva: es la tendencia a ver a los objetos externos como totalmente buenos para poder contar con su protección contra los objetos malos, y para asegurarse de que no habrán de ser contaminados, dañados o destruidos por la agresión propia o la proyectada en otros objetos (Kernberg , 1975) .

La idealización primitiva crea imágenes objetales totalmente buenas, poderosas y alejadas de la realidad y tiene además efectos negativos sobre el desarrollo del ideal del yo y el super yo.

En este sentido, las personas que les rodean , se pueden convertir para los border en seres todo poderosos y buenos a los

que nunca llegarán a alcanzar, lo cuál les causan sentimientos autodevaluatorios y depresión (núcleo narcisista) . Depositán en una persona todas las cualidades y atributos para tener a alguien a quien imitar, pero resulta tan perfecta esta persona a los ojos del border que nunca lo podrá igualar (González Núñez, 1992).

Queda excluido de su contexto el reconocimiento consciente o inconsciente de la agresión hacia el objeto, la culpa derivada de la agresión y la preocupación por el objeto. Por ende, no es una formación reactiva, sino la expresión directa de una fantasía primitiva que opera como estructura protectora, en la cual no hay verdadera estima por el objeto ideal, sino una simple necesidad de protección, contra un mundo de objetos peligrosos.

Otra de las funciones del objeto ideal es servir de receptáculo para la identificación omnipotente compartiendo la grandeza del objeto, idealizado a modo de protección contra la agresión y cogratificación directa de las necesidades narcisistas.

Esta idealización refleja por lo tanto la omnipotencia subyacente, otra de las defensas fronterizas y puede ser vista como precursora de las ulteriores formas de idealización .

Suelen exhibir fuertes tendencias a la proyección. Lo característico, sin embargo, no es solo el aspecto cuantitativo de este mecanismo, sino también su aspecto cualitativo.

En este contexto, el principal propósito de la proyección es externalizar las imágenes del sí mismo agresivo y totalmente malo y las de los objetos de iguales características; esta externalización da lugar a la aparición de objetos peligrosos y vengativos, de los cuales el paciente busca protegerse, pero lo logra en muy escasa medida.

Aunque en este tipo de paciente, los límites yoicos están lo bastante desarrollados como para diferenciar entre sí mismo y objetos en la mayoría de los aspectos de su vida, la misma intensidad de sus tendencias proyectivas, sumada a su típica labilidad yoica, debilita los límites de su yo en el área de la proyección de la agresión.

Esto hace que los pacientes sientan que aún pueden identificarse con el objeto en el cual proyectaron la agresión, de manera que su persistente empatía con ese objeto ahora amenazante mantiene e incluso incrementa el temor a la propia agresión proyectada. En consecuencia, necesitan controlar al objeto para impedir que este los ataque bajo la influencia de los impulsos agresivos proyectados. Deben atacar y controlar al objeto antes de que este los ataque y destruya.

La identificación proyectiva se caracteriza por la falta de diferenciación entre sí mismo y objeto en esa particular área, por la continuada vivencia del impulso y del temor a dicho impulso mientras la proyección se encuentra activa y por la necesidad de controlar al objeto externo.

En niveles superiores de desarrollo yoico, las formas ulteriores de proyección no presentan las mismas características, en pacientes histéricos, la proyección de los impulsos sexuales simplemente refuerza la proyección. La mujer histérica que desprecia a los hombres o les teme debido a los intereses sexuales que estos demuestran, es por completo inconsciente de sus propios impulsos sexuales y por lo tanto no siente una temerosa empatía con el enemigo.

Todas estas distorsiones que la agresión provoca en las imágenes objetales tienen también efectos patológicos sobre el desarrollo del superyo.

Su propósito fundamental para los border es poner en personas que les rodean las imágenes del sí mismo malas y agresivas. Este mecanismo general les resulta poco eficaz debido a la confusión de objeto y sujeto .

Los objetos que deposita en el entorno amenazan con regresar, como si se trataran de vengar; para que esto no ocurra el sujeto se identifica y trata de parecerse a éstos para controlarlos.

III) Negación

Es frecuente observar en los pacientes de personalidad fronteriza fuertes evidencias del empleo del mecanismo de negación, en especial manifestaciones primitivas de la negación, como opuestas a sus formas mas elaboradas (Kernberg , 1975) .

En este contexto, un típico ejemplo de este mecanismo, es la negación mutua de dos áreas emocionalmente independientes de la conciencia.

La persona border parece no tomar en cuenta algunos aspectos de su mundo externo, o una parte de sus experiencias subjetivas, que en realidad son importantes. Por ejemplo, una persona que odia sin ningún motivo a un familiar, el cual instantes anteriores le inspiraba un gran cariño y admiración; el sujeto se da cuenta del cambio en sus sentimientos, pero no piensa que sea relevante. En este tipo de personas hay una negación de los afectos, más que de las situaciones (González Núñez, 1992).

El paciente está consciente de que en determinado momento sus percepciones, pensamientos y sentimientos acerca de sí mismo y de los demás son por completo opuestos a los que tubo en otros momentos; sin embargo éste recuerdo carece de repercusión emocional y no puede modificar la manera de sentir del paciente.

Quizás este regrese más tarde a su anterior estado yoico y niegue el actual, pero no obstante recordarlo, será otra vez totalmente incapaz de ligar emocionalmente ambos estados.

En los pacientes de personalidad fronteriza la negación puede manifestarse también como una simple desestimación de un sector de su experiencia 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.

Lo negado hasta ahora es algo que el paciente reconoce en otras áreas de su conciencia; es decir, niega emociones que ha experimentado y niega asimismo el reconocimiento de la resonancia emocional de una cierta situación real, de la cuál el paciente fue consciente o puede volver a serlo (Kernberg , 1975) .

Todo esto difiere de la forma más sutil de este mecanismo, descrita por Freud, y caracterizada por la presencia de un contenido mental con signo negativo; el paciente dice saber que él mismo, el

terapeuta u otras personas podrían pensar algo, pero esa particular posibilidad es rechazada como una especulación puramente intelectual.

En este caso, la resonancia emocional de lo negado nunca ha tenido acceso a la conciencia y permanece reprimida. Este tipo de negación corresponde a los niveles mas elaborados de este mecanismo y está relativamente cerca del aislamiento.

Un nivel intermedio de la negación, que también se observa con cierta frecuencia en los pacientes fronterizos, es aquél en el cual se niega una emoción contraria a la que se experimenta con intensidad en el momento actual, en especial la negación mágica característica de la depresión.

Es importante subrayar que en este último tipo de negación, tanto las tendencias maniacas como las depresivas, dan lugar a la movilización de determinadas relaciones objetales patógenas. En esta forma de negación, se utiliza un afecto opuesto y extremo para reforzar la posición del yo contra un sector amenazante de la vivencia de sí mismo.

El hecho de que en la clínica la negación maniaca aparezca muchas veces íntimamente conectada con la depresión, revela una disociación yoica menos patológica y “grosera” que la que tiene lugar en las formas menos sutiles de negación.

En consecuencia, la negación abarca una gran gama de operaciones defensivas, cuyo nivel superior está probablemente vinculado con el aislamiento y otras defensas contra los afectos que corresponden a un tipo más elaborado, en tanto que su nivel inferior está ligado con la escisión.

IV) Omnipotencia y Desvaloración

Ambos mecanismos están estrechamente conectados con la escisión y son al mismo tiempo manifestaciones directas del empleo defensivo de las introyecciones e identificaciones primitivas.

Los pacientes border se autoidealizan y fantasean que van a recibir mágicamente sin que ellos se esfuercen las gratificaciones a las que tienen derecho. Se sienten superiores a los demás y devalúan a las otras personas que no les dan un trato especial (González Núñez, 1992).

Los pacientes que los 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.

Ambos estados representan su identificación con un objeto totalmente bueno, idealizado y poderoso, a modo de protección contra los malos objetos “persecutorios”. No existe una verdadera “dependencia” en el sentido de amor y preocupación por el objeto ideal.

En un plano mas profundo, la persona idealizada es tratada de manera despiadada y posesiva, como una extensión del propio paciente.

Aún en los momentos de aparente sometimiento a un objeto externo idealizado, es posible detectar las posibles fantasías omnipotentes que subyacen en el paciente. Bajo los sentimientos de inseguridad autocrítica e inferioridad que exhiben los pacientes de personalidad fronteriza, se observan muchas veces tendencias omnipotentes y grandiosas que suelen expresarse como un firme convencimiento inconsciente de que tienen derecho a esperar de los demás gratificaciones y tributos y a ser tratados como personas especiales y privilegiadas (Kernberg , 1975) .

La desvaloración de los objetos externos es en parte un corolario de la omnipotencia; cuando un objeto externo ya no puede proporcionar gratificación o protección, es abandonado y dejado de lado, en primer lugar por que el paciente no tiene verdadera capacidad de amor por este objeto.

Existen además otras fuentes que alimentan esta tendencia a la desvalorización; una de ellas es la destrucción vengativa del objeto que frustró las necesidades del paciente; otra es la desvalorización defensiva de los objetos, con el fin de impedirles transformarse en “perseguidores” temidos y odiados.

La desvalorización de objetos significativos del pasado del paciente tiene efectos muy perjudiciales sobre las relaciones objetales internalizadas y en especial sobre las estructuras que intervienen en la formación e integración del super yo.

Características del funcionamiento relacional del paciente con trastorno límite de la personalidad

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad poseen escasa capacidad para evaluar de manera realista a los demás y para entablar con ellos una relación de verdadera empatía; experimentan a las otras personas como objetos distantes a quienes se adaptan de un modo “real” siempre que no tengan un compromiso emocional con ellos.

Toda situación que en circunstancias normales deriva en una vinculación interpersonal mas profunda, revela cuando se presenta en relación con estos pacientes, su incapacidad de vivenciar o empatizar con los demás, su percepción distorsionada en estos y la

superficialidad de sus vínculos emocionales. Esta superficialidad tiene fines defensivos y diferentes causas.

Por una parte, refleja la falta de fusión entre derivados de instintos libidinales y agresivos y el concomitante carácter estrecho, rígido y primitivo de sus disposiciones afectivas. Por otra parte, está también directamente conectada con su incapacidad de sentir culpa y preocupación y la consecuente imposibilidad de profundizar su reconocimiento de los demás y su interés por ellos.

Otro de los motivos de su superficialidad emocional es el esfuerzo que con fines defensivos realizan para alejarse de todo compromiso afectivo demasiado hondo, que podría provocar la activación de sus primitivas operaciones de defensa, sobre todo la identificación proyectiva, y el temor de ser atacados por el objeto que se está haciendo importante para ellos .

La superficialidad los defiende así mismo de la primitiva idealización del objeto, de la consecuente necesidad de someterse a dicho objeto idealizado y de fusionarse con él, y de la eventual rabia por la frustración de necesidades pregenitales, en particular las demandas orales, activadas en la relación con el objeto idealizado.

La falta de desarrollo del super yo, la deficiente integración yoica y la inmadurez de sus sentimientos, objetivos e intereses, contribuyen también a mantenerlos en la ignorancia de los aspectos

mas evolucionados, maduros y diferenciados de la personalidad de otras personas.

Otra de las características de estos pacientes es la manifestación más o menos sutil o grosera, según los casos, de sus objetivos pregenitales y genitales, que están fuertemente infiltrados de agresión (Kernberg , 1975) .

Es posible detectar con relativa facilidad sus tendencias explotadoras, sus irrazonables demandas y la manipulación de que hacen objeto a los demás sin consideración y tacto alguno. En este sentido, ocupa un lugar preponderante la tendencia a desvalorizar a los objetos.

La tendencia a manejar a los demás responde a la necesidad defensiva de controlar el entorno con el fin de impedir la aparición de temores paranoides más primitivos, vinculados con la proyección de imágenes agresivas de sí mismos y de los objetos.

Cuando fracasan sus intentos por controlar, manipular y desvalorizar a los objetos y cuando la explotación de los demás no les ofrece la directa gratificación de sus necesidades, muchos de estos pacientes tienden a retraerse y a recrear en la fantasía un tipo de relación con los otros que les permita expresar todas estas necesidades.

Aun en aquellos pacientes fronterizos que en apariencia se muestran más o menos “sociables”, es posible observar un cierto grado de retraimiento usado con fines de protección y de gratificación en el plano de la fantasía.

Superficialmente, estos pacientes suelen experimentar sentimientos de inseguridad, incertidumbre e inferioridad respecto de sus capacidades y en su trato con los demás. Estos sentimientos son en parte un reflejo de los aspectos más reales de la evaluación de sus vinculaciones con personas significativas, de su trabajo y de su vida en general; a menudo traducen también una apreciación real de algunas de sus carencias y fracasos.

En un plano más profundo, los sentimientos de inferioridad reflejan muchas veces estructuras defensivas. En este sentido, el paciente muestra también el profundo convencimiento de que tiene derecho a explotar a los demás y a ser gratificado, que no representa un simple apartamiento de los objetos externos, sino la movilización de primitivas relaciones objetales en las que revive una fusión primitiva de imágenes idealizadas de sí mismo y de los objetos usada con fines defensivos contra imágenes “malas” de sí mismo y de los objetos y contra “malos” objetos externos.

Los sentimientos de inferioridad representan a menudo un estrato superficial secundario que oculta los rasgos narcisistas del carácter.

La presencia de introyecciones e identificaciones contradictorias es lo que determina la cualidad “como si” de estos pacientes. A pesar del carácter contradictorio y de la recíproca disociación de estas identificaciones, sus manifestaciones superficiales persisten como remanentes de actitudes yoicas (Kernberg , 1975) .

Esto permite que algunos de estos pacientes “reactúen” identificaciones parciales, casi todas disociadas, en la medida en que ello les resulta útil a los fines de su aparente adaptación a la realidad. Su adaptabilidad adquiere así características de mimetismo, merced a las cuales lo que fingen ser es en realidad la vestidura vacía de lo que en otros momentos tienen que ser de un modo mas primitivo.

Este fenómeno provoca confusión a los propios pacientes. *Todo esto representa también lo que Erickson denominó difusión de la identidad; es decir, la falta de un concepto integrado de sí y de un concepto igualmente integrado y estable de los objetos totales en relación con el sujeto; en verdad, la difusión de la identidad es un característico síndrome de la personalidad fronteriza* (Kernberg , 1975) .

Para hacer una somera diferenciación entre pacientes psicóticos, fronterizos y neuróticos, cabría decir que los individuos adolecen de un grave déficit del desarrollo yoico, con imágenes de sí mismos y de los objetos en su mayor parte indiferenciadas y una

concomitante falta de desarrollo de los límites yoicos; en los pacientes fronterizos, el yo está mejor integrado que en los psicóticos, las imágenes de sí mismo y de los objetos están en su mayoría diferenciadas y los límites yoicos están bien definidos en todas las áreas, salvo aquellas que corresponden a compromisos interpersonales profundos; es común en ellos el síndrome de difusión de la identidad; los pacientes neuróticos muestran un yo bien consolidado, con completa separación entre imágenes de sí mismo y de los objetos y la concomitante definición de los límites yoicos; no se observa en ellos el síndrome de difusión de la identidad.

Presentan una identidad yoica estable, con la consecuente integración, despersonificación e individualización de las estructuras yoicas generadas por las relaciones objetales; y un super yo bien consolidado en el que se integran los primitivos precursores de origen pregenital y los precursores ulteriores, que representan la internalización de imágenes parentales reales.

Aunque su superyo sea severo o sádico en exceso, está lo suficientemente integrado como para promover el desarrollo yoico y un funcionamiento por lo menos parcialmente eficiente y libre de conflictos.

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con un trastorno límite de la personalidad realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado. La percepción de una inminente separación o rechazo o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales, experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (López , 2004).

Estos temores a ser abandonados están relacionados a la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados de otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como los comportamientos de automutilación o suicidas.

Los individuos con un trastorno límite de la personalidad presentan un patrón de relaciones inestables e intensas. Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles mas íntimos.

Sin embargo, cambiar rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no “están” lo suficiente. Estos sujetos pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero solo con la expectativa de que la otra persona “esté allí” para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas.

Son propensos así mismo a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con algunas de la personas que se ocupan de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono (López , 2004) .

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad de la autoimagen o en el sentido de uno mismo. Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales.

Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores, y el tipo de amistades. Estos sujetos pueden cambiar bruscamente desde el papel de suplicar la necesidad de ayuda hasta el de vengador justiciero de una afrenta ya pasada.

Si bien lo habitual es que su autoimagen está basada en ser perverso o desgraciado, a veces los individuos con este trastorno tienen también el sentimiento de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el sujeto percibe una falta de relaciones significativas, de ayuda y de apoyo. Estos sujetos pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar.

Las personas con este trastorno demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos. Pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación. El suicidio consumado se observa en un de 8-10 % de estos sujetos y los actos de mutilación y las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes (López , 2004) .

El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por lo que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o por servirles de explicación de su sentimiento de maldad.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden presentar una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo. El estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad suele ser interrumpido por periodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de estos individuos al estrés interpersonal.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío. Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer.

Es frecuente que los sujetos con trastorno límite de la personalidad expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira. Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Frecuentemente, la ira es desencadenada cuando consideran a una de las personas que se ocupa de ellos o a un amante negligente, represor, despreocupado o que le abandona. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos.

Durante periodos de estrés extremo, se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos, pero generalmente estos son de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional. Lo más habitual es que estos episodios ocurran como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser pasajeros y duran entre minutos y horas. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producirse la remisión de los síntomas (López , 2004) .

SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que están a punto de lograr un objetivo.

Algunos sujetos presentan síntomas similares a los psicóticos durante los periodos de estrés. Los sujetos con este trastorno se pueden sentir más seguros con objetos transitorios que con las relaciones interpersonales.

La muerte prematura por suicidio se puede producir en los sujetos con este trastorno, especialmente en quienes concurre un trastorno del estado de ánimo o un trastorno relacionado con sustancias.

Como resultado de comportamiento de autoinflingirse malos tratos o por los intentos de suicidios fallados, se puede producir alguna minusvalía física. Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de los estudios y las rupturas matrimoniales.

En las historias de la infancia de los sujetos con trastorno límite de la personalidad son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales, la negligencia en su cuidado, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental.

Síntomas dependientes de la cultura , la edad y el sexo

Los adolescentes y los adultos jóvenes con problemas de identidad pueden mostrar comportamientos pasajeros que dan la impresión errónea de ser un trastorno límite de la personalidad, el cual se diagnostica con preferencia en mujeres.

Diagnóstico diferencial

El trastorno límite de la personalidad suele presentarse asociado a **trastornos del estado de ánimo** y si se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben diagnosticarse ambos.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno límite de la personalidad por que tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos.

Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad, además del trastorno límite de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos.

Aunque el **trastorno histriónico de la personalidad** también se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes, el trastorno límite de la personalidad se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad (DSM IV-TR , 2002) .

Las ideas o las ilusiones paranoides pueden aparecer tanto en el trastorno límite de la personalidad como en el **trastorno esquizotípico de la personalidad**, pero en el trastorno límite estos síntomas son mas pasajeros, interpersonalmente reactivos y en respuesta a estructuras externas.

Si bien el **trastorno paranoide de la personalidad** y el **trastorno narcisista de la personalidad** también pueden caracterizarse por una reacción colérica a estímulos menores, la relativa estabilidad de la autoimagen, así como la relativa falta de autodestructividad, impulsividad y las preocupaciones por el abandono, diferencian a estos trastornos del trastorno límite de la personalidad.

Aunque tanto en el **trastorno antisocial de la personalidad** como en el trastorno límite de la personalidad se dan comportamientos manipulativos, los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad son manipuladores para obtener un provecho, poder u otra gratificación material, mientras que el objetivo en el trastorno límite de la personalidad está más dirigido a lograr el interés de quienes se ocupan de ellos.

Tanto el **trastorno de la personalidad por dependencia** como el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por el temor al abandono; sin embargo el sujeto con trastorno límite de la personalidad reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, en tanto que el sujeto con trastorno de la personalidad por dependencia reacciona con un aumento de su mansedumbre y sumisión y busca urgentemente una relación que reemplace la anterior para que le proporcione cuidados y apoyo. Además, el trastorno límite de la personalidad se distingue también del trastorno de la personalidad por dependencia por el típico patrón de relaciones intensas e inestables (DSM IV-TR , 2002) .

El trastorno límite de la personalidad debe diferenciarse de un **cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica**, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nerviosos central. También se tiene que distinguir de los **síntomas que pueden aparecer en asociación**

con el consumo crónico de sustancias y del problema de identidad.

Los criterios del DSM IV han cambiado ligeramente desde sus orígenes del DSM III así ampliando cada criterio enfatizando su significado clínico:

- 1) Relaciones interpersonales intensas e inestables, describe las manifestaciones interpersonales de la escisión intrapsíquica.

Una de las características fundamentales de la patología límite es la incapacidad de relacionarse con las personas significativas del entorno, fuentes potenciales de atención o protección sin idealizarlas, si la relación es gratificante o si las devalúan, si no lo es.

2) Impulsividad

Este criterio evolucionó desde la literatura inicial, en la cual se describían los problemas de acting out como una forma de resistencia o huida de los propios sentimientos y conflictos.

Los estudios realizados pusieron de manifiesto que la impulsividad de los sujetos límite era distinta de la observada en los

pacientes maníacos/hipomaníacos o antisociales por su naturaleza autolasiva.

3) Inestabilidad afectiva

Estos problemas como elemento esencial del trastorno límite, se explica que son las intensas reacciones emocionales las que provocan los problemas conductuales y son estas teorías las que han alentado el uso de fármacos eutimizantes.

4) Ira

En el paciente límite la ira implica una agresividad excesiva, esta ira causa problemas como escisión o conductas autolesivas.

5) Conductas suicidas o autodestructivas

Las conductas suicidas o autodestructivas, son la especialidad conductual de los pacientes límite, es un criterio prototípico que cuando se presenta ante el médico, inmediatamente el diagnóstico viene a su mente.

6) Alteración de la identidad

La alteración de la identidad se diferencia de los problemas genéricos que aparecen como normales del desarrollo, en especial en la adolescencia, este criterio abarca las distorsiones de la imagen corporal que se observan en personas con anorexia o con un trastorno dismórfico corporal; intenta identificar los trastornos del sí mismo (self) que son más específicos de los pacientes límite.

7) Sentimientos de vacío

Esta sensación de vacío es visceral; normalmente se siente en el abdomen o en el pecho, no debe confundirse con el miedo a no existir o a la angustia existencial, este vacío es un criterio ejemplar de estos pacientes que los discrimina de otros tipos de depresión.

8) Miedo al abandono

Este criterio debe diferenciarse de la ansiedad causada por la separación más común y menos patológica, estos pacientes son conscientes de su temor a ser abandonados, pero responden con “acting out” que no reconocen, esto es reconocido como intolerancia a la soledad, actualmente este criterio se reconoce como síntoma de un vínculo temprano seguro.

9) Pérdida de juicio de la realidad

Este deriva de la literatura clínica anterior, el cual habla de transferencias psicóticas y del potencial de regresión psicótica en un contexto terapéutico no estructurado.

La existencia de pacientes los cuales cumplen con los criterios necesarios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad están bien establecidos, el significado continúa en revisión en la medida en que se integren más teorías específicas para su comprensión etiológica y la continuidad con otras patologías como la ciclotimia del espectro bipolar.

El pronóstico

El diagnóstico descriptivo es un factor pronóstico importante para los pacientes de personalidad fronteriza, sobre todo en lo que se refiere a la patología caracterológica, aunque no en igual medida en lo atinente a los síntomas neuróticos, ya que estos se manifiestan en cualquier nivel de patología y existen pacientes con graves desórdenes caracterológicos que presentan muy escasos síntomas neuróticos.

Por lo tanto, sintomatología neurótica no es un buen indicador de la severidad de la enfermedad. Dado un grado similar de patología caracterológica, las motivaciones para recurrir al tratamiento y perseverar en él son menores en el paciente que no presenta ninguna inhibición o síntoma neurótico, que en aquél que sufre algún padecimiento de este tipo.

Se ha observado que la ansiedad habla en favor de una posible mejora mediante el tratamiento, probablemente por que incrementa las motivaciones para el esfuerzo psicoterapéutico del paciente. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, el monto de ansiedad o de padecimientos neuróticos en general parece mucho menos significativo que el grado en que la patología caracterológica es sintónica o distónica con el yo.

La presencia de ansiedad es inicialmente un elemento pronóstico favorable para el establecimiento de una relación

terapéutica, pero un pronóstico más preciso requiere que sea reemplazada poco a poco por indicadores derivados de la patología caracterológica.

Es importante subrayar que si bien en los pacientes fronterizos la intensidad o el tipo de sintomatología neurótica no son factores significativos desde el punto de vista del pronóstico, sí lo son desde el punto de vista del diagnóstico.

Cuando se diagnostica la constelación patológica del carácter en función del nivel de patología caracterológica y del conjunto predominante de rasgos patológicos del carácter, el diagnóstico adquiere una íntima y directa correlación con el pronóstico y el tratamiento.

Si el diagnóstico revela que el terapeuta se encuentra ante un paciente de personalidad fronteriza, esta conclusión permite adoptar la estrategia psicoterapéutica indicada.

¿Qué es posible inferir entonces, desde el punto de vista del pronóstico, de los diferentes tipos de patología caracterológica observados en pacientes de personalidad fronteriza? Kernberg menciona al respecto lo siguiente.

a) Los pacientes de *personalidad histérica* que funcionan en un nivel fronterizo tienen en general un buen pronóstico para la psicoterapia analítica; en ellos predominan con frecuencia los conflictos de origen oral, labilidad yoica generalizada o limitada a

determinadas áreas y un doble estrato de operaciones defensivas que se refleja en radicales vaivenes del nivel de regresión durante las sesiones, todo lo cuál, sin embargo, es eminentemente tratable con una psicoterapia intensiva a largo plazo. Algunos de estos pacientes pueden ser tratados mediante psicoanálisis sin modificaciones.

b) Las *personalidades infantiles* tienen también un buen pronóstico para la psicoterapia analítica; en general, el psicoanálisis clásico esta contra indicado para estos casos .

c) para las *personalidades narcisistas*, el pronóstico depende de que el funcionamiento fronterizo se manifieste o no de manera franca. Cuando el nivel fronterizo se exterioriza abiertamente, el pronóstico para un abordaje expresivo de orientación psicoanalítica no es bueno; es posible que estos pacientes requieran un prolongado periodo preparatorio con una terapia de apoyo.

Por el contrario, los pacientes narcisistas que no obstante presentar una estructura de la personalidad típicamente fronteriza, no funcionan en un franco nivel fronterizo, deben ser tratados mediante psicoanálisis; cuando ello no es posible es preferible quizás que no reciban tratamiento alguno.

Estos pacientes poseen una notable capacidad para mantenerse emocionalmente alejados y evitar comprometerse en el proceso terapéutico, cuando sus defensas patológicas no son examinadas sistemáticamente a medida que se expresan en la transferencia.

d) Las *personalidades antisociales* tienen un pronóstico muy pobre para toda la gama de tratamientos psicológicos. Es necesario llegar a un buen diagnóstico diferencial de las constelaciones caracterológicas que intervienen en la conducta antisocial.

e) El pronóstico de los pacientes que sufren *desviaciones sexuales* y que funcionan en un nivel fronterizo varía de acuerdo con las estructuras subyacentes de la personalidad.

Las desviaciones sexuales asociadas con una personalidad narcisista subyacente tienen en general un pronóstico desfavorable, debido a las particulares dificultades que obstaculizan el tratamiento analítico de las personalidades narcisistas.

El tratamiento de los problemas sexuales en pacientes con un franco funcionamiento fronterizo puede resultar muy prolongado, ya que teniendo en cuenta su propensión regresiva, es necesario abordar los aspectos dinámicos de sus desviaciones sexuales con toda cautela y de manera gradual.

Los pacientes de personalidad fronteriza que han vivido en virtual aislamiento durante muchos años y cuya vida sexual en su

totalidad ha adoptado la forma de masturbación acompañada de fantasías exclusivamente o predominantemente perversas, tienen un pronóstico reservado en cuanto concierne a sus problemas sexuales.

f) El pronóstico de pacientes *alcohólicos y drogadictos* depende también de tipo de personalidad subyacente. Si el paciente tiene suficiente control sobre sus impulsos como para impedir que el síntoma obstaculice el tratamiento, o si la internación, o algún otro procedimiento terapéutico actúa como un entorno capaz de ofrecer la necesaria protección, el pronóstico mejora.

g) Para los pacientes con una *estructura prepsicótica* “clásica” el pronóstico es variable.

l) Para las *personalidades paranoides* con funcionamiento fronterizo, el pronóstico mejora cuando el tratamiento está estructurado de manera tal que impide que el control omnipotente distorsione la relación terapéutica. Ciertos pacientes paranoides tratan de controlar al terapeuta o de ocultarle información, actitudes que distorsionan la relación terapéutica y que muchas veces terminan por provocar el estancamiento de la terapia.

Cuando el paciente no es capaz de aceptar las lógicas demandas y limitaciones que impone el vínculo psicoterapéutico, es aconsejable mantenerlo internado mientras se afianzan las etapas iniciales de dicho vínculo.

II) Para las *personalidades esquizoides* el pronóstico es más reservado. La tendencia a retraerse y rehuir la interacción terapéutica en los pacientes con marcadas características esquizoides, tiene efectos tan penetrantes que pone a prueba la habilidad y hasta los deseos del terapeuta de lograr que aquél participe de una relación significativa. Los pacientes esquizoides hacen un uso tan intenso de los mecanismos de escisión que todos los componentes emocionales y hasta humanos de la relación paciente-terapeuta parecen estar completamente destruidos o dispersos, dando lugar a un clima de chatura o vacuidad emocional que el terapeuta encuentra difícil de tolerar por largo tiempo. Es posible que el pronóstico de los pacientes esquizoides dependa sobre todo de las cualidades personales del terapeuta.

III) Las *personalidades hipomaniacas* tienen mal pronóstico; el factor preponderante en este caso es el grado de tolerancia a la depresión; cuanto mayor es la capacidad del paciente para tolerar la depresión sin caer en una grave descompensación, mejor es el pronóstico.

h) El pronóstico para los *caracteres caóticos o impulsivos* es más o menos bueno, pero varía en cada caso de acuerdo con la presencia de manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica.

También pertenecen a este grupo los pacientes con múltiples perversiones sexuales, con promiscuidad ya sea heterosexual u homosexual y con tendencias sexuales perverso-polimorfas. Cuanto más caóticas y múltiples son las fantasías y acciones perversas y cuanto más inestables son las relaciones objetales ligadas con estas interacciones sexuales, más se justifica el diagnóstico de personalidad fronteriza pero, al mismo tiempo, mejor es el pronóstico.

Se infiere que una vida sexual caótica que refleja un funcionamiento fronterizo pero sin una estructura narcisista subyacente tiene un pronóstico mucho mejor que el que hace suponer en un primer momento un comportamiento sexual patológico tan inestable y variado.

i) Los pacientes de *personalidad predominantemente obsesivo-compulsiva* tienen un buen pronóstico, aún cuando funcionen en un nivel fronterizo. Es importante diferenciar las personalidades obsesivo-compulsivas propiamente dichas de las personalidades narcisistas y esquizoides, que también se caracterizan por una superficial frialdad, intelectualización y alejamiento.

j) Las personalidades *depresivo-masoquistas* también tienen un pronóstico más o menos bueno aunque con algunas reservas. En primer lugar, cuanto mayor es la infiltración sádica de las estructuras caracterológicas, peor es el pronóstico de las llamadas

personalidades sadomasoquistas, en comparación con las personalidades depresivas.

También el pronóstico es pobre para que los pacientes con una autodestructividad generalizada que se refleja en el comportamiento interpersonal, en el cual la principal intención parece ser infligirse daño a ellos mismos. Por consiguiente más desfavorable es el pronóstico cuanto más primitivas son las formas de autoagresión y cuanto más difusa es la descarga agresiva, en el sentido de una falta de diferenciación entre el sí-mismo y no-sí-mismo.

La importancia que desde el punto de vista del pronóstico tiene la determinación del tipo de patología caracterológica predominante es una razón más para realizar una cuidadosa evaluación diagnóstica del paciente.

CAPÍTULO V

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

El término límite sigue usándose con laxitud y vaguedad, esta denominación captó la atención por su relación con el lenguaje común de los psicoterapeutas, pero carece de precisión diagnóstica y es, por lo tanto, de poco valor para propósitos de investigación.

Para conseguir uniformidad en la caracterización de estos pacientes difíciles, llevó a precisar la definición de lo límite. Quizá la descripción más justa se hizo al crearse el rubro trastorno límite de la personalidad por la Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III en 1980.

Quizá menos preciso, pero con más relevancia para la etiología del trastorno y su mejor tratamiento, ha sido el concepto de Organización límite de la personalidad, que es no solamente descriptivo sino estructural.

Como ha sido aclarado por Kernberg, el diagnóstico de la organización limítrofe de la personalidad está basado en tres criterios estructurales:

- 1) **Difusión de identidad:** Se define como la falta de integración del concepto de sí mismo y de las personas significativas. Se aprecia en la experiencia subjetiva del paciente: vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria, percepciones empobrecidas y contradictorias de los demás e incapacidad para comunicarles su interioridad y sus interacciones significativas con los demás a un entrevistado quien, como consecuencia, experimenta dificultades para empatizar con el paciente y sus personas significativas (Kernberg , 1975).

- 2) **Nivel de mecanismos de defensa:** Los niveles de organización limítrofe y psicótica manifiestan predominantemente defensas primitivas, centradas en el mecanismo de escisión. La escisión y otros mecanismos relacionados con éste protegen al yo del conflicto mediante la disociación de experiencias contradictorias del sí mismo y de las personas significativas (Kernberg, 1975).

La presencia de escisión con sus mecanismos defensivos primitivos relacionados puede ser detectada en el análisis de la personalidad del paciente al reflejarse en sus interacciones, tanto con sus personas significativas y con el entrevistador.

Entendiéndose por escisión, la división del sí mismo y de los objetos externos en todos buenos y todos malos da lugar a reversiones completas y súbitas de todos los sentimientos y conceptualizaciones acerca del propio sí mismo o de la visión sobre una persona en particular.

3) Prueba de realidad: En las organizaciones neuróticas y limítrofes de la personalidad, la prueba de realidad está conservada y no lo está en la organización psicótica de la personalidad. La pérdida de esta capacidad se debe diferenciar de las alteraciones en la experiencia subjetiva de la realidad, el paciente limítrofe está conciente de la realidad pero experimenta sentimientos extraños, y que pueden estar presentes en cualquier paciente con dificultades psicológicas y de la alteración de la relación con la realidad, la conducta es inapropiada, pero la realidad está perfectamente evaluada (Kernberg , 1975)

La organización limítrofe de la personalidad se reconoce también por características estructurales secundarias tales como manifestaciones no específicas de debilidad del yo, como la falta de control de impulsos, falta de tolerancia a la ansiedad y la falta de

desarrollo de los canales para la sublimación; en la patología del super yo que se concibe como el sistema de valores infantil o inmaduro, demandas morales internas contradictorias o hasta rasgos antisociales; y en las relaciones objetales caóticas y crónicas que son consecuencia directa de la difusión de identidad y del predominio de los mecanismos de defensa primitivos.

Aunque estas características estructurales secundarias se relacionan con la severidad del trastorno y afectan el pronóstico, no se relacionan con el diagnóstico, el cual depende del criterio de la difusión de identidad, mecanismos de defensa y prueba de realidad.

La psicoterapia expresiva para la psicopatología limítrofe pretende acrecentar la capacidad del paciente de vivenciarse a sí mismo y ver a los demás en forma realista, coherente, como individuos integrados; y para reducir la necesidad de utilizar defensas que debiliten la estructura del yo y empobrezcan su repertorio de respuestas disponibles.

Como resultado, se espera que este paciente desarrolle una habilidad creciente para: controlar sus impulsos, tolerar la ansiedad, modular los afectos, sublimar necesidades instintivas, desarrollar relaciones interpersonales estables y satisfactorias, y experimentar intimidad y amor.

La terapia recomendada para pacientes limítrofes enfatiza el entendimiento y la interpretación consistente de la transferencia. En vez de gratificar las necesidades o demandas del paciente por medio

de técnicas de apoyo, esta terapia busca integrar, por medio de la interpretación, los aspectos disociados del mundo interno del paciente.

El resultado final es una imagen del sí mismo y del mundo objetal más diferenciado y preciso, y un sentido cada vez más diferenciado de los afectos que los unen.

Las representaciones objetales integradas reflejarán entonces imágenes parentales e interacciones con ellas más realistas de como fueron percibidas en la niñez temprana.

Sólo así se puede ayudar al paciente limítrofe a quedar en buenos términos con el pasado de manera más realista, en el contexto de las profundas transformaciones de la relación real con el terapeuta y con sus personas significativas.

Las técnicas básicas de la psicoterapia expresiva son las mismas que las del psicoanálisis, sin embargo, se usan de manera diferente en el tratamiento de los trastornos limítrofes.

Esta psicoterapia se realiza cara a cara, en dos o tres sesiones a la semana, instruyendo al paciente para que mantenga una comunicación abierta y continua de lo que está en su mente.

En contraste con el psicoanálisis, esta psicoterapia enfatiza el aquí y ahora durante la mayor parte del tratamiento; sólo en etapas avanzadas se hacen interpretaciones del allá y entonces.

En contraste con el psicoanálisis, el análisis de la transferencia con pacientes limítrofes se modifica para considerar cualquier interpretación transferencial en el contexto de la vida cotidiana y así evitar que el tratamiento y la interpretación transferencial sean tan gratificantes que impidan la superación de las dificultades conductuales del paciente.

La severidad del acting out de los pacientes limítrofes hace que el terapeuta tenga que abandonar la neutralidad técnica, para luego reinstalarla interpretativamente tan pronto como la amenaza ya no esté presente.

En contraste con el tratamiento de apoyo, la psicoterapia expresiva trata de mantener la neutralidad técnica siempre que sea posible. En la terapia de apoyo se puede usar libremente el elogio, la persuasión, el consejo y la intervención ambiental, mismas que se evitan en la psicoterapia expresiva.

La psicoterapia de apoyo utiliza la clarificación y la confrontación pero no la interpretación; mientras que la psicoterapia expresiva evita la expresión directa del apoyo afectivo y cognitivo así como también la intervención ambiental.

La teoría de la organización limítrofe de la personalidad postula una organización intrapsíquica patológica temprana que difiere de la organización neurótica de la personalidad en dos aspectos: primero, en la naturaleza de los conflictos intrapsíquicos que están en la base

de la organización patológica; y segundo y más importante, en las estructuras que soportan estos conflictos.

La constelación conflictiva dominante en la organización neurótica de la personalidad es el complejo de Edipo, donde culmina el desarrollo de los impulsos sexuales y agresivos en el contexto del mundo representacional de la niñez temprana. En contraste, en la organización limítrofe de la personalidad predominan los conflictos preedípicos y sus representaciones psíquicas están condensadas con representaciones de la fase edípica.

Lo anterior significa que los típicos conflictos sexuales triangulares están infiltrados con temas derivados de las relaciones más tempranas entre el niño y la madre, con derivados del impulso agresivo de los conflictos orales y anales, sobre todo, con una distorsión fantástica de las relaciones triangulares por superposición de temas preedípicos primitivos teñidos de agresión.

Los conflictos intrapsíquicos no están completamente reprimidos, no son inconcientemente dinámicos, se expresan en estados yoicos mutuamente separados por la disociación primitiva o escisión. Estos estados yoicos son la manifestación, de hecho de la matriz primitiva indiferenciada yo-ello, que antecede la separación del yo y el ello por medio de la barrera represiva.

Los conflictos intrapsíquicos se expresan en la activación de las relaciones objetales primitivas internalizadas que anteceden la consolidación del yo, super yo y ello definitivos.

Estas relaciones se manifiestan directamente en la transferencia, aparentemente como estados caóticos que, en la exploración psicoterapéutica, aparecen como constituidos típicamente por la combinación de una representación primitiva del sí mismo, una representación primitiva del objeto y un estado afectivo primitivo que las une.

La principal tarea de la psicoterapia con pacientes limítrofes es el traer al aquí y al ahora el significado inconciente de la transferencia y hacerlo totalmente conciente por medio de la interpretación.

La interpretación es la herramienta técnica fundamental de la psicoterapia expresiva con pacientes limítrofes, conecta las manifestaciones concientes con sus determinantes inconcientes; la conducta observada en las sesiones con lo que ocurre en la realidad externa y sus fuentes infantiles y las transferencias con los recuerdos de la niñez.

Las interpretaciones son formulaciones verbales hipotéticas sobre los lazos entre la conducta consciente y preconscious y sus determinantes inconcientes. Estas hipótesis se validan o invalidan con el material que produce el paciente como respuesta a la interpretación. Las interpretaciones y sus componentes se caracterizan por procesos interactivos y no por eventos aislados.

Las interpretaciones son más efectivas cuando se ofrecen a un paciente preparado emocionalmente. El uso secuencial de la clarificación y la confrontación prepara el camino para una interpretación perse.

La clarificación, confrontación e interpretación representan los tres componentes secuenciales de una interpretación completa.

El terapeuta debe seleccionar un aspecto de la comunicación verbal del paciente o del comportamiento no verbal, centrar la atención del paciente en ese aspecto, e invitarlo a que asocie y a que siga pensando en eso.

El proceso ayuda al paciente a traer nuevos elementos de la comunicación seleccionada, la cual puede iluminar aspectos previamente oscuros y desconocidos (Kernerg , 1975) .

La clarificación se enfoca en diferentes áreas:

- a) La transferencia
- b) La realidad externa
- c) El pasado del paciente
- d) Las defensas presentes

El objetivo de la confrontación es hacer consciente al paciente de los aspectos potencialmente conflictivos e incongruentes del material, une el material consciente y preconsciente que el paciente experimenta por separado. Enfoca la atención del paciente hacia los datos de los cuales no estaba consciente o que se asumen como una conducta natural, pero que discrepan con otras ideas, actitudes o acciones.

La confrontación relaciona el aquí y el ahora de la interacción terapeuta-paciente, con otras interacciones fuera de la sesión, implica una afirmación del terapeuta de que ciertos hechos observados son dinámica y terapéuticamente significativos.

La interpretación integra y utiliza la información proveniente de la clarificación y de la confrontación, une el material consciente y preconsciente con las funciones o motivaciones inconscientes hipotéticas.

Su objetivo es tratar de resolver la naturaleza conflictiva del material, asumiendo motivos y defensas inconscientes que, cuando son entendidos, hacen que las contradicciones previas se vuelvan lógicas.

La transferencia

Posteriormente se hace el análisis de la transferencia, la cual son representaciones a niveles inconscientes en el aquí y ahora de las relaciones objetales internalizadas del pasado en el allá y entonces, siendo éstas frecuentemente racionalizadas por el paciente como reacciones realistas a los aspectos correctamente percibidos por el terapeuta.

Siendo la transferencia el aspecto inapropiado o distorsionado de la relación del paciente hacia el terapeuta.

Se pueden dar transferencias primitivas y transferencias avanzadas, las primeras aparecen rápidamente, son muy distorsionadas y efímeras, éstas reflejan la falta del paciente para tener una percepción estable de sí mismo y de las personas significativas de éste en diversas situaciones a través del tiempo (Kernberg , 1975).

A menudo el terapeuta siente las trasferencias primitivas como confusas, extrañas y son amenazantes, siendo estas difíciles para ser empatizadas.

Las transferencias avanzadas reflejan en contraste, la perspectiva más integrada y tridimensional del paciente acerca de sí mismo y de los demás.

Las transferencias primitivas en general expresan relaciones objetales parciales a diferencia de las relaciones avanzadas, las cuales reflejan relaciones objetales totales o globales.

La estrategia a largo plazo del terapeuta para enfrentarse con la transferencia, es tratar de diagnosticar cada transferencia primitiva o relación objetal o parcial.

Primero, en términos de la fantasía implícita acerca de la relación momentánea entre el paciente y el terapeuta y, segundo, de acuerdo con el afecto dominante, la representación del sí mismo y la representación del objeto que tiene el paciente en su interior.

Las representaciones parciales del sí mismo y del objeto, en una díada particular, se proyectan alternadamente al terapeuta; por lo que durante un tiempo el terapeuta es experimentado primero como objeto parcial y luego como el sí mismo parcial.

La yuxtaposición de representaciones escindidas dentro de la misma escisión establece el escenario para hacer interpretaciones más convincentes de éstas y así, el paciente está en una mejor posición para reconocer las representaciones del sí mismo y del objeto que han sido afectadas.

A medida que el tratamiento progresa, los ciclos se acortan, es decir, el paciente puede entender más rápidamente la naturaleza de la relación de objeto representada en la transferencia, hasta que el entendimiento del patrón completo ocurre en una sola sesión.

Las técnicas del manejo de transferencia en cada sesión son relativamente sencillas: ambas transferencias, la positiva y la negativa, deberán ser interpretadas.

Las formas leves de transferencia positiva pueden no tocarse, pero las idealizaciones extremas más primitivas necesitan ser interpretadas, porque son la parte escindida de las transferencias negativas o persecutorias.

Antes de que se interprete la transferencia, es importante establecer los límites de la realidad, los cuales son comunes con el paciente.

El terapeuta debe clarificar en primer lugar la realidad de la situación y posteriormente interpretar los aspectos irreales de ellas.

Las probables distorsiones del paciente sobre una interpretación tienen que ser incluidas en ésta.

Si el acting-out no responde a la interpretación, primero tiene que ser bloqueado por una estructura poniendo límites en las sesiones para evitar la ganancia secundaria, y posteriormente ser interpretado.

La ganancia secundaria del acting-out de la transferencia debe controlarse sistemáticamente.

Un ataque despiadado del paciente sobre el terapeuta, puede gratificar necesidades sádicas hasta un punto que hace imposible la

elaboración de la transferencia: el acting out de la transferencia gratifica más que lo que pueda proveer su entendimiento o resolución (Kernberg , 1975) .

Las interpretaciones se enfocan principalmente al aquí y al ahora mientras las reacciones transferenciales sean primitivas. Las interpretaciones genéticas prematuras favorecen la intelectualización y, a veces, incrementan la confusión entre el pasado y el presente hasta producir una psicosis transferencial.

Los mecanismos primitivos que van apareciendo en la transferencia deben ser interpretados sistemáticamente porque así se fortalece al yo; las transferencias primitivas se interpretan primero; las avanzadas, después.

El análisis de las transferencias con pacientes límite se debe enfocar a las transferencias primitivas y caóticas cuando amenazan la sobrevivencia del paciente y del tratamiento, estas transferencias primitivas se reemplazan gradualmente por transferencias avanzadas, más cercanas a las experiencias ocurridas en la niñez.

La contratransferencia

La contratransferencia en la terapia expresiva para los pacientes límite es producto de las transferencias intensas, primitivas y regresivas de estos pacientes y representan los efectos de las defensas primitivas del paciente en la transferencia.

El reconocimiento y manejo de la contratransferencia es esencial para conducir cualquier psicoterapia, adquiere una importancia suprema en el trabajo con pacientes límite.

Las defensas primitivas evocan estados emocionales intensos en el terapeuta y provocan reacciones contratransferenciales intensas de inmediato. Estos pacientes son expertos en provocar, inconscientemente, contra actitudes emocionales deseadas o temidas en los demás.

En el caso de los pacientes límite, la identificación contratransferencial concordante es con su identificación dominante momentánea con las representaciones correspondientes del sí mismo y del objeto.

Las respuestas complementarias son aquellas donde el terapeuta se identifica con la persona significativa del paciente, así esté rechazada, disociada y proyectada, cuando el paciente se identifica con el sí mismo victimado, el terapeuta en la contratransferencia complementaria, se identifica con la representación objetal, como victimario.

La utilización de la contratransferencia en esta manera ayuda al terapeuta a no repetir con el paciente los patrones interpersonales patológicos del pasado.

Al servicio de la negación, el terapeuta puede desalentar erróneamente todas las interacciones futuras que amenazan con provocar la respuesta contratransferencial inaceptable, o el terapeuta puede actuar los sentimientos rechazados, racionalizando esta conducta en términos de la patología del paciente.

Si el terapeuta actúa las reacciones contratransferenciales o no, cuando la contratransferencia es inconsciente, este puede no ser capaz de distinguir entre la reacción del paciente a la realidad del terapeuta y una reacción transferencial.

En éste punto, la interpretación precisa de la transferencia se hace imposible.

Las indicaciones indirectas de las reacciones contratransferenciales inconscientes incluyen la pérdida de la empatía ordinaria con el paciente, sobre involucramiento o descuido del paciente, somnolencia, aburrimiento, deseos de deshacerse del paciente, excesiva preocupación de las necesidades instintivas del paciente, reacciones paranoides o culposas; erotización de la relación y sensación de parálisis.

Los estados afectivos del paciente límite, al ser intensos, no modulados y no integrados, y el uso de defensas primitivas, dan lugar a una emergencia abrupta de transferencias caóticas, complejas, frecuentemente contradictorias, cuyo manejo es aún más problemático porque la alianza terapéutica generalmente es débil y el paciente es vulnerable a sufrir periodos donde falla su prueba de realidad.

Los pacientes límite a menudo son expertos en conducirse de manera que despiertan inconscientemente contra actitudes deseadas o temidas en los demás, lo que se agrega a los problemas del terapeuta con la contratransferencia.

La agresión intensa del paciente algunas veces hace que el terapeuta sienta como que existe una lucha de vida o muerte con aquel.

La agresión, aunque sea activa por la transferencia, no se limita a ella, y el terapeuta a menudo tiene que manejar la agresión que se expresa tanto dentro, como fuera de la hora de tratamiento.

Los pacientes límite pueden demostrar una rabia intensa junto con lejanía afectiva o alegría. La oscilación rápida de los estados afectivos, combinada con la tendencia hacia la impulsividad, provoca reacciones complejas en el terapeuta.

El uso de defensas primitivas es otro factor que contribuye a las dificultades contratransferenciales. Con la identificación proyectiva, el paciente proyecta representaciones no deseadas del sí mismo y del objeto para eliminarlas y proyecta aspectos valiosos para preservarlos.

Luego el paciente intenta inconscientemente provocar al terapeuta para que actúe las proyecciones patológicas. Debido a que las defensas limítrofes pueden evocar estados emocionales intensos en el terapeuta es especialmente difícil recibir las proyecciones y usarlas de forma terapéutica (Kernberg , 1975) .

Las otras defensas primitivas también pueden inducir reacciones en el terapeuta que validen la visión patológica del paciente. Lo que hace especialmente difícil el ser devaluado por un paciente limítrofe es que en el momento siguiente el terapeuta puede ser objeto de alabanzas.

Los pacientes limítrofes a menudo regañan a sus terapeutas por ser insensibles, por no hacer lo suficiente por ellos o por negarles algo que los alivie, ya sea la medicación, sesiones adicionales, contacto físico u otras intervenciones parecidas. Sus acusaciones frecuentemente aparecen después de las confrontaciones.

Los pacientes limítrofes pueden colocar en una categoría especial al terapeuta o a la terapia, critican a sus terapeutas anteriores y dicen que el terapeuta actual es el primero que genuinamente los entiende.

Las representaciones parciales del sí mismo y del objeto en los pacientes limítrofes se integran mediante un proceso en el que se detectan y reconocen, se les da nombre y se elaboran en la transferencia y en todas las relaciones interpersonales del paciente.

Cuando este aprende a reconocer sus patrones característicos para relacionarse y sus imágenes contradictorias de sí mismo y del objeto, se le muestra el esfuerzo activo que hace para mantenerlas separadas por medio del mecanismo de escisión, a fin de evitar la ansiedad al percibir las simultáneamente.

Comúnmente, el terapeuta ayuda al paciente a integrar las representaciones del sí mismo y de los otros que ha repudiado. Esto se hace interpretando las defensas de proyección, identificación proyectiva, control omnipotente, negación e idealización primitiva.

A medida que aumentan las evidencias de una mayor integración, la relación objetal parcial que se activa en forma dominante en la transferencia tiene que ser integrada en las otras relaciones objetales parciales. En este proceso los aspectos positivos y negativos del autoconcepto del paciente se juntan e integran con los aspectos positivos y negativos correspondientes de sus representaciones objetales.

En las etapas avanzadas es apropiado examinar otros contenidos además de lo que ocurre en el aquí y en el ahora. Las interpretaciones que unen el pasado con el presente se convierten en importantes por vez primera, debido al incremento en la interacción, la interpretación de los sueños también se vuelve útil.

En las etapas tempranas, el análisis de los sueños debe limitarse a la exploración de los contenidos conscientes cargados de afecto, para unir ese material con los temas transferenciales y con lo importante en la vida del paciente.

En etapas tardías, el paciente puede ser invitado a asociar sobre el contenido manifiesto de los sueños importantes, y los significados inconscientes que aparezcan pueden ser integrados en las interpretaciones completas, en particular en las interpretaciones transferenciales (Kernberg , 1975) .

En las etapas muy avanzadas es factible la interpretación psicoanalítica usual de los sueños. Se debe evitar interpretar los sueños en las etapas tempranas de la terapia de los pacientes limítrofes.

Con la resolución significativa de las transferencias primitivas, la activación de los aspectos tempranos del sí mismo, en interacción con el objeto, tiene una calidad más realista y diferenciada en la transferencia, y esto permite al terapeuta relacionar la transferencia con las personas reales del pasado.

La proyección del paciente en el terapeuta de sus imágenes parentales también tiene una calidad más específica, individualizada y compleja y revelan rasgos más realistas de las figuras significativas del pasado.

En esta etapa avanzada es más fácil discernir los conflictos intersistémicos; es decir, conflictos entre un yo o un self integrados por un lado, con impulsos inaceptables del ello, reprimidos o disociados por el otro; y entre valores conscientes del yo y la moralidad infantil inconsciente representada por el super yo. Ahora los conflictos no son intrasistémicos sino intersistémicos.

Debido a que el paciente ya tiene la capacidad para desarrollar un sentido coherente del sí mismo en el tiempo, las contribuciones de la historia temprana al presente del paciente pueden ser significativas. Las interpretaciones genéticas son posibles en esta fase y las reconstrucciones se pueden ofrecer con un provecho.

El terapeuta tiene que seguir preguntándose ciertas cuestiones a través del tratamiento. Preguntarse si el paciente está aprendiendo tanto dentro como fuera de las sesiones. La ausencia de tal aprendizaje debe ser focalizada como una manifestación del acting-out sutil de la transferencia negativa, como reacción terapéutica negativa o como aspectos transferenciales no resueltos en general.

El diagnóstico de los estancamientos terapéuticos requiere de un trabajo activo con los conflictos correspondientes, ya sean regresiones paranoides severas en la transferencia, reacciones terapéuticas negativas a partir de envidia inconsciente al terapeuta o ganancia secundaria derivada del mismo tratamiento, que en la fantasía del paciente es un reemplazo de la vida real.

El incremento en la capacidad para reconocer los paralelismos significativos entre los problemas en la transferencia y los problemas en otras relaciones, es un índice de que la capacidad para la integración de estados yoicos contradictorios se está expandiendo hacia la integración de las relaciones y experiencias del tratamiento con las que ocurren en la vida del paciente.

El terapeuta necesita reconocer el aumento de la tolerancia del paciente a la ambivalencia y a la coexistencia de aspectos regresivos y saludables de las experiencias emocionales.

La regresión transferencial ahora puede ser inducida más rápidamente por medio de la interpretación; aunque pueden tener lugar regresiones repetidas hacia los tiempos tempranos de las transferencias primitivas (Kernberg , 1975) .

Aspectos de la técnica del tratamiento en etapas avanzadas

Kernberg en 1975 menciona lo siguiente con respecto al tratamiento en etapas avanzadas de los pacientes limitrofes:

1. Las interpretaciones de la transferencia pueden verbalizarse apoyándose en la parte observadora del yo del paciente. El terapeuta puede dar por sentada la capacidad del paciente para auto-observarse y para captar rápidamente rasgos adicionales y relacionados de un aspecto particular; más que tener que explicar completamente cada detalle de una observación y justificar la interpretación.

Una identidad del yo mejor integrada le permite al paciente mantener tanto una parte del sí mismo que actúa como otra que observa, lo que facilita la colaboración terapéutica.

La alianza terapéutica no debe ser confundida con una relación transferencial dependiente positiva, es la colaboración realista de paciente y terapeuta .

2. El terapeuta necesita permanecer alerta a las áreas disociadas que puedan existir en contraste con los primeros tipos de escisión primitiva. El paciente puede aislar áreas de la experiencia intrapsíquica o de la realidad externa, como soluciones de compromiso entre la mejoría en algunas áreas y el congelamiento de ciertos conflictos y conductas patológicas en otros sectores.

El terapeuta tiene que estar preparado para confrontar tales áreas disociadas en forma vigorosa, dependiendo menos del material transferencial dominante y expandiendo el trabajo para integrar nuevas áreas de las relaciones extraterapéuticas del paciente.

3. Se debe medir el grado en que utiliza el paciente el aprendizaje logrado en la transferencia en su vida cotidiana y viceversa, y compararlo con las metas terapéuticas establecidas al inicio del tratamiento, de manera que pueda hacerse una evaluación más realista de las metas alcanzadas.
4. Se debe evaluar la capacidad del paciente para trabajar en forma autónoma en las sesiones y fuera de ellas, sin mantener el supuesto mágico de que todo el progreso es debido al terapeuta y que sólo cuentan sus esfuerzos y los del paciente.
5. Es importante evaluar la capacidad del paciente para elaborar los duelos normales generados por las separaciones prolongadas del terapeuta. En contraste con las ansiedades paranoides violentas, la devaluación masiva, el pánico y la regresión de las separaciones en las etapas tempranas, el paciente deberá ser capaz de reaccionar con nostalgias y tristezas más normales y de mantener una imagen interna buena del terapeuta, aún durante las separaciones.

La solución del compromiso representada por ganancias secundarias del tratamiento deben explorarse como una fantasía regresiva y sus funciones defensivas deben ser examinadas en términos de sus significados transferenciales.

6. Las interpretaciones genéticas que relacionan los significados inconscientes del aquí y el ahora con el allá y el entonces, incrementan el autoconocimiento del paciente en las áreas de los orígenes patogénicos tempranos de su conducta. Durante sus etapas tempranas del tratamiento, las interpretaciones se restringen al aquí y al ahora .

La exploración del pasado viene después de que se ha logrado el insight acerca del significado inconsciente del aquí y el ahora, el hacer lo contrario, es decir, el buscar explicaciones en el pasado antes de que se haya clarificado el significado inconsciente en el aquí y el ahora puede desembocar en una intelectualización estéril.

7. El terapeuta puede ahora cambiar su forma de trabajar con los sueños. El uso óptimo de los sueños en las etapas tempranas es para focalizar los elementos conscientes y afectivamente dominantes del contenido manifiesto de los mismos, para intentar la conexión de ese contenido con otros aspectos de la transferencia o de la vida inmediata del paciente.

Más adelante, el paciente puede aprender a asociar sobre el contenido manifiesto de los sueños y recuperar aspectos latentes de su significado.

8. Las reacciones contratransferenciales pueden aún ser intensas en esta etapa, por que la etapa avanzada sólo se alcanza a través de una relación intensa altamente significativa y de alto investimento emocional del terapeuta, que hace al paciente un objeto importante de su vida de fantasía.

Tales reacciones, sin embargo, son típicamente más breves, menos difusas, no abrumadoras y fácilmente accesibles a su exploración y utilización como material para las interpretaciones transferenciales.

9. Lo que el terapeuta debe esperar y el paciente debe entender es que el objetivo del tratamiento no es lograr la perfección, sino una resolución adecuada de las distorsiones estructurales de la difusión de la identidad y las defensas y relaciones objetales primitivas, con lo que se espera mejorar su calidad de vida, profundizar las relaciones con los demás, y mejorar su tolerancia a los conflictos y a la ansiedad y depresión normales sin descompensarse.

CONCLUSIONES

El presente trabajo aborda el Trastorno Límite de la Personalidad desde la perspectiva teórica de las distintas escuelas.

Una vez concluida esta investigación, es posible decir que el Trastorno Límite de la Personalidad oscila entre las neurosis y las psicosis, observando que este tipo de personalidades se desarrollan desde una infancia temprana, tienen persistencia de primitivos estados yoicos disociados y el clivaje de las imágenes parentales en objetos buenos y malos.

El origen radica en la falta de disponibilidad de la libido materna a causa de una fijación oral, de la retirada por parte de ésta, de su disponibilidad cuando el pequeño se encuentra en la fase de separación-individuación.

Debido a la excesiva frustración de las tempranas necesidades sobre todo orales es probablemente la principal causa de la falta de diferenciación entre sí mismo y el objeto.

Este tipo de personas presentan un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en el que están a punto de lograr un objetivo, se sienten más seguros con objetos transitorios, pues este tipo de personas no tienden a involucrarse afectivamente en relaciones estables y duraderas.

Los casos límite por lo general logran un buen grado de discriminación entre las imágenes de sí mismo y las de sus objetos, a pesar de ésta característica el paciente límite no logra introyectar la característica de ambivalencia en el otro, por lo tanto no evalúa de forma realista a los demás.

La técnica psicoanalítica ha resultado una herramienta útil para el tratamiento de la patología límite, pretende acrecentar la capacidad del paciente de vivenciarse a sí mismo y ver a los demás de forma realista, coherente como individuos integrados, y para reducir la necesidad de utilizar defensas que debiliten la estructura del yo y empobrezcan su repertorio de respuestas disponibles, enfatiza el entendimiento y la interpretación consistente de la transferencia, integrar por medio de la interpretación los aspectos disociados del mundo interno del paciente.

El resultado del tratamiento es una imagen de sí mismo y del mundo objetal y diferenciado, preciso, y un sentido diferenciado de los afectos que los unen, solo así se puede ayudar al paciente limítrofe a quedar en buenos términos con el pasado de manera más realista, en el contexto de las profundas transformaciones de la relación real con el terapeuta y con sus personas significativas.

La principal tarea de la psicoterapia con pacientes limítrofes es el traer al aquí y al ahora el significado inconsciente de la transferencia y hacerlo totalmente conciente por medio de la interpretación.

Las técnicas básicas de la psicoterapia expresiva son las mismas que las del psicoanálisis, sin embargo, se usan de manera diferente en el tratamiento de los trastornos limítrofes. Esta psicoterapia se realiza cara a cara en dos o tres sesiones a la semana, instruyendo al paciente para que mantenga una comunicación abierta y continua de lo que está en su mente.

La estrategia a largo plazo del terapeuta para enfrentarse con la transferencia es tratar de diagnosticar cada transferencia primitiva o relación objetal o parcial.

A medida que el tratamiento progresa, el paciente puede entender más rápido la naturaleza de la relación de objeto representada en la transferencia hasta que el entendimiento del patrón completo ocurre en una sola sesión.

La importancia de realizar un buen diagnóstico con base en la clínica es por que las características del trastorno límite de la personalidad y la comorbilidad que presenta con otros trastornos, tiende a confundirse y etiquetarse dejando poco claros los signos y síntomas específicos.

Tomando en cuenta lo anterior, en este trabajo propongo como herramienta indispensable en el tratamiento de estos pacientes la práctica psicoanalítica, por representar una alternativa directa para acceder a la génesis del trastorno que con base en los autores revisados se encuentra en las primeras etapas del desarrollo que en la mayoría de los casos suele ser material que permanece inconsciente.

De acuerdo con los signos y los síntomas del trastorno límitrofe de la personalidad y los mecanismos de defensa que utilizan estos pacientes considero que son rasgos característicos de la personalidad que en un momento dado pueden manifestarse en cualquier individuo sin estar diagnosticado como borderline; esto con base en los teóricos mencionados.

Una vez revisado el tema del trastorno límite de la personalidad se observa que dada la complejidad del mismo, no existe una definición concreta que englobe dicho trastorno, mas bien se trabaja con aproximaciones teóricas que describen los rasgos de personalidad característicos de pacientes diagnosticados con esta patología.

En el desarrollo de este trabajo, se hace evidente que con base en la clínica es posible diferenciar entre un paciente con trastorno límite de la personalidad y un paciente que dadas las características de su funcionamiento actual presente rasgos asociados al trastorno límite sin llegar a serlo.

REFERENCIAS

<http://books.google.com.mx/books?id=RcTQh5nUBjEC&pg=PA2&dq=DSM-IV+:guía+para+el+diagnóstico+clínico#PPA8,M1>

<http://es.wikipedia.org/wiki/trastorno> 18-05-09

<http://www.psicocarea.org/cie-10> 19-05-09

Adler, G (1985). *Borderline Psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.

American Psychiatric Association.(2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington.

Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires,(1990) *Pacientes Borderline Confluencias y Confrontaciones*. Vol. XII num. 2-3 Argentina.

Beck AT, Freeman A. (1990) . *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.

Costa PT, Widiger,T (1993) . *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington: American Psychological Association.

Fauman M.(2002) *DSM-IV Guía de Estudio*, Barcelona Elsevier .

Frosch J , (1960). *Psychotic characater* . *J Am Psychoanal Assoc*, 8, , 544-55.

DSM-IV TR (2002) *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales*, Barcelona España: Masson.

García ,P, et. al(2000) . Guía de bolsillo del CIE-10. Médica Panamericana .

González Núñez, J(1992) . Interacción Grupal . México: Ed. Planeta Mexicana.

Guarner,E (1984). Psicopatología Clínica y tratamiento analítico,México:Segunda edición.

Kernberg ,O(1967). Borderline personality organization. J Amer Psychoanal Assn, 15:641-685.

Kernberg, O (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. J Amer Psychoanal Assn, Vol. 18:800-822 .

Kernberg, O (1975). Borderline conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O (1977).The structural diagnosis of borderline personality organization. En Borderline personality disorder: the concept, the syndrome, the patient. New York: International Universities Press.

Kernberg, O et. Al (1995). Psicoterapia Psicodinámica del paciente límite: Una verdadera guía para superar las dificultades terapéuticas. México: Planeta.

Klein, M (1946) .Some notes on schizoid mechanism , New York : The free press.

Knight RP(1954) . Borderline states. Bull Menninger Clin . New York : International Universities press.

Linehan, M (1987). Dialectical behaviour therapy for borderline patients. Bull Menninger Clin, 51, 261-76.

LOGICAT-) R00872)(1981). Apuntes para una psicopatogenia del síndrome borderline. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana.

LOGICAT-) L00667)(1992).Borderline conditions and pathological narcissism. London: Jason Aronson, Inc.

LOGICAT-)R00504) (1995). La investigación del paciente borderline en México. México : Asociación psicoanalítica Mexicana.

LOGICAT-)R00881) (1980). Los casos límite. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana.

.LOGICAT-)ROO687) (1984).Tratamiento psicoanalítico de una personalidad borderline. México : Asociación Psicoanalítica Mexicana.

López, D (2004).Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes , Asociación Psicoanalítica Mexicana México. Ed. ETM .

Mahler, M (1968). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. New York : Jason Aronson, Vol. 1, Infantile psychosis.

Mahler, M (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. Psychoanalytic Study of the Child.

Masterson, JF (1976). Psychotherapy of borderline adult .a developmental approach. New York : Brunner- Mazel.

Millon, T (2003). Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.

Paris J (1994). Borderline personality disorder . A multidimensional approach . Washington: American Psychiatric Press.

Schmiderberg M.(1947) .The treatment of psychopaths and borderline patients. Am J Psychoter .

Siever LJ, Davis KL. (1991) . A psychological perspective on the personality disorders. Am J Psychiatry , 148, , 1647-58.

Stern. A (1938) . Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis Psychoanal .

Stone, M.H (1977).The Borderline syndrome: evolution of the term, genetic aspects and prognosis. Am. J.Psychoterapy , 20, 215-236.

Winnicott. D (1958). Primitive emocional development . Londres:Tavistock.

Zanarini, M.C (1998).Frankenburg, F.R., Dubo,ED., Sickel, A.E.,Trikha,A.,Levin.A. y Reynolds, V.Axis II Comobidity of Borderline Personality Disorder.Comp. Psychiatry. .

Zilboorg, G . (1957). Ambulatory schizofrenias. Psychistry. Further observations on ambulatory schizophrenia. Amer. J. Orthopsychiat, 27, 677-682.

