

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO**

**“TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO DEL TRASTORNO LIMITE DE LA
PERSONALIDAD: COMPARACION DE ENFOQUES”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA:
DIANA LUCIA PEREZ CHICHIL**

**DIRECTORA DE TESIS:
M.C, MARIA ISABEL HARO RENNER**

REVISORAS DE TESIS:

**MTRA. MARIA DEL CARMEN MONTENEGRO NUÑEZ
MTRA. ARACELI LAMBARRI RODRIGUEZ
MTRA. INDA GUADALUPE SAENZ ROMERO
LIC. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIAS

Antes que nada y sobre todo, quiero dedicar y agradecer profundamente a Dios por darme salud y una vida maravillosa, así como permitirme terminar la carrera de psicología, que sin su ayuda nunca hubiera sido posible.

A mi madre, a quien quiero y admiro profundamente por ser una gran mujer; y que con su ejemplo, amor y valores, me ha enseñado a que sin importar los obstáculos con que me encuentre, logre mis objetivos en la vida, siempre y cuando respetando los derechos de los demás. Pero sobre todo, el de esforzarme por ser una mujer de bien.

A mi padre por todo su cariño y comprensión a lo largo de mi vida. Te quiero mucho papá.

A mi hermano Oscar y sobrinos Fany y Diego Ángel, que con su alegría y sinceridad me han impulsado a seguir adelante a pesar de los momentos difíciles que se me van presentando. Gracias por estar en mi vida, los quiero mucho.

A mis amigas Mary, Antonieta, Hilda, Lucía, Teresa y Blanca a quienes quiero y respeto mucho porque he aprendido mucho de ellas, pues han enriquecido mi vida, además de que han estado conmigo en las buenas y en las malas siempre. Son lo más maravilloso que Dios me ha regalado, junto con toda mi familia.

AGRADECIMIENTOS

A la universidad por permitirme y tener el privilegio de ser parte de ella y formarme con su alta calidad de enseñanza a través de los mejores maestros y excelente plan de estudios.

Con especial cariño y reiterado agradecimiento a mi directora de tesis: M.C., María Isabel Haro Renner. Por todo su apoyo, paciencia y alto profesionalismo que me guiaron en la construcción de un buen trabajo. Así como también, mostrarme su gran calidad humana.

A mis sinodales de tesis:

Mtra. María del Carmen Montenegro Núñez

Mtra. Araceli Lambarri Rodríguez

Mtra. Inda Guadalupe Sáenz Romero

Lic. Karina Beatriz Torres Maldonado

Gracias por sus invaluable opiniones y comentarios que siempre fueron encaminados a lograr una mejor calidad de tesis.

INDICE

Introducción.....	1
Capítulo I: Cuadro clínico del trastorno límite de la personalidad.....	5
Perspectiva psicoanalítica.....	11
Perspectiva cognitivo conductual.....	23
Capítulo II: Diagnóstico diferencial con otros trastornos.....	29
Perspectiva psicoanalítica.....	30
Perspectiva cognitivo conductual.....	44
Capítulo III: Psicoterapia del trastorno límite de la personalidad.....	52
Perspectiva psicoanalítica.....	52
Perspectiva cognitivo conductual.....	88
Terapia Conductual Dialéctica.....	93
Terapia Cognitiva de Beck.....	100
Ventajas de dos enfoques psicoterapéuticos.....	107
Desventajas de dos enfoques psicoterapéuticos.....	107
Capítulo IV: Farmacoterapia para pacientes con trastorno límite de la personalidad.....	109

Capítulo V: Discusión.....	113
Conclusiones.....	120
Bibliografía.....	123

INTRODUCCION

El trastorno límite de la personalidad, es uno de los trastornos de personalidad mas comunes en el ámbito clínico, en comparación de cualquier otro cuadro, mismo que se encuentra presente en las culturas de todo el mundo. Debido a su complejidad psicopatológica ha sido uno de los trastornos más estudiados por diversos autores y desde diferentes tipos de abordajes.

En términos generales, se caracteriza por un notable malestar y deterioro funcional y se asocia a tasas elevadas de comportamiento autodestructivo, así como intentos de suicidio y suicidio consumado. Por lo que la atención a estos pacientes es primordial y de carácter urgente.

Sin embargo, para que se logre un tratamiento psicoterapéutico eficaz hay que considerar ciertos aspectos de suma importancia. Uno de ellos es conocer sus características principales y realizar un cuadro clínico completo y preciso de dicho trastorno, otro es el diagnóstico diferencial, ya que es necesario ser lo más exacto posible puesto que se asocia a otros síntomas. Por ejemplo; los adolescentes y adultos jóvenes con problemas de identidad, pueden mostrar comportamientos pasajeros que dan la impresión errónea de ser un trastorno límite de la personalidad. También, debe diferenciarse de los trastornos del estado de ánimo; ya que la inestabilidad afectiva y la impulsividad del trastorno límite de la personalidad, pueden emitir características del trastorno bipolar; especialmente del trastorno bipolar II. Por otro lado, otros trastornos a diferenciar del trastorno límite de personalidad, son los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia), el trastorno de angustia y el TDAH. Por último, los trastornos de personalidad límite se pueden confundir con otros trastornos del eje II. Por tal motivo, el plan de tratamiento debe abordar los trastornos comórbidos del eje I y del eje II si es el caso, estableciendo prioridades en función del riesgo o de los síntomas predominantes.

Otro aspecto importante a considerar, es que muchos de los pacientes con trastorno límite de la personalidad han sufrido importantes negligencias y abusos infantiles, de modo que una validación empática de la realidad de dicho maltrato y del sufrimiento que le ha causado, sería una intervención valiosa en la terapia, ya que este proceso de empatizar con la experiencia del paciente, es

también útil para crear una alianza terapéutica más fuerte y abre el camino a intervenciones interpretativas.

Como se sabe, la psicoterapia es una herramienta sumamente útil para el tratamiento de diversos trastornos, y el trastorno límite de la personalidad no es la excepción. De este último, dice Oldham, J.M (2002), que dos enfoques psicoterapéuticos han demostrado su eficacia en ensayos controlados aleatorizados: la terapia psicoanalítica / psicodinámica y la terapia cognitivo conductual/conductual dialéctica. Por tal motivo, La presente investigación tiene como objetivo, realizar un análisis sobre el *"Tratamiento psicoterapéutico del trastorno límite de la personalidad: comparación de enfoques"*; para así poder dilucidar sobre las diferentes variedades y utilidad de los mismos, con respecto a la mejor opción para el tratamiento de este tipo de trastorno de personalidad, llamado límite o borderline.

La psicoterapia psicodinámica, arranca de tres perspectivas teóricas principales: la psicoterapia del yo, las relaciones objetales y la psicología del sí mismo (*self*); modelo propuesto por Otto Kernberg. Cabe aclarar, que desde el punto de vista de esta psicoterapia para tratar el trastorno límite de la personalidad, sólo se analizará desde la perspectiva de este autor por ser quién la abordó con más profundidad.

Dentro de los objetivos de la psicoterapia del yo en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, se encuentran los que consisten en hacer los patrones inconscientes más accesibles a la conciencia, incrementar la tolerancia a las emociones, desarrollar una capacidad para demorar la acción impulsiva, proporcionar introspección sobre los problemas de relación y desarrollar un funcionamiento reflexivo, de modo que exista una mayor apreciación de la motivación interna de uno mismo y de los demás. Ahora bien, desde el punto de vista de la teoría de las relaciones objetales, uno de los objetivos principales es integrar los aspectos escindidos de las representaciones de uno mismo y de los objetos, de modo que la perspectiva del paciente sea más equilibrada. Respecto a la perspectiva de la psicología del *self*, uno de los principales objetivos consiste en reforzar el sí mismo, de modo que exista una menor fragmentación y un mayor sentido de cohesión o integridad en la experiencia que tiene el paciente del sí mismo. También estos objetivos, implican el fortalecimiento de las defensas, la mejora de la autoestima, la validación de los sentimientos, la internalización de la relación terapéutica y el desarrollo de una mayor capacidad para afrontar los sentimientos perturbadores.

Por otra parte, la terapia conductual dialéctica, es un enfoque terapéutico diseñado específicamente para tratar el trastorno límite de la personalidad y los comportamientos suicidas, en la actualidad es el principal modelo en éste ámbito (cognitivo-conductual), para tratar uno de los trastornos más difíciles de la personalidad. Utiliza técnicas conductuales, tales como la resolución de problemas, técnicas de exposición, enseñanza de habilidades, gestión de problemas y modificación cognitiva, para llevar a cabo una jerarquía de objetivos terapéuticos. En esencia, los objetivos de este tipo de terapia, suelen implicar la atención a una serie de pensamientos automáticos disfuncionales o a sistemas de creencias profundamente arraigados.

Con la finalidad de obtener un panorama más claro y aproximado de ambos enfoques, se abordarán desde tres rubros principales: 1) cuadro clínico; 2) diagnóstico y su diferenciación con otros trastornos; y, 3) tratamiento psicoterapéutico (pronóstico, principios, estrategias y técnicas).

Derivado de todo esto, la presente investigación tratará de responder a los siguientes planteamientos:

- ¿Cuáles son las indicaciones tanto para el uso de la psicoterapia psicodinámica como de la terapia conductual dialéctica?
- ¿Cuál es la eficacia relativa de estos dos abordajes psicoterapéuticos?
- En cuanto a la respuesta a estos tratamientos, ¿como afecta la presencia de determinadas características clínicas del trastorno límite de la personalidad, como por ejemplo, comportamiento autodestructivo prominente o síntomas disociativos?
- ¿Cuales son los efectos adversos de cada uno de los enfoques analizados?

Por lo tanto, la presente investigación se irá construyendo mediante la selección, filtración, categorización, ordenamiento así como el desmenuzamiento, integración, interpretación y valoración crítica de la información de varios documentos -tales como libros, revistas, tesis, etc.-, referentes al tema principal que nos ocupa que es el trastorno límite de la

personalidad; y de manera más específica, sobre los rubros que arriba se mencionaron, tanto del enfoque psicoanalítico como del enfoque cognitivo-conductual. Esto, con la finalidad de responder óptimamente a los planteamientos formulados en la presente investigación.

Por último, en el capítulo cuatro de este trabajo se tocará brevemente, el papel de la farmacoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

Cabe aclarar, que esta investigación aún con la pretensión mencionada, sólo actuaría como una síntesis de estas dos tipos de psicoterapia. Esto, debido a que el aprendizaje de las mismas requiere de una profundización y de una supervisión práctica, que está fuera del alcance inclusive del plan de estudios académico de la Licenciatura en Psicología de la UNAM; por lo que se requiere de una especialización posterior.

CAPITULO I

Cuadro clínico del trastorno límite de la personalidad

Según el DSM-IV-TR (2002), un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. De los once trastornos de personalidad que incluye el DSM-IV, el que atañe a este trabajo, es el *Trastorno Límite de la Personalidad* del grupo "B", el cual es definido como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Las principales características de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad, es que realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado (criterio 1). Tienen la percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, y pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Son sujetos 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 (p. ej., angustia o enfurecimiento cuando alguien importante para ellos se retrasa aunque sea sólo unos minutos o cuando tiene que cancelar su cita). Pueden creer que este "abandono" implica el ser "malos". Sus temores a ser abandonados están relacionados con 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 (criterio 2). Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes, las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. Sin embargo, cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no "están" lo suficiente. Estos sujetos pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero sólo con la expectativa de que la otra persona "esté allí" para

corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas. Asimismo, son propensos a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con alguna de las personas que se ocupan de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono. Todo es frenético, caótico e impulsivo. Pasan en cuestión de minutos de la adoración al odio y, según parece, sin ser provocados.

También puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo (criterio 3). 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 vengador justiciero de una afrenta ya pasada. Si bien lo habitual es que su autoimagen esté basada en ser perverso o desgraciado, a veces los individuos con este trastorno tienen también el sentimiento de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el sujeto percibe una falta de relaciones significativas, de ayuda y de apoyo. Estos sujetos pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar.

Las personas con este trastorno demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos (criterio 4) 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 (criterio 5). El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen ser 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 servicios de expiación de su sentimiento de maldad.

Los sujetos con este trastorno, pueden presentar una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., disforia

episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que normalmente dura sólo unas horas y que es raro que llegue a persistir durante días) (criterio 6). El estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de estos individuos al estrés interpersonal. Los sujetos con este trastorno pueden ser atormentados por sentimientos crónicos de vacío (criterio 7). Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer. Es frecuente que los sujetos con este trastorno expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlarla (criterio 8). 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 les abandona. Estas expresiones de ira suelen ser seguidas de pena y culpabilidad y, contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos. Durante períodos de estrés extremo, se puede presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización) (criterio 9), pero generalmente estos son de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional. Lo más habitual es que estos episodios ocurran como una respuesta a un abandono real o imaginado.

Dada la gravedad del trastorno, Millon, T. (2006) dice que es difícil de imaginar una variante normal del límite, pero aún así, existe. Oldham y Morris (1995) describen el *estilo voluble*, como personas que siempre deben tener una relación apasionada, que necesitan urgentemente la proximidad y que presentan un tipo de vida semejante a subirse a una montaña rusa, y que por lo general procesan la vida a nivel emocional en lugar de lógico. Según los criterios del DSM-IV, son personas muy sensibles a todo lo que pueda afectar a sus relaciones o buscadores de sensaciones que aumentan la riqueza de sus vidas en lugar de destruirlas.

Además, según Millon, T (2006), 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 como alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de autorreferencia y fenómenos hipnagógicos, durante los períodos de estrés. Por otro lado, los sujetos con este trastorno se pueden

sentir más seguros con objetos transitorios como por ej., un animal doméstico o propiedades inanimadas; que con las relaciones interpersonales. Además, 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. Son frecuentes las pérdidas 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. Los trastornos del eje I que se presentan simultáneamente con más frecuencia, además de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos relacionados con sustancias; son los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno por estrés postraumático y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. El trastorno límite de la personalidad también se da con frecuencia en simultaneidad con otros trastornos de la personalidad.

Asimismo, el límite se solapa con muchos otros estilos de personalidad y tiene algunas variantes interesantes. El límite desanimado es una combinación de la personalidad dependiente y evitadora que suele unirse a una o dos personas significativas. El límite impulsivo es una combinación de rasgos histriónicos y antisociales, y a menudo se convierte en un extraordinario hipocrático conductual. El límite petulante es una combinación de características negativistas que nunca ve satisfechas sus necesidades o que se siente inseguro en sus vínculos. El límite autodestructivo es una combinación de rasgos masoquistas que le llevan a interiorizar sentimientos destructivos en sí mismo.

Por otro lado, con respecto al curso del trastorno límite de la personalidad, hay una considerable variedad del mismo; pero el patrón más habitual, es una inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud mental y general. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con la edad. Por último, durante la cuarta y quinta décadas de la vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional.

El constructo y el término *personalidad límite* son muy controvertidos a lo largo de los años, y cada nueva propuesta ha generado una extensa literatura, a

partir de diferentes abordajes o perspectivas, como la biológica, la dinámica, la interpersonal, la cognitiva y, la evolutiva y del neurodesarrollo.

Por ejemplo, el intenso malhumor y las variaciones bruscas del estado de ánimo, características de la personalidad límite, han llevado a los observadores a preguntarse si es posible que alguna alteración biológica se asocie al trastorno, o que como mínimo predisponga a su desarrollo. Intuitivamente, parece lógico que el límite tenga un temperamento básico de elevada reactividad emocional que le predispone a las relaciones intensas y volubles, que posteriormente acaban desarrollándose. También se ha sugerido el "temperamento ciclotímico" como posible predisposición biológica para el desarrollo de la personalidad límite. Otros investigadores han explorado la relación entre la personalidad límite y ciertos neurotransmisores. Millon, T (2006) menciona que Siever y Davis, (1991) asociaron el trastorno a anomalías de los impulsos, en las que la serotonina había disminuido y la noradrenalina aumentado, lo que provocaba activación sin inhibición comportamental; pues la serotonina está implicada en la agresividad impulsiva, rasgo básico del síndrome, y en la agresividad dirigida hacia uno mismo, como el suicidio, el riesgo de suicidio y la automutilación. De hecho, los sujetos con el trastorno de la personalidad que tienen importantes alteraciones serotoninérgicas presentan un riesgo muy elevado de autolesionarse.

Por otro lado, en cuanto a la perspectiva dinámica, Freud identificó a pacientes no psicóticos que no se podían beneficiar de su tipo de terapia. Sin embargo, siguiendo Millon (2006) a Stern (1938), señala que éste caracterizó posteriormente a ese tipo de pacientes como el "grupo límite de neurosis". Estos individuos proyectaban a menudo la ira interna a fuentes externas. Los analistas posteriores creían que la personalidad límite era algo más que una combinación de neurosis y psicosis. En la década de 1950, el término *límite* comenzó a aplicarse a personas cuyas funciones normales del yo estaban gravemente debilitadas por acontecimientos traumáticos y relaciones patológicas. En consecuencia, los aspectos del sí mismo se confunden con los aspectos de los otros.

Erikson (1956) contribuyó de forma indirecta en el constructo límite, con sus explicaciones sobre la identidad del yo y la formación de la identidad temprana, un antecedente del criterio de alteración de la identidad recogido en el DSM. No obstante, la contribución más importante a las concepciones

psicodinámicas contemporáneas, es la idea de niveles de organización de la personalidad de Kernberg (1967), que se encuentra entre el nivel neurótico y psicótico y, como tal, tiene características de ambos. También hace referencia a una tríada formada por la debilitación del yo, manifestaciones emocionales primitivas de intensidad elevada y problemas de control de los impulsos. Al igual que el neurótico, el límite conserva la capacidad de juicio de la realidad. De hecho, la mayoría del tiempo, muchos límite funcionan a un nivel superior imposible de distinguirse de las neurosis. Sin embargo, el neurótico cuenta con un abanico muy amplio de operaciones defensivas maduras, mientras que los individuos que se encuentran a un nivel límite, constituyen, comparativamente, variantes más primitivamente de "disociación". Las imágenes buenas y malas de los objetos están activamente separadas. Pensamientos del tipo "mamá tiene algunas cosas buenas otras malas" son simplemente imposibles.

Los límite presentan una disociación entre las imágenes buenas y malas de las cosas, configurando dos sistemas de identificación separados, con lo que se facilita la rápida alternancia entre el amor y el odio hacia el mismo objeto. Los individuos cambian con rapidez de la idealización de los demás a la total devaluación. Desde esta formulación, los autores de las relaciones objetales han dominado el tema de la personalidad límite en los círculos de orientación dinámica, entre los que se encuentran Masterson (1975) y Adler (1985).

Por otro lado, desde el punto de vista interpersonal, dice Millon (2006), los límite se caracterizan por sus relaciones tempestuosas con los demás. Destacan la adoración extrema y la conexión emocional intensa con su compañero, para luego pasar rápidamente al odio y al resentimiento. Parecen sabotear sus relaciones con el caos que aportan a todas sus relaciones. Su enorme temor a ser abandonados distorsiona la percepción de las acciones y comunicaciones de los demás. La depresión, la ideación suicida y las tentativas de suicidio son una consecuencia natural del tipo de dinámica que funciona en estos pacientes. El modelo de Análisis Estructurado de la Conducta Social (AECS) de Benjamín (1996), enumera cuatro características que llevan al desarrollo de la personalidad límite: caos familiar; abandono traumático; valores familiares que impiden la autonomía, las expresiones de felicidad y los logros, y que fomentan la dependencia y la desgracia, y finalmente, una familia que ofrece sus cuidados y atenciones sólo cuando el individuo se siente desgraciado.

Ahora bien, desde el punto de vista cognitivo, los individuos límite son caprichosos. El grado de variabilidad suele depender de la naturaleza de sus relaciones y del nivel de estructuración que se encuentra en las actividades que deben llevar a cabo -es decir, las uniones sólidas generan mejores razonamientos, sus cogniciones también se caracterizan por la disociación en sus representaciones de los objetos, dando lugar con frecuencia a comportamientos paradójicos. También presentan un pensamiento dicotómico que permite explicar gran parte de los cambios súbitos en los comportamientos y en la expresión afectiva. Otras características cognitivas han llevado a que algunos autores relacionen el Trastorno por Experiencias Traumáticas Tempranas (TPET) con la personalidad límite.

Por último, la perspectiva evolutiva y del neurodesarrollo proporciona una teoría bien desarrollada de este tipo de pacientes. Linehan (1993) considera que se trata básicamente de un problema de regulación emocional que les hace vulnerables no sólo a una rápida activación, sino también a una recuperación lenta. Desde el punto de vista del desarrollo, Linehan cree que el niño con un "temperamento difícil" se encuentra en un "ambiente invalidante" que le castiga y le hace sentir trivial por sus emociones; por tanto, no puede aprender a categorizar sus experiencias de una manera adecuada y no aprende a confiar sus sentimientos. Millon (2006), señala que la estructura de las sociedades modernas no permite que los niños, cuyos padres no les proporcionaron vínculos saludables, tengan una "segunda oportunidad" de desarrollarlos. Los límite no se vinculan a ninguna polaridad, de ahí su profunda ambivalencia y labilidad. Desde esta perspectiva, se ha afirmado que el trastorno límite de la personalidad constituye una patología relacionada con el grupo de integración de la personalidad.

Perspectiva psicoanalítica

Según Kernberg (1988), 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:

- I) ciertas constelaciones sintomáticas, como por ejemplo la ansiedad difusa, formas especiales de neurosis polisintomáticas y patología caracterológica "prepsicótica" y de "nivel inferior";

- II) ciertas constelaciones de defensas yoicas, como por ejemplo, la combinación de manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica y desviación hacia el pensamiento del proceso primario por una parte, y por la otra determinados mecanismos de defensa primitivos (escisión, idealización primitiva, formas tempranas de proyección, negación, omnipotencia);
- III) una particular patología de las relaciones objetales internalizadas, y;
- IV) rasgos genético-dinámicos típicos, es decir; típicas vicisitudes de los instintos, reflejadas en la particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales, que es producto de la intensidad de la agresión pregenital.

Kernberg siguiendo a Frosch, J. (1964) 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 la realidad, en contraste con los pacientes que sufren reacciones psicóticas.

Dentro de las constelaciones sintomáticas típicas, se encuentran:

- a) Fobias múltiples, sobre todo aquellas que causan graves limitaciones en la vida cotidiana del paciente, especialmente, las fobias vinculadas con el propio cuerpo o la apariencia personal (temor a sonrojarse, hablar en público, a ser mirado por los demás). Sobre todo aquellas que ponen de manifiesto tendencias paranoides y que provocan serias inhibiciones sociales, ya que constituyen una evidencia presuntiva de personalidad fronteriza.
- b) Síntomas obsesivo-compulsivos que, si bien la prueba de realidad sigue estando presente y el paciente desea liberarse de pensamientos o actos absurdos, tiende al mismo tiempo a racionalizarlos. Importan también los pacientes con ideas obsesivas de tipo paranoide o hipocondríaco.
- c) Múltiples síntomas de conversión elaborados o grotescos, especialmente si son crónicos, o incluso una reacción de conversión monosintomática grave de muchos años de duración.
- d) Reacciones disociativas, en especial "estados de penumbra" o fugas histéricas, y amnesia asociada con perturbaciones de la conciencia.
- e) Hipocondría: únicamente en la medida en que es frecuente observar en las personalidades fronterizas una exagerada preocupación por la salud y un temor crónico a la enfermedad, que se manifiestan como síntomas

crónicos, rituales de salud y retiro de la vida social, con el fin de concentrarse en su propio estado de salud.

- f) Tendencias paranoides e hipocondríacas con cualquier otra neurosis sintomática.

Y es la presencia de dos o más de estos síntomas, lo que alerta sobre la posibilidad de una patología fronteriza subyacente.

También puede tratarse de pacientes con una desviación sexual o una total inhibición de su conducta sexual manifiesta en cuyo marco coexisten varias tendencias perversas. Estos síntomas constituyen origen libidinal y de origen agresivo, independientemente de su acceso a la conciencia.

Los pacientes de personalidad fronteriza presentan al comienzo lo que superficialmente parece ser una típica sintomatología neurótica. Sin embargo, sus síntomas neuróticos y su patología caracterológica exhiben ciertas peculiaridades que apuntan a una organización fronteriza subyacente.

Estos pacientes también suelen presentar una ansiedad flotante, crónica y difusa, que adquiere especial significación cuando está presente toda una variedad de otros síntomas o rasgos patológicos del carácter.

Otro de los síntomas de los pacientes con personalidad fronteriza, son las "clásicas" estructuras de la personalidad pre-psicótica. La personalidad paranoide; la personalidad esquizoide y la personalidad hipomaniaca.

Asimismo, en la neurosis impulsiva y adicciones, están comprendidas las formas más graves de patología caracterológica en las que hace irrupción de modo crónico y repetitivo un impulso destinado a gratificar necesidades instintivas, de un modo que, fuera de los episodios "impulsivos", resulta distónico con el yo. El alcoholismo, las drogadicciones, ciertas formas de obesidad y la cleptomanía son típicos ejemplos de esta categoría. Se confunde también con las personalidades "actuadoras".

Estos pacientes también pueden presentar desórdenes caracterológicos de "nivel inferior", patología caracterológica típicamente representada por el carácter caótico e impulsivo, en contraposición con los clásicos tipos de formación reactiva y los más moderados "rasgos evitativos". Muchas

personalidades infantiles y las más típicas *personalidades narcisistas* presentan una organización fronteriza subyacente: las personalidades "como si" corresponden también a este último grupo. De igual forma, las *personalidades antisociales* también muestran una típica organización fronteriza.

También algunos pacientes de carácter sadomasoquista presentan una organización fronteriza. Posible presencia de tendencias perverso-masoquistas y una descarga indiscriminada de la agresión hacia el mundo externo y hacia el propio cuerpo. Corresponden a este grupo los pacientes con marcada autodestructividad (pero sin un superyó bien integrado, y llamativamente incapaces de sentir culpa). El típico ejemplo: pacientes que consiguen cierto alivio inespecífico de su ansiedad hiriéndose o infligiéndose alguna otra forma de automutilación. Desde el punto de vista dinámico, prevalecen en ellos los conflictos preedípicos, con fusión y defusión bastante primitiva de los impulsos agresivos y sexuales.

La depresión severa, que se aproxima al grado psicótico de reacción depresiva, tendiendo a producir una desorganización yoica que se manifiesta como "despersonalización depresiva" o marcado retraimiento de los vínculos emocionales con la realidad, puede ser vista tentativamente como uno más de los índices presuntivos de organización fronteriza. El análisis de los aspectos descriptivos de la psicopatología, cuando éstos son suficientemente marcados, permite sustentar el diagnóstico presuntivo de organización fronteriza; pero el diagnóstico definitivo depende del análisis estructural de cada caso.

También existen aspectos "específicos" de labilidad yoica, como por ejemplo, el predominio de primitivos mecanismos de defensa característica de la personalidad fronteriza. Además existen aspectos "inespecíficos", los cuales se refieren a tres características:

a) *falta de tolerancia a la ansiedad*, la cual se refleja en la medida en que una ansiedad mayor que la experimentada habitualmente provoca en el paciente la formación de nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o regresión yoica.

b) *falta de control de impulsos*, y los caracteres impulsivos son un típico ejemplo de esto. Los impulsos que se expresan en los episodios de comportamiento impulsivo son sintónicos con el yo; se repiten los mismos tipos de falta de control; no hay contacto emocional entre el sector involucrado de la

personalidad del paciente y el resto de su vivencia de sí mismo, y, por último, se observa una débil negación que secundariamente defiende a esta "irrupción" disociada.

c) *insuficiente desarrollo de los canales de sublimación.* Para evaluarlo, es necesario tomar en consideración factores constitucionales, como por ejemplo, el nivel de inteligencia y las particulares capacidades del paciente, así como una comparación entre sus potencialidades y sus logros. Los logros y el goce creativos son los aspectos fundamentales de la capacidad de sublimación; su ausencia es una señal importante de labilidad yoica.

Al examinar clínicamente el estado mental de pacientes fronterizos, rara vez se detecta una alteración formal de sus procesos de pensamiento. Podría ser que una regresión al pensamiento de proceso primario constituya el producto final de una serie de fenómenos ligados con la organización fronteriza, por ejemplo a) la reactivación de relaciones objetales patológicas precozmente internalizadas, conectadas con instintos primitivos derivados de tipo patológico; b) la reactivación de tempranas operaciones de defensa, en particular mecanismos generalizados de disociación o escisión, que afectan la integración de los procesos cognitivos; c) la refusión parcial de primitivas imágenes de sí mismo y del objeto, que disminuyen la estabilidad de los límites yoicos, y d) la regresión hacia primitivas estructuras cognitivas del yo a causa de alteraciones inespecíficas en el equilibrio carga-contracarga.

En las personalidades fronterizas, los factores patógenos relacionados con las psicosis, como son la fusión regresiva de imágenes de sí mismo y de los objetos o deficiente desarrollo y diferenciación de dichas imágenes, pueden estar presentes, pero no prevalecen. La principal deficiencia del desarrollo radica en este caso, en la incapacidad de sintetizar introyecciones e identificaciones positivas y negativas; hay asimismo una falta de capacidad para reunir imágenes de sí mismo y de los objetos de origen agresivo y libidinal. Entre los factores patógenos constitucionales quizá los más importantes sean la falta de tolerancia a la ansiedad, que obstaculiza la síntesis de introyecciones de signo opuesto y, 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.

Por lo tanto, la necesidad de salvaguardar al sí mismo bueno, a las buenas imágenes objetales y a los buenos objetos externos ante la peligrosa presencia del sí mismo y las imágenes objetales totalmente malas hace entrar en acción una serie de defensas subsidiarias:

- I) *Escisión*. Proceso activo de mantener la separación entre las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta. 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 más conocida manifestación de la escisión es la división de los objetos externos en "totalmente buenos" y "totalmente malos". Esto es, puede haber una total y repentina reversión de todos los sentimientos y conceptualizaciones acerca de una determinada persona. La escisión suele aparecer ligada con uno o varios de los mecanismos que siguen:
- II) *Idealización primitiva*. 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. 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 superyó.
- III) *Tempranas formas de proyección, en especial identificación proyectiva*. Los pacientes de personalidad fronteriza suelen exhibir fuertes tendencias a la proyección. Aunque en este tipo de pacientes 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. Sin embargo; necesitan controlar al objeto para impedir que éste los ataque bajo la influencia de los impulsos agresivos (proyectados). Deben atacar y controlar al objeto antes de que éste los ataque y destruya (tal como lo temen).

- IV) *Negación.* Es típico observar en los pacientes de personalidad fronteriza fuertes evidencias del empleo de este mecanismo, en especial manifestaciones primitivas de la negación. Un típico ejemplo de este mecanismo es la "negación mutua" de dos áreas emocionalmente independientes de la conciencia. 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 tuvo en otros momentos; sin embargo, este recuerdo carece de repercusión emocional y no puede modificar la manera de sentir del paciente. Es decir, niega emociones que ha experimentado y niega asimismo el reconocimiento de la resonancia emocional de una cierta situación real, de la cual fue consciente o puede volver a serlo. Un nivel intermedio de la negación, que también se observa con cierta frecuencia en los pacientes fronterizos, es aquel en el cual se niega una emoción contraria a la que se experimenta con intensidad en el momento actual, en especial la negación mágica característica de la depresión. La negación abarca una amplia 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 (desapego, negación en la fantasía, negación "en palabras y actos"), en tanto que su nivel inferior está ligado con la escisión.
- V) *Omnipotencia y desvalorización.* Ambos mecanismos están estrechamente conectados con la escisión y son al mismo tiempo manifestaciones directas del empleo defensivo de las introyecciones e identificaciones primitivas. Ambos estados representan su identificación con un objeto "totalmente bueno", idealizado y poderoso, a modo de protección contra los malos objetos "persecutorios". No existe verdadera "dependencia" en el sentido de amor y preocupación por el objeto ideal. 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. 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 superyó.

Sin embargo, 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. Un buen número de estudios acerca de esta patología de las relaciones objetales internalizadas proviene de la psicología del yo y el estudio de Erik Erikson (1971) acerca de la difusión de la identidad. 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 de 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.

Para llegar a la internalización de las relaciones objetales, hay dos tareas esenciales que el yo temprano debe cumplir en rápida sucesión:

- 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 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.

Al examinar el área específicamente patológica de las relaciones objetales internalizadas de la personalidad fronteriza; se puede observar en su incapacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas. Los principales factores etiológicos parecen ser el exceso de la agresión primaria o de la agresión secundaria o la frustración, a los cuales probablemente contribuyen ciertas deficiencias en el desarrollo de las funciones yoicas primarias y la falta de tolerancia a la ansiedad. Cuando no

se concilian las introyecciones positivas y negativas, no es posible lograr la particular disposición afectiva que se refleja en la capacidad yoica de experimentar depresión, preocupación y culpa. Los pacientes fronterizos suelen adolecer de deficiencias en su capacidad de experimentar culpa y preocupación por los objetos. Sus reacciones depresivas asumen la forma de rabia impotente y sentimientos de derrota ante fuerzas externas, más que de duelo por la pérdida de objetos buenos y pena por la propia agresión hacia ellos mismos y hacia los demás.

La imposibilidad de integrar imágenes objetales "totalmente buenas y totalmente malas" opone serios obstáculos a la integración del superyó. Los componentes del ideal del yo interfieren con la integración del superyó. Tanto el carácter sádico como el excesivamente idealizado de los precursores superyoicos distorsionan la percepción de las imágenes parentales e impiden su integración.

La tendencia a desvalorizar los objetos dificulta también la integración del superyó, en especial la esencial internalización de demandas reales provenientes de figuras parentales.

Persisten en el yo imágenes de sí mismo primitivas irreales y de características extremadamente contradictorias, lo cual impide la formación de un concepto integrado de sí mismo; tampoco es posible la integración de las imágenes objetales ni la concomitante evaluación realista de los objetos externos. La constante proyección de imágenes "totalmente malas" de sí mismo y de los objetos perpetúa un mundo de objetos peligrosos y amenazantes. En general, las funciones superyoicas tienden a quedar personificadas sin llegar a la abstracción, y son fácilmente re proyectadas en el mundo externo.

Estos pacientes 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. La superficialidad de sus vínculos emocionales tiene fines defensivos; refleja la falta de fusión entre derivados de instintos libidinales y agresivos y el concomitante carácter estrecho, rígido y primitivo de sus disposiciones afectivas. También está 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. Esta superficialidad los defiende 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 pre-genitales, en particular las demandas orales, activadas en la relación con el objeto idealizado. La falta de desarrollo del superyó, la deficiente integración yoica y la inmadurez de sus sentimientos, objetivos e intereses, contribuyen también a mantenerlos en la ignorancia de los aspectos más evolucionados, maduros y diferenciados de la personalidad de otras personas.

Otra de las características de estos pacientes es la manifestación, según los casos, de sus objetivos pregenitales y genitales que están fuertemente infiltrados de agresión. Es posible detectar sus tendencias explotadoras, sus irrazonables demandas y la manipulación de que hacen objeto a los demás sin consideración ni tacto alguno. 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.

Es frecuente que, bajo su superficial inseguridad e incertidumbre, se observen fantasías omnipotentes y algo así como un ciego optimismo basado en la negación, que representa la identificación del paciente con primitivas imágenes "totalmente buenas" de sí mismo y de los objetos. En este sentido, el paciente muestra también el profundo convencimiento de que tiene derecho a explotar a los demás y a ser gratificado. También, 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. Todo esto representa también lo que Erikson 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 típico síndrome de la personalidad fronteriza.

Por otra parte, el típico contenido instintivo de los conflictos que caracterizan las relaciones objetales internalizadas de los pacientes de personalidad fronteriza. La agresión pregenital, sobre todo la oral, tiene una participación decisiva en esta constelación psicopatológica.

Es frecuente que la historia de los pacientes de personalidad fronteriza consigne experiencias de frustración externa e intensa agresión en los primeros años de vida. La excesiva agresión pregenital, sobre todo la oral, tiende a ser proyectada y provoca una distorsión paranoide de las tempranas imágenes parentales, en especial las de la madre. 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".

Al mismo tiempo, se produce un prematuro desarrollo 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, en cada sexo se manifiestan de modo diferente.

En el niño, 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. Asimismo, la proyección de la agresión pregenital incrementa los temores edípicos al padre y, en particular la angustia de castración, y éstos 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.

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 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 y amenazante, es una de las causas importantes de la homosexualidad femenina, relativamente frecuente en la personalidad fronteriza. Las vinculaciones homosexuales, que representan no sólo 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.

En resumen, en ambos sexos el exceso de agresión pregenital, más la agresión oral, tiende a producir el prematuro desarrollo de tendencias edípicas, como consecuencia de una singular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales, originada por el influjo de las tendencias agresivas. Uno de los habituales resultados 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. Lo que en apariencia impresiona como una caótica perduración de impulsos y temores primitivos, es decir, la "pansexualidad" del caso fronterizo, representa la combinación de varias de estas soluciones patológicas. Todas éstas constituyen intentos fallidos de hacer frente a la agresividad de las tendencias genitales, y, en general, a la agresión que infiltra todas las necesidades instintivas. Los tests psicológicos de los pacientes fronterizos revelan la ausencia del normal predominio de las tendencias genitales heterosexuales por sobre los impulsos polimorfos parciales. Aquello que aparece como una caótica combinación de tendencias preedípicas y edípicas, es un reflejo de la mencionada condensación patológica. Sobre la base del resultado de los tests psicológicos, se puede decir que estos pacientes presentan una "falta de identidad sexual". Si bien es cierto que 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 poderosas fijaciones tendientes a hacer frente a los mismos conflictos.

Perspectiva cognitivo conductual

Según Beck, A. y Freeman, A (1995) el trastorno límite de la personalidad había recibido mucha menos atención por parte de los autores conductuales y cognitivo conductuales. Pero también refiere después que Linehan, Millon, Pretzer, Young, Freeman y otros, han presentado una variedad de perspectivas cognitivo-conductuales de este trastorno y que a continuación menciona:

La concepción de Millon, T. (2006), basada en la teoría del aprendizaje social, atribuye un papel central a la falta de sentido coherente de la propia identidad que padece el individuo límite. Sostiene que esta falta resulta de factores biológicos, psicológicos y sociológicos que se combinan para dañar el desarrollo logrado de un sentido de la identidad. Puesto que un aspecto de esa carencia del paciente límite consiste en la falta de metas claras y coherentes, de este problema resultan acciones mal coordinadas, impulsos mal controlados y la ausencia de logros sólidos. Estos individuos manejan mal sus propias emociones y dificultades. Millon, T (2006) dice que en consecuencia, el paciente límite se vuelve muy dependiente de los otros (en quienes busca comprensión y

seguridad), y también es muy sensible a cualquier signo de pérdida de apoyo. Esta situación según Millon, T. (2006), se ve complicada por los intensos conflictos que tienen que ver con la dependencia y la afirmación, y por la comprensión de que la cólera que provoca al estar atrapado en la dependencia, puede llevar a perder la seguridad que esa dependencia procura.

Linehan, M. (1993^a) presenta una conceptualización más conductual de la terapia para el trastorno límite de la personalidad, que esta autora denomina "terapia conductual dialéctica". Su idea es que la característica nuclear del trastorno límite de la personalidad es una "disfunción de la regulación emocional", de base probablemente fisiológica. Se cree que esa disfunción es la responsable de las dramáticas reacciones y los actos impulsivos exagerados del individuo límite. Una hipótesis adicional es que, en el curso de su desarrollo, estos individuos tienen una extensa experiencia con otros significativos que desestiman sus emociones. Como resultado, estos individuos (ya proclives fisiológicamente a las respuestas emocionales desproporcionadas) reciben una educación inadecuada respecto de la regulación de las emociones, y al mismo tiempo aprenden a asumir una actitud despectiva y punitiva respecto de lo que ellos mismos sienten.

La combinación de respuestas emocionales intensas, capacidad inadecuada para la regulación emocional, conducta impulsiva y actitud despectiva respecto de las propias emociones, genera una serie de crisis inexorables y situaciones frecuentes que el sujeto no logra controlar con eficacia a pesar de sus esfuerzos. Por lo que llega a la conclusión de que en muchas situaciones es necesario apoyarse en otros. No obstante, como ha aprendido que es necesario mantener una "actitud positiva", es incapaz de pedir ayuda asertivamente, o de buscar ayuda revelando su necesidad.

Young (1983, 1987) postula que durante la niñez pueden desarrollarse patrones de pensamiento extremadamente estables y duraderos (llamados por él "esquemas inadaptados tempranos") capaces de generar pautas inadaptadas de conducta que a su vez los refuerzan. Estos esquemas son objeto de una elaboración ulterior a lo largo de todo el desarrollo y hasta la edad adulta. Para este autor, cada uno de los trastornos de la personalidad se caracteriza por un cierto subconjunto de los 18 esquemas inadaptados tempranos que él ha identificado hasta ahora.

Estas tres perspectivas de los autores mencionados, se centran en aspectos muy diferentes del trastorno límite de la personalidad. Millon, T. (2006) subraya que el trastorno de la identidad de los individuos límite desempeña un papel central en el resto de sus problemas; Linehan postula que en el núcleo del trastorno hay un defecto de la regulación emocional y tres "dialécticas" entre las que el individuo vacila; para Young, este trastorno se basa en supuestos muy fuertes, adquiridos tempranamente en el desarrollo, que desempeñan un papel importante durante toda su vida. Sin embargo; se desarrolló un modelo del trastorno límite de la personalidad que incorpora todos los factores mencionados, en una comprensión global basada primordialmente en la concepción psicopatológica de Beck (1995).

Según la teoría de Beck (1995), los supuestos básicos del individuo desempeñan un papel central, al influir en la percepción e interpretación de los acontecimientos y conformar la conducta y las respuestas emocionales. En la terapia cognitiva con individuos límite se suelen descubrir tres supuestos básicos que parecen desempeñar un papel central en el trastorno: "El mundo es peligroso y malo", "Soy impotente y vulnerable" y "Soy intrínsecamente inaceptable". Entonces aparecen una tensión y una ansiedad crónicas, una actitud de alerta ante posibles signos de peligro, cautela en las relaciones interpersonales y malestar con las emociones difíciles de controlar, entre otras cosas. La tendencia a la cautela, a evitar riesgos y a permanecer en guardia, en lugar de abordar simplemente los problemas a medida que surgen, respalda la creencia del individuo en que esa conducta es necesaria, y le impide descubrir que un enfoque más directo y confiado también puede ser eficaz.

Algunas personas que ven al mundo como peligroso y malo creen que pueden confiar en su propia fuerza y capacidad para enfrentarse a las amenazas. Pero la creencia de los pacientes límite de que son débiles e impotentes les impide acceder a esta solución. La creencia de los sujetos límite de que son intrínsecamente inaceptables bloquea hacerse dependientes de alguien que consideran capaz de cuidarles, pues le lleva a pensar que esta dependencia entraña un serio riesgo de rechazo. Tienen que vacilar entre la autonomía y la dependencia, sin confiar ni en la una ni en la otra.

Como lo ha demostrado Beck (1995), los seres humanos suelen cometer errores de pensamiento que él denomina "distorsiones cognitivas" y que ha menudo provocan una percepción carente de realismo de las situaciones. Los individuos

límite pueden experimentar toda la gama de distorsiones cognitivas, pero una en particular, que Beck llama "pensamiento dicotómico", el cual tiende a evaluar las experiencias en términos de categorías mutuamente excluyentes (por ejemplo, buenas o malas, éxito o fracaso, lealtad o traición) y no verlas distribuidas en continuos. Y, esta evaluación extrema de las situaciones lleva a respuestas emocionales y acciones también extremas; no se cuenta con categorías para los niveles intermedios. Como este modo de pensar produce respuestas emocionales y acciones extremas, y cambios abruptos entre estados de ánimo opuestos, podría ser en gran medida responsable de las oscilaciones anímicas súbitas y de los cambios espectaculares de conducta que constituyen la marca del trastorno límite de la personalidad.

La combinación del pensamiento dicotómico con los supuestos básicos del sujeto límite es particularmente poderosa. Este tipo de pensamiento, da por resultado la concepción del mundo como completamente benigno o absolutamente destructivo. La categorización dicotómica que los sujetos límite se aplican a sí mismos tanto como a los demás, en el sentido de que son perfectos o completamente inaceptables, les conduce a la conclusión de que, si tienen cualquier carencia, no valen absolutamente nada. La convicción de que son intrínsecamente inaceptables les lleva a pensar que tienen que ocultar el hecho para lograr ser aceptados. Entonces evitan la intimidad y la apertura, por miedo a ser "descubiertos"

El pensamiento dicotómico crea también y perpetúa algunos de los conflictos de estos individuos. Por ejemplo, la frustración (real o prevista) del deseo de proximidad y dependencia suele llevar a una ira intensa, tan devastadora para el individuo, que suprime cualquier posibilidad de relación estrecha si llega a expresarse. Por otro lado, la satisfacción de ese mismo deseo es vista como intolerablemente peligrosa, porque en un mundo hostil ser dependiente es estar desamparado y ser vulnerable. Este intenso conflicto relacionado con la dependencia y la cólera desaparecería si el sujeto límite pudiera adoptar un punto de vista más moderado. Pero como lo ha subrayado Linehan, los individuos límite suelen vacilar entre buscar la dependencia y evitarla activamente, pero no saben confiar en los otros en una medida moderada.

Millon, T (2006) ha hecho hincapié en que el factor final que parece desempeñar un importante papel en el trastorno límite de la personalidad, es

un sentido débil o inestable de la identidad. La falta de un sentido claro del sí mismo les dificulta la toma de decisiones en situaciones ambiguas.

Los supuestos básicos, el pensamiento dicotómico y un débil sentido de la identidad; forman un sistema complejo, con algunos ciclos que tienden a autoperpetuarse y se resisten a ser modificados por las experiencias del individuo.

Por otra parte, varios estudios han encontrado que los pacientes con trastorno límite de la personalidad se caracterizan por unas representaciones desorganizadas de sus apegos, tales representaciones de los afectos o apegos parecen ser típicas de aquellas personas con traumas infantiles no resueltos, especialmente cuando sus figuras parentales exhibieron conductas amenazantes directas. Se considera que tal desorganización de sentimientos es resultado de una situación en la que el padre es, al mismo tiempo, la fuente de temor y el refugio de seguridad potencial. Incluso, otra investigación, habló de una alta prevalencia del abuso sexual infantil, especialmente entre las edades de 6 y 12 años por parte de los cuidadores. Este abuso sexual grave del niño, por parte de sus cuidadores, parecía explicar la mayor parte de los síntomas y conductas de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad, que hasta se propuso que dicho trastorno podía ser un trastorno post-traumático específico. Pero algunos estudios también encontraron asociaciones entre el trastorno límite de la personalidad y los malos tratos emocionales y físicos en la infancia.

El que las experiencias infantiles traumáticas jueguen un papel importante en la patogénesis del trastorno límite de la personalidad, podría explicar porqué muchos pacientes dicen no experimentar dolor cuando se autolesionan. Un estrés alto e incontrolado puede liberar ciertos opioides endógenos que reducen la experiencia de dolor. El estrés extremo resultante del abuso emocional, físico o sexual del niño puede haber conducido a una liberación condicionada de opiáceos en respuesta a estresores tales como la expectativa de la repetición del abuso. En concordancia con esta visión, algunos estudios experimentaron con la estimulación dolorosa y hallaron la existencia de una analgesia inducida por el estrés en los pacientes que afirmaban no sentir dolor durante las autolesiones.

Actualmente se afirma que la causa del trastorno no es el trauma en sí, sino la manera en la que el niño lo procesó y lo dotó de significado dado su temperamento, su edad y factores situacionales varios. Algunas de las experiencias traumáticas pueden haber tenido lugar en edad muy temprana, especialmente las de castigo, abandono y rechazo de los cuidadores, lo cual puede conducir a una desorganización afectiva. En términos cognitivos, las experiencias traumáticas pueden haber conducido a determinadas interpretaciones infantiles y a conductas de oposición, lo cual puede haber provocado más respuestas negativas por parte de los cuidadores, un proceso que finalmente condujo a la formación de los esquemas nucleares y estrategias patogénicas.

Un estudio más reciente proporciona mayor evidencia a favor de la hipótesis de que los pacientes con trastorno límite de la personalidad, además de caer en un amplio rango de supuestos también hallados en otros trastornos de la personalidad (más en concreto en los trastornos por evitación y paranoides), se caracterizan por temas específicos como son la soledad, la incapacidad para ser amados, el rechazo y el abandono por parte de los demás y el hecho de verse merecedores de castigo.

Por último, los pacientes con trastorno límite de la personalidad se caracterizan por conductas, creencias y emociones relacionadas con los cuatro modos patogénicos de dicho trastorno (protector distante, niño abandonado/abusado, infante enfadado y padre punitivo).

CAPITULO II.

Diagnóstico diferencial con otros trastornos

Como es sabido, con el diagnóstico, se trata de reconocer los signos, tomados como indicios para la evaluación de facultades específicas o del cuadro global de la personalidad, o bien de los síntomas de funciones alteradas. En este caso, para diagnosticar un trastorno de personalidad, se constituye como tal, sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Los rasgos del paciente deben "apartarse acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto".

El DSM-IV propone un conjunto de criterios generales que definen de los trastornos de la personalidad, en que se especifican las características comunes a todos ellos, con la finalidad de ayudar a distinguirlos de los trastornos del Eje I y de las variantes de la personalidad normal.

Los rasgos y comportamientos que definen un trastorno de la personalidad se manifiestan en la manera como la persona se percibe e interpreta a sí misma, a los demás o a los acontecimientos (cognición), tanto en la gama e intensidad de las respuestas emocionales (afectividad), como en la manera que tiene de interactuar (actividad interpersonal) y en la forma de regular los impulsos (control de los impulsos). El patrón de rasgos y comportamiento que constituyen un trastorno de la personalidad debe presentarse, como mínimo, al principio de la edad adulta y debe extenderse a casi todos los aspectos de la vida del individuo. Es importante asegurarse de que los rasgos y comportamientos no sean consecuencia de otro trastorno mental (p. ej., Trastorno del estado de ánimo o de ansiedad). Para determinar la existencia de un trastorno de la personalidad previo es aconsejable realizar una historia minuciosa y obtener información de otras personas.

Para calificarse de trastorno, los rasgos y comportamientos deben provocar malestar o interferir en la actividad social o laboral de esa persona, o en ambas a la vez. En alguien que no presenta malestar o deterioro a causa de los rasgos y comportamientos, no está indicado el diagnóstico de trastorno de la personalidad. En algunos casos, aunque los individuos no manifiesten ningún malestar a consecuencia de sus rasgos de personalidad o aunque no se sientan insatisfechos por ellos, su comportamiento es tan irritante o tan perturbador

para los demás que provoca el suficiente deterioro social o laboral para considerarse un trastorno de la personalidad.

De los once trastornos de personalidad que incluye el DSM-IV, el que atañe a este trabajo, es el *Trastorno Límite de la Personalidad* del grupo "B", del cual anteriormente se había mencionado, que es definido como un patrón de inestabilidad en la relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Perspectiva psicoanalítica

Desde el punto de vista psicodinámico, el diagnóstico es relativamente independiente de los síntomas y de los "cuadros típicos" en los que se puedan inscribir los mismos, pues la investigación está personalizada en los motivos inconscientes, en los conflictos profundos y en los mecanismos de defensa adoptados para protegerse del sufrimiento generado por estos conflictos. En este tipo de diagnóstico, más que describir los síntomas, se procede a enmarcar las razones conflictivas profundas.

Sin embargo, respecto al trastorno límite de la personalidad, el análisis de los aspectos descriptivos de la psicopatología (mismos que se describieron en el cuadro clínico de este trabajo), cuando son suficientemente marcados, permiten sustentar el diagnóstico presuntivo de organización fronteriza; pero el diagnóstico definitivo depende del análisis estructural de cada caso. Este en primer lugar, se refiere al análisis de los procesos mentales desde la perspectiva de las tres estructuras psíquicas (yo, ello, superyó). En un sentido más amplio se refiere al estudio de las estructuras cognitivas (principalmente la relación entre pensamiento de proceso primario y pensamiento del proceso secundario), y de las estructuras defensivas (constelación de mecanismos de defensa y aspectos defensivos del carácter). Por último, existe un tercer significado de "análisis estructural", que se aplica al análisis de los derivados estructurales de las relaciones objetales internalizadas que específicamente importan a esta forma de psicopatología.

Derivado de todo lo anterior, Kernberg (1999) desarrolla una "entrevista estructural" que se centra en los síntomas, conflictos o dificultades que presenta el paciente, y los modos particulares en que los refleja en la

interacción de aquí-y-ahora con el entrevistador. Esta entrevista combina el examen tradicional del estado mental, con una entrevista orientada psicoanalíticamente que se centra en la interacción paciente-terapeuta y en la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos de identidad, mecanismos defensivos y distorsión de la realidad, que el paciente revela en esta interacción, particularmente al expresar estos elementos identificables de la transferencia.

Por otro lado, también la entrevista estructural, agudiza el diagnóstico diferencial y revela información con implicaciones terapéuticas y pronósticas importantes. Nos habla de la motivación del paciente, de su capacidad para la introspección y para la colaboración en el tratamiento terapéutico, y su potencial de "acting out" y de descompensación psicótica.

Los estados límite deben diferenciarse, por una parte, de las neurosis y de la patología de carácter neurótico y, por otra, de las psicosis, particularmente la esquizofrenia y los trastornos afectivos más importantes.

Estos tipos de organización neurótica, límite y psicótica se reflejan en las características predominantes del paciente, particularmente respecto a su grado de integración de la identidad, los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea, y su capacidad para la prueba de realidad. Kernberg propone que la estructura de la personalidad neurótica, en contraste con las estructuras límite y psicóticas, implica una identidad integrada. La estructura neurótica de la personalidad presenta una organización defensiva que se centra en la represión y otras operaciones defensivas avanzadas o de alto nivel. En contraste, las estructuras límite y psicóticas se encuentran en pacientes que muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica o límite pero está gravemente deteriorada en la psicótica.

Criterios estructurales adicionales útiles para diferenciar la organización límite de la personalidad de las neurosis, incluyen, como ya se mencionó antes, la presencia o ausencia de manifestaciones no específicas de debilidad del yo, particularmente la falta de tolerancia a la ansiedad, la falta de control de impulsos, la insuficiente capacidad de sublimación; y - para fines de un

diagnóstico diferencial de la esquizofrenia - la presencia o ausencia en la situación clínica del proceso de pensamiento primario.

El único medio para evaluar adecuadamente La *falta de tolerancia a la ansiedad* es quizás un detenido examen diagnóstico realizado a lo largo de varias semanas.

En el caso de La *falta de control de impulsos*, es importante diferenciar entre ésta que es altamente individualizada y que forma parte de la formación caracterológica defensiva; y la falta de control inespecífica y generalizada.

En cuanto al *Insuficiente desarrollo de los canales de sublimación* es difícil de evaluar; por lo que para hacerlo, es necesario tomar en consideración factores constitucionales (como por ejemplo el nivel de inteligencia y las particulares capacidades del paciente, así como una comparación entre sus potencialidades y sus logros). El ambiente social del paciente es otro de los parámetros a considerar. Los logros y el goce creativos son los aspectos fundamentales de la capacidad de sublimación; por lo tanto, su ausencia es una señal importante de labilidad yoica.

Una de las tareas esenciales para el desarrollo y la integración del yo es la síntesis de las introyecciones e identificaciones primitivas y ulteriores en una identidad yoica estable. Pero 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.

Con respecto al análisis de los niveles de estructuras cognitivas de pensamiento de proceso primario, al examinar clínicamente el estado mental de pacientes fronterizos, rara vez se detecta una alteración formal de sus procesos de pensamiento. Sin embargo; empleando tests proyectivos y sobre todo en respuesta a estímulos no estructurados, tienden a surgir evidencias del pensamiento de proceso primario, que se manifiestan como fantasías primitivas, disminución de la capacidad de adaptarse a los datos formales de los tests y, en especial, el uso de peculiares verbalizaciones. La regresión al pensamiento de proceso primario sigue siendo el más importante de los indicadores estructurales individuales de la organización fronteriza.

Hablando de las relaciones objetales internalizadas de la personalidad fronteriza y que representa también lo que Erikson denominó *difusión de la identidad* la cual clínicamente, se representa por un concepto pobremente integrado del sí mismo y otros significantes. Se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa, y percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás. Y para corroborar su diagnóstico, la difusión de la identidad aparece en la incapacidad del paciente para transmitir a un entrevistador interacciones significativas con otros, no pudiendo éste empatizar emocionalmente con la concepción del paciente respecto de sí mismo y de otros en tales interacciones. Es decir, que las descripciones de las personas significativas en la vida del paciente, no permiten al entrevistador "integrarlas" para obtener una imagen clara de ellas.

En la organización límite de la personalidad, lo que no está integrado es la visión interna del sí mismo y de los demás. Un tema estructural íntimamente relacionado tiene que ver con la calidad de las relaciones objetales, ya que es en gran parte dependiente de la integración de la identidad, lo cual incluye también la continuidad temporal del paciente sobre sí mismo y los demás. Pero en la organización límite de la personalidad, esta continuidad temporal se pierde; tales pacientes tienen poca capacidad para una evaluación realista de los demás. Fracasa para lograr una empatía real; sus relaciones con los demás son caóticas o huecas.

La calidad de las relaciones objetales del paciente puede aparecer en esta interacción con el entrevistador. Y, es la combinación de tal distorsión dentro de una interacción en la que la prueba de realidad se mantiene, la que es tan característica de una organización límite de la personalidad.

En la entrevista estructural, el entrevistador se centra en los síntomas significativos, explorándolos según aparezcan en la interacción del aquí y ahora de la entrevista, seguidos de clarificación, confrontación e interpretación tentativa, con atención cuidadosa sobre las reacciones del paciente a estas intervenciones. El diagnóstico estructural depende en gran medida de cómo maneje el paciente las clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones.

Así que, la entrevista diagnóstica estructural, combina entonces, un enfoque psicoanalítico sobre la interacción paciente-entrevistador con una técnica psicoanalítica para interpretar los puntos conflictivos y las operaciones defensivas de la interacción, para destacar simultáneamente los síntomas de anclaje clásicos de la psicopatología descriptiva y la estructura subyacente de la personalidad.

Es útil iniciar la entrevista con algunas preguntas (directas o indirectas) presentadas en secuencia, proporcionando así una clara idea de lo que se espera del paciente y sus diversas formas posibles de respuesta. Una encuesta típica inicial pudiera ser así: "Estoy interesado en saber que es lo que lo trajo por aquí, cual es la naturaleza de sus dificultades o problemas, qué espera del tratamiento y en qué punto se encuentra Ud. ahora a este respecto".

En respuesta a estas preguntas, los pacientes sin psicopatología psicótica u orgánica pueden hablar libremente sobre síntomas neuróticos y dificultades en los aspectos psicológicos de su vida social, que señalarían rasgos patológicos del carácter; dando la primera señal de buena prueba de realidad. Responder a ellas de una forma coherente, bien integrada, también indica un buen sensorio, buena memoria y probablemente, inteligencia normal o aun alta.

Un paciente esquizofrénico gravemente desorganizado, uno con síndrome hipomaniaco, o con una grave psicopatología del carácter, puede hacer uso de la encuesta inicial para expresar, por ejemplo, una agresividad paranoide o un perfeccionamiento obsesivo al clarificar cada una de las declaraciones del entrevistador.

Por tanto, es importante primero clarificar si el paciente tiene una estructura psicótica antes de investigar la difusión de identidad. El sentido de identidad del paciente diferencia la patología límite del carácter, de la patología no límite.

Si, en el curso de explorar las características de personalidad del paciente o los rasgos patológicos del carácter, no surge nunca la cuestión de pérdida de prueba de realidad, la entrevista entonces entra a la fase media, en la que la evaluación de la difusión de identidad se convierte en el objetivo principal. Pero si al evaluar la personalidad del paciente, surge claramente que la prueba se ha

perdido, la entrevista entonces se centra en la naturaleza de la psicosis del paciente.

Por todo esto, queda claro que aunque la entrevista comience en una forma normal en todos los casos, la naturaleza de las preguntas, la interacción y la calidad de toda la entrevista variarán considerablemente según la naturaleza de la psicopatología del paciente.

Ahora, el área principal donde el entrevistador se centra, es la de los rasgos patológicos del carácter. Se hacen preguntas sobre las dificultades del paciente para las relaciones interpersonales, para adaptarse al entorno, así como sobre sus necesidades psicológicas percibidas internamente.

Por ejemplo; la primera pregunta, puede formularse como sigue: "Me ha dicho usted sobre sus dificultades, y ahora, me gustaría saber más de usted como persona, la forma en que se percibe a sí mismo, la manera en que siente que los demás le perciben, lo que usted piense que podría ayudarme a formar con profundidad una imagen de usted, dentro de este tiempo limitado". Esta pregunta conduce a un diagnóstico más específico respecto al tipo predominante de estos rasgos patológicos del carácter, la constelación patológica dominante del carácter. Además de que representa un nuevo reto, un nivel más profundo de interrogatorio que, bajo circunstancias óptimas, puede llevar a un paciente a una disposición autorreflexiva. Podría entonces describir sentimientos sobre él mismo, sobre las áreas importantes de su vida, y en particular, sus relaciones clave con los demás significantes.

Los pacientes con grave patología del carácter, especialmente aquéllos con rasgos gravemente represivos o paranoides, pueden encontrar difícil proporcionar incluso esta información más concreta y circunscrita. Dejar de responder a esta pregunta más directa, sería una primera indicación de grave patología del carácter. El entrevistador investigará entonces la difusión de identidad (para el diagnóstico diferencial de la organización límite) e incluso reevaluaría la prueba de realidad. En este caso, el diagnosticador señalará al paciente que éste parece tener dificultades para hablar sobre él mismo como persona.

Como respuestas a esta exploración de áreas de confusión, contradicciones internas y conflictos potenciales, puede aumentar la ansiedad del paciente al

igual que movilizar sus operaciones defensivas predominantes y en pacientes límite, operaciones defensivas primitivas, como identificación proyectiva, escisión, disociación primitiva de aspectos contradictorios de la experiencia de sí mismo, negación, grandiosidad, fragmentación de afectos, omnipotencia o devaluación.

También, el entrevistador puede hacer preguntas investigando más la vida actual del paciente y sus relaciones con los demás, con el propósito de buscar la confirmación de indicaciones de difusión de identidad en la información del paciente sobre él mismo y su vida social. El objetivo es reunir información relativa a la difusión de identidad y a las operaciones defensivas primitivas en un área relativamente neutral, primero, y sólo entonces, ligar esta información con la exploración de las implicaciones emocionales de estas manifestaciones caracterológicas en el momento.

Sin embargo, a veces en pacientes cuya prueba de realidad al principio parece apropiada, se acumulan en forma gradual otras evidencias que se refieren a su falta de tacto, falta de propiedad social, inmadurez general y arbitrariedad de juicio, etc., las cuales pueden requerir una segunda exploración de la prueba de realidad.

En el paciente límite típico, los síntomas neuróticos tienden a fundirse con dificultades caóticas difusas y generalizadas, que reflejan un grave mal funcionamiento de la personalidad. Cuando hay falta de integración de la identidad a menudo es difícil o imposible obtener un panorama comprensivo de la vida del paciente. Es difícil o imposible ligar los conflictos actuales predominantes con material del pasado psicodinámicamente significativo, y el intento por hacerlo es, así, un procedimiento altamente cuestionable.

Los rasgos antisociales, por otra parte, junto con la calidad de las relaciones objetales, son variables de pronóstico cruciales para la psicoterapia intensiva en personalidades límite y deberán explorarse siempre antes de que se inicie el tratamiento. En especial en pacientes con personalidad narcisista, es útil explorar en forma discreta si el paciente ha tenido dificultades con la ley y a qué grado estas conductas antisociales como robar, hurtar en tiendas, mentiras crónicas y conducta desordenadamente cruel, son antecedentes significativos.

Ahora bien, la presencia o ausencia de difusión de identidad diferencia la patología del carácter límite del no límite en las entrevistas estructurales. La presencia o ausencia de prueba de realidad diferencia la organización límite de las estructuras psicóticas.

Si es claro que la prueba de realidad se ha perdido respecto a cualquier aspecto de la conducta, afecto/emoción o contenido del pensamiento del paciente durante la entrevista, deberá considerarse el diagnóstico de una psicosis funcional. La evaluación de experiencias alucinatorias, puede ahora enriquecer el diagnóstico de pérdida de prueba de realidad formulado antes con base en los procesos interaccionales. Por lo tanto, la confirmación de alucinaciones indica, por definición, pérdida de la prueba de realidad. De igual manera, el diagnóstico de delirios también confirma pérdida de prueba de realidad, y que por lo general da mayores pistas sobre la naturaleza de la enfermedad psicótica. Un principio general de la entrevista con pacientes psicóticos es que, una vez que la clarificación y la confrontación discretas confirman la pérdida de la prueba de realidad, los procesos de pensamiento del paciente, la distorsión de la realidad y la experiencia interna, ya no se desafían.

Sin embargo, cuando la exploración de la conducta, afecto o contenido del pensamiento, inapropiados, no clarifica la prueba de realidad, y cuando no hay indicación clara de alucinaciones o delirios, puede utilizarse una técnica más avanzada y compleja - la interpretación en el aquí y ahora de las operaciones defensivas primitivas del paciente -, la cual aumenta la prueba de realidad en pacientes con organización límite, pero la disminuye en pacientes psicóticos.

La interpretación de las operaciones defensivas es difícil. El diagnosticador debe desarrollar una hipótesis sobre la naturaleza de las relaciones objetales primitivas, fantásticas, disociadas que se activan. También desarrollar una hipótesis sobre la función defensiva de esa operación defensiva primitiva. Luego, debe compartir su hipótesis con el paciente.

En el caso de pacientes con enfermedad psicótica activa, particularmente esquizofrenia y enfermedad maniaco-depresiva, el énfasis principal de la entrevista estructural debiera ser sobre la naturaleza de los síntomas que se presentan.

Asimismo, la evaluación del sensorio, incluyendo la atención espontánea e inducida del paciente, su orientación, grado de conciencia, comprensión y juicio, puede clarificar si existe un estado de confusión característico de un síndrome cerebral orgánico agudo o si este estado de confusión representa una psicosis funcional aguda, particularmente esquizofrenia aguda. Una serie de preguntas directas que se ocupan de clarificar y confrontar las dificultades que el paciente experimenta para comunicar o explorar sus capacidades para la introspección, pueden contribuir al diagnóstico diferencial de estados de confusión orgánicos y esquizofrénicos.

Una vez completada la exploración de síntomas neuróticos y rasgos patológicos del carácter, operaciones defensivas predominantes, difusión de identidad, prueba de realidad y los principales síntomas de anclajes psicóticos u orgánicos, el entrevistador deberá reconocer ante el paciente, que él ha completado su tarea. Deberá invitar al paciente a darle información relativa a los puntos adicionales que éste considere importantes o que piense que el entrevistador debe conocer. Una pregunta muy útil es "¿Qué piensa usted que yo debería haberle preguntado y no lo he hecho todavía?". Esta pregunta puede llevar a información nueva de importancia o a mayores reflexiones sobre áreas ya exploradas. También da oportunidad para que el paciente exprese las ansiedades activadas durante la entrevista.

La terminación de la entrevista estructural es una oportunidad crucial para evaluar la motivación del paciente para continuar el proceso diagnóstico, el tratamiento o ambos, el manejo de peligros graves diagnosticados que requieren acción urgente (por ejemplo, riesgo agudo de suicidio en pacientes gravemente depresivos), y el grado al que el paciente puede tolerar y responder en forma positiva las declaraciones respecto a sus problemas según los percibe el entrevistador.

Como sugerencia final para realizar la entrevista estructural, ésta requiere tiempo, incluyendo tiempo para sentir la experiencia y para pensar en tanto la entrevista se desarrolla. Por lo que Kernberg recomienda que se reserve cuando menos hora y media para una entrevista inicial, en dos periodos de 45 minutos separados por una pausa de 10 a 15.

El diagnosticador se enfrenta a la tarea simultánea de: explorar el mundo interior subjetivo del paciente, observar la conducta e interacciones del

paciente con él, y utilizar sus propias reacciones afectivas hacia el paciente para clarificar la naturaleza de la relación objetal subyacente, activada. Esta relación objetal subyacente es el material básico que deberá permitir al entrevistador formular interpretaciones tentativas en el aquí y ahora de las operaciones defensivas del paciente.

Desempeñar todas estas tareas es difícil; requiere conocimiento de, y experiencia en, el examen estándar del estado mental, experiencia psicoterapéutica en trabajo interpretativo de desarrollo de transferencia y experiencia clínica con un amplio espectro de pacientes psiquiátricos.

Por todo esto, es importante tener en cuenta que, una diferencia entre la estructura neurótica de la personalidad, por un lado, y las estructuras límite y psicótica, por el otro, es la naturaleza de la organización defensiva. En la neurótica, se centra en la represión y otras operaciones defensivas de alto nivel (la formación reactiva, aislamiento, anulación, intelectualización y racionalización). Las estructuras límite y psicótica, en contraste, se caracterizan por una predominancia de operaciones defensivas primitivas, en especial el mecanismo de escisión junto con otros mecanismos relacionados como el de idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación, los cuales pueden obtenerse en la interacción clínica del paciente y el diagnosticador. Estas defensas protegen al paciente límite del conflicto intrapsíquico pero al costo de debilitar el funcionamiento de su yo, reduciendo por lo tanto su efectividad adaptativa y flexibilidad en la entrevista y generalmente en su vida. No obstante, si se interpretan esas defensas, de tal modo que el paciente mejore de inmediato o se deteriore bajo el efecto de tal interpretación, contribuye en forma crucial a la diferenciación diagnóstica de la organización límite y de la psicótica.

Con respecto a los mecanismos de defensa primitivos que facilitan el diagnóstico de la organización límite de la personalidad, se identificarán:

Escisión: la manifestación más clara de escisión es la división de los objetos externos en "completamente buenos" y "completamente malos", con posibilidad concomitante de cambios abruptos, de un objeto desde un compartimiento extremo, al otro. También es indicativo del mecanismo de escisión, un aumento de ansiedad en el paciente cuando se le señalan aspectos contradictorios de su autoimagen o de sus representaciones objetales.

Idealización primitiva: crea imágenes no realistas, poderosas y completamente buenas. El entrevistador o alguna otra persona idealizada pueden ser vistos como un aliado potencial contra los objetos "completamente malos", igualmente poderosos (e igualmente no realistas).

Formas tempranas de proyección, especialmente la identificación proyectiva se caracterizan por: 1) la tendencia a seguir experimentando el impulso que está siendo proyectado simultáneamente sobre la otra persona, 2) temor a la otra persona bajo la influencia de ese impulso proyectado y 3) la necesidad de controlar a la otra persona bajo la influencia de este mecanismo. La identificación proyectiva implica, por lo tanto, aspectos interpersonales intrapsíquicos, y de conducta, en las interacciones del paciente, y esto puede reflejarse dramáticamente en la entrevista diagnóstica.

Negación: la negación aquí sólo refuerza la escisión. El paciente se da cuenta que sus percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí mismo u otras personas, en un momento u otro, son opuestos por completo a los que él había tenido otras veces, pero su memoria no tiene relevancia emocional y no puede influir en la forma que siente ahora. Puede manifestarse como una completa falta de interés, de modo que éste canalice calmadamente su conciencia cognoscitiva de la situación en tanto niega sus implicaciones emocionales.

Omnipotencia y devaluación: son derivaciones de operaciones de escisión que afectan las representaciones del sí mismo y de los objetos y se representan por la activación de estados del yo que reflejan un sí mismo grandioso, muy inflado, en relación con una representación de los demás despreciada y emocionalmente degradante. La omnipotencia y la devaluación pueden quedar manifiestas en las descripciones del paciente de los demás significantes y sus interacciones con ellos o en su conducta durante la entrevista diagnóstica.

La prueba de realidad puede también evaluarse al interpretar las operaciones defensivas en la interacción paciente-entrevistador. La prueba de realidad se define por la capacidad de diferenciar el sí mismo del no-sí mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos, y la capacidad para evaluar realísticamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en términos de las normas sociales ordinarias. Clínicamente, la prueba de realidad se reconoce por: 1) la ausencia de

alucinaciones y delirios; 2) un afecto o emoción, un contenido de pensamiento o una conducta fuertemente inapropiados o bizarros, y 3) la capacidad para empatizar con y de clarificar las observaciones de otras personas.

Una mejoría en el funcionamiento inmediato del paciente como consecuencia de la interpretación de operaciones defensivas, refleja la conservación de la prueba de realidad, en tanto que un deterioro inmediato de dicho funcionamiento, como consecuencia de la intervención, indica la pérdida de ésta. La entrevista estructural, constituye por lo tanto, una oportunidad ideal para la prueba de realidad y así, para la diferenciación de la organización límite, de la psicótica.

Otro punto importante a considerar en la entrevista diagnóstica estructural, tiene que ver con la tercer instancia psíquica; ya que un superyó relativamente bien integrado aunque muy severo, caracteriza los tipos neuróticos de organización de la personalidad. En cambio, en las organizaciones límite y psicóticas reflejan deterioro en la integración del superyó y se caracterizan por precursores no integrados del mismo, particularmente representaciones primitivas de los objetos, sádicas e idealizadas. La integración del superyó puede evaluarse al estudiar el grado en que el paciente se identifica con valores éticos y tiene a la culpa normal, como un regulador principal. El grado en que la persona es capaz de regular su funcionamiento según los principios éticos; abstenerse de la explotación, manipulación o maltrato a los demás; y conservar la honestidad e integridad moral sin un control externo, todo ello indica integración del superyó. Hay pacientes con organización límite que mantienen una integración del superyó relativamente buena a pesar de patología grave en el área de integración de la identidad, relaciones objetales y organización defensiva. La información sobre la integración del superyó puede obtenerse más efectivamente de la historia del paciente y de la observación a largo plazo, que de la entrevista diagnóstica. Sin embargo, la utilidad pronóstica del grado de integración del superyó la convierte en un criterio estructural muy importante para la indicación o contraindicación de psicoterapia intensiva a largo plazo.

Con respecto a las características genético-dinámicas de los conflictos instintivos, característicos de la organización de la personalidad límite, se hacen manifiestos en las relaciones terapéuticas a largo plazo con pacientes

límite, pero son relativamente difíciles de discernir en entrevistas diagnósticas.

La organización límite de la personalidad presenta una condensación patológica de luchas instintivas genitales y pregenitales con predominancia de la agresión pregenital. Según Kernberg (1988) la condensación bizarra e inapropiada de impulsos sexuales dependientes y agresivos, la pansexualidad del caso límite, representa una combinación de varias soluciones patológicas de estos conflictos. Todas éstas constituyen fallidos intentos de hacer frente a la agresividad de las tendencias genitales y, en general, a la agresión que infiltra todas las necesidades instintivas. Los tests psicológicos de los pacientes fronterizos revelan la ausencia del normal predominio de las tendencias genitales heterosexuales por sobre los impulsos polimorfos parciales. Sobre la base del resultado de los tests psicológicos, se suele decir que estos pacientes presentan una "falta de identidad sexual", lo cual es probablemente una denominación errónea. Si bien es cierto que 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 poderosas fijaciones tendientes a hacer frente a los mismos conflictos.

Por último; Kernberg (2005) también menciona que en este caso, como en otros trastornos graves de la personalidad, es primordial investigar la presencia de ideación suicida, la intención suicida, así como las historias respectivas de éstas y, por supuesto, la naturaleza y gravedad de cualquier intento de suicidio. En el caso del paciente que al momento no se encuentra deprimido o que no muestra evidencia de ideación, intención o conducta suicidas, la historia de ideaciones o acciones suicidas anteriores, es importante referenciarlo en su historial clínico, aunque no se requiera de intervención inmediata. No obstante, si el paciente presenta un historial de intenciones, deseos o conductas suicidas recientes, el riesgo agudo de un intento ulterior constituye la prioridad más alta en la intervención terapéutica. La autolaceración grave que amenaza con sangrado arterial o con lesiones a las venas principales, representa una conducta suicida seria.

La conducta parasuicida crónica sin intención, fantasía o conducta suicida real, por lo general forman parte de un trastorno grave de la personalidad que requiere de una intervención psicoterapéutica a largo plazo.

Aquellos pacientes cuyos planes suicidas no forman parte de un trastorno depresivo representan casos de "suicidio como estilo de vida", un padecimiento que refleja los patrones caracterológicos destructivos y autodestructivos típicos de los trastornos graves de la personalidad y, en particular, del trastorno límite de la personalidad, el trastorno infantil o histriónico de la personalidad, el síndrome de narcisismo maligno y el trastorno antisocial de la personalidad propiamente dicho. Aun cuando no satisfacen los criterios clínicos de una depresión, tales casos de suicidio como estilo de vida pueden estar en riesgo de suicidio con base caracterológica y requieren de un enfoque psicoterapéutico especializado.

Por lo mencionado hasta el momento, resulta evidente que la evaluación diagnóstica de quienes presentan un riesgo suicida potencialmente agudo requiere de varias preguntas específicas:

- 1) ¿Está deprimido el paciente?
- 2) De ser así, ¿es una depresión mayor o una depresión caracterológica?
- 3) ¿el paciente sufre de un trastorno afectivo importante, en especial, de una depresión significativa, un trastorno esquizoafectivo, una enfermedad psicótica que hasta el momento no se ha podido diagnosticar con claridad?
- 4) ¿el paciente tiene la capacidad y la voluntad de comunicarse honestamente acerca de sí mismo y de su actitud explícita hacia el terapeuta, y es confiable en cuanto a la información que proporciona?
- 5) ¿el paciente muestra algún grado de intoxicación, uso de drogas o rasgos caracterológicos específicos que harían que cualquiera de las respuestas a las preguntas anteriores fuese negativa?

Estas preguntas implican un cuidadoso examen del estado mental y, por supuesto, un buen conocimiento del diagnóstico diferencial entre una depresión importante y una caracterológica. De la relación entre la reacción depresiva y los disparadores ambientales actuales, así como de la estructura dominante de la personalidad del paciente, su funcionamiento superyoico, sobre todo en los

rubros de honestidad y responsabilidad, y, su potencial de agresión y autoagresión.

Los pacientes con trastornos graves de la personalidad que se presentan con conductas suicidas o parasuicidas agudas o crónicas, y sin una depresión genuina, son catalogados como aquellos que exhiben el "suicidio como estilo de vida". Con gran frecuencia, la conducta suicida o parasuicida es una expresión de ataques de cólera o de rabietas que ocurren cuando el paciente se siente frustrado en el contexto de una relación que crea una intensa agitación emocional. Aquí, es posible que la conducta suicida exprese la cólera en contra de los demás y en contra del sí mismo, en una manera bastante indiferenciada e impulsiva. Este patrón se observa de forma más común en mujeres con trastorno limítrofe o trastorno histriónico de la personalidad.

A su vez, todos estos casos se deben diferenciar de un segundo tipo de conducta suicida o parasuicida crónica, no depresiva, a saber, el suicidio como expresión de triunfo sobre el mundo circundante, un acto de venganza o dominio fríamente preparado en contra de alguien que está a cargo del paciente y con quien éste se encuentra involucrado en formas crónicamente conflictivas. Esa puede ser la manifestación de una extrema reacción terapéutica negativa, es decir, un empeoramiento de síntomas o de la experiencia propia cuando el paciente percibe que el terapeuta ha sido particularmente útil o benéfico. Los pacientes con un trastorno narcisista de la personalidad o con el síndrome del narcisismo maligno, tienen una propensión a las reacciones terapéuticas negativas.

Perspectiva cognitivo-conductual

Partiendo de la definición del Trastorno Límite de la Personalidad que el DSM-IV dice: "pauta generalizada de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos y una marcada impulsividad que empieza en la adultez temprana y se presenta en diversos contextos. Sus criterios diagnósticos son los siguientes:

- 1) Esfuerzos frenéticos tendentes a evitar el abandono real o imaginado; pero que no incluyen conducta suicida o autolesiva.

- 2) Una pauta de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por la alternancia entre extremos de idealización y desvalorización.
- 3) Perturbación de la identidad: acentuada y persistente inestabilidad de la autoimagen o sentido del yo.
- 4) Impulsividad en al menos dos zonas en las que el sujeto puede perjudicarse a sí mismo, por ejemplo, los gastos, el sexo, el uso de sustancias tóxicas, el hurto en negocios, el manejo temerario de automóviles, comer descontrolado, etc.
- 5) Amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes, o conducta automutiladora.
- 6) Inestabilidad afectiva debido a los cambios repentinos del estado de ánimo (por ejemplo, disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que por lo común, duran sólo unas horas, o raramente unos pocos días).
- 7) Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.
- 8) Ira inadecuada, intensa, o dificultad para controlarla (por ejemplo, frecuentes despliegues de malhumor, cólera constante y luchas físicas recurrentes).
- 9) Síntomas pasajeros de ideación paranoide o disociativos relacionados con el estrés.

Así que, para diagnosticar Trastorno límite de la personalidad, se indican por lo menos cinco de estos criterios.

Los individuos límite no están necesariamente en un torbellino continuo, y pueden experimentar períodos prolongados de estabilidad, pero lo típico es que recurran a la terapia en momentos de crisis y que presenten un cuadro clínico complejo y un tanto caótico. Según Beck (1990) suelen poner de manifiesto otros problemas, como un trastorno generalizado por ansiedad, un trastorno por angustia, un trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos somatoformes, estados de fuga psicógena, depresión, trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo, psicosis reactivas breves u otros trastornos de la personalidad.

Puesto que no hay invariablemente presente ningún rasgo o patrón característicos, y la variabilidad es una de las marcas del Trastorno Límite de la Personalidad, la evaluación y el diagnóstico de este trastorno son más complejos que los de otras categorías diagnósticas. La investigación realizada

con los tests tradicionales demuestra que los pacientes límite tienden a obtener puntajes altos en las escalas de "Neurosis" y "Psicosis" del MMPI, especialmente en las escalas 2, 4, 6, 7 y 8. Estudios empíricos también han proporcionado algún respaldo a la hipótesis de que los pacientes límite tienden a desempeñarse bien en tests estructurados como el test de Wechsler para adultos (WAIS), mientras que sus resultados son pobres y presentan signos de trastorno del pensamiento en los tests proyectivos no estructurados. Los tests psicológicos tradicionales pueden proporcionar información útil para identificar a estos pacientes pero no un modo único y confiable para diagnosticarlos.

Entre los instrumentos para evaluar los trastornos de la personalidad se cuentan, los cuestionarios de autoinforme, los inventarios de personalidad y las entrevistas estructuradas. Aunque esos instrumentos tienen alguna utilidad como filtros, necesitan más desarrollo y validación para que se les pueda dar un uso clínico.

Es particularmente útil estar alerta a seis posibles indicaciones de trastorno límite de la personalidad:

- 1) Relaciones intensas e inestables;
- 2) Falta de un sentido claro de la identidad (confusión o incoherencia respecto de las metas, las prioridades y los valores);
- 3) Episodios de ira intensa e incontrolada;
- 4) Conducta impulsiva;
- 5) Sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento o soledad;
- 6) Conductas de acting-out.

Beck (1995) refiere a Clarkin y sus colegas (1983) los cuales encontraron que aproximadamente el 80 por ciento de los individuos que satisficieron los criterios del DSM-III-R para el trastorno límite de la personalidad presentaban una combinación de relaciones intensas e inestables y perturbación de la identidad, o bien una combinación de relaciones intensas e inestables, impulsividad, ira intensa e incontrolada.

A continuación, Linehan (1981, 1987b) enumera algunas características que suelen servir como indicaciones de trastorno límite de la personalidad.

En los problemas y síntomas presentados:

1. Una variedad de problemas y síntomas, que puede cambiar de semana a semana.
2. Síntomas o combinaciones de síntomas inusuales.
3. Reacciones emocionales intensas y desproporcionadas a la situación.
4. Conducta autodestructiva o autopunitiva.
5. Conducta impulsiva, mal planeada, más tarde reconocida como necia, "loca" o contraproducente.
6. Períodos breves de síntomas psicóticos que satisfacen los criterios del DSM-IV para la psicosis reactiva breve (pero que podrían haber dado lugar a un diagnóstico erróneo de esquizofrenia).
7. Confusión respecto de las metas, prioridades, sentimientos, orientación sexual, etcétera.
8. Sentimientos de vacío, posiblemente localizado en el plexo solar.

En las relaciones interpersonales:

1. Falta de relaciones íntimas estables (tal vez enmascarada por relaciones estables no íntimas o por relaciones estables mientras no sea posible una intimidad total).
2. Tendencia a idealizar o denigrar a los demás, quizá con cambios abruptos de la idealización a la denigración.
3. Tendencia a confundir intimidad con sexualidad.

En la terapia:

1. Crisis frecuentes, frecuentes llamadas telefónicas al terapeuta, o requerimientos de trato especial en sesiones programadas, arreglos de último momento, etcétera.
2. Mala interpretación extrema o frecuente de los dichos, intenciones o sentimientos del terapeuta.
3. Reacciones inusualmente fuertes a los cambios de horario o de consultorio, a las vacaciones o la terminación de la terapia.
4. Baja tolerancia al contacto ocular directo, al contacto físico o a la proximidad.
5. Ambivalencia inusualmente fuerte acerca de muchas cuestiones.
6. Miedo al cambio, o resistencia al cambio inusualmente fuerte.

En los tests psicológicos:

1. Buen resultado en tests estructurados tales como el WAIS, combinado con resultado pobre o indicaciones de trastorno del pensamiento en los tests proyectivos.
2. Elevación de las escalas de "Neurosis" y "psicosis" del MMPI (escalas 2, 4, 6, 7, 8) o indicaciones de una variedad de problemas inusualmente amplia.

A pesar de la alta prevalencia del trastorno límite de la personalidad, muchas veces su diagnóstico se pasa por alto. Ello no es demasiado importante cuando se halla presente un trastorno claro, estable y autónomo del Eje I y ésta es la razón por la que se pide ayuda, porque en tales circunstancias los trastornos del Eje II tienden a no interferir con la terapia cognitivo-conductual del Eje I. En muchos casos, sin embargo, el principal problema es el trastorno límite de la personalidad. Entonces, sino se diagnostica, nos encontramos frente a un problema porque el tratamiento resulta siempre insuficiente. En muchos casos se observa que el terapeuta malgasta años de esfuerzos hasta darse cuenta de que el problema es que el paciente, en realidad, sufre de trastorno límite de la personalidad.

Debido a que el trastorno límite de la personalidad es visto como uno de los trastornos de la personalidad más graves, se recomienda el uso del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad como primera opción y adaptar el tratamiento de los trastornos de personalidad concomitantes. La excepción a esta regla, es cuando se hallan presentes características delictivas propias de los trastornos de la personalidad antisocial y narcisista.

El trastorno límite de la personalidad también debería ser el primer diagnóstico cuando se encuentran presentes trastornos del Eje I, con algunas excepciones, como son el trastorno bipolar, la depresión grave, los trastornos psicóticos (a excepción de la psicosis transitoria, relacionada con el estrés, la cual se solapa con el criterio 9 del TLP), el abuso de sustancias, la hiperactividad /el déficit de atención y la anorexia nerviosa; pues estos trastornos deben ser tratados primero. No obstante esto, se señalan algunas pautas para la diferenciación entre estos trastornos, y el trastorno límite de la personalidad.

Según el DSM-IV-TR (2002) menciona que aunque los trastornos del estado de ánimo y el trastorno límite de la personalidad suelen presentarse juntos, también pueden confundirse. El diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad suele utilizarse de manera inadecuada y peyorativa en individuos que transitoriamente se muestran irritables, exigentes, manipuladores y autodestructivos durante un Episodio depresivo mayor. Por lo que el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad no está indicado en estos casos, a no ser que los síntomas tengan un inicio temprano, un efecto intenso y un curso más o menos crónico. En algunos casos, los "síntomas límites" del paciente desaparecen cuando remiten los síntomas del estado de ánimo, mientras que, en otros, son necesarios ambos diagnósticos. La respuesta que el sujeto presenta al tratamiento suele ser de utilidad para poder realizar esta distinción. Estos mismos aspectos se aplican a individuos con problemas relacionados con sustancias que se comportan de una manera inestable e impulsiva cuando están intoxicados por sustancias, pero, cuando las dejan, se observa una conducta muy diferente.

Dado que el suicidio suele llevarse a término en el 5-10% de los casos con Trastorno límite de la personalidad, es también especialmente importante identificar y tratar los Trastornos del estado de ánimo comórbidos, cuando estén presentes.

Con respecto al Trastorno límite de la personalidad que también suele ser comórbido con otros Trastornos de la personalidad y pese a las notables similitudes entre estos trastornos (histriónico, narcisista, antisocial o dependencia), ciertas características ayudan a distinguirlos. Aunque el trastorno histriónico y el trastorno límite de la personalidad también se asocian a una necesidad clara de atención por parte de los demás y dan muestras de labilidad emocional asociada a manipulaciones interpersonales, el primero se distingue por su naturaleza florida, claramente exagerada; su preocupación por la seducción sexual y el aspecto físico, y su voluntad de aceptar cualquier papel que se les pida (p. ej., ser desvalido, frágil, dependiente) para obtener la atención que desean tan desesperadamente. Los pacientes límite por otro lado, se distinguen por sus arranques de cólera en las relaciones con los demás y sus repetidos sentimientos de vacío y soledad.

Por otra parte, el trastorno límite de la personalidad, se diferencia del trastorno narcisista de la personalidad, por la característica principal de este último, que es el grandioso sentido de propia importancia y autobombo; pues necesitan desesperadamente que se les atienda, pero exigen además que en esta atención, se muestre admiración en reconocimiento a su superioridad. Además, los sujetos con este trastorno tienen una autoimagen casi totalmente estable y no suelen comportarse de la manera autodestructiva o impulsiva propia de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad. Los individuos con trastorno narcisista tienden a aprovecharse de los demás, sin darse cuenta de ello, porque piensan que sus cualidades y capacidades especiales les permiten recibir un tratamiento especial.

Entre las personalidades límite y dependiente, ambas se mueven en parte por el temor al abandono. No obstante, el trastorno límite de la personalidad difiere del trastorno de la personalidad por dependencia, en que el sujeto de este último trastorno, frente a la posibilidad, suele reaccionar aumentando desesperadamente su adhesión y sumisión, mientras que uno que presenta trastorno límite de la personalidad se encoleriza, se vuelve impulsivo, exigente y autodestructivo. Alienando su relación con la figura deseada.

El trastorno límite de la personalidad difiere del trastorno antisocial de la personalidad, en que los primeros privados de las atenciones y recompensas que buscan pueden intensificar su estrategia de seducción e irresponsabilidad. Pueden implicarse en actos imprudentes y son incapaces de planear o considerar alternativas más pragmáticas o de prever las consecuencias de sus actos. Para algunas personas, la lucha por liberarse de las restricciones de las costumbres sociales, provoca comportamientos impetuosos e irresponsables. Mientras que los antisociales buscan aprovecharse y obtener poder.

Por último, según Millon T. y Davis D (1998), el principal elemento que requiere de atención, es el que se relaciona con la distinción entre los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos del Eje I y los diferentes patrones de la personalidad límite. La principal diferencia entre ellos reside en la historia del desarrollo de la alteración; los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos suelen tener un inicio rápido. Aunque las personas predispuestas a trastornos afectivos graves han mostrado dificultades sociales y déficit previos, la mayoría los han manejado de forma que han conseguido mantener su equilibrio psíquico durante largos periodos de tiempo. Por el contrario, las

personalidades límite muestran un nivel de funcionamiento consistentemente inferior. Otra distinción entre los trastornos del estado de ánimo del Eje I y la personalidad límite es el papel de los desencadenantes externos. La alteración del paciente límite parece reflejar la operación de los defectos internos de la personalidad, mientras que en los trastornos con síntomas psicóticos existen evidencias de que el comportamiento desadaptativo actual es, al menos en parte, un producto de estresantes externos o ambientales.

Los pacientes con trastornos del Eje I sienten sus síntomas como algo discordante y por tanto se esfuerzan, aunque vanamente, en luchar contra ellos. Por el contrario, los pacientes límite tienden a estar indiferentes o aceptar sus comportamientos patológicos. Sus acciones y estados de ánimo son egosintónicos, o sea, parecen formar parte natural o inevitable de sus vidas.

Cuando en un paciente límite se dan síntomas parecidos a los psicóticos, suelen ser mucho más transitorios y reactivos a sucesos externos que cuando se trata de una personalidad esquizotípica por ejemplo.

Por último, también los pacientes límite muestran algunas características comunes con la personalidad paranoide en el sentido de que reflejan defectos estructurales graves. Aunque el paranoide tiene el mismo nivel de gravedad que el límite, existe una tendencia a la rigidez y la consistencia del comportamiento que está ausente en el límite, que también demuestra una autodestructividad y una sensación de soledad que no se observan en el paranoide.

CAPITULO III

PSICOTERAPIA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Como se sabe, la psicoterapia es una herramienta sumamente útil para el tratamiento de los trastornos psíquicos, y; el trastorno límite de la personalidad no es la excepción. Como se mencionó antes en la introducción, para este trastorno en particular; existen dos enfoques psicoterapéuticos que han demostrado su eficacia en ensayos controlados aleatorizados: la terapia psicoanalítica / psicodinámica y la terapia cognitiva conductual / dialéctica.

Sin embargo; según John M. Oldham y cols. (2002) existe una serie de características comunes que guían al terapeuta, con independencia del tipo específico de tratamiento utilizado para este trastorno: la construcción de una alianza terapéutica sólida y el control de los comportamientos autodestructivos y suicidas; junto con la validación del sufrimiento y la experiencia del paciente, así como ayudar a éste a responsabilizarse de sus actos. No obstante; la psicoterapia puede desbaratarse si se centra demasiado en el trauma pasado, en lugar de centrarse en el funcionamiento actual y en los problemas de relación interpersonal.

Otros componentes a tomarse en cuenta para un tratamiento eficaz en estos pacientes con trastorno de personalidad límite, son la manipulación de los sentimientos (tanto en el paciente como en el terapeuta), el fomento de la reflexión más que de la acción impulsiva, la reducción de la tendencia del paciente a la escisión y el establecimiento de límites sobre cualquier comportamiento autodestructivo.

Así que, una vez señalados estos puntos o componentes importantes a considerar para el tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad límite. A continuación, se expondrán los dos enfoques psicoterapéuticos mencionados anteriormente, que se han utilizado con eficacia para tratar a este tipo de pacientes.

Perspectiva psicoanalítica

Según Kernberg (1988), para la mayoría de las personalidades fronterizas puede resultar indicado un procedimiento psicoanalítico modificado o una forma especial de psicoterapia psicoanalítica expresiva, abordaje terapéutico

que difiere del psicoanálisis clásico ya que muchos de ellos no toleran la regresión, no sólo por causa de su labilidad yoica y a su propensión a desarrollar una psicosis transferencial, sino porque la exoactuación gratifica sus tendencias patológicas y bloquea el ulterior progreso del análisis.

Por otro lado, la terapia de apoyo cuya finalidad es reforzar la organización defensiva del paciente, impidiendo la aparición de las pautas transferenciales primitivas y contribuyendo a la formación de una alianza terapéutica destinada a ayudar al paciente a lograr patrones de conducta más adaptativas. Al impedir la regresión en la transferencia y el desarrollo de la psicosis transferencial, este abordaje evita que el tratamiento se estanque; no obstante, fracasa a menudo porque las características defensivas de estos pacientes dificultan la formación de una relación operativa (alianza terapéutica).

Referente al tratamiento especial de terapia psicoanalítica expresiva; cabe denominarlo expresivo por cuanto toma en consideración y analiza los factores inconscientes, en especial en lo que atañe a la transferencia negativa y a las defensas patológicas. Se utilizan parámetros o modificaciones técnicas en la medida en que lo requiere el control de las actuaciones transferenciales. El fortalecimiento del yo es una meta constante de esta terapia; si bien algunos de estos parámetros pueden ser resueltos en el curso del tratamiento propiamente dicho, no ocurre necesariamente lo mismo con todos ni es aconsejable que sea así; ya que dentro del amplio grupo de las personalidades fronterizas hay determinados pacientes que parecen obtener muy escasos beneficios de una terapia expresiva de orientación psicoanalítica como la propuesta, y para quienes el psicoanálisis sin modificaciones, está terminantemente indicado.

Por lo tanto, para la mayoría de las personalidades fronterizas puede resultar indicada una forma especial de análisis o psicoterapia psicoanalítica modificada. Las principales características de la modificación en este procedimiento psicoanalítico son las siguientes:

I) elaboración sistemática de la transferencia negativa manifiesta y latente, sin intentar la total reconstrucción genética de sus motivaciones;

II) señalamiento e interpretación de las maniobras defensivas patológicas, a medida que aparecen en la transferencia negativa;

III) estructuración precisa de la situación terapéutica mediante todas las medidas necesarias para bloquear la exoactuación de la transferencia;

IV) utilización de factores estructurantes ambientales, como por ejemplo internación, en los casos en que las exoactuaciones fuera de las horas terapéuticas amenacen con producir una situación crónica de gratificación patológica de las necesidades instintivas;

V) abordaje selectivo de aquellos aspectos de la transferencia y de la vida del paciente en los que se ponen de manifiesto sus defensas patológicas;

VI) utilización de las expresiones de transferencia positiva para el mantenimiento de la alianza terapéutica, y

VII) estimulación de modalidades de expresión más adecuadas a la realidad, de conflictos sexuales, es decir; se intentará "liberar" la capacidad de desarrollo genital más maduro de sus intrincaciones con la agresión pregenital.

Posiblemente el rasgo más llamativo de las manifestaciones transferenciales de los pacientes de personalidad fronteriza es la prematura activación en la transferencia de relaciones objetales muy tempranas y conflictivas, en el contexto de estados yoicos recíprocamente disociados. En las personalidades fronterizas están ausentes gran parte de los niveles superiores de estructuras superyoicas despersonificadas y abstractas, así como muchas de las estructuras yoicas autónomas.

Los conflictos que típicamente surgen en conexión con la reactivación de las primitivas relaciones objetales internalizadas suelen caracterizarse por una particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales. Esta excesiva agresión pregenital, en especial la oral, tiende a ser proyectada y causa una distorsión paranoide en las imágenes parentales sobre todo en las de la madre. Debido a la proyección de impulsos predominantemente sádico-orales y también sádico-anales, la madre es vista como potencialmente peligrosa y más tarde el odio se hace extensivo a ambos padres, cuando el hijo los percibe como un "grupo unido". La "contaminación" de la imagen paterna por la agresión primariamente proyectada en la madre, y la falta de diferenciación entre madre y padre, tienden a producir una peligrosa imagen combinada padre-

madre y la posterior conceptualización de todas las relaciones sexuales como peligrosas y contaminadas de agresión.

En un principio, las manifestaciones transferenciales de los pacientes de personalidad fronteriza pueden impresionar como totalmente caóticas. Sin embargo, poco a poco surgen patrones repetitivos, que reflejan primitivas representaciones de sí mismo y sus correspondientes representaciones objetales bajo la influencia de los conflictos mencionados arriba. Las resistencias transferenciales de estos pacientes son vehiculizadas por sus típicas maniobras defensivas (escisión, identificación proyectiva, negación, idealización primitiva y omnipotencia). El hecho de que estas defensas ejercen por sí mismas un efecto debilitante sobre el yo, podría ser un factor crucial de la grave regresión que pronto viene a complicar los prematuros fenómenos transferenciales de estos pacientes.

Por otra parte, la labilidad yoica "inespecífica" se pone de manifiesto también en los pacientes en los cuales esta patológica organización yoica se expresa como una relativa incapacidad de disociar tentativamente su yo en un sector experiencial y un sector de observación, con la concomitante incapacidad de establecer una alianza terapéutica. En cuanto a la labilidad yoica, esta debe ser conceptualizada como el reemplazo de estructuras de un nivel superior por otras de un nivel inferior. En los pacientes fronterizos, la labilidad yoica se pone de manifiesto en la organización defensiva "inferior" del yo, cuyos mecanismos centrales son la escisión y otras defensas afines. Asimismo, el fracaso de la normal integración de las estructuras derivadas de las relaciones objetales internalizadas dificulta el proceso de formación de la identidad e individualización, así como la neutralización y abstracción de las funciones yoicas y superyoicas. Todo esto se traduce en una reducción del área libre de conflictos del yo (en especial intolerancia a la ansiedad, falta de control sobre los impulsos e insuficiente desarrollo de los canales de sublimación). Así que, debajo de esa "debilidad" existen estructuras yoicas patológicas extremadamente fuertes, rígidas y primitivas.

Pero volviendo al tema de la regresión transferencial en estos pacientes. Una vez embarcados en el tratamiento, los factores descompensadores cruciales son los crecientes esfuerzos que hacen los pacientes por defenderse contra reacciones transferenciales primitivas, en especial las negativas, utilizando precisamente las mismas operaciones de defensa que contribuyeron a su

labilidad yoica. Uno de los principales "culpables" en este sentido es quizás el mecanismo de identificación proyectiva, la cual es una forma primitiva de proyección, destinada a externalizar imágenes agresivas de sí mismo y de los objetos.

La típica manifestación transferencial de estos fenómenos es el intenso temor y la desconfianza que inspira el terapeuta, que es vivido como atacando al paciente, y trata de controlar al terapeuta de manera sádica y arrolladora. Es como si su vida dependiera del hecho de mantener al terapeuta bajo control; como si el paciente tratara de introducir su propia parte agresiva en el terapeuta.

Es importante destacar que lo proyectado no es "agresión pura", sino una representación de sí mismo o una representación objetal; lo que parece ser típico de los pacientes fronterizos es la rápida oscilación entre momentos en que se proyecta una representación de sí mismo mientras el paciente permanece identificado con la correspondiente representación objetal, y momentos en que se proyecta la representación objetal mientras el paciente se identifica con la correspondiente representación de sí mismo. Por ejemplo, el terapeuta puede recibir la proyección de una imagen materna primitiva y sádica, en tanto que el paciente se experimenta a sí mismo como un hijo atacado y aterrorizado; un momento más tarde, éste se percibe como la primitiva imagen materna rígida, prohibitiva, moralista (y extremadamente sádica), mientras ve al terapeuta como el hijo culpable, atemorizado, a la defensiva, pero rebelde.

El riesgo que esto encierra es que, se crean círculos viciosos en los que el paciente proyecta su agresión en el terapeuta y reintroyecta imágenes de éste gravemente distorsionadas por la acción de los derivados de impulsos agresivos proyectados, perpetuando así la primitiva relación objetal patológica.

Uno de los aspectos de la labilidad yoica de los pacientes fronterizos, es la relativa ausencia de un yo observador, por lo que la sistemática anulación de la transferencia negativa manifiesta y latente es un requisito importante, quizás indispensable, para la ampliación del yo observador y la consolidación de la alianza terapéutica.

La gradual extensión de la esfera libre de conflictos del yo y del yo observador, lograda en el curso de la terapia, facilita el rompimiento del círculo vicioso formado en la transferencia por la proyección y la reintroyección de imágenes sádicas de sí mismo y de los objetos. Al describir las interpretaciones mutativas, Kernberg (1998) refiere a Strachey, J. (1934) porque coincide en que identifica dos fases: la primera consiste en una modificación cualitativa del superyó del paciente; la segunda, en una expresión más libre de los impulsos por parte de aquél, y a esto Kernberg (1988) agregó que el yo observador es necesario por igual en la fase de modificación superyoica y en la de diferenciación del analista como objeto de la fantasía del paciente y como objeto externo. Produciéndose así un recíproco reforzamiento entre el yo que observa y la interpretación de los ciclos de proyección e introyección.

Así que, la intensidad de la proyección y la reintroyección de los derivados de impulsos agresivos en la transferencia interfiere con las funciones yoicas de observación; esta interferencia contribuye en sí misma a la regresión transferencial. Sin embargo, la contribución fundamental de la identificación proyectiva a la regresión transferencial está representada por la rápida oscilación de la proyección de imágenes de sí mismo y del objeto, oscilación que deteriora la estabilidad de los límites yoicos del paciente en sus interacciones con el terapeuta.

El paciente fronterizo es capaz de diferenciar entre sí mismo y los objetos externos, así como entre vivencia interna y percepción externa, conservando además su prueba de realidad, pero pierde esta capacidad en el contexto de la regresión transferencial.

La rápida alternancia de la proyección de imágenes de sí mismo y de los objetos, que representan tempranas relaciones objetales internalizadas patológicas, produce una confusión entre lo que es "adentro" y "afuera" en la vivencia del paciente de sus interacciones con el terapeuta. El paciente mantiene habitualmente su discriminación respecto del terapeuta, pero en ese preciso momento siente como si se produjera un intercambio de sus respectivas personalidades. Se trata de una experiencia atemorizante que refleja el derrumbe de los límites yoicos que se produce en la interacción y como consecuencia de la cual el paciente pierde su prueba de realidad en la transferencia; la cual constituye el más poderoso obstáculo para la capacidad

del paciente de discriminar entre fantasía y realidad y entre pasado y presente, e interfiere además con su capacidad de distinguir a sus objetos transferenciales proyectados, del terapeuta como persona real. En la clínica, esta situación se pone de manifiesto en una vivencia del paciente que podría ser verbalizada más o menos como sigue: "Sí, tiene razón al pensar que lo veo a usted como veía a mi madre, porque en realidad usted y mi madre son idénticos". Es en este momento cuando el paciente manifiesta lo que se ha calificado de psicosis transferencial.

Los pacientes con una típica psicosis transferencial suelen exhibir durante varios días, e incluso meses, ideas delirantes y un comportamiento que se puede calificar de psicótico en la situación terapéutica, sin que dichas manifestaciones se hagan presentes fuera de las sesiones. En ciertos casos estos pacientes pueden requerir internación y no siempre es sencillo diferenciar la reacción psicótica que se limita a la transferencia de otra de mayores alcances. Sin embargo, en muchos pacientes fronterizos esta diferenciación resulta más o menos fácil, y a menudo es posible resolver la psicosis transferencial en el contexto de la psicoterapia, para lo cual es de primordial importancia controlar las exoactuaciones transferenciales en la relación terapéutica, las cuales se refieren a la actuación de la reacción transferencial en las sesiones. Por ejemplo, en lugar de expresar verbalmente su intenso enojo y de reflexionar sobre la significación y los orígenes de este sentimiento, es posible que durante varias semanas o meses, el paciente le grite al analista, lo insulte y manifieste sus emociones mediante lo que podemos considerar acciones directas y no verbalizaciones. Esta no es una característica exclusiva de los pacientes fronterizos pero a diferencia de los pacientes neuróticos, fracasan los intentos del terapeuta por manejar la exoactuación dentro de la relación terapéutica valiéndose sólo de la interpretación, en especial cuando las exoactuaciones forman parte de la psicosis transferencial. La razón fundamental para que estas exoactuaciones transferenciales sean tan resistentes a la interpretación es que también gratifican las necesidades instintivas del paciente, sobre todo las vinculadas con los intensos derivados de la agresión preedípica, tan característicos de la personalidad fronteriza. Dos ejemplos de ello, serían los siguientes:

Una paciente fronteriza hospitalizada gritaba a su terapeuta durante sus primeras entrevistas de media hora con voz tan estridente que se oía desde todas las dependencias del hospital. Antes de ingresar al hospital, había

sostenido amargas disputas con sus padres durante muchos años. Una vez en el hospital, todas sus disputas se centraron en el terapeuta. Poco a poco se puso en evidencia que sus estallidos de enojo hacia el terapeuta le ofrecían una gratificación de sus necesidades instintivas, mucho mayor que cualquier otra hubiera obtenido antes de su internación y que precisamente esta gratificación constituía su principal resistencia transferencial. Cuando el terapeuta le señaló este hecho y puso límites a los arranques de ira e insultos que le serían tolerados en las sesiones, la paciente se mostró mucho más ansiosa fuera de las sesiones, sus patrones conflictivos se hicieron más evidentes en el hospital en general y en la transferencia manifestó actitudes cambiantes, todo esto demostró que el tratamiento no estaba estancado.

Otro paciente que recibía psicoterapia expresiva exigió un aumento de sesiones de manera extremadamente airada y desafiante. Durante algún tiempo se le había interpretado que le resultaba difícil tolerar los sentimientos de culpa que le ocasionaba su propia voracidad y que proyectaba esa culpa en el terapeuta fantaseando que éste lo odiaba y despreciaba. El paciente parecía comprender la interpretación pero no logró modificar su conducta. El terapeuta le comunicó entonces al paciente su decisión de no aumentar el número de sesiones, planteándole además, como condición para continuar el tratamiento, que ejerciera algún control sobre la manifestación de sus sentimientos durante las sesiones. Se produjo un cambio notable en pocos días. El paciente se mostró más reflexivo e incluso llegó a admitir que el hecho de habersele permitido expresar su intenso enojo con el terapeuta de manera tan directa le había proporcionado gran satisfacción.

La exoactuación transferencial dentro la relación terapéutica, que se convierte en la principal resistencia al cambio en estos pacientes, hace necesario introducir en la situación terapéutica parámetros técnicos destinados a controlarla. El terapeuta corre el riesgo de entrar en el círculo vicioso creado por la proyección y reintroyección de imágenes sádicas de sí mismo y de los objetos. Sin embargo, puede quedar contrarrestado si empieza por interpretar la situación transferencial, introduce después los parámetros técnicos estructurantes que sean necesarios y por último, vuelve a interpretar la situación transferencial sin abandonar los parámetros.

El mismo hecho de que el terapeuta adopte una posición firme y cree en la situación terapéutica una estructura que no habrá de abandonar, permite que

el paciente se diferencie de aquél y anule así la confusión causada por el frecuente "intercambio" de representaciones objetales y de sí mismo a que dan lugar sus proyecciones. Asimismo, esta estructuración contribuye a impedir que el propio terapeuta exoactúe su contratransferencia.

Las fijaciones contratransferenciales crónicas surgen en buena medida porque el paciente ha logrado destruir la identidad yoica madura y estable del analista en el contexto de la relación entre ambos. Para preservar su contacto emocional con el paciente, el analista que trata individuos fronterizos debe ser capaz de tolerar la regresión que se produce dentro de él mismo y que en ocasiones puede reactivar remanentes de tempranas relaciones conflictivas. Así, es posible que el analista luche simultáneamente contra la aparición de impulsos primitivos en sí mismo, contra la tendencia a controlar al paciente, y contra la tentación de someterse de modo masoquista a los activos intentos del paciente por controlarlo. En tales circunstancias, pueden reactivarse en el analista operaciones defensivas patológicas previamente abandonadas, en especial rasgos caracterológicos de tipo neurótico y, en consecuencia, las estructuras de la personalidad del paciente y del analista aparecen como recíprocamente "preensambladas" o entretejidas en una ligazón transferencial-contratransferencial estable e insoluble. A esta altura, el establecimiento y la conservación de parámetros estructurantes o modificaciones de la técnica se convierten en una condición fundamental para proteger la relación terapéutica.

Es probable que la transferencia de los pacientes fronterizos se origine en gran parte en las fantasías distorsionadas que acompañaron a las tempranas relaciones objetales patógenas. La psicosis transferencial representa así una condensación de experiencias reales, una grosera elaboración de las mismas en el plano de la fantasía y los esfuerzos por modificarlas o liberarse de ellas. El trabajo interpretativo destinado a anular las defensas patológicas a medida que éstas se manifiestan en la transferencia, puede contribuir a resolver la psicosis transferencial y a fortalecer el yo del paciente.

Sin embargo, la compulsión repetitiva expresada en las exoactuaciones transferenciales no puede ser vista como una elaboración mientras la relación transferencial esté gratificando las necesidades instintivas patológicas del paciente, en especial las agresivas. Pasando al otro extremo, el mantenimiento de una estructura terapéutica tan rígida y controlada que bloquee por completo la transferencia y sobre todo que oculte la transferencia negativa, también

puede provocar un estancamiento del proceso terapéutico que, es tan perjudicial como la exoactuación transferencial incontrolada. Las posibilidades psicoterapéuticas generales mejoran considerablemente cuando se procura superar la chatura emocional y producir un auténtico compromiso emocional dentro del tratamiento. Una cuidadosa y sistemática estructuración de la relación terapéutica, en la mayoría de los casos, es posible impedir el desarrollo de fijaciones transferenciales-contratransferenciales insolubles.

¿En qué medida debe el terapeuta aparecer como "persona real" ante los ojos del paciente? La idea de ser una "persona real" se refiere a las intervenciones francas y directas del terapeuta, a su facultad de fijar límites y proporcionar la estructuración necesaria y a su activa renuencia a ser llevado a fijaciones contratransferenciales regresivas. Lo más beneficioso es lograr que el paciente elabore la transferencia negativa y tome conciencia de su desconfianza y su odio, así como de la manera en que estos sentimientos destruyen su capacidad de depender de lo que el terapeuta realmente puede ofrecerle. El desarrollo del yo observador parece ser el resultado de abordar al mismo tiempo los ciclos patológicos de proyección e introyección, las distorsiones y las exoactuaciones transferenciales y el yo observador en sí mismo.

Por lo tanto, el abordaje sistemático junto con el bloqueo de la exoactuación transferencial y el abordaje directo de la función yoica de observación, son las condiciones básicas para lograr cambios y crecimiento en la terapia. Además, la interpretación de la transferencia negativa debe detenerse en el nivel del "aquí y ahora", remontándose sólo de manera parcial a los conflictos inconscientes originales del pasado.

Esto no significa que el pasado deba ser excluido de la interpretación de la transferencia en los casos en que dicho pasado sea un recuerdo consciente del presente y no una reconstrucción genética y cuando refleje aspectos reales y distorsiones producidas en su fantasía preconscious. En ocasiones, una referencia a una experiencia del pasado vinculada con algo que el paciente percibe erróneamente en el terapeuta en el presente, puede ayudar a que aquél discrimine entre realidad y transferencia. El "desvío" secundario de la transferencia negativa, logrado al incorporar la interpretación de ésta al área más limpia de las interacciones del paciente fuera del tratamiento y de su pasado consciente, tiende a fortalecer su prueba de realidad y le ofrece

considerable apoyo en el contexto de una psicoterapia esencialmente expresiva.

El énfasis puesto en la sistemática elaboración de la transferencia negativa no significa descuidar los aspectos positivos de las reacciones transferenciales. En la diferenciación entre transferencia "positiva" y "negativa"; muchas veces es difícil decir qué es positivo y qué negativo o qué es de origen libidinal y qué de origen agresivo. Los pacientes de personalidad fronteriza tienden a exhibir manifestaciones transferenciales que aparentan ser "puramente" positivas o "puramente" negativas. Por lo tanto, los aspectos positivos de la transferencia deben ser destacados al mismo tiempo que se sacan a la luz sus facetas negativas para disminuir la distorsión que hace el paciente de las imágenes de sí mismo y de los objetos, centralizándose en el aquí y ahora, sin interpretar las raíces genéticas de los impulsos agresivos y libidinales del paciente. Al mismo tiempo, conviene permitir la manifestación moderada y controlada de buena parte de las tendencias transferenciales positivas con que cuenta el paciente, utilizándola como un pilar más para el desarrollo de la alianza terapéutica y, en última instancia, para el crecimiento del yo observador.

Ahora bien, en cuanto a la disociación y otros mecanismos afines (idealización primitiva identificación proyectiva, negación, omnipotencia) que como bien sabemos, son características de los pacientes fronterizos; a continuación Kernberg presenta ciertos aspectos psicoterapéuticos generales y apropiados para su manejo:

1. Escisión

Se refiere únicamente al proceso de mantener activamente la separación entre las introyecciones y las identificaciones de calidad opuesta: en contraste con el uso más amplio que le dan otros autores. Por lo que el tratamiento no apunta tanto a buscar el material inconsciente reprimido, como a conciliar e integrar lo que en el plano superficial aparece como dos o más estados yoicos independientes desde el punto de vista emocional, pero que se movilizan alternadamente.

2. Idealización primitiva

Ésta se manifiesta en la terapia como una forma de idealización arcaica y extremadamente irreal. Su principal función parece ser proteger al terapeuta de la proyección que el paciente hace en él de sus tendencias transferenciales negativas. Mediante la idealización primitiva el paciente proyecta en el terapeuta una primitiva representación "totalmente buena" de sí mismo y del objeto, en tanto que busca impedir que esta imagen "buena" sea contaminada por sus "malas" representaciones de sí mismo y de los objetos.

La excesiva idealización disminuye la posibilidad de utilizar al terapeuta como una buena introyección superyoica, favoreciendo en cambio la introyección de una imagen demasiado exigente.

Los psicoterapeutas que presentan fuertes rasgos narcisistas en su estructura caracterológica pueden verse llevados con facilidad a un vínculo mágico de mutua admiración con el paciente; sólo después de reiterados desengaños llegan a reconocer la manera en que esta maniobra defensiva obstaculiza el establecimiento de una auténtica alianza terapéutica. El tenaz desmontaje de esta idealización y el sistemático señalamiento de los aspectos irreales de la distorsión transferencial, sin dejar de reconocer los sentimientos positivos que también forman parte de aquella, constituyen una tarea muy ardua, ya que debajo de esa idealización existen con frecuencia temores paranoides y primitivas tendencias agresivas más o menos directas hacia el objeto transferencial.

3. Formas tempranas de proyección y especialmente identificación proyectiva

La identificación proyectiva ocupa un lugar central en las manifestaciones transferenciales de los pacientes de personalidad fronteriza. Tienden a utilizar la situación terapéutica para exoactuar sus necesidades de ejercer un control sádico sobre el objeto transferencial. Algunos terapeutas opinan que es preferible permitir que el paciente comience la terapia sin encontrar oposición a sus demandas, con la esperanza de que después, una vez que la relación terapéutica esté más consolidada, será posible llegar a controlar poco a poco sus exoactuaciones. Cuando el terapeuta cree que cualquier intento de

controlar la exoactuación prematura puede provocar la interrupción del tratamiento, habrá llegado el momento de considerar y discutir con el paciente la necesidad de internación. La internación está indicada, entre otras cosas, para proteger la incipiente relación terapéutica con pacientes cuya exoactuación transferencial regresiva no puede ser manejada sólo con medios psicoterapéuticos y que corren el riesgo de caer en una regresión excesiva cuando se los lleva a reconocer sus maniobras defensivas patológicas.

La identificación proyectiva es la principal responsable del establecimiento de vínculos irreales entre paciente y terapeuta desde el comienzo mismo del tratamiento. Las consecuencias directas del ataque hostil del paciente contra la transferencia, sus tenaces intentos por llevar al terapeuta a una posición ante la cual éste termina por oponer una reacción contraagresiva y sus esfuerzos por controlar sádicamente al terapeuta, pueden ejercer un esfuerzo paralizante sobre el tratamiento; por lo que este tipo de situaciones requieren una firme estructuración dentro del encuadre terapéutico, un bloque sistemático de la actuación transferencial y, la protección del terapeuta contra situaciones crónicas e insolubles.

4. Negación

Puede manifestarse como una simple desestimación de un sector de la experiencia subjetiva del paciente o de un sector de su mundo externo. El paciente fronterizo actúa como si no tuviera conciencia en absoluto de un aspecto apremiante de su realidad. Un ejemplo de esto es el siguiente:

Un paciente que dentro de determinado plazo debía presentar una tesis de la cual dependían su graduación y la posibilidad de conseguir un empleo, simplemente dejó de lado el tema de la tesis en sus sesiones psicoterapéuticas durante las dos semanas que precedieron a la extinción del plazo. Había hablado con su terapeuta acerca de los temores y el encono que le inspiraban los miembros de la comisión encargada de evaluar su trabajo; la negación le servía para protegerlo, en primer lugar, de sus temores paranoides de ser prejuiciosamente reprobado, y también de aquéllos profesores de quienes suponía que deseaban humillarlo en público. El terapeuta le señaló repetidas veces su falta de preocupación por el inminente vencimiento del plazo y el hecho de que no hacía esfuerzo alguno por terminar su trabajo. Al tiempo que interpretaba las significaciones inconscientes de esta actitud, el terapeuta

analizó y le señaló al paciente los muchos medios de los que se valía en la realidad para impedirse a sí mismo terminar su tesis.

La negación puede adoptar formas bastante complejas en la transferencia; una de ellas consiste en negar defensivamente aspectos de la realidad de la situación terapéutica, con el fin de gratificar necesidades transferenciales.

Kernberg (1999) hace caso de la conveniencia de respetar este mecanismo, cuando surge en el contexto de una reacción transferencial positiva, porque es posible que le permita al paciente mantenerse a una distancia óptima del terapeuta.

5. Omnipotencia y desvalorización

Estas dos maniobras defensivas, íntimamente ligadas entre sí, reflejan la identificación del paciente con una representación exageradamente idealizada de sí mismo y del objeto, y con una forma primitiva de ideal del yo, destinada a protegerlo del peligro que supone para él su necesidad de los demás o las vinculaciones con ellos. Por lo general esta autoidealización importa fantasías mágicas de omnipotencia y el convencimiento del paciente de que con el tiempo recibirá toda la gratificación a la que tiene derecho y que habrá de ser indemne a las frustraciones, la enfermedad, la muerte o el paso del tiempo. Como corolario de esta fantasía surge la desvalorización de los demás, con la concomitante creencia del paciente en su superioridad sobre todos ellos, incluyendo al terapeuta. Otras modalidades de la misma maniobra defensiva derivan de la proyección de la omnipotencia en el terapeuta y de la sensación del paciente de estar mágicamente unido al terapeuta omnipotente, o sometido a él.

Aparte de estos mecanismos de defensa que acabamos de ver, propios de los pacientes que nos ocupan; una característica saliente de la organización fronteriza es el excesivo desarrollo de los impulsos pregenitales, en especial la agresión oral, y la peculiar condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales bajo la influencia predominante de las tendencias agresivas. Estas características de la vida instintiva son uno de los factores determinantes del abordaje terapéutico de estos pacientes. Es importante que el terapeuta recuerde que bajo los impulsos destructivos y autodestructivos se oculta la posibilidad de crecimiento y desarrollo y, en especial, que en aquello que

aparenta ser una conducta sexual destructiva y autodestructiva pueden encontrarse los cimientos del ulterior desarrollo de la libido y de reacciones interpersonales más profundas.

Discernir en el contexto de una conducta sexual patológica las tendencias progresivas normales y objetivos pregenitales, es una tarea que resulta más fácil en las palabras que en los hechos y a la que el terapeuta debe prestar constante atención cuando trata pacientes fronterizos.

Pronóstico

Por otra parte, con el propósito de orientar las decisiones acerca de la psicoterapia a largo plazo y la analizabilidad de estos pacientes, es muy importante considerar también, los factores atinentes a las evaluaciones pronósticas, como son: 1) Diagnóstico descriptivo del carácter; 2) grado y características de la labilidad yoica; 3) grado y calidad de la patología superyoica; 4) calidad de las relaciones objetales, y 5) pericia y personalidad del terapeuta.

1) Diagnóstico descriptivo del carácter

Es un factor pronóstico crucial para los pacientes de personalidad fronteriza, sobre todo en lo que se refiere a la patología caracterológica. 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.

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. Sin embargo, no basta diagnosticar que un paciente presenta una "organización de la personalidad de tipo fronterizo", sino que debe incluir siempre la constelación predominante de patología caracterológica, así como los síntomas neuróticos sobresalientes.

Es importante diagnosticar con toda precisión posible el tipo de patología caracterológica que presenta el paciente, porque cuando se diagnostica esta

constelación patológica del carácter, el diagnóstico adquiere una íntima y directa correlación con el pronóstico y el tratamiento.

Por tal motivo, Kernberg (1999) a continuación analiza desde el punto de vista del pronóstico, los diferentes tipos de patología caracterológica observados en pacientes de personalidad fronteriza:

- Los pacientes de *personalidad histérica* que funcionan en un nivel fronterizo tienen en general un buen pronóstico para la psicoterapia analítica. Incluso, algunos de estos pacientes pueden ser tratados mediante psicoanálisis sin modificaciones.
- Las *personalidades infantiles* tienen también un buen pronóstico para la psicoterapia analítica, el psicoanálisis clásico está contraindicado para estos casos.
- Para las *personalidades narcisistas*, el pronóstico depende de que el funcionamiento fronterizo se manifieste o no de manera franca. Si no funcionan en un franco nivel fronterizo deben ser tratados mediante psicoanálisis. 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.

Aunque prácticamente todos los pacientes fronterizos presentan una grave patología del carácter y, por lo tanto, rasgos caracterológicos narcisistas, es importante hacer una cuidadosa diferenciación entre dicha acepción amplia de "narcisismo" y las estructuras patológicas específicas de la personalidad narcisista en su acepción restringida. En general, cuanto más manifiestas son las estructuras narcisistas patológicas de la personalidad narcisista, más desfavorable es el pronóstico.

- Las *personalidades antisociales* tiene un pronóstico muy pobre para toda la gama de tratamientos psicológicos. Pero esto se refiere, a personalidades narcisistas en sentido estricto y no a pacientes que simplemente exhiben actitudes antisociales como tales.
- 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. 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.

- El pronóstico de pacientes *alcohólicos y drogadictos* -que a menudo se asocian con la personalidad fronteriza- depende también del tipo de personalidad subyacente. Cuando la personalidad narcisista subyace a los síntomas mencionados, el pronóstico es desfavorable.
- Para los pacientes con una *estructura prepsicótica* "clásica", como personalidad paranoide, personalidad esquizoide y personalidad hipomaníaca, el pronóstico es variable. 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. Para las *personalidades esquizoides* el pronóstico es más reservado. La tendencia a retraerse y regir la interacción terapéutica en los pacientes con marcadas características esquizoides, tiene efectos tan penetrantes que pone a prueba la habilidad y hasta los deseos de terapeuta de lograr que aquél participe en una relación significativa. Las *personalidades hipomaníacas* tienen un 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.
- El pronóstico para los *caracteres "caóticos" o impulsivos* es más o menos bueno. Pertenecen a este grupo los pacientes con múltiples perversiones sexuales, con promiscuidad heterosexual y/o homosexual y con tendencias sexuales perverso-polimorfas (tan característico de los desórdenes fronterizos en general). 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 y mejor es el pronóstico, aunque sin una estructura narcisista subyacente. Sin embargo, cuando las fantasías y/o actividades perversas traducen una incapacidad más general para formar relaciones objetales estables, el pronóstico es más desfavorable precisamente por ese motivo.
- Los pacientes de *personalidad predominantemente obsesivo-compulsiva* tienen un buen pronóstico aún cuando funcionen en un nivel fronterizo.

- Las *personalidades depresivo-masoquistas* también tienen un pronóstico más o menos bueno, aunque con algunas reservas.

En líneas generales, se podría decir que un buen diagnóstico requiere el análisis metapsicológico del "aquí y ahora".

Ahora bien, en cuanto a las distorsiones del yo y el superyó que se reflejan en los rasgos caracterológicos del individuo; el pronóstico es más desfavorable cuanto mayor es la medida en que un determinado rasgo caracterológico representa primitivas identificaciones patológicas del superyó, cuanto mayor es la tolerancia del yo ante estas primitivas identificaciones y, en especial, cuanto mayor es la autodestructividad expresada por ciertos rasgos del carácter.

Otro importante elemento pronóstico es el grado en que el yo (o mejor dicho el sí-mismo) y el superyó toleran los rasgos caracterológicos contradictorios que reflejan identificaciones proyectivas integradas en la estructura del carácter. La medida en que en el individuo alternan rasgos caracterológicos mutuamente incompatibles indica hasta qué punto el yo está escindido. El predominio de la escisión y de otras primitivas defensas yoicas vinculadas con aquélla, es característico de la personalidad fronteriza.

Otro de los indicadores de un pronóstico negativo para el tratamiento es la medida en que los rasgos patológicos del carácter sirven para poner en acción una ideología autodestructiva o autodestrucción como ideal del yo. Cuanta más significativa es la historia de actitudes que se prestan para ser interpretadas como una búsqueda de autodestrucción social, psicológica o física, más desfavorable es el pronóstico.

Por ejemplo, en ciertos pacientes con tendencia a la automutilación que buscan aliviar tensiones de cualquier origen mediante el dolor (infligiéndose heridas o quemaduras), se puede observar verdadero placer u orgullo por el poder de la autodestrucción.

La necesidad de provocar la propia derrota como el indispensable precio a pagar, vencer a figuras capaces de brindar ayuda e inconscientemente odiadas y envidiadas, es otra de las formas que adoptan las motivaciones

autodestructivas. En este caso la autodestrucción sirve al propósito de "triunfar" sobre el objeto envidiado.

Un nivel aún más regresivo de psicopatología en el cual la reacción terapéutica negativa adquiere gran preeminencia; se trata, por ejemplo, de pacientes de funcionamiento fronterizo o francamente psicótico, con predominio de una fuerte agresión pregenital y un cierto desvanecimiento de los límites entre el sí-mismo y el no sí-mismo que hace que la agresión se exprese indiscriminadamente contra los demás y contra ellos mismos. Otros pacientes de nivel fronterizo y psicótico parecen poner especial énfasis en la necesidad de destruir específicamente los esfuerzos de los demás para ayudarlos, aunque ellos mismos sucumban en el proceso.

El grado en que los rasgos patológicos del carácter, desfavorables desde el punto de vista del pronóstico, se hacen sintónicos con el yo merced a la labor terapéutica, el grado en que el paciente toma conciencia y se preocupa por los factores patológicos que operan en él y el grado en que desarrolla la capacidad de evitar la racionalización de sus tendencias autodestructivas, constituyen variables procesales u operacionales que modificarían el pronóstico general a medida que el tratamiento avanza.

Puesto que la terapia intensiva de pacientes fronterizos, tendiente a producir cambios fundamentales en su personalidad, lleva muchos meses o años, y como cada terapeuta tiene oportunidad de tratar sólo unos pocos de los muchos pacientes que presentan esta psicopatología, es necesario seleccionar cuidadosamente para el tratamiento psicoterapéutico intensivo a aquellos pacientes cuya patología caracterológica hace presumir el pronóstico más favorable.

2) Intensidad y cualidad de la labilidad yoica.

Debido a la importancia que tiene la fortaleza del yo para la determinación del pronóstico, es necesario examinar la significación de cada una de sus manifestaciones de labilidad yoica:

Predominio de primitivas operaciones de defensa del yo. Las defensas yoicas predominantes son de muy alto valor diagnóstico. A los fines del pronóstico, no parece tener importancia el tipo de operaciones que prevalece. Sin embargo,

para la indicación del tratamiento (analizabilidad), es fundamental determinar en qué medida están presentes la represión y otras defensas y rasgos caracterológicos de nivel superior.

Falta de control de los impulsos. Es éste un importante indicador del pronóstico. Una pérdida de control sobre los impulsos restringida a determinadas áreas de la personalidad del paciente, con mantenimiento del control en los restantes sectores de su funcionamiento psicológico, cumple por lo general, fines defensivos que pueden ser diagnosticados y resueltos mediante el uso combinado de la interpretación y la introducción de parámetros técnicos temporarios. Cuando la falta de control sobre los impulsos está generalizada, constituye un importante indicio de la labilidad yoica y genera una propensión a la exoactuación de la transferencia.

La falta de control sobre los impulsos es una señal pronóstica desfavorable que indica que la exoactuación transferencial puede llegar a convertirse en una seria complicación del tratamiento. En función de esta falta de control, será posible determinar en qué medida es necesario recurrir a medidas de control dentro del proceso terapéutico y a procedimientos estructurantes fuera de las sesiones (internación, hospital de día, hogar adoptivo, etc.), con el fin de posibilitar el tratamiento. La falta de control sobre los impulsos tiende a dar al tratamiento el carácter de una terapia de apoyo que impide resolver las defensas patológicas del paciente por medios de orientación analítica. En otras palabras, cuanto más deficiente es el control de los impulsos, en mayor medida el terapeuta se ve obligado a "hacerse cargo" del paciente, con el consecuente deterioro de su neutralidad, cuanto mayor es la pérdida de la neutralidad, más difícil resulta mantener un abordaje analítico. En casos más graves, son muchos los pacientes que requieren internación simultáneamente con la psicoterapia.

Intolerancia a la ansiedad. La intolerancia a la ansiedad puede producir una pérdida de control sobre los impulsos en ciertos momentos del tratamiento en que un incremento de la ansiedad del paciente es inevitable,

Cuando en un paciente fronterizo se asocian una fuerte intolerancia a la ansiedad y una ansiedad que en cuanto a intensidad es comparable con la de la psicosis, la medicación tranquilizante está indicada. En tal caso, es importante observar las siguientes normas: 1) la medicación debe ser administrada en cantidad suficiente para producir un efecto farmacológico y no de placebo; 2)

debe prolongarse durante el tiempo necesario para establecer una nueva "línea de base" para el nivel de ansiedad en el cual el paciente está funcionando. 3) Los significados inconscientes de la ingestión de medicamentos, como parte de la relación terapéutica, deben ser abordados y permanentemente incorporados al proceso psicoterapéutico, porque el uso simbólico que el paciente fronterizo puede darle a la medicación, enmascara sus primitivas defensas, haciendo muy difícil el sistemático examen de éstas en la transferencia.

Insuficiente desarrollo de los canales de sublimación. Los principales indicadores de la capacidad de sublimación, son el goce del trabajo y de la vida y de la posibilidad de alcanzar logros creativos diferenciados de la eficiencia, que refleja las particulares defensas, capacidades y dotes naturales del paciente, más que el desarrollo de la sublimación. Por ejemplo, un médico con personalidad fronteriza que había completado sus estudios universitarios y satisfecho los requisitos profesionales, tenía grandes dificultades en las relaciones interpersonales; utilizaba sus tareas e intereses científicos a modo de escape de las vinculaciones demasiado profundas con los demás; lo usaba también para huir de su propio y confuso mundo interno hacia un "mundo profesional", según él sólido y bueno.

La medida en que un paciente es capaz de dedicarse a determinada actividad o profesión más allá de sus necesidades estrictamente narcisistas, el grado de gratificación que le proporciona dicha actividad y la medida en que se preocupa por los valores intrínsecos de aquélla, dan la pauta de su capacidad de sublimación. Por lo tanto, es necesario hacer una cuidadosa evaluación de la calidad general de las actividades del paciente y de la función que cumple para él su dedicación a dichas actividades.

Esta capacidad tiene una enorme importancia práctica en lo que atañe al pronóstico. La capacidad de establecer una relación objetal total y de integrar el amor y el odio en las relaciones con los demás y con uno mismo, es un requisito indispensable para el pleno desarrollo de la sublimación. Desde el punto de vista del pronóstico, la confianza que deposita el paciente fronterizo en algún aspecto bueno y valioso de sus relaciones con los demás es un indicador positivo de gran importancia.

Tendencia al pensamiento del proceso primario. Por lo general, el examen clínico del estado mental de los pacientes de personalidad fronteriza no ofrece

evidencias de un desorden formal de sus procesos de pensamiento; sin embargo, en los tests proyectivos y sobre todo en respuesta a estímulos no estructurados, el pensamiento del proceso primario se pone de manifiesto en la aparición de fantasías primitivas, en una marcada disminución de la capacidad de adaptarse a los datos formales del test y, sobre todo, en el uso de peculiares verbalizaciones. Las manifestaciones iniciales del pensamiento del proceso primario tienen importancia desde los puntos de vista diagnóstico y terapéutico; la propensión del paciente al uso de dicho pensamiento es uno de los factores a tener en cuenta al evaluar sus posibilidades de beneficiarse con un tratamiento psicoanalítico sin modificaciones.

Debilitamiento de la prueba de realidad. Es una función yoica que está presente en los pacientes de personalidad fronteriza. Sin embargo pueden perderla transitoriamente cuando se encuentran bajo los efectos de una fuerte perturbación emocional, el alcohol o las drogas, o en el contexto de una psicosis transferencial. Cuando un paciente presenta un comportamiento extraño, o juicios extraños acerca de su vida intrapsíquica o de la realidad externa, o una reacción emocional extraña, el terapeuta debe señalarle la anormalidad que percibe en él. Si el paciente reconoce espontáneamente que su comportamiento, sus juicios o sus sentimientos son anormales, o si después de un sistemático señalamiento llega a la misma conclusión, la prueba de realidad sigue estando presente.

Un paciente fronterizo que sufre una regresión en el tratamiento y desarrolla una psicosis transferencial, por lo general reacciona favorablemente ante una modificación, permanente o temporaria, de la técnica terapéutica. La frecuente pérdida de la realidad, aunque sea temporaria y fácilmente reversible merced a la introducción de medidas estructurantes en el tratamiento, es uno de los elementos que sugiere la inconveniencia de un psicoanálisis clásico, por lo menos desde el comienzo.

Podemos decir que ciertos factores que ponen de relieve la fortaleza o la debilidad del yo tienen una importancia decisiva en cuanto al pronóstico, en especial las manifestaciones inespecíficas de fortaleza yoica: el control sobre los impulsos, la tolerancia a la ansiedad y la capacidad de sublimación. Otros factores tales como la prueba de realidad, la propensión al uso del pensamiento del proceso primario y el tipo de las operaciones defensivas predominantes

tienen importancia para el diagnóstico, pero no para el pronóstico de los pacientes de personalidad fronteriza.

3) Intensidad y cualidad de la patología superyoica

La intensidad y la cualidad de esta patología es un indicador pronóstico fundamental en los pacientes de personalidad fronteriza. En los pacientes fronterizos, el nivel de integración de las funciones superyoicas suele ser superior al que sugiere el nivel de organización de su personalidad.

Cuanto mayor es la capacidad del paciente fronterizo de reconocer valores que trascienden su propia satisfacción, mayor es el grado de abstracción y despersonificación que es dable presumir en su estructura superyoica y mejor es el pronóstico. En los pacientes fronterizos suelen manifestarse con relativa frecuencia ciertas actitudes antisociales en su acepción más amplia. En su acepción estricta tienen el peor pronóstico para cualquier tipo de tratamiento psicológico. Lo importante no es el comportamiento antisocial en sí, sino sus significaciones superyoicas, dicha conducta debe ser analizada en función de la patología caracterológica y la estructura superyoica subyacentes.

La carencia de sistemas de valores internalizados y la incapacidad de reconocer dichos sistemas de valores en los demás y las repercusiones que aquéllos tienen en los vínculos interpersonales ponen de manifiesto la ausencia de estructuras y funciones superyoicas avanzadas, indicando un pronóstico muy desfavorable.

Lo que está esencialmente ausente en los pacientes que padecen una grave patología superyoica es la preocupación por ellos mismos, por sus relaciones con otras personas y por lo que están haciendo a los demás en lo que atañe a valores morales. La capacidad de sentir culpa y depresión está íntimamente conectada con la capacidad de sentir preocupación. Por lo tanto, la evaluación de la capacidad de depresión y culpa es un factor pronóstico esencial para el tratamiento de pacientes fronterizos en general y pacientes de personalidad narcisista.

Una modalidad llamativa de la patología superyoica es la que se manifiesta en pacientes que han asumido un fuerte compromiso con determinado sistema ético, en tanto que su conducta está en franca contradicción con dicho

compromiso. Como por ejemplo, un cirujano plástico que padecía de alcoholismo crónico, operaba estando ebrio y su única preocupación era que sus ayudantes no notaran su estado.

Otra de las modalidades de la patología superyoica que también tiene un valor pronóstico muy desfavorable, se manifiesta en una crónica tendencia a mentir al terapeuta y una total falta de preocupación por dicha actitud por parte del paciente. Cuando el terapeuta lo nota, su tarea prioritaria consiste en el señalamiento de esta actitud, que debe ser después analizada en profundidad y sistemáticamente elaborada hasta llegar a su resolución. No es posible explorar cabalmente —ya no hablamos de resolver— las resistencias inconscientes mientras no se han disipado las resistencias conscientes.

Algunos pacientes fronterizos con un superyó rígido, que son bastante paranoides e hipersensibles ante las reacciones de los demás, muestran una total falta de sensibilidad y autocrítica en circunstancias en que normalmente su funcionamiento debería provocarles incertidumbre, como por ejemplo, cuando se les señala en tono amistoso una falla en sus tareas. Estos pacientes exhiben una reacción superyoica de "todo o nada" en lugar de la normal respuesta flexible. Se requiere un cierto grado de estabilidad en el concepto de sí mismo para que se desarrollen los niveles superiores del funcionamiento superyoico.

A su vez, un superyó integrado y relativamente autónomo facilita el desarrollo de una identidad yoica estable.

4) Cualidad de las relaciones objetales

Los vínculos objetales internalizados del pasado del paciente; ejercen efectos fundamentales sobre el desarrollo de todas las estructuras psíquicas. En los pacientes fronterizos, la grave patología de sus relaciones objetales internalizadas se pone de manifiesto en la generalizada escisión de imágenes internalizadas de sí mismo y de los objetos en "buenas y malas".

No obstante, esto, el tipo y la intensidad de las interacciones de los pacientes fronterizos y del compromiso que asumen con los demás varían considerablemente de un caso a otro. La estabilidad de las relaciones, a pesar de lo neuróticas que pueden ser, es un factor pronóstico positivo en lo que

respecta a la capacidad de compromiso. La capacidad de individualización, en tal sentido de una real discriminación entre diferentes personas con quienes puede manifestarse el mismo tipo de conflictos neuróticos, sugiere también un pronóstico favorable para la capacidad de establecer relaciones objetales. Los pacientes fronterizos que son capaces de reconocer lo que hay de "diferente" en el terapeuta, en comparación con sus restantes objetos transferenciales, están demostrando su capacidad de entablar relaciones individualizadas.

El déficit de la constancia objetal o de la capacidad de formar relaciones objetales "totales", típico de estos pacientes, se pone de manifiesto en su intolerancia a las reacciones ambivalentes hacia los objetos. El pronóstico es mejor para los casos en que hay una dependencia patológica y conflictiva respecto de una misma persona durante un período prolongado, que para los casos en que el paciente se retrae por completo de todos los que lo rodean.

Sin embargo; la identificación con una primitiva figura superyoica, suele manifestarse como una crónica sumisión a una persona muy hostil y dañina. El sometimiento a una persona verdaderamente destructiva debe ser evaluado tomando en cuenta la capacidad de establecer relaciones objetales duraderas y la capacidad de escapar de esa intensa autoagresividad.

En síntesis, el análisis del comportamiento actual y de las relaciones internas con objetos significativos ofrece datos pronósticos importantes para los pacientes fronterizos. Cuanto más estables, diferenciadas y emocionalmente profundas son las relaciones internas del paciente con sus objetos significativos, mejor pronóstico tiene el tratamiento.

Además, el vínculo establecido con el terapeuta revela también la cualidad del superyó del paciente, que se manifiesta en su capacidad de reconocer a aquél y preocuparse por él como persona, y en la medida en que logra liberarse del crónico sometimiento a las demandas internas de un superyó primitivo y sádico.

5) Pericia y personalidad del terapeuta

La habilidad del terapeuta, que incluye su capacidad de integrar creativamente en la técnica los rasgos de personalidad y sus reacciones contratransferenciales, es el factor más importante del resultado que se

obtenga en el tratamiento de pacientes de bajo nivel de funcionamiento psíquico, es decir con un yo lábil.

Los terapeutas menos expertos están en condiciones de llevar a cabo aquellos tratamientos cuyo resultado no dependa de manera tan directa de su personalidad y su habilidad.

Los pacientes con un yo débil requieren un terapeuta altamente capacitado, tanto para un tratamiento de apoyo como para una terapia expresiva. En la cual, el acento está puesto en la elaboración de las manifestaciones transferenciales en la relación terapéutica.

La tarea de crear el monto de estructuración estrictamente necesario —y no más— en las sesiones y/o en la vida del paciente fuera del tratamiento, conservando al mismo tiempo ante él una posición de neutralidad, requiere gran habilidad y experiencia.

Las características que son de desear en la personalidad de un terapeuta que ha de tratar casos fronterizos. En primer lugar, debe ser capaz de establecer una auténtica relación objetal. La terapia de estos pacientes requiere gran seguridad en el analista. Otro factor importante es la actitud que adopta el analista ante la inevitable exoactuación del paciente; si no se preocupa al respecto, la exoactuación empeorará; si se preocupa demasiado, la estará estimulando. Es fundamental que el analista tenga un claro sentido de los valores morales; a la inversa, una actitud moralista también es perjudicial.

Desde el punto de vista clínico, la personalidad del psicoterapeuta o del analista es una variable pronóstica de importancia crucial en el tratamiento de pacientes fronterizos.

Ya una vez considerados los factores atinentes del pronóstico, la organización fronteriza de la personalidad es un diagnóstico global que comprende diversos tipos de patología caracterológica de funcionamiento fronterizo. Por lo tanto, es importante diagnosticar con la mayor precisión posible las constelaciones caracterológicas predominantes, ya que éstas son factores que repercuten tanto en el pronóstico como en el tratamiento. Por lo que a continuación se incluyen algunas consideraciones técnicas a introducir en los periodos iniciales del tratamiento, según los diferentes tipos de constelaciones caracterológicas.

Organización general del tratamiento

En la mayoría de los pacientes fronterizos para quienes resulta indicada la psicoterapia psicoanalítica modificada, los siguientes puntos han demostrado ser útiles.

Un mínimo de dos sesiones semanales, de preferencia tres por semana. La ventaja de comenzar así, con menos de cuatro o cinco sesiones semanales es que el terapeuta puede observar mejor cómo maneja el paciente la labor realizada durante las sesiones en los intervalos entre una y otra sesión. Es de gran importancia, para evaluar el desarrollo del yo de observación y de la alianza terapéutica, así como los aspectos más sutiles de la reacción terapéutica negativa.

La interpretación sistemática de las primitivas defensas características de los desórdenes fronterizos, el control de las actuaciones durante las sesiones y el firme mantenimiento de una posición técnicamente neutral protegen al paciente de la excesiva regresión.

Cuando el tratamiento comienza después de un episodio psicótico reciente o aún activo suele estar indicado un período de internación que oscila desde unos pocos días a algunas semanas, con un programa de tratamiento hospitalario bien estructurado, y clarificación de la realidad inmediata, en un entorno que a la vez de ofrecer comprensión y esclarecimiento sirve a la fijación de límites. Las amenazas o los intentos de suicidio, una situación social deteriorante o las actuaciones graves que importan actos delictivos son típicos ejemplos de circunstancias que ponen en peligro la vida del paciente o la continuación del tratamiento; también suele ser necesario un período breve de internación.

En ocasiones el psicoterapeuta debe especificar ciertas condiciones que el paciente tiene que cumplir para poder recibir psicoterapia analítica como paciente externo. Dichos parámetros deben ser introducidos sólo en la medida mínima indispensable y el terapeuta debe tener presente la necesidad de interpretarlos eventualmente y de interpretar también el impacto que producen sobre la situación transferencial.

Cuando la historia del paciente consigna frecuentes intentos de suicidio. El paciente debe ser capaz de asumir el pleno control de toda expresión activa de sus tendencias suicidas o debe mostrarse dispuesto a solicitar protección externa (mediante hospitalización total o parcial) cuando se siente incapaz de controlar los impulsos suicidas. Varias internaciones breves convenidas por el propio paciente, por su familia o por un trabajador social puede proporcionar la estructuración externa necesaria para conservar la situación terapéutica.

Una situación similar se produce cuando el paciente es propenso a recurrir a las drogas o la automedicación. En general, toda medicación que afecte el sistema nervioso central está contraindicada para pacientes fronterizos en psicoterapia analítica intensiva, y es el paciente mismo quien debe asumir la responsabilidad de no influir su nivel de ansiedad o depresión y su perspicacia y capacidad de respuesta con la ingestión incontrolada de drogas. Cuando no están en condiciones de controlar sus síntomas por sí mismos, es conveniente que el tratamiento psicoterapéutico comience con un período prolongado de internación. La conducta antisocial, en especial cuando conduce a actos delictivos, es otra situación que necesita ser controlada al inicio del tratamiento.

También, la enfermedad física que requiere del individuo una participación constante y responsable en el esfuerzo por mantenerlo sano o vivo, representa una difícil complicación del tratamiento de pacientes fronterizos. En general, en los pacientes que tienen el poder de causar su propia muerte simplemente interrumpiendo la medicación de la cual depende su vida, los primitivos mecanismos de omnipotencia y los tipos más severos de reacción terapéutica negativa se encuentran fuertemente reforzados. En todos estos casos es necesario decidir cuanto antes si el paciente puede comprometerse a asumir la plena responsabilidad por sí mismo o si se requiere alguna estructuración o control externo para conservar la neutralidad del encuadre terapéutico.

Por el contrario, existen muchos otros síntomas potencialmente autodestructivos que no necesitan ser considerados de manera inmediata, en la medida en que no representan una amenaza para la vida del paciente o para el tratamiento. Por ejemplo, es importante diferenciar los problemas leves de anorexia, de la anorexia nerviosa; la promiscuidad sexual que puede derivar en esfuerzos inconscientes por llegar al embarazo o producir otras complicaciones sociales que sí pone en peligro la continuación del tratamiento.

En ocasiones la estructuración constituye una medida preventiva ante algo que, de otra manera, puede convertirse después en una exoactuación incontrolable; en tal caso la fijación anticipada de límites, para situaciones que pueden aparecer en el futuro, representa un parámetro técnico que debe ser formulado en un principio, antes de que surjan distorsiones transferenciales más intensas que hagan más difícil esa prohibición. El psicoterapeuta debe manifestar con claridad que espera que el paciente se exprese verbalmente sin recurrir a la acción; así está instituyendo un parámetro técnico que eventualmente tendrá que ser resuelto mediante la interpretación.

Encuadre terapéutico básico

La principal ventaja de conservar el encuadre analítico o convencional es que se obtienen así las condiciones más favorables para mantener la neutralidad y para salvaguardar el anonimato del analista. Este encuadre protege también al analista de la exoactuación de su contratransferencia, riesgo considerable en la psicoterapia psicoanalítica de pacientes muy regresivos.

Cuanto más regresivo es el paciente y cuanto más marcado es el predominio de las primitivas defensas caracterológicas, más prevalecen los aspectos no verbales de su comportamiento, cuya observación resulta más fácil para el analista en un encuadre cara a cara. A medida que se avanza desde el nivel neurótico hacia el nivel fronterizo de la patología caracterológica, mayor es la participación de los aspectos no verbales en el material total, y las entrevistas cara a cara permiten una observación más completa de dichos aspectos en el contexto del análisis global de las interacciones entre paciente y terapeuta.

En las sesiones cara a cara se debilita la protección que el hecho de sentarse detrás del diván ofrece tanto al paciente como al terapeuta contra el excesivo impacto del material transferencial y contratransferencial y es más factible que el paciente llegue a percibir aspectos reales del terapeuta. Sin embargo, la posibilidad de que el paciente tenga una percepción más real del terapeuta ofrece también ciertas ventajas, ya que combinada con la técnica de éste último puede facilitar la gradual diferenciación en la transferencia entre el sí-mismo y el objeto.

Las indicaciones iniciales al paciente se limitan a estimularlo a hablar con la mayor libertad posible sobre lo que ocurre en su mente durante las sesiones y sobre los aspectos de su vida cotidiana que lo preocupan. Más que insistir en la asociación libre en su sentido estricto, se trata de alentar la comunicación total y franca de lo que el paciente considera importante, para poder ayudarlo a explorar aquellos aspectos suyos acerca de los cuales su propia comprensión resulta insuficiente. Después de las explicaciones y esclarecimientos iniciales, lo siguiente es ocuparse de las resistencias que surgen, utilizando los medios interpretativos convencionales.

De entre los contradictorios fragmentos de comunicación verbal, de los confusos pensamientos, sentimientos y expresiones del paciente, el psicoterapeuta necesita evaluar en cada momento aquello que es de mayor repercusión emocional y la manera en que puede ser entendido en el contexto de la totalidad de las comunicaciones del paciente. Este material y su integración en el marco de la situación emocional total del paciente en cada momento son el motivo central de las interpretaciones del terapeuta.

La psicoterapia es una labor a ser encarada de manera conjunta por paciente y terapeuta, y por frustrante que esto pueda ser para las expectativas transferenciales infantiles de los pacientes fronterizos, con el tiempo promueve el crecimiento del yo al contribuir al desarrollo de la capacidad yoica de observación y de la alianza terapéutica.

El sistemático esclarecimiento que el terapeuta hace al paciente de lo que percibe en él, en especial las más importantes y desorientadoras confusiones y contradicciones y el hecho de que lo aliente a indagar el significado de esas confusiones y contradicciones, pueden intensificar su ansiedad. El esclarecimiento de las percepciones del paciente durante las sesiones importa sobre todo la interpretación de la posible distorsión del significado de los comentarios del terapeuta.

Es importante que el terapeuta interprete de manera sistemática los intentos del paciente de utilizar sus comentarios como una gratificación transferencial directa y no como hipótesis aptas para seguir indagando lo que ocurre en él. La interpretación de cualquier conflicto o suceso transferencial debe ir acompañada de la interpretación de las actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia los comentarios del terapeuta. Si bien esta constante

clarificación con frecuencia acentúa la ansiedad del paciente, también le demuestra que el terapeuta tiene como principal función activar su yo observador y que confía en que posee por lo menos un cierto grado de capacidad para llegar a comprenderse a sí mismo y a sus interacciones y para aprender a modificar sus sentimientos, su pensamiento y su conducta valiéndose de esa autocomprensión. Hace además que éste se sienta más libre para hablar e indagar nuevos aspectos angustiantes para él.

Uno de los principales efectos de este abordaje técnico es la gradual integración de aspectos recíprocamente disociados o fragmentarios de los conflictos del paciente, hasta formar unidades significativas de primitivas relaciones objetales internalizadas. Estas unidades se activan en la transferencia, y, su interpretación e integración con otras unidades afines o contradictorias marcan el comienzo de los procesos de elaboración de la transferencia y de resolución de la primitiva constelación de maniobras defensivas típicas de los desórdenes fronterizos.

Una vez que el terapeuta ha llegado a reconocer la constelación transferencial predominante en función de una situación inmediata y emocionalmente significativa desarrollada en la sesión, está en condiciones de esclarecer e interpretar la imagen de sí mismo del paciente, la imagen objetal y el afecto que intervienen en dicha situación, cumpliendo así un paso más en el diagnóstico de las unidades significativas de relaciones objetales internalizadas. La integración entre sí mismo y objetos y por ende de todo el mundo de relaciones objetales internalizadas, es una meta estratégica central en el tratamiento de pacientes de personalidad fronteriza.

Otro de los aspectos del tratamiento es la integración de los afectos con sus correspondientes relaciones humanas, fantaseadas o reales, en las que interviene el paciente y un objeto significativo. Las disposiciones afectivas del paciente reflejan la carga libidinal o agresiva de determinada relación objetal internalizada; en consecuencia, la integración de esas relaciones hasta entonces escindidas o fragmentarias tiene como corolario la integración de estados afectivos escindidos y fragmentarios.

En etapas tempranas del tratamiento de estos pacientes fronterizos, la transferencia se transforma inmediatamente en una de las principales resistencias y por lo tanto necesita ser interpretada, en especial en lo que

atañe a la transferencia negativa manifiesta y latente que puede bloquear el establecimiento mismo de la alianza terapéutica. Por lo que la alianza terapéutica puede llegar a consolidarse cuando se sacan a la luz los aspectos transferenciales negativos en el "aquí y ahora" únicamente. Este abordaje restringido de la transferencia estimula el yo observador del paciente y al mismo tiempo el desarrollo de la alianza terapéutica. Aunque el terapeuta debe ser muy activo al trabajar con el material transferencial en las primeras etapas del tratamiento, esta actividad no significa abandono de la posición de neutralidad y requiere un análisis constante de los diversos efectos que sus intervenciones tienen sobre el paciente. Además, este abordaje requiere permanente colaboración por parte del paciente en el trabajo psicoterapéutico e interpretación de las repercusiones transferenciales de su renuencia a prestar esa colaboración.

Problemas especiales de las primeras etapas del tratamiento

1. Retención consciente del material

Cuando el paciente retiene conscientemente información, o cuando miente, la primera prioridad del terapeuta debe ser interpretar y reducir la supresión de información por medios interpretativos. Cuando en el paciente que habitualmente miente se observan también exoactuaciones que representan un peligro para su vida o para el tratamiento, es preferible una internación prolongada. El abordaje interpretativo de las funciones transferenciales de la mentira debe incluir, el análisis de la proyección que hace el paciente de su propia deshonestidad en el terapeuta y de las repercusiones transferenciales de esta proyección en el "aquí y ahora".

La interpretación de las mentiras del paciente debe comprender también la indagación de sus posibles consecuencias para el futuro inmediato y mediato de la relación terapéutica. La mentira significa que el terapeuta es incompetente, tonto o deshonesto, desde el momento que se presta a esa parodia de tratamiento. De la exitosa indagación de las repercusiones mediatas e inmediatas de la mentira puede depender que un tratamiento destinado al fracaso se transforme en una relación terapéutica significativa.

2. Permanente desvalorización de toda la ayuda humana recibida

En ciertos pacientes, la inmediata desvalorización de toda la ayuda recibida surge por ejemplo, de una inconsciente y profunda desconfianza en las fuentes de ayuda; trayendo como consecuencia la sensación de insatisfacción, frustración y vacío. La desvalorización, mecanismo de defensa predominante en las personalidades narcisistas, por lo general coexiste con la omnipotencia y suele intervenir en el grave tipo de reacción terapéutica negativa.

Sin embargo; en los pacientes narcisistas que funcionan en un nivel francamente fronterizo pueden responder bien a la psicoterapia psicoanalítica modificada, sugerida para los pacientes fronterizos en general, si sus mecanismos de omnipotencia y desvalorización y la concomitante falta de consolidación de la experiencia terapéutica pueden ser elaborados dentro de un plazo razonable. Aunque, se puede intentar primero una psicoterapia expresiva con todos los pacientes narcisistas de funcionamiento francamente fronterizo.

Por otro lado, es necesario tomar en cuenta que la tendencia a perder tiempo en prolongados silencios iniciales, los esfuerzos conscientes e inconscientes para que el terapeuta asuma la responsabilidad de usar bien la sesión, los crónicos intentos de hacerlo hablar y la pasividad general, pueden estar indicando una activa desvalorización del proceso terapéutico por parte del paciente.

3. Crónica sensación de "sin sentido" en la interacción terapéutica

Están incluidas una variedad de situaciones emergentes de causas diversas y que se traducen en la interacción terapéutica como una sensación generalizada de vacío, falta de significado o confusión crónica. Una de las categorías de pacientes que presentan este problema son las denominadas personalidades inadaptadas, que se caracterizan por su funcionamiento fronterizo y serias dificultades para vincularse con los demás por medio del lenguaje verbal simbólico; estos pacientes requieren psicoterapia de apoyo, a veces durante toda su vida aunque disminuyendo gradualmente la frecuencia de las sesiones. En la mayoría de las personalidades fronterizas se presentan periodos, por lo general más breves, de carencia de significado emocional, que hacen necesario el enfoque técnico que apunta a resolver la escisión y la fragmentación del

pensamiento, la conducta y los afectos, hasta formar unidades integradas de interacción humana con el terapeuta.

4. Control y retención paranoides de material

Cuando en las primeras sesiones del tratamiento se observan ideas paranoides manifiestas, es importante que el terapeuta evalúe cuidadosamente si el paciente es en realidad una personalidad fronteriza o si sufre una psicosis paranoide. En este último caso el paciente puede ser propenso a caer en exoactuaciones de naturaleza muy agresiva cuando se manifiesta su psicosis transferencial, es esencial efectuar lo antes posible un cuidadoso diagnóstico diferencial. Cuando no es posible establecer un diagnóstico preciso en el curso de las primeras sesiones, suele ser preferible comenzar la psicoterapia junto con un periodo breve de internación, con el fin de facilitar la ulterior evaluación del paciente. Es fundamental que el terapeuta no permita que el paciente ejerza un control patológico sobre el tratamiento.

5. Graves exoactuaciones iniciales

El terapeuta debe tomar en cuenta aun las más leves insinuaciones detectadas durante la hora de todo serio desequilibrio emocional que el paciente pueda sufrir fuera de la situación terapéutica, indagar a fondo con él lo que a primera vista puede impresionar como dificultades más o menos triviales de su vida cotidiana. Una clave importante acerca de la situación del paciente fuera del tratamiento suele encontrarse en ciertas defensas caracterológicas que se manifiestan reiteradamente en los primeros momentos de cada sesión y que resultan imposibles de modificar a pesar de los sistemáticos intentos de interpretación.

Al terapeuta puede resultarle más fácil diagnosticar las sutiles defensas caracterológicas al comienzo del tratamiento antes de llegar a habituarse a ellas hasta tal punto que le pasen inadvertidas. El sistemático análisis de todas sus interacciones externas puede contribuir a predecir o impedir futuras exoactuaciones incontrolables y de efectos muy desorganizantes.

6. Utilización distorsionada de información previa respecto del tratamiento y del "lenguaje psicoterapéutico".

Muchas veces los terapeutas ven pacientes que ya han sido tratados antes. En tales casos, la cuidadosa indagación de las experiencias previas con otros terapeutas es siempre útil para impedir que se repita la situación que hizo interrumpir aquellas experiencias. Sin embargo, muchas veces los pacientes fronterizos no conocen la verdadera naturaleza de sus afectos y tienden a rotularlos con la terminología que han oído utilizar a sus anteriores terapeutas. En tales circunstancias es muy importante establecer la autenticidad de lo que el paciente siente y de la manera en que lo expresa.

7. Calidad predominante de las reacciones ante la separación

Las reacciones del paciente frente a la separación del terapeuta, como son las separaciones ocasionadas por fines de semana, feriados, enfermedades, vacaciones, etcétera, son factores de gran importancia para el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. En algunos pacientes narcisistas de funcionamiento fronterizo se suele observar un particular tipo de rabia intensa y desvalorizante, cuya significación inmediata es muy desfavorable, pero que al cabo de un período de elaboración puede indicar una incipiente capacidad de establecer una profunda relación emocional con el terapeuta.

La interpretación de los significados inconscientes de la angustia de separación es parte importante del tratamiento desde sus primeras etapas.

La tolerancia a las reacciones normales de duelo frente a las separaciones del terapeuta es característica de las etapas más avanzadas del tratamiento de pacientes fronterizos y, en general, de pacientes con una patología caracterológica más benigna. Es esencial analizar detenidamente las reacciones de cada paciente ante la separación, debido al riesgo de una prematura interrupción del tratamiento y a la importante información que acerca de la transferencia y de la calidad general de las relaciones objetales pueden ofrecer dichas reacciones.

8. La relación del psicoterapeuta con el equipo hospitalario

En el caso de pacientes fronterizos cuyo tratamiento se combina con internación, es importante que el psicoterapeuta se mantenga en estrecho contacto con el coordinador del equipo hospitalario. Es útil que el psicoterapeuta reciba regularmente información completa acerca de las

interacciones del paciente en el hospital, poniendo en conocimiento de este último dicho suministro de datos; que deberá mantener el carácter confidencial de la información, excepto cuando el paciente haya dado su expresa autorización para que el terapeuta comparta determinados aspectos con el equipo hospitalario. No se consideran confidenciales aquellas circunstancias que importan una amenaza para su vida o la de otras personas.

El objetivo general de esa fase inicial del tratamiento es crear las condiciones que permitan desarrollar una relación psicoterapéutica prolongada en circunstancias favorables, entre las cuales se incluyen medidas tendientes a proteger al paciente de los efectos potencialmente destructivos y autodestructivos de su enfermedad, a salvaguardar la neutralidad del terapeuta y a evitar el riesgo de que la estrategia psicoterapéutica asuma las características de una terapia de apoyo, apartándose así del trabajo interpretativo requerido por estos pacientes. El psicoterapeuta debe tratar de integrar la interpretación del comportamiento del paciente, su experiencia subjetiva y las repercusiones transferenciales de sus dificultades actuales, a la luz de una auténtica experiencia humana entre ambos, cada vez más amplia y profunda.

El modelo de tratamiento presentado es un abordaje de la psicoterapia de los pacientes limítrofes basado en los conceptos de relaciones de objeto, desde una perspectiva de la psicología del yo.

Uno de los estudios más formales que se encontraron que apoyan este abordaje fue el de un ensayo aleatorizado y controlado que evaluó la eficacia de un tratamiento de hospitalización parcial de inspiración psicoanalítica, en el que la terapia dinámica era la modalidad principal (Bateman A. Fonagy, 1999). En este estudio, 44 pacientes fueron asignados al azar a un programa de hospitalización parcial o a la atención psiquiátrica general. El tratamiento en el programa de hospitalización parcial consistió en psicoterapia psicoanalítica individual semanal, psicoterapia psicoanalítica grupal tres veces por semana, terapia expresiva tipo psicodrama semanal, reuniones comunitarias semanales, reuniones mensuales con un coordinador de casos y revisión mensual de la medicación realizada por un residente. La estancia media en el programa fue de 1.5 años, los pacientes que completaron dicho programa, mostraron una mejoría significativa: la automutilación se redujo, la proporción de pacientes que intentaron el suicidio disminuyó del 95% antes del tratamiento al 5% después

de éste, y los pacientes mejoraron en términos de ansiedad estado y rasgo, depresión, síntomas globales, ajuste social y problemas interpersonales.

Perspectiva cognitivo conductual

Aunque el movimiento conductual o cognitivo-conductual olvidó durante mucho tiempo esta área clínica, últimamente parece haber un renovado interés en la investigación, evaluación y tratamiento de los trastornos de la personalidad.

La terapia para los trastornos de personalidad actúa de la forma típica en que lo hace la terapia cognitiva. Se identifican los esquemas y se afrontan dentro de una relación de colaboración. El terapeuta se familiariza completamente con la vida total del paciente y asume el papel de tutor, educándole en las relaciones interpersonales y otros asuntos.

La terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad emplea la representación de papeles, la imaginación y el revivir las experiencias infantiles, con el fin de desarrollar una visión más positiva de uno mismo y de los padres. El tratamiento de los trastornos de personalidad lleva mucho más tiempo que el tratamiento relativamente breve de la depresión y la ansiedad.

Aunque los pacientes con TLP presentan una notable inestabilidad en muchos aspectos de su funcionamiento, una intervención cognitiva intensa y dirigida puede reducir su inestabilidad, modificar su desconfianza interpersonal y alterar los esquemas nucleares subyacentes, entre los que se incluyen aspectos relacionados con los traumas que tan frecuentemente han padecido. Es decir, que aquí la terapia ya no será tan breve, como es típico de las terapias conductuales, pues sus objetivos ya no serán únicamente síntomas observables, sino estructuras más enraizadas del individuo.

Por lo que se han desarrollado diferentes intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento del TLP. Algunas de ellas según Caballo, V (1998) son:

- 1. La terapia cognitiva de Beck*

El individuo TLP mantiene tres suposiciones básicas: "el mundo es peligroso y malévolo", "soy débil y vulnerable" y "soy inaceptable en esencia". Beck y Freeman (1995) plantean un plan de tratamiento que favorezca una alianza terapéutica, minimice la falta de adhesión al tratamiento, disminuya el pensamiento dicotómico, aborde las suposiciones básicas, aumente el control sobre las emociones, mejore el control de los impulsos y fortalezca la identidad del paciente. También incluyen la conducta interpersonal, la emoción y las visiones de uno mismo y de los demás, junto con las cogniciones, las creencias y los esquemas, conceptos que son típicos de los primeros trabajos de Beck y sus colaboradores. El enfoque de Beck para el tratamiento de los trastornos de personalidad en general, es multidimensional, pero con la atención puesta principalmente en la cognición.

2. La terapia cognitiva centrada en los esquemas de Young

Young (1994) propuso la "terapia cognitiva centrada en los esquemas" como estrategia de tratamiento de los trastornos de personalidad en general, los esquemas tempranos desadaptativos que caracterizan al TLP en la infancia son el temor al abandono y a la pérdida, la falta de amor, la dependencia, el no llegar a sentirse como sujeto individual, la desconfianza, la escasa autodisciplina, el temor a perder el control emocional, la culpa excesiva y la privación emocional. Y estos esquemas, son los que hay que identificar y cambiar.

Esta terapia es una adaptación de la terapia cognitiva de Beck y plantea cuatro conceptos básicos:

1. *Esquemas Tempranos Desadaptativos.*- La mayoría son creencias incondicionales sobre uno mismo en relación con el entorno. Se autoperpetúan y, por consiguiente, son muy resistentes al cambio, debido a que estos esquemas se desarrollan temprano en la infancia. Son disfuncionales de alguna forma recurrente y significativa. Se activan normalmente por acontecimientos del entorno, y están asociados a elevados niveles de afecto. Estos esquemas son el resultado de experiencias disfuncionales con los padres, hermanos e iguales durante los primeros años de vida de un individuo.
2. *El mantenimiento de los esquemas.*- Se refiere a los procesos por los que se refuerza a los esquemas tempranos desadaptativos. Incluyen la

utilización habitual de distorsiones cognitivas y de conductas autoderrotistas.

3. *La evitación de esquemas.*- Es característica de los trastornos de personalidad. El paciente con un trastorno de personalidad suele experimentar un elevado nivel de afecto, como tristeza, ansiedad o ira intensas.
4. *Compensación de los esquemas.*- Se refiere a los procesos que compensan en exceso los esquemas tempranos desadaptativos. No prepara al paciente para el fuerte dolor emocional que se produce si la compensación del esquema fracasa y el esquema emerge. Puede que las conductas reguladas por el esquema que compensan en exceso infrinjan injustamente los derechos de los demás y produzcan consecuencias negativas en la vida real.

En la aplicación de la terapia cognitiva centrada en los esquemas hay dos partes básicas, como son la conceptualización del caso y el cambio de los esquemas. Young propone ocho pasos para la identificación de los esquemas:

1. *Conceptualización del caso:*
 - 1.1. Identificar problemas y síntomas en la sesión inicial. Conseguir una anamnesis concreta.
 - 1.2. Pasar el Inventario Multimodal de la Historia de Vida, de Lazarus (1971), y el Cuestionario de Esquemas, de Young (1994)
 - 1.3. Educar al paciente sobre los esquemas y hablar sobre el Cuestionario de Esquemas.
 - 1.4. Desencadenar esquemas en la sesión y fuera de ella por medio: la imaginación, hablar sobre acontecimientos perturbadores del pasado y del presente, examinar la relación terapéutica, recomendar libros y películas relevantes, repasar los sueños y asignar tareas para casa.
 - 1.5. Enfrentarse a la evitación y a la compensación de esquemas.
 - 1.6. Identificar conductas reguladas por esquemas: mantenimiento, evitación y compensación de esquemas.
 - 1.7. Integrar la información anterior en un concepto coherente sobre el paciente. Vincular los problemas actuales, las experiencias infantiles, las emociones y los patrones conductuales de la adolescencia y de la vida adulta, y la relación terapéutica con los ETDs. Obtener retroalimentación del paciente.

- 1.8. Distinguir entre esquemas primarios, secundarios y asociados. Colaborar como objetivo un esquema central para el proceso de cambio.
2. *Cambio de los esquemas.* Young propone cuatro tipos de intervención para modificar los esquemas:
 - 2.1 *Técnicas emotivas.* Estos procedimientos se suelen utilizar al inicio del tratamiento para liberar los esquemas y hacerlos más flexibles al cambio; como "catarsis emocional"
 - 2.2 *Técnicas interpersonales.* La "relación terapéutica" es de especial utilidad para ir modificando los esquemas del paciente conforme se vayan manifestando. Otro procedimiento es "proporcionar una relación terapéutica que contrarreste los esquemas tempranos desadaptativos", haciendo a veces un papel de padre/madre que satisfaga el esquema del sujeto.
 - 2.3 *Técnicas cognitivas.* Aquí se utilizarían los siguientes procedimientos:
 - a. Repasar las pruebas en apoyo de los esquemas;
 - b. Examinar de forma crítica las pruebas de apoyo;
 - c. Repasar las pruebas que contradicen los esquemas;
 - d. Ilustrar de qué manera el paciente descarta las pruebas que los contradicen;
 - e. Construir tarjetas donde se contradice a los esquemas; y
 - f. Cuestionar los esquemas cuando se activen, bien sea durante la sesión o bien fuera de la misma.
 - 2.4 *Técnicas conductuales.* Por último, cambiar las conductas reguladas por los esquemas. Se anima al paciente a que cambie patrones de comportamiento mantenidos durante mucho tiempo que han servido para reforzar los esquemas durante la mayor parte de la vida del sujeto. Igualmente, cuando sea necesario, se intentará provocar cambios del entorno del paciente.

Esta terapia cognitiva centrada en los esquemas para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, ayudará a los pacientes a comprender y cambiar los patrones, a largo plazo, de conductas, cogniciones y emociones por medio de la identificación de esquemas tempranos desadaptativos y su cuestionamiento sistemático.

3. *La terapia cognitivo-conductual dinámica, de Turner*

Esta terapia interpreta los conflictos y utiliza estrategias cognitivas y conductuales para modificar las distorsiones cognitivas y emplea las técnicas de interpretación para echar abajo las barreras al cambio. Esta terapia enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento humano, considerando a la relación terapéutica como el principal medio para la aplicación del tratamiento. El programa de tratamiento consta de varias fases: *a.* control de la crisis; *b.* contrato terapéutico; *c.* evaluación del problema; *d.* formulación de caso dinámica-cognitiva; *e.* intervención intensiva; *f.* sesiones terapéuticas de apoyo, y *g.* terminación.

Las estrategias utilizadas durante la terapia, se clasifican en tres grupos:

1. Estrategias que implican acción como tareas para casa, representación de papeles e inversión del papel, autorregistros, entrenamiento en habilidades de comunicación, etc.
2. Estrategias que utilizan la imaginación como automodelado encubierto, imaginación guiada, terapia implosiva y exposición en la imaginación.
3. Estrategias de codificación y procesamiento de la información como interpretación y cuestionamiento de las distorsiones cognitivas frecuentes, cuestionamiento de las reacciones conductuales y emocionales actuales y búsqueda de procesos de afrontamiento alternativos, educación activa de los pacientes sobre su estructura dinámica-cognitiva, etc.

4. *La formulación clínica de caso, Turkat*

Plantea que los sujetos con trastorno límite de la personalidad tienen un importante déficit en la solución de problemas, por lo que sugiere un tratamiento basado en la solución de problemas, pero el trastorno límite de la personalidad raramente permitirá al terapeuta llevar a cabo este tratamiento. No obstante, este autor sugiere algunas estrategias de intervención, como entrenamiento en solución de problemas; entrenamiento en formación de conceptos; manejo de la categorización y, manejo de la velocidad de procesamiento, aumentando dicha velocidad.

5. La terapia dialéctica conductual (TDC), de Linehan

Utiliza una teoría biosocial para conceptualizar al trastorno límite de la personalidad, donde la base constitucional del trastorno es la elevada reactividad emocional y la falta de regulación.

La terapia dialéctica conductual implica, terapia individual y entrenamiento en habilidades sociales, acompañadas normalmente por terapia de grupo. Los objetivos del tratamiento se colocan jerárquicamente del siguiente modo: 1, disminución o eliminación de las conductas suicidas y parasuicidas; 2. disminución o eliminación de las conductas que interfieren con el curso de la terapia; 3. disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la calidad de vivir; 4. adquisición de habilidades conductuales; 5. reducción de los efectos del estrés postraumático; 6. aumento del respeto por uno mismo, y 7. obtención de los objetivos individuales que el paciente trae a la terapia.

Así que, por todo lo expuesto hasta ahora en el presente capítulo, sobre el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, éste se centrará en los modelos de Beck y Linehan. 1) en el de Linehan, por sus resultados eficaces sobre el manejo de la autolesión, comportamientos parasuicidas y el abandono precoz de la terapia y, 2) en el de Beck, porque es un tratamiento más prolongado con el fin de profundizar en su sufrimiento emocional y respecto a otros síntomas del TLP. Sin embargo; es muy similar al enfoque de Linehan en varios aspectos.

1. LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL (TDC)

Según Stanley B. y Brodsky B (2007) la TDC es un tratamiento coherente desde el punto de vista teórico y filosófico, con la filosofía dialéctica en su núcleo, incluyendo la teoría conductual (principios del aprendizaje) y la práctica *mindfulness* (toma de conciencia o atención y conciencia plena) del Zen.

De acuerdo al abordaje teórico predominante de la TDC que son los principios del aprendizaje, y los cuales consideran que las conductas se mantienen mediante el condicionamiento operante o el condicionamiento clásico, una distinción entre ellos sirve para modelar la forma en que se debe abordar el cambio conductual. Si se considera que la conducta desadaptativa se mantiene mediante el condicionamiento operante, es necesario eliminar las situaciones

que lo refuerzan. Si se mantiene una conducta desadaptativa por un condicionamiento respondiente (clásico), es importante interrumpir la conexión entre el estímulo condicionado y el estímulo incondicionado.

La TDC pone mayor énfasis en la emoción. La TDC define la cognición como conducta. La TDC se centra en el conocimiento de que los refuerzos mantienen una conducta desadaptativa, e intenta "aflojar" los vínculos que llevan a la conducta mediante diversos métodos.

La TDC intenta proporcionar mayor apoyo a los pacientes para que permanezcan seguros de manera ambulatoria, además de proporcionar apoyo al terapeuta que trabaja con el paciente ambulatorio con tendencias suicidas crónicas. Este objetivo se consigue mediante la aplicación de los principios del aprendizaje para aumentar la capacidad y la motivación por parte, tanto del paciente como del terapeuta. La capacidad del paciente se favorece mediante la enseñanza de conductas adaptativas eficaces, y la motivación se incrementa mediante el refuerzo del progreso y el no refuerzo de las conductas desadaptativas. Para el terapeuta, un equipo de consulta ambulatoria de TDC es la fuente de apoyo y guía, además de una ayuda para mantener al terapeuta centrado en los objetivos y el formato del tratamiento.

Linehan (1987) observó que las personas traumatizadas o sensibles al rechazo experimentan como invalidante que la terapia conductual se centre exclusivamente en el cambio, y puede producir el abandono temprano o la resistencia al cambio dentro del tratamiento. Por lo tanto, la estrategia de la TDC supone la aceptación de todo lo que sea válido respecto de las conductas actuales de la persona, considerándose estas conductas como los mejores intentos del paciente de afrontar un dolor insoportable. Sin embargo, también observó que ignorar la necesidad de cambio es igual de invalidante porque no toma en serio los problemas y las consecuencias negativas de la conducta del paciente. Por lo tanto, el equilibrio del cambio con la aceptación es uno de los aspectos más exclusivos del abordaje dialéctico y se basa sólidamente en la perspectiva *mindfulness* del Zen. La estrategia dialéctica favorece la reestructuración cognitiva desde una perspectiva de "o/o" a una perspectiva de "sí/y", abordando directamente el pensamiento dicotómico que es característico de las personas con trastorno límite de la personalidad y que con frecuencia da lugar a conductas desadaptativas.

La práctica de *mindfulness* enseña a controlar la mente para permanecer en el momento actual sin elaborar juicios. A medida que los pacientes luchan contra sus impulsos de herirse a sí mismos, la práctica *mindfulness* es útil para ayudarles a autodistraerse de sus impulsos, y, en último término, les ayuda a reducir la intensidad.

La filosofía dialéctica lleva a las siguientes suposiciones que son la base de la TDC. La primera, es que los pacientes colaboran de la mejor manera posible. A la vez, quieren mejorar, pero deben intentarlo con más fuerza y sentirse más motivados para el cambio. Una segunda suposición es que los pacientes pueden no haber causado todos sus propios problemas, sino que, a pesar de todo, han intentado resolverlos. Esta suposición valida la necesidad del cambio, sin culpabilizar ni criticar, y favorece la resolución eficaz de los problemas. Estas suposiciones filosóficas sirven para reforzar la motivación y dan forma a la postura terapéutica en todo momento. La función del terapeuta es fomentar el autocuidado en lugar de cuidar al paciente.

Por otro lado, la TDC está formada por dos componentes en los que participan los pacientes: psicoterapia individual y entrenamiento en habilidades en grupo. Ya que es útil tanto el conocimiento de los patrones desadaptativos del pensamiento y la conducta, como el desarrollo de habilidades. Además de estas dos formas de contacto con el paciente, se considera que un equipo de consulta para los terapeutas de TDC, es un aspecto integral del tratamiento.

Respecto a la terapia individual, los pacientes acuden por lo menos a una sesión semanal, y a veces a dos, de 50-60 minutos de duración. Incluso se pueden hacer sesiones dobles de 90 a 110 minutos. Por ejemplo, los pacientes con dificultades para iniciar las sesiones o que tienen problemas para concluir las se pueden beneficiar de sesiones más prolongadas durante un período, hasta que desarrollan la capacidad de transición en el inicio y conclusión de las sesiones. También, cuando se realizan sesiones de exposición al trauma son necesarias sesiones más largas. Por el contrario, cuando algunos pacientes tienen dificultad para tolerar la intimidad intensa, primero hay que trabajar con el paciente esta capacidad, empleando sesiones más breves para evitar la finalización prematura.

La TDC tiene cuatro fases de tratamiento. En la fase 1, el objetivo principal es la reducción de las conductas parasuicidas así como reducir las autolesiones.

Un segundo objetivo de esta fase, es la reducción de las conductas que interfieren con la terapia. El tercer objetivo es la reducción de las conductas que influyen en la calidad de vida, como las dificultades interpersonales y el funcionamiento personal y profesional.

Todas las conductas parasuicidas son la prioridad principal y se deben abordar en una sesión individual cuando se hayan producido. Las conductas que interfieren con la terapia son las segundas en orden de prioridad, y; son la primera prioridad, cuando no haya habido conductas parasuicidas. Después o en ausencia de éstas dos, también se pueden abordar los aspectos de la calidad de vida. Se debe pedir al paciente que mantenga un registro diario de las conductas, el grado de sufrimiento y la ideación suicida en lo que se denomina *tarjeta diaria* (Linehan 1993). El terapeuta y el paciente deben revisar la tarjeta diaria juntos y deben utilizarla para elaborar la agenda de la sesión. Si el paciente se ha causado autolesiones, es necesario un análisis conductual.

Respecto al entrenamiento de habilidades, su objetivo específico es: la enseñanza de conductas adecuadas, con las cuales sustituir las conductas desadaptativas, es un componente importante del aumento de las capacidades en la TDC. La asistencia semanal a un grupo de entrenamiento en habilidades, en el que se enseñan habilidades dentro de un marco didáctico, preferentemente por un terapeuta distinto al terapeuta individual, es un componente esencial del tratamiento. Un manual de entrenamiento en habilidades Linehan (1993) describe las habilidades y cómo enseñarlas y contiene hojas de ejercicios y asignaciones de tareas para casa para facilitar el aprendizaje. El asesoramiento sobre las habilidades in vivo se realiza de tal manera que aumente la capacidad y la motivación del paciente. Después de haber identificado los déficits específicos, se puede poner en práctica el entrenamiento en habilidades.

Linehan (1993) señaló cuatro módulos específicos de entrenamiento en habilidades que se dirigen a las cuatro áreas de la alteración de la regulación del trastorno límite de la personalidad: las habilidades *mindfulness* que abordan la alteración de la regulación cognitiva, las habilidades de tolerancia al dolor que abordan la alteración de la regulación de la conducta, las habilidades para la regulación de la emoción que abordan la alteración de la regulación emocional, y las habilidades de efectividad interpersonal que abordan la alteración de la regulación de las relaciones interpersonales.

El primer módulo es el entrenamiento en las habilidades de *mindfulness*, que se centra en las alteraciones de la regulación del *self* y de la cognición. Las habilidades de *mindfulness* se basan en los principios budistas orientales del Zen. Se enseña a los pacientes técnicas para centrar sus pensamientos y su atención en el presente, establecer el control de la atención y acoplar la conciencia con el pensamiento no crítico. El objetivo es ayudar al paciente a establecer un estilo de vida de conciencia mental y conectividad interna.

El segundo módulo es el entrenamiento en habilidades de *tolerancia al dolor*, que se centran en cómo vivir una situación de crisis sin realizar conductas destructivas. Incluyen técnicas de distracción y de autotranquilización, análisis de pros y contras, y estrategias para aceptar la realidad en lugar de luchar contra ella.

El tercer módulo de habilidades es la *regulación emocional*, que enseña las habilidades necesarias para controlar las experiencias cuya regulación está alterada, e incluyen la observación y la identificación de estados emocionales y la validación y la aceptación de las propias reacciones emocionales. También hay técnicas para evitar la vulnerabilidad de las emociones negativas y aumentar la experiencia de emociones positivas.

Finalmente, el cuarto módulo es el entrenamiento de *efectividad interpersonal*, que expone a los pacientes límite a estrategias efectivas para resolver el conflicto interpersonal. Los pacientes aprenden técnicas para solicitar cosas de manera eficaz o para decir que no a exigencias no deseadas, y para equilibrar sus objetivos con el mantenimiento de las relaciones y la autoestima.

Una importante técnica para el cambio que se utiliza en la sesión individual, es el análisis conductual paso a paso de las conductas autolesivas o de las que interfieren con la terapia. Este abordaje es una herramienta útil para llegar a comprender las emociones y las conductas que llevaron a una conducta indeseada y para generar soluciones específicas. Realizando un análisis meticuloso de un acto de autolesión, con frecuencia éste actúa como un elemento disuasorio.

También en la TDC el terapeuta individual realiza el asesoramiento sobre habilidades in vivo para proporcionar el apoyo necesario al paciente para

aprender conductas nuevas "al momento". Se anima a los pacientes a que llamen o localicen al terapeuta individual entre las sesiones cuando estén luchando contra impulsos de autolesión y necesiten ayuda para poner en práctica una conducta sustitutiva eficaz. Los contactos telefónicos se centran y se limitan al asesoramiento en habilidades y a la mejora en las relaciones.

Sin embargo; cuando el paciente se autolesiona existe la regla de las 24 horas que establece la TDC, donde los pacientes no pueden llamar al terapeuta las 24 horas siguientes a una autolesión. El terapeuta expresa con claridad su deseo de que el paciente hubiera llamado antes de autolesionarse para poder haber recibido asesoramiento en habilidades y apoyo. Así, se anima a los pacientes a que llamen antes de realizar la conducta autolesiva, lo que le da al terapeuta la posibilidad de intervenir.

Por otro lado, como ya se mencionó antes, los pacientes deben mantener en tarjetas diarias el registro de todas las conductas parasuicidas y de autolesión, además esta tarjeta diaria sirve como medio para establecer la agenda de las sesiones y se revisa con el paciente al principio de cada una. Particularmente, estas tarjetas son útiles para pacientes que experimentan episodios frecuentes de disociación o que tienden a recordar sólo lo que sucedió en sus estados de ánimo actuales. También son útiles para pacientes que se sienten muy avergonzados de sus conductas. Y, aunque algunos pacientes no registran en las tarjetas todas las conductas e impulsos importantes, les parece más fácil ser sinceros y registrar estos elementos en las tarjetas que tomar la iniciativa de plantear estas conductas e impulsos en una sesión.

También, un aspecto crucial del abordaje terapéutico de la TDC es la estrategia de validación que está en el núcleo de la dialéctica aceptación/cambio. Por lo tanto, Linehan perfiló cinco niveles de validación:

- 1) Escuchar y observar;
- 2) Reflexionar esmeradamente;
- 3) Expresar lo no verbalizado;
- 4) Validar las causas como suficientes, aunque no necesariamente Válidas, y
- 5) Validar como razonable "al momento".

La función básica de la validación es comunicar al paciente que sus respuestas son comprensibles y lógicas dentro de la situación o el contexto de su vida actual (Linehan, 1993^a). La validación nunca debe ser paternalista, y nunca debe validar lo que no es válido. La validación está formada por tres fases:

- 1) Observación directa de lo que el paciente refiere;
- 2) reflexión sobre los sentimientos, pensamientos y conductas del paciente de manera no crítica ni autoritaria, y posteriormente el terapeuta expresa la reflexión no como una opinión sino como una pregunta, y
- 3) validación directa de la validez y comprensión de la respuesta del paciente.

La validación y la aceptación que no se centran en el cambio, pueden producir desmoralización y el pensamiento de que las cosas nunca serán diferentes. Un abordaje que se centra con demasiada intensidad en el cambio, puede hacer que un paciente se sienta incomprendido y criticado. Este efecto, a su vez, puede aumentar los sentimientos de autoculpabilidad del paciente, así como dar lugar a abandonos terapéuticos tempranos.

Ahora bien, con respecto a los terapeutas, una suposición de la TDC es que los mismos que tratan a pacientes afectados de trastorno límite de la personalidad con tendencias suicidas también necesitan apoyo. Un aspecto integral de la TDC es la función del equipo de consulta al que los terapeutas pueden llevar cualquier problema que experimenten con sus pacientes. El equipo proporciona una función útil: ayudar a los terapeutas a mantenerse en el camino correcto y a seguir la jerarquía terapéutica prescrita. Este equipo de consulta es más similar a un equipo de supervisión que a un "equipo terapéutico" para el paciente.

Por último cabe mencionar, que la TDC es un tratamiento cognitivo-conductual que ha demostrado su eficacia en el trastorno límite de la personalidad según Rubio V y Pérez U Antonio (2003). Por ejemplo, en el seguimiento al cabo de un año, Linehan et al (1993) encontraron que los pacientes que recibían éste tratamiento, tenían significativamente menos conductas suicidas y automutilación, menos ira, menos días de ingreso hospitalario psiquiátrico y mejor adaptación social que los pacientes tratados de manera habitual. También tenían menos desesperanza y depresión subjetiva durante el transcurso de un tratamiento de seis meses. Por lo tanto, la TDC parece ser

eficaz en el tratamiento de las conductas más graves del trastorno límite de la personalidad. Ejemplo de esto, es que mujeres parasuicidas con trastorno límite de la personalidad mostraron disminución de las autolesiones, la depresión, la disociación y la ansiedad después del alta. Además, se han mostrado datos de la eficacia de la TDC en personas sometidas a violencia doméstica Fruzzetti y Levensky. (2000) y en la bulimia Safer et al. (2001), el trastorno por atracones Telch et al. (2001), la hiperactividad Hesslinger et al. (2002) y trastornos por consumo de sustancias Linehan et al. (1999, 2002); Van den Bosch et al. (2002).

2) TERAPIA COGNITIVA DE BECK

Este enfoque según Beck et al (1995, 2005) intenta desarrollar una relación más personal con el paciente. El terapeuta deberá intentar romper el distanciamiento del paciente, participará muy activamente en sus crisis, le ofrecerá apoyo cuando esté triste y, en definitiva, se le ofrecerá como persona. La frecuencia de las sesiones puede ser también de una o dos veces por semana. Este enfoque casi necesariamente provocará sentimientos difíciles en el paciente, basándose en sus esquemas nucleares. Este enfoque "reparental" se considera un ingrediente esencial del tratamiento. Para establecer una relación segura, se les da a los pacientes medios para contactar con el terapeuta cuando se hallen emocionalmente necesitados. Esta conexión personal les ayuda a rechazar la creencia de que a nadie le importan.

Dicho enfoque terapéutico requiere de terapeutas que se sientan seguros a la hora de poner límites cuando el paciente va más allá de los límites personales del terapeuta. Es esencial, en el enfoque "reparental", frustrar al paciente poniéndole límites personales, como sucede con los padres normales. Existen dos importantes advertencias a la hora de comunicar al paciente con trastorno límite de la personalidad los límites personales. Una es que el terapeuta debería sólo comentar la conducta del paciente y no hacer atribuciones sobre su carácter. Más bien, el terapeuta debería explicarle las razones de la imposición de límites y no contentarse con decir que se trata de unas reglas profesionales.

Este enfoque requiere que el terapeuta sea capaz de tolerar un nivel muy alto de emociones negativas, especialmente la ira dirigida hacia su persona y también la tristeza y la desesperación. Por otro lado, las emociones positivas

pueden ser comprometedoras, especialmente los enamoramientos y otras expectativas poco realistas.

Como ya se ha dicho, uno de los grandes problemas de tratar a pacientes con trastorno límite de la personalidad es su alto índice de abandono precoz de la terapia. Para prevenirlo, el terapeuta debe esforzarse para evitarlo, llamándolos cuando no se presenten a las sesiones, preguntándoles qué razones tienen para abandonar y, por último, adaptándose a lo que el necesita. Una de las actitudes más importantes que debe adoptar el terapeuta es la aceptación y validación de las emociones, aunque, por otro lado, debe rechazar los actos emocionales impulsivos. Ésta es la base de un esquema más sano de regulación emocional.

Una última e importante técnica de relación es la práctica confrontacional, un mensaje confrontacional que consiste en tres elementos:

- 1) expresión empática de que el terapeuta entiende porqué se escoge determinada estrategia disfuncional;
- 2) confrontación con los efectos negativos de la estrategia y la continuación del trastorno, si realmente continúa;
- 3) formulación explícita de una nueva estrategia alternativa disfuncional para pedirle después al paciente que le siga.

Al igual que la TDC, a éste modelo psicoterapéutico le va muy bien usar un enfoque jerárquico. Se les debe dar prioridad a los esquemas de la vida y la muerte, por ejemplo, los impulsos suicidas y otras conductas peligrosas como amenazar las vidas de los demás. Lo siguiente, es todo aquello que amenaza la relación terapéutica. Tercero, temas sobre actitudes que llevan a la autolesión. Y, por último, se deben también tratar otros temas importantes como el procesamiento de los traumas o el trabajo sobre los esquemas.

La jerarquía no sólo es una ayuda para decidir qué temas tratar dentro de la agenda de la sesión, sino que se trata de una planificación de toda terapia. Trabajar los traumas infantiles, puede, por ejemplo, activar conductas amenazadoras para la vida, las cuales deberían entonces priorizarse. Después, se puede uno concentrar de nuevo en el procesamiento del trauma.

Aunque se debiera siempre disponer de un servicio de tratamiento de crisis, el terapeuta es la persona más importante a la hora de tratarlas. La mayor parte de las crisis están motivadas por las creencias negativas del paciente acerca de la experiencia de emociones. Una estrategia para contrarrestar estas creencias es adoptar una postura sosegada y acogedora. Es importante escucharle de forma empática, preguntarle cómo se siente y qué interpretación hace de lo que le ocurre validando sus sentimientos. Puede ser importante preguntar directamente por esos pensamientos y contrarrestarlos.

La disponibilidad puede ser de mucha ayuda ya que una interpretación temprana, puede prevenir un empeoramiento como la autolesión, el abuso de sustancias u otras acciones desadaptativas y reducir la necesidad de hospitalización. En muchos casos, una escucha empática y hablar con el paciente por teléfono acaba con la crisis en cuestión de 15 o 20 minutos. Los problemas prácticos se deben tratar cuando el paciente ya ha calmado sus emociones. Entonces, frecuentemente, puede tratarlas por sí mismo.

Con respecto a lo que ya se había comentado del establecimiento de límites, que se refiere a aquéllas conductas inaceptables, que traspasan la frontera de la integridad del terapeuta, como por ejemplo, amenazarlo e insultarlo. También incluyen las acciones peligrosas que amenazan la vida del paciente o la continuación de la terapia. El terapeuta debe ser coherente y firme hasta el final. Se recomienda mencionar motivos personales para explicar las razones de la imposición de límites y referirse siempre a la conducta del paciente pero no criticar su carácter. No se debe sugerir nunca que el paciente ya debería haber sabido que tal o cual conducta es inaceptable para el terapeuta. Las consecuencias (castigos) sólo se dan después de haber advertido adecuadamente al paciente, de manera que tenga la oportunidad de cambiar su conducta.

Por otra parte, debido a que los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen una pobre comprensión de sus propias emociones, pensamientos y conductas, una importante parte del tratamiento se dedica a ayudar al paciente a entenderlos. Llevar un diario de emociones, pensamientos y conductas puede ayudar a detectar los esquemas y modos subyacentes. Es especialmente útil relacionar éstos esquemas subyacentes con el pasado del paciente, de manera que éste pueda ver cómo se desarrollaron y a qué función

servían para "adaptarse" al medio. En suma, entender la función protectora de su esquema.

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad piensan frecuentemente en términos dicotómicos, lo cual sólo hace provocar emociones extremas, polarizar los conflictos y conducir a una toma de decisiones impulsivas y extremistas. En este sentido, se pueden llevar a cabo ejercicios estructurados para desarrollar un estilo de pensamiento más adaptativo. Un método consiste en usar ejemplos en una pizarra para ilustrar la diferencia entre el pensamiento extremista (blanco o negro) y el ecuánime (donde entran los matices). Se describe determinada conducta primero evaluándola con dos ítems (por ejemplo, o buena o mala) y, luego, usando una escala continua con muchas posibilidades entre esos dos extremos. A partir de ahí, se trata de comparar la evaluación dicotómica y la continua en diferente gente, acciones y rasgos de carácter.

Las tarjetas educativas pueden ser muy útiles a estos pacientes, para ayudarles a recordar esas opciones alternativas y luchar contra los esquemas patógenos en los momentos de crisis. Se describe en una cara de la tarjeta el razonamiento patógeno y el esquema activado, de manera que el paciente pueda entender que sus emociones están causadas por la activación de tal esquema. En la otra cara, se describe la visión sana junto con una manera funcional de manejar los problemas. Muchos pacientes llevan siempre encima sus tarjetas como medida de seguridad, no sólo por su contenido, sino porque así se sienten permanentemente en contacto con la terapia y su terapeuta. Al ceder el pensamiento dicotómico, decrece la intensidad de las reacciones emocionales del paciente, debido a que las situaciones problema son evaluadas en términos menos extremos.

En cuanto al esquema de los recuerdos infantiles dolorosos, existe una técnica llamada *Reescritura del pasado y 'role play' histórico*. Lo que se hace, es retomar un sentimiento negativo presente como puente mnemónico para llegar a un recuerdo infantil que el paciente imagina con los ojos cerrados (si le es posible). Cuando el paciente puede ver claramente en su mente el recuerdo infantil y se activan los sentimientos negativos correspondientes, el terapeuta entra en la escena e interviene; éste retiene los malos tratos, rescata al niño y le pregunta qué necesita. Se debe prestar especial atención a la corrección de las interpretaciones negativas y a calmarlo, de manera que se le puede hacer

imaginar que se le acaricia, puesto que ésta es la mejor forma de transmitir amor a un niño. Si el paciente no acepta este contacto físico, no se le debe forzar nunca a ello.

También, los cuidadores punitivos, las personas amenazadoras del presente o el modo punitivo en general, pueden ser representados simbólicamente sobre una silla vacía. Así, el terapeuta y/o el paciente pueden expresar libremente sus sentimientos y opiniones hacia todo ello. Muchas veces, lo mejor es que sea el terapeuta quien modele primero ésta técnica ya que los pacientes pueden estar demasiado asustados para expresarse. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad pueden aprender a tolerar la experiencia de fuertes emociones negativas sin intentar evitarla o escapar de ella., pero haciendo uso de la técnica de *reescritura del pasado* puede ser de mucha ayuda, ya que ahí se expresan todos sus sentimientos.

Cuando los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen miedo de experimentar ira porque temen perder el control y ponerse agresivos. Como paso intermedio, el terapeuta puede modelar verbalmente la expresión de la ira aporreando un almohadón y pidiendo al paciente que se le una. Esto reduce el miedo a la ira. Después se le puede pedir al paciente que intente experimentar la ira, sin llevar a cabo ninguna acción conductual. El paciente, entonces, descubre que puede soportar altos niveles de emoción sin tener que expresarse conductualmente y sin perder el control.

Sin embargo; los pacientes con trastorno límite de la personalidad suelen tener muy poca tolerancia a las sensaciones negativas y no dejan de experimentar emociones desagradables. Por tal motivo, se les prescribe medicación con mucha frecuencia. Empero, en general se considera que la farmacoterapia es sólo una ayuda a la psicoterapia, no un tratamiento en sí misma. Por ejemplo, el uso continuado de neurolépticos puede reducir los síntomas del trastorno límite de la personalidad, pero hará imposible un tratamiento profundo, por lo cual no es recomendable. El contacto personal es la mejor opción. La autenticidad y sinceridad del terapeuta son muy importantes para mantener una relación de trabajo sólida.

Los mismos tipos de intervención útiles para mejorar el control de las emociones lo son también para mejorar el control de los impulsos. A menudo el primer paso para mejorar el control es abordar la respuesta encubierta del

paciente. Es importante que el terapeuta deje claro que no trata de obligar al paciente a controlar sus impulsos ni de imponer las normas de la sociedad, sino de ayudarlo a desarrollar la capacidad para *elegir* si ha de actuar o no obedeciendo a su impulso, para no comportarse de un modo que más tarde tenga que lamentar. Lograr que el paciente aborde situaciones problema específicas, y que explore las ventajas y desventajas de controlar el impulso en cuestión y que desarrolle métodos para hacerlo.

En cuanto a las habilidades interpersonales, la técnica del *Rol play* o escenificación es útil para enseñar a los pacientes con trastorno límite de la personalidad, la asertividad o a expresar sentimientos hacia otra persona. Normalmente, el terapeuta empieza por modelar la expresión de la asertividad porque muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad se sienten confusos acerca de esa tarea. Una importante forma de reforzar los esquemas y estrategias es pedir al paciente que se comporte según los mismos.

Por último, debido a que el paciente se puede asustar ante la finalización del tratamiento, se debe preparar muy bien el cierre del mismo. Se deben clarificar adecuadamente los sentimientos y las creencias negativas acerca del final de la terapia. Además, se debe confeccionar una lista de los problemas que todavía no se hayan solucionado y las opciones disponibles para tratarlos. Se recomienda ir reduciendo la frecuencia de las sesiones gradualmente, de manera que el paciente pueda averiguar, cómo es la vida sin la ayuda regular del terapeuta. Algunos terapeutas recomiendan un cierre abierto, en el sentido de que el paciente pueda siempre volver para reanudar la terapia si así lo necesita.

Se puede decir, que la terapia cognitiva de estos pacientes no es ciertamente rápida y fácil, pero promete (según los terapeutas cognitivos), ser un tratamiento más eficaz que las otras alternativas con las que ahora se cuenta. Un año de terapia cognitivo-conductual puede producir una mejoría duradera de la conducta parasuicida, por ejemplo, en una muestra de sujetos que no sólo satisfacían los criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad, sino que también eran crónicamente parasuicidas, tenían historiales de hospitalización psiquiátrica múltiple y no conservaban sus empleos debido a sus síntomas psiquiátricos. Se ha comprobado la eficacia del modelo de tratamiento de Linehan, a lo largo de una serie de ensayos clínicos (Linehan et al., 1987d; Linehan et al., 1991).

De varios estudios controlados, de la terapia conductual dialéctica. Linehan y cols. (1991) publicaron un ensayo aleatorizado y controlado sobre éste tipo de terapia para pacientes con trastorno límite de la personalidad cuyos síntomas consistían en un comportamiento "parasuicida". De los 44 que completaron el estudio, 22 recibieron la terapia conductual dialéctica y 22 otro tipo de tratamiento (derivaciones a terapia alternativa, habitualmente por parte de la fuente de derivación habitual, de la que podían escoger); los pacientes fueron evaluados a los 4, 8 y 12 meses. En el pretratamiento, 13 de los sujetos del grupo control habían recibido psicoterapia individual y 9 no la habían recibido. Los pacientes que recibieron terapia conductual dialéctica presentaron menos comportamiento parasuicidas, redujeron el riesgo médico asociado a este comportamiento, así como los ingresos hospitalarios y los días de hospitalización, y mostraron una mayor capacidad para permanecer con el mismo terapeuta que el grupo control. Ambos grupos mejoraron respecto a la depresión, la ideación suicida, la desesperación o las razones para vivir; no hubo diferencias entre grupos en estas variables.

Posteriormente se estudió una segunda cohorte de pacientes utilizando el mismo diseño Linehan y cols. (1994). En este trabajo se incluyó a 26 pacientes para tratamiento (13 recibieron terapia conductual dialéctica y 13 el tratamiento habitual). Un paciente que recibía terapia conductual dialéctica consumó el suicidio avanzado el estudio, y 3 pacientes que recibían terapia conductual dialéctica y 1 paciente que recibía el tratamiento habitual abandonaron el estudio. Nueve de los 13 pacientes de control recibían ya psicoterapia individual al comienzo del estudio o iniciaron este tratamiento durante el estudio.

Un año después, Linehan reevaluó a su grupo de pacientes. No persistía la mayor reducción de las tasas de parasuicidio y de la gravedad de las tentativas de suicidio que se había observado en el grupo de terapia conductual dialéctica en comparación con el grupo de control, aunque el número de días de hospitalización durante el año de seguimiento era significativamente menor en el grupo tratado con terapia conductual dialéctica.

Sin embargo; se necesitan muchas investigaciones que examinen tratamientos alternativos y pongan a prueba las diversas conceptualizaciones cognitivo-conductuales de este trastorno.

Por tanto, para concluir con este capítulo y con la finalidad de tener una idea más clara que ayude a decidir sobre el tratamiento psicoterapéutico que sea más adecuado para el paciente con trastorno de la personalidad límite y sus individuales características de cada uno de ellos; es necesario tomar en cuenta también algunas ventajas y desventajas de cada uno de estos dos enfoques que a continuación se señalan:

Ventajas desde la perspectiva psicoanalítica

De acuerdo con los estudios que se presentaron en el capítulo anterior, se encontró que hubo reducciones significativas del comportamiento violento, el consumo de drogas ilegales, el número de visitas médicas, las autolesiones, el tiempo de absentismo laboral, la gravedad global de los síntomas, el número de ingresos hospitalarios y el tiempo total de ingreso.

En un informe posterior (Bateman A. Fonagy, 2001) los pacientes que habían recibido el tratamiento de hospitalización parcial no sólo mantenían las mejoras sustanciales en una evaluación de seguimiento a los 18 meses, sino que además mostraban una mejoría continuada estadísticamente significativa en la mayoría de las medidas.

Ventajas desde la perspectiva cognitivo-conductual

De acuerdo con los estudios que se mencionaron en el presente capítulo, se puede resumir que los pacientes que recibieron terapia conductual dialéctica mantenían la abstinencia de alcohol y drogas durante más días. También hubo una reducción del comportamiento parasuicida, así como de la ira estado y rasgo.

Con respecto al coste-efectividad, Linehan y cols. (1994) han descrito que los pacientes que recibían terapia conductual dialéctica necesitaban menos días de hospitalización y menos hospitalizaciones psiquiátricas.

Desventajas desde la perspectiva psicoanalítica

Aunque en los estudios mencionados no se informó sobre los efectos adversos, la psicoterapia psicodinámica puede desorganizar a algunos pacientes si el enfoque es demasiado exploratorio o se pone demasiado énfasis en la

transferencia sin un vínculo terapéutico lo bastante fuerte. Este tipo de terapia puede activar también fuertes deseos de dependencia en el paciente a medida que se desarrollen deseos y sentimientos transferenciales en el contexto del tratamiento. Por lo que es esencial la exploración de esta dependencia para ayudar al paciente a obtener la independencia. Esta dependencia puede generar problemas contra-transferenciales en el terapeuta que conduzcan a aplicar un tratamiento inapropiado o ineficaz. Los ejemplos más graves son incrementos innecesarios de la frecuencia o la duración de las sesiones, o la transgresión de los límites profesionales.

Por otro lado, una interpretación de la transferencia o una confrontación excesivas al inicio del tratamiento pueden incrementar el riesgo de que el paciente abandone la terapia. Sin embargo, para algunos pacientes la interpretación de la transferencia es un fenómeno de "alto riesgo-alto beneficio" que puede mejorar el vínculo terapéutico pero también causar su deterioro.

Desventajas desde la perspectiva cognitivo-conductual

De acuerdo a lo que se encontró en la presente investigación, se puede decir que hasta ahora no existen informes sobre efectos adversos de la terapia cognitivo-conductual que incluye la terapia conductual dialéctica de manera ambulatoria, un estudio sobre pacientes hospitalizados Springer T y cols., (1995) ha descrito un aumento paradójico del comportamiento parasuicida en el grupo de terapia conductual dialéctica en comparación con el grupo control.

En todos estos estudios es difícil asegurar si la mejoría descrita por los pacientes que recibía terapia conductual dialéctica derivaba de ingredientes específicos de esta terapia o si contribuían a los resultados factores inespecíficos como el mayor tiempo empleado con los pacientes o el sesgo del terapeuta. No está claro si la mejoría se debió a la terapia conductual dialéctica *per se* o a otros elementos de la unidad especializada.

CAPITULO IV

FARMACOTERAPIA PARA PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

Un enfoque farmacológico del tratamiento del trastorno límite de la personalidad como menciona Oldham, J.M. (2002), se basa en la evidencia de que algunas dimensiones de la personalidad de los pacientes parecen estar mediadas por una alteración de la fisiología de los neurotransmisores y responden a la medicación. La farmacoterapia se utiliza para tratar síntomas de estado durante períodos de descompensación aguda, así como para vulnerabilidades de rasgo. Siguiendo a Oldham, los síntomas que presentan los pacientes con trastorno límite de la personalidad se pueden clasificar en tres dimensiones conductuales para las cuales cabe utilizar estrategias farmacológicas específicas:

a) Inestabilidad afectiva

La inestabilidad afectiva se manifiesta en los pacientes con trastorno límite de la personalidad por síntomas como la labilidad emocional, la sensibilidad al rechazo, la ira inapropiada e intensa, los "bajones de ánimo" depresivos y los arrebatos de cólera. Los pacientes que presentan estas características deben ser tratados inicialmente con un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina (ISRS). Por ejemplo, se ha probado que la fluoxetina mejora el humor depresivo, la labilidad emocional, la sensibilidad al rechazo, el comportamiento impulsivo, la automutilación, la hostilidad e incluso los síntomas psicóticos. Los ISRS tienen un amplio espectro de efectos terapéuticos, son relativamente seguros en sobredosis y tienen un perfil de efectos adversos favorable que facilita la adhesión al tratamiento.

Puesto que la inestabilidad afectiva es una dimensión temperamental de los pacientes con trastorno límite de la personalidad y no un trastorno agudo, en el momento actual no se puede definir la duración de las fases de continuación y mantenimiento de la farmacoterapia. Puede que sea necesaria una mejoría significativa de la calidad de las habilidades de afrontamiento y de las relaciones interpersonales antes de decidir la suspensión del tratamiento. En el caso de una respuesta subóptima a un ISRS, se debe considerar la sustitución

por un segundo ISRS o un antidepresivo relacionado. Como por ejemplo, la sertralina o la venlafaxina.

La duración del tratamiento se basa, por tanto, en un juicio clínico que depende del estado clínico del paciente y de la tolerancia a la medicación en un momento determinado.

b) Tratamiento de los síntomas de descontrol impulsivo y conductual

Los ISRS son el tratamiento de elección para el comportamiento impulsivo y desinhibido en pacientes con trastorno límite de la personalidad. El efecto de los ISRS sobre la impulsividad puede aparecer antes que el efecto sobre la depresión, iniciándose su acción en el plazo de días según algunos estudios. Del mismo modo, la suspensión de un ISRS tras un tratamiento eficaz puede tener como consecuencia la reaparición de la agresividad impulsiva en cuestión de días. La experiencia clínica señala que la duración del tratamiento tras la mejoría de la agresividad impulsiva debe estar determinada por el estado clínico del paciente, incluyendo su riesgo de exposición a estresantes vitales y sus progresos en el aprendizaje de habilidades de afrontamiento.

Cuando el descontrol conductual suponga una amenaza importante para la seguridad del paciente, puede ser necesario añadir al ISRS un neuroléptico a dosis bajas. Aunque no se ha estudiado esta combinación, los ensayos controlados aleatorizados sólo con neurolépticos han demostrado su eficacia sobre la impulsividad en pacientes con trastorno límite de la personalidad.

El uso de carbamazepina o valproato para el control de los impulsos en pacientes con trastorno límite de la personalidad parece ampliamente difundido en la práctica clínica, a pesar de que la evidencia empírica de su eficacia para la agresividad impulsiva es limitada y no concluyente.

Los efectos adversos más frecuentes de la carbamazepina son síntomas neurológicos (p. ej., diplopía), visión borrosa, fatiga, náuseas y ataxia. Los efectos adversos raros, idiosincrásicos pero potencialmente letales son agranulocitosis, anemia aplásica, insuficiencia hepática, dermatitis exfoliativa y pancreatitis. La carbamazepina puede ser letal en sobredosis. En estudios sobre pacientes con un trastorno límite de la personalidad se ha descrito que la carbamazepina había causado depresión melancólica.

Los efectos adversos más frecuentes de valproato dependientes de la dosis incluyen malestar gastrointestinal (p. ej., náuseas), elevaciones benignas de las transaminasas, temblor, sedación y aumento de peso. Con el uso a largo plazo, las mujeres pueden tener riesgo de desarrollar ovarios poliquísticos o hiperandrogenismo.

c) Tratamiento de los síntomas cognitivo-perceptivos

Los neurolépticos a dosis bajas son el tratamiento de elección para estos síntomas, mejorando no sólo los síntomas psicotiformes, sino también el estado de ánimo deprimido, la impulsividad y la ira/hostilidad. Los efectos del tratamiento aparecen en el plazo de unos pocos días a varias semanas.

Los neurolépticos son con frecuencia eficaces para la ira y la hostilidad independientemente de si estos síntomas se producen en el contexto de síntomas cognitivo-perceptivos o de otro tipo. El incumplimiento suele deberse a efectos adversos típicos de la medicación, como son síntomas extrapiramidales, acatisia, sedación e hipotensión. Se debe considerar el riesgo de discinesia tardía en cualquier decisión de continuar la medicación neuroléptica a largo plazo. Aunque los nuevos neurolépticos atípicos ofrecen un perfil de efectos adversos más favorable, aún no existen pruebas de su eficacia en el trastorno límite de la personalidad. Por eso, los neurolépticos deben prescribirse en el contexto de una relación médico-paciente de apoyo en la que los efectos adversos y el incumplimiento se aborden con frecuencia.

Es importante recordar que tanto los Inhibidores de la Monoaminoxidasa IMAO (fenelzina, tranilcipromina) como los ISRS también han demostrado en ensayos controlados y aleatorizados su eficacia para la irritabilidad y la ira en algunos pacientes con trastorno límite de la personalidad con síntomas cognitivo-conductuales.

Sus efectos adversos de los primeros, como por ejemplo la fenelzina, puede causar incremento de peso y ser difícil de tolerar. Otros efectos adversos son la hipotensión ortostática. Las crisis hipertensivas fatales son el posible efecto adverso más grave de los IMAO. El cuadro clínico inicial de intoxicación por IMAO es inquietud, delirium, alucinaciones, hiperreflexia, taquicardia,

taquipnea, midriasis, diaforesis y con frecuencia, convulsiones. La hiperpirexia es uno de los problemas más graves.

La medicación puede modular la intensidad de los síntomas afectivos, cognitivos e impulsivos, pero no se debe pretender que suprima sentimientos de ira, tristeza y dolor en respuesta a separaciones, rechazos u otros estresantes vitales. Cuando se identifican precipitantes situacionales, el foco principal del clínico debe ser facilitar un afrontamiento adecuado. Los cambios frecuentes de medicación en busca de la mejoría de los estados de ánimo transitorios son innecesarios y generalmente inefectivos. No hay que transmitir al paciente el mensaje erróneo de que las respuestas emocionales a los acontecimientos vitales son meramente síntomas biológicos que han de ser regulados por los fármacos.

Sin embargo; la experiencia de sentirse ayudado por la medicación que el psiquiatra ha prescrito puede ayudar al paciente a desarrollar la confianza en sus intervenciones psicoterapéuticas. La experiencia clínica indica que muchos pacientes se benefician más de la combinación de psicoterapia y farmacoterapia, pues una farmacoterapia cuidadosamente escogida potencia la capacidad del paciente para implicarse en la psicoterapia.

DISCUSION

A lo largo del presente trabajo, se fueron describiendo en términos generales, las bases teóricas y técnicas de dos enfoques psicoterapéuticos; el de corte psicoanalítico y el cognitivo conductual, mismas que se escogieron como análisis para el tratamiento psicoterapéutico del Trastorno Límite de la Personalidad debido a que son de los más conocidos y utilizados actualmente para tratar a este tipo de pacientes.

Por lo tanto, a manera de contrastar y dar un panorama más comprensible y conciso de éstos dos enfoques; a continuación se presentan varios cuadros comparativos en los que se mostrarán primero, las posturas de dichos enfoques con respecto a cinco categorías principales en común:

1. Cuadro clínico; que se refiere a un complejo de síntomas, donde cada uno de los cuales no manifiesta un significado especial sino que, junto con otros, refiere un cuadro clínico reconocible.
2. Diagnóstico/diagnóstico diferencial; que son el reconocimiento de signos y síntomas que se toman como indicios para la evaluación de facultades específicas o del cuadro global de la personalidad, así como también diferenciarlos de otros cuadros clínicos parecidos en relación a su sintomatología.
3. Principios generales del tratamiento; es decir, los fundamentos teórico-prácticos de una estrategia psicoterapéutica general.
4. Pronóstico; el cual tiene que ver con las consideraciones que pretenden orientar decisiones psicoterapéuticas y obtener buenos o mejores resultados.
5. Técnicas de tratamiento; referentes a las modalidades operativas para dar tratamiento, que difieren según la orientación teórica que se maneje.

Categoría 1: Cuadro clínico

MODELO PSICOANALITICO	MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL
<p>Alteraciones fronterizas que se caracterizan por constelaciones psicopatológicas estables cuya presentación clínica incluye ciertos síntomas típicos (ansiedad difusa, flotante y crónica, neurosis polisintomática, tendencias sexuales perverso-polimorfas caóticas y múltiples, estructuras de la personalidad de tipo esquizoide, paranoide, ciclotímico o hipomaniaco y desórdenes caracterológicos de nivel inferior), se manifiesta el uso de mecanismos de defensa primitivos, una patología específica de las relaciones objetales internalizadas y rasgos genético-dinámicos relativamente constantes.</p> <p>Predominan los conflictos preedípicos y sus representaciones psíquicas están condensadas con representaciones de la fase edípica.</p>	<p>La impulsividad es la característica central del TLP. Los conceptos de voluble e irreflexivo caracterizan al temperamento y a las acciones de los sujetos límite. La inestabilidad emocional es también un rasgo notable de dichos sujetos. Sus emociones cambian frecuente y rápidamente; tienen dificultades para mantener un sentido estable, cohesivo de su identidad. No han sido capaces de formar un conjunto coherente e integrado de esquemas sobre sí mismo. Además, se apegan a los demás para centrarse. Característico de los sujetos límite es una paranoia leve, ya que constantemente están prediciendo que la otra persona, importante para ellos, les abandonará. Los pacientes con un TLP manifiestan también ansiedad, culpa, depresión y hostilidad. Frecuentemente se da un comportamiento autodestructivo y autolesivo. La conducta parasuicida está a menudo presente.</p>

Categoría 2: Diagnóstico y diagnóstico diferencial

MODELO PSICOANALITICO	MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL
<p>Su diagnóstico está basado en tres criterios estructurales, entre difusión de la identidad, nivel de mecanismos de defensa y prueba de realidad.</p> <p>En las primeras etapas de la evaluación de un paciente se debe tener un cuidadoso diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y desórdenes fronterizos, debido a las diferencias que estas entidades determinan en cuanto a pronóstico y tratamiento. Además, de la psicosis y los trastornos afectivos más importantes, los estados límite deben diferenciarse también de las neurosis y patología del carácter neurótico. Como método de diagnóstico, se puede utilizar la entrevista estructural. Este enfoque estructural puede enriquecer notablemente la agudeza, precisión y exactitud de los diagnósticos diferenciales y añadir elementos importantes a las consideraciones terapéuticas y de pronóstico de cada caso individual.</p>	<p>Se basa en los ocho criterios diagnósticos del TLP del DSM-IV-TR y deben cumplir por lo menos cinco de éstos. Existen otras indicaciones posibles del TLP que se observan en cuatro rubros: en problemas y síntomas presentados; relaciones interpersonales; en la terapia, y; en los tests psicológicos.</p> <p>Se debe diferenciar de los trastornos asociados al TLP tanto del eje I como del eje II. El principal elemento se relaciona con la distinción entre los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos del eje I y los diferentes patrones de la personalidad límite. Cuando el TLP se consideraba como esquizofrenia límite, la discriminación entre el TLP y la esquizofrenia constituye una consideración diagnóstica añadida.</p>

Categoría 3: Pronóstico

MODELO PSICOANALITICO	MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL
<p>Los criterios pronósticos importantes dentro de la categoría límite incluyen la calidad de las relaciones objetales (profundidad, calidez, dedicación y consideración —aunque sean relaciones caóticas) y una integración del superyó (capacidad evidente de identificación con los valores éticos y uso de la culpa como el mayor regulador). Para aplicar estos criterios es importante considerar cinco factores atinentes a las evaluaciones pronósticas: diagnóstico descriptivo del carácter, grado y características de la labilidad yoica, grado y calidad de la patología superyoica, calidad de las relaciones objetales y pericia y personalidad del terapeuta. Todo esto con la finalidad de orientar las decisiones acerca de la psicoterapia psicoanalítica a largo plazo y la analizabilidad de estos pacientes. Como por ejemplo, aunque la presencia de rasgos antisociales no impide que el paciente se beneficie de la terapia expresiva, si empeorará el panorama general y para las personalidades antisociales per se, este abordaje terapéutico está contraindicado.</p>	<p>Debido a que los pacientes con trastorno límite de la personalidad son bien conocidos por sus estallidos de ira y sus crisis, muchos terapeutas les tienen miedo. Está muy extendida la creencia de que estos sujetos no se pueden tratar con éxito pero recientes investigaciones sugieren que no es así. Aunque la terapia conductual dialéctica para estos pacientes no es en absoluto sencilla, muchos terapeutas han descubierto que usando este marco de trabajo, se pueden obtener buenos resultados.</p>

Categoría 4: Principios generales de tratamiento

MODELO PSICOANALITICO	MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL
<p>Las características de la estrategia general del tratamiento psicoterapéutico de los TLP propuesto por Kernberg son a grandes rasgos:</p> <p>A) Elaboración sistemática de la transferencia negativa manifiesta y latente, sin intentar la total reconstrucción genética de sus motivaciones.</p> <p>B) Señalar e interpretar las maniobras defensivas primitivas.</p> <p>C) La situación terapéutica deberá estructurarse de manera tal que se controlen las actuaciones del paciente, poniendo límites a la agresión; sólo expresará sus sentimientos de manera verbal.</p> <p>D) Abordaje selectivo por parte del terapeuta, de aquellos aspectos de la transferencia y de la vida del paciente en los que se ponen de manifiesto sus defensas patológicas.</p> <p>E) La transferencia positiva será utilizada para permitir el avance del tratamiento.</p> <p>F) Estimulación de modalidades de expresión. 'Liberar' la capacidad de desarrollo genital más maduro de sus intrincaciones con la agresión pregenital.</p>	<p>La terapia conductual dialéctica desarrollada por Marsha Linehan, es un enfoque terapéutico diseñado específicamente para tratar el TLP y los comportamientos suicidas. Utiliza técnicas cognitivas y conductuales, tales como la resolución de problemas, técnicas de exposición, enseñanza de habilidades, gestión de problemas y modificación cognitiva, para llevar a cabo una jerarquía de objetivos terapéuticos. Sus principios: aceptar y validar los comportamientos actuales, ser conscientes de los comportamientos que dificultan el proceso terapéutico y tratarlos, percibir la relación terapéutica como indispensable para el tratamiento, y acentuar los procesos dialécticos. La estrategia más notable y fundamental consiste en el proceso de aceptar el comportamiento del individuo al mismo tiempo que se le guía para que cambie. En resumen, debe centrarse en establecer un claro sentido de la identidad, capacidad para controlar las emociones y cambiar las creencias y supuestos inadaptados.</p>

Categoría 5: Técnicas de tratamiento

MODELO PSICOANALITICO	MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL
<p>Las técnicas básicas de la psicoterapia expresiva son las mismas que el psicoanálisis: interpretación, análisis de la transferencia y neutralidad técnica. Sin embargo, se usan de manera diferente en el tratamiento de los trastornos limítrofes. Para empezar, 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 (asociación libre modificada).</p> <p>Esta psicoterapia enfatiza el "aquí y ahora" durante la mayor parte del tratamiento: sólo en etapas avanzadas se hacen interpretaciones del "allá y entonces".</p> <p>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</p>	<p>Los pacientes acuden por lo menos a una sesión semanal de terapia individual, y a veces dos, de 50-60 minutos de duración. Una importante técnica para el cambio que se utiliza en la sesión individual es el análisis conductual paso a paso de las conductas autolesivas o de las que interfieren con la terapia, por medio del abordaje dialéctico; herramienta útil para llegar a comprender las emociones y las conductas que llevaron a una conducta indeseada y para generar soluciones específicas. Debido a que la disponibilidad del terapeuta entre las sesiones es crítica cuando se trata a pacientes suicidas. En la TDC el terapeuta individual realiza el asesoramiento sobre habilidades <i>in vivo</i> para proporcionar el apoyo necesario para aprender conductas nuevas "al momento". Otra técnica, es el uso de tarjetas diarias para que los pacientes mantengan el registro de conductas parasuicidas y de autolesión, además de problemas con su estado de ánimo, consumo de sustancias no prescritas y el cumplimiento del tratamiento farmacológico.</p>

Las características del trastorno límite de la personalidad varían de persona a persona. Por ejemplo, algunos pacientes presentan una importante inestabilidad afectiva, mientras que otros exhiben una notable impulsividad o rasgos antisociales. Las numerosas combinaciones posibles de trastornos comórbidos de los ejes I y II contribuyen aún más a la heterogeneidad del cuadro clínico. Por lo que, debido a ésta, y a la singularidad de la historia de cada paciente, el plan de tratamiento tiene que ser flexible, adaptado a las necesidades individuales del paciente. La flexibilidad también es necesaria para responder a las características cambiantes de los pacientes con el transcurso del tiempo (p. ej. en un momento determinado el foco de atención puede ser la seguridad, mientras que en otro puede ser la mejora de las relaciones y del buen funcionamiento laboral).

CONCLUSIONES

En términos generales, la eficacia del tratamiento psicoterapéutico del trastorno límite de la personalidad con respecto a estos dos enfoques descritos a lo largo del presente trabajo, se podría concluir que cada uno de ellos cuenta con sus propias y distintivas fortalezas y debilidades. Sin embargo, aunque ambas intervenciones mejoran la ansiedad, la depresión y el funcionamiento global, de acuerdo a lo encontrado en esta investigación, la perspectiva psicoanalítica, mejora el funcionamiento en más variables que la perspectiva cognitivo-conductual, destacando la disminución de la conducta suicida, la ira y la impulsividad, la irritabilidad y la hetero-agresividad. Ayudando al final, más a los pacientes con trastorno de la personalidad a sentirse bien y a tener una mejor calidad de vida.

No obstante, también se puede decir, que el enfoque cognitivo-conductual converge con el psicoanalítico en los objetivos principales a lograr, como la disminución de las conductas suicidas y parasuicidas; la regulación de sus emociones; la disminución o eliminación de las conductas que interfieren en la terapia, lo cual se asemeja al énfasis psicodinámico en los comportamientos transferenciales; la disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la calidad de vivir, similar además al enfoque psicodinámico en su objetivo de proporcionar al paciente la posibilidad de introspección sobre los problemas de relación y desarrollar un mejor funcionamiento reflexivo de tal forma que exista una mayor apreciación sobre los aspectos de su vida; por otra parte, busca la reestructuración cognitiva del pensamiento dicotómico que es parecido a uno de los objetivos psicodinámicos, que es integrar los aspectos escindidos de la representación de uno mismo y de los objetos de modo que la perspectiva del paciente sea más equilibrada; otro objetivo es el aumento del respeto de sí mismo, que desde la perspectiva de la psicología del *self*, una de sus principales metas es reforzar el sí mismo, de manera que exista una menor fragmentación y un mayor sentido de cohesión o integración en su experiencia del sí mismo. Como se puede observar, ambos enfoques tienen en común varios de los objetivos que quieren lograr, sólo que los abordan desde diferentes discursos tanto en la teoría como en sus respectivas técnicas para alcanzarlos.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta, que debido a que los tratamientos tanto del enfoque psicodinámico como el enfoque conductual dialéctico han sido

evaluados mediante ensayos aleatorizados y con grupo placebo estándar, así como por estudios de caso, la eficacia de dichos tratamientos, ya de manera más formalizada, no se ha podido evaluar de manera satisfactoria, ya que se requiere además, de estudios de replicación realizados por otros grupos de clínicos en otros centros, para confirmar la validez y la posibilidad de generalización de esos hallazgos. Además de que los ensayos que han demostrado la eficacia de estos dos enfoques psicoterapéuticos mencionados, han concluido con programas terapéuticos sofisticados más que simplemente la aplicación de psicoterapia individual. Al respecto, ambos enfoques comparten tres características en común:

- 1) sesiones semanales con un terapeuta individual,
- 2) sesiones semanales grupales y,
- 3) reuniones entre los terapeutas para consulta o supervisión.

Por ello, es importante tener en cuenta que algunos estudios se realizan en centros de investigación especializados con más experiencia y formación en la modalidad de tratamiento, de la que suele disponerse en la comunidad. Así mismo, muchos estudios se han realizado a un plazo relativamente corto, por lo que se requieren también, estudios sobre los resultados de tratamiento, a más largo plazo.

Por otra parte, también existe la limitación sobre los criterios de inclusión y exclusión de éstos estudios a causa de la naturaleza heterogénea de los síntomas del trastorno límite de la personalidad. Por ejemplo; algunos estudios seleccionan a pacientes con una marcada impulsividad, mientras que otros incluyen a pacientes con síntomas afectivos prominentes.

Por todo esto se puede decir entonces que estos dos tipos de psicoterapias, pueden ser efectivas, pero depende del manejo y habilidad del terapeuta, por supuesto tomando en cuenta también las características individuales de cada paciente y estableciendo prioridades de acuerdo al riesgo que corra el paciente, como por ejemplo, intentos de suicidio o conductas parasuicidas, trastornos disociativos, etc., pero sobre todo; consolidando una buena alianza terapéutica ya que un tratamiento exitoso requiere un proceso de colaboración entre el paciente y el clínico. Las preferencias del paciente son un factor importante que hay que considerar cuando se desarrolla un plan de tratamiento individualizado. Conocer la opinión que tiene el paciente sobre el plan

provisional de tratamiento y modificarlo en la medida de lo posible; se obtiene su compromiso de colaborar con el clínico antes de que se instaure una terapia.

En pocas palabras, la eficacia de una terapia se refleja, en los largos periodos en que se conducen de forma productiva y existe una armonía interpersonal en la vida del paciente.

Por otra parte, los aspectos que se manejan en las diferentes fases de la psicoterapia con pacientes límite, requerirán tipos diferentes y cada vez más concretos de intervenciones técnicas o respuestas por parte de los psicoterapeutas. Puesto que no se puede decir que haya frecuencias óptimas de contacto psicoterapéutico en estos dos enfoques analizados en esta investigación. El trabajo psicoterapéutico requiere de una habilidad compleja que se logra únicamente mediante la combinación del estudio de la teoría, de una práctica clínica cuidadosamente supervisada y del desarrollo de la capacidad de introspección en el caso de ser estudiante.

Por último, en la bibliografía no se encontraron evidencias de estudios bien diseñados que comparen la farmacoterapia con la psicoterapia; así como de investigaciones sistemáticas que comparen los efectos de la combinación de medicación y psicoterapia, sólo con cada uno de éstos por separado. Sin embargo, los pacientes incluidos en determinados estudios, recibían también medicación pero no se tomaron en cuenta medidas para controlar los efectos.

Por tal motivo, no es fácil aislar el impacto de una única modalidad en la mayoría de los estudios sobre eficacia terapéutica que incluyen a pacientes con trastorno límite de la personalidad, ya que la eficacia de determinado tratamiento está con frecuencia sesgada por la presencia de otros tratamientos. Así que hasta ahora, la mejor guía clínica disponible para asuntos clínicamente importantes y complejos de tratamiento, es el consenso clínico.

BIBLIOGRAFIA

Bateman A, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563-1569 (Ensayo clínico controlado con asignación aleatoria)

Bateman A, Fonagy P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 36-42 (Ensayo clínico controlado con asignación aleatoria)

Beck, A.T., Freeman, A. y cols. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

Beck, A.T., Freeman, A., Denis, D y otros. (2005) *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad* (2ª. Ed.). Barcelona, editorial Paidós.

Belloch, A y Fernández Álvarez Héctor. (2002) *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.

Caballo, V (dir.). (1998) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 2*. Madrid: Siglo XXI

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

DSM-IV-TR (2002) *Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial*. Barcelona: Editorial Masson

DSM-IV-TR (2002) *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

Erikson, E. (1956) *The Problem of ego identity*. "Journal of the American Psychoanalytic Association", 4, 66-81

Erikson, E. (1971) *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós

Freud, S. (1957). *Introducción al narcisismo*, en "Obras completas Vol. 14: contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajos sobre metapsicología y otras obras"

Frosch, J. (1964). *The Psychotic Character: Clinical Psychiatric Considerations. Psychiatric Quarterly*, 38, 81-96.

Gunderson J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona: Ars médica.

Gunderson G.J. y Gabbard G.O. (2002). *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Ars Médica.

Kernberg O.F. (1979). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: El manual moderno.

Kernberg O.F. (1988). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México, Buenos Aires, Barcelona: Paidós

Kernberg O.F. (1995). *Relaciones amorosas: Normalidad y psicopatología*. Buenos Aires: Paidós.

Kernberg O.F, Selzer, Koenigsberg, Arthur C y Appelbaum (1995). *Psicoterapia psicodinámica del paciente limítrofe*. México: Editorial Planeta.

Kernberg O.F. (1999). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. México: El manual moderno

Kernberg O.F. (2005). *Agresividad narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica. Nuevos desarrollos en psicopatología y psicoterapia de los trastornos graves de la personalidad*. México: El manual moderno.

Kohut H. (2001). *Análisis del Self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Koldobsky, N. (2005). *Trastorno Borderline de la personalidad. Un desafío clínico*. Buenos Aires: Polemos.

Linehan M.M, Armstrong H.E, Suarez A, Allmond D, Heard H.L: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060-1064 (Ensayo clínico controlado con asignación aleatoria)

Linehan M.M. (1993) *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*.

Linehan M.M. (1993^a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline-personality disorder*. New York, Guilford.

Linehan M.M, Tutek D.A, Heard H.L, Armstrong H.E: Interpersonal outcome of cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1771-1776 (Ensayo clínico)

López D. (2004). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes*. México: Textos mexicanos.

Oldham, J.M. (2002) *Guía clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad* Barcelona: Psiquiatría editores.

Masterson, J. (1975) *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires: Paidós.

Millon, T (2006) *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Millon, T con Roger D. (2002) *Trastornos de la personalidad más allá de DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Perris, C. y McGorry, P. (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Manual teórico-práctico*. Bilbao: Deésclé de Brouwer.

Roca, M. (coord.) (2004). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars médica.

Rubio V. y Pérez U.A. (2003) *Trastorno de la personalidad*. Barcelona: El sevier

Sandler J, Dare C. y Tolder Alex. (1993) *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. (2ª. Ed.) Buenos Aires: Paidós.

Springer T, Lohr N.E, Buchtel H.A, Silk K.R: A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *J Psychother Pract Res* 1995; 5:57-71 (Ensayo clínico controlado con asignación aleatoria)

Stanley B., Brodsky B (2007). *Terapia dialéctica conductual*. En Oldham, J., Skodol A., Bender D (comps.), *Tratado de los trastornos de personalidad* (pp. 309-321). Barcelona: El sevier

Stevenson J, Meares R: An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 358-362 (Ensayo clínico)

Strachey, J. (1934). *The nature of the therapeutic action for psycho-analysis*. *International J. Psycho-Analysis*, 15:127-159.

Turner Ralph M. (1996). *El grupo dramático/impulsivo del DSM-IV: Los trastornos límite, narcisista e histriónico de la personalidad*. En Caballo, V., Buela C.G. y Corrobles J.A. (comps.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos Vol. 2 Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación* (pp. 63-80). Madrid: Siglo XXI.