



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA
FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA.

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA
MARCELA IRENE BIAGINI ALARCÓN

TUTORA:
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ
MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. CLAUDETTE DUDET LIONS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. FABIOLA JUANA ZACATELCO RAMÍREZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

MÉXICO, D.F., AGOSTO 2015



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.

A Raúl, Juan Cristóbal y Raúl Emilio,

que son mi hogar.

A Martha,

por siempre en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS.

A mi Directora de Tesis, Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez, cuyas amables y oportunas directrices para estructurar y desarrollar este trabajo fueron decisivas para la consecución de éste.

A mis sinodales, Mtra. Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo, Dra. Claudette Dudet Lions, Dra. Fabiola Juana Zacatelco Ramírez y Dra. Mariana Gutiérrez Lara, por el cuidado que pusieron en la revisión de mi tesis y sus interesantes aportaciones.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi generosa alma mater.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y a su Directora, Dra. María Elena Medina-Mora Icaza, por el apoyo, libertad y confianza frente a mi quehacer profesional.

A mis estimados maestros, Dr. Otto Kernberg, Dr. Frank Yeomans y Dr. Erik Fertuck, quienes me han enseñado que es el afecto lo que importa; para la técnica, para las relaciones humanas y para la vida.

A mis colegas y compañeros de formación en psicoterapia focalizada en la transferencia, por haber compartido conmigo una extraordinaria aventura; por las lágrimas y las sonrisas.

A Coqui, que ha estado conmigo desde el inicio.

INDICE

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO UNO ANTECEDENTES	6
1.1.- Concepto de Personalidad.	7
1.2.- Trastorno General de Personalidad.	11
1.3.- Trastorno Límite de Personalidad.	15
1.4.- Características Estructurales de la Organización Límite de Personalidad.	22
1.5.- Diagnósticos Diferenciales.	33
CAPÍTULO DOS PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA	40
2.1.- El Modelo de Tratamiento de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.	42
2.2.- La Entrevista Estructural.	47
2.3.- El Contrato Terapéutico.	59
2.4.- Las Estrategias de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.	61
2.5.- Técnicas de Tratamiento.	70
CAPÍTULO TRES MODELO DE INTERVENCIÓN	93
3.1.- Modelo de Intervención en una Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad en un Hospital de Tercer Nivel de la Secretaría de Salubridad.	93
3.2.- Viñeta Clínica de un Caso Atendido en la Clínica de Trastorno Límite de Personalidad.	106
3.3.- Análisis del Proceso Psicoterapéutico a través de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.	111
CONCLUSIONES	143
REFERENCIAS	153

RESUMEN

Los Trastornos de Personalidad representan un importante problema de salud mental, con una prevalencia de entre 3 y 15% en la población general; en cuanto al Trastorno Límite de Personalidad, la prevalencia poblacional media se estima que es de 1.6%, pudiendo llegar al 5.9%. Es un trastorno mental desafiante, serio y complejo, caracterizado por un patrón dominante de dificultades de regulación emocional, control de los impulsos e inestabilidad, tanto en las relaciones interpersonales como en la autoimagen y deterioro funcional severo. El modelo psicoterapéutico que presento, Psicoterapia Focalizada en la Transferencia, tiene como principales objetivos de tratamiento la resolución del síndrome de difusión de identidad, integración del concepto de sí mismo y de los otros significativos, integración de los afectos extremos escindidos y el logro de la modulación de las respuestas afectivas. Este reporte de experiencia laboral pretende ejemplificar la viabilidad de un programa integral para pacientes con Trastorno Límite en un hospital público de tercer nivel.

Palabras Claves: Trastornos de personalidad, Trastorno límite de personalidad, Psicoterapia focalizada en la transferencia.

ABSTRACT

Personality Disorders are a major mental health problem, with a prevalence of between 3 and 15% in the general population. As for Borderline Personality Disorder, the average population prevalence is estimated to be 1.6%, possibly reaching 5.9%. It is a serious, complex and challenging mental disorder, characterized by a pervasive pattern of difficulties in emotional regulation, impulse control, severe functional impairment and instability, both in interpersonal relationships and self-image. The psychotherapeutic model I present, Transference Focused Psychotherapy, has as primary objectives the resolution of identity diffusion, integrating the concept of self and significant others (others that are significant?), integrating split extreme affections and achieving the modulation of affective responses. This work experience report seeks to exemplify the feasibility of a comprehensive program for patients with Borderline Personality Disorder in a public tertiary hospital.

Keywords: Personality disorders, borderline personality disorder, transference focused therapy.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de Personalidad representan un importante problema de salud mental, con una prevalencia de entre el 3 y el 15% en la población general. En la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), la prevalencia de trastornos de la personalidad específicos arrojan las siguientes cifras para el Cluster A: paranoide, entre el 0,5% y el 2,5%; esquizoide, del 0,5 al 7% y finalmente, esquizotípico entre el 3 y el 5%. En el Cluster B, las tasas de prevalencia de los trastornos antisocial, límite e histriónico son muy similares: entre el 2 y el 6%. El trastorno de la personalidad narcisista se mueve alrededor del 1%. En el Cluster C encontramos el trastorno de la personalidad cuya prevalencia parece más alta, y que alcanza el 15%: el trastorno de personalidad por dependencia. El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y el de evitación apenas rebasan el 1%. Por último los estudios de prevalencia en poblaciones clínicas indican que de manera clara el trastorno predominante es el trastorno límite de la personalidad. Mucho más frecuente en mujeres que en varones (una relación de 3 a 1) , las prevalencias medias son del 10% en pacientes ambulatorios y del 20% en pacientes hospitalizados.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición, DSM 5, (2013), se señala que los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse y pensar acerca del entorno y de uno mismo, que se exhiben en un amplio rango de contextos sociales y personales. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles y mal adaptativos y causan una disfunción significativa o malestar subjetivo, constituyen trastornos de personalidad y deben distinguirse de rasgos de personalidad que no alcanzan el umbral para un trastorno de personalidad.

De acuerdo con el DSM 5, un trastorno de personalidad se caracteriza por constituir un patrón persistente de comportamiento y experiencia interna que se desvía claramente de las expectativas de la cultura del sujeto; este patrón es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales,

provoca malestar clínicamente significativo, o de terioro, en las áreas social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento; es estable y de larga duración y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana; este patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.

En cuanto al Trastorno Límite de Personalidad (TLP), se trata de un trastorno mental serio y complejo, caracterizado por un patrón dominante de dificultades de regulación emocional y de control de los impulsos e inestabilidad, tanto en las relaciones interpersonales como en la autoimagen y deterioro funcional severo.

De acuerdo al DSM 5, el TLP se encuentra dentro del grupo B de los trastornos de personalidad y se define como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, una marcada impulsividad que comienza en la edad adulta temprana y se presenta en diversos contextos. Este manual describe nueve criterios -que se señalarán más adelante- para hacer este diagnóstico, de los cuales el paciente debe cumplir al menos cinco.

El tratamiento psicoterapéutico se ha considerado el tratamiento de elección en los trastornos de personalidad; sin embargo, ni el tratamiento psicoanalítico clásico ni la modalidad de apoyo basada en principios psicoanalíticos han podido demostrar su efectividad.

El modelo psicoterapéutico que aquí se presenta, Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP), está basado en el proyecto de investigación de psicoterapia de la Fundación Menninger (Kernberg, 1972) en el que se señala que el tratamiento óptimo para pacientes con trastornos severos de la personalidad o “baja fortaleza yoica” es la psicoterapia psicoanalítica, con una interpretación sistemática de la transferencia en todas las sesiones de tratamiento.

Sobre estas bases, en el Instituto de Trastornos de Personalidad de la Weill Cornell Medical College, se desarrolló una psicoterapia psicoanalítica centrada en el principio de la interpretación sistemática de la transferencia y en el

establecimiento de la estructura del tratamiento, incluyendo límites al encuadre, cuando eran necesarios, con el fin de proteger al paciente y al tratamiento de los acting outs severos, prácticamente inevitables en el tratamiento de estos pacientes (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006).

Se han realizado una serie de estudios controlados que han confirmado la eficacia de este tratamiento en comparación con otros abordajes (Kernberg y Foelsch, 2011); por ejemplo, al comparar la TFP con la Terapia Dialéctico Conductual, DBT, (Linehan, 2003) y una psicoterapia de apoyo basada en el modelo psicoanalítico se ha encontrado que aunque tanto la TFP como la DBT han demostrado efectividad, la TFP impacta de manera más general en la conducta y afectos negativos de los pacientes, en comparación con otras modalidades (Kernberg, Yeomans, Clarkin y Levy (2008).

En 2006, Clarkin et al. presentaron su manual “Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on object relations”,) donde describen el modelo de la TFP, operacionalizan los principios teóricos que se habían venido desarrollando y describen con detalle las estrategias y técnicas necesarias para que los terapeutas interesados en el modelo puedan aplicarlas con adherencia y competencia.

En el presente trabajo se desarrollan con detalle conceptos relativos a personalidad, trastorno de personalidad y trastorno límite de personalidad; a continuación describo los elementos necesarios para la implementación de un proceso de psicoterapia focalizada en la transferencia. El modelo de tratamiento está basado en el manual de Clarkin et al.

Finalmente, el reporte de la experiencia laboral llevada a cabo, intenta ejemplificar el desarrollo completo de un proceso psicoterapéutico basado en el modelo de psicoterapia focalizada en la transferencia, así como describir la organización de una Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad en un hospital psiquiátrico de tercer nivel de la Secretaría de Salubridad.

Lo que he podido entender a lo largo de varios años de estudio e intento transmitir, tanto del trastorno límite de personalidad como de las bases teóricas y técnicas de

la psicoterapia focalizada en la transferencia, es que la “buena voluntad” del terapeuta no es suficiente; no ayuda solamente intentar organizar el mundo externo de los pacientes con trastorno límite de personalidad, razonar con ellos acerca de lo inadecuado de sus conductas disruptivas, de lo inapropiado de su estilo de relaciones interpersonales, de la necesidad que definan sus metas y las lleven a cabo, que piensen consistentemente acerca de sí mismos y de los otros.

Lo que realmente ayuda es incidir en el caótico y escindido mundo interno de estos pacientes. El marco teórico que aquí se expone y las herramientas técnicas que se derivan, le permiten al terapeuta llevar a cabo un proceso psicoterapéutico estructurado y seguro para los pacientes, que los conducirá a un menor malestar psicológico, menor deterioro psicosocial y a la posibilidad de desarrollar relaciones interpersonales más estables.

CAPÍTULO UNO

ANTECEDENTES

Durante los años de la década de los cincuentas, los psicoterapeutas y psicoanalistas comenzaron a describir un grupo de pacientes que consistentemente podían vivenciar material del proceso primario, pero carecían de la capacidad de introspección, insight y elaboración. A menudo tenían intensos cambios del estado de ánimo, así como también una notable tendencia a percibir sus objetos significativos como “totalmente buenos o totalmente malos”, fuertes tendencias orales y, simultáneamente, intensos impulsos agresivos relacionados con todos los niveles del desarrollo psicosexual; desafiaban todos los intentos para situar el origen de sus dificultades en un punto particular del desarrollo libidinal.

Debido a que estos pacientes eran desconcertantes desde el punto de vista de los modelos psicoanalíticos prevaletentes, la conceptualización inicial del término límite/límite, era muy amplia, casi sinónimo de “el paciente difícil”. Aunque presumiblemente y, en forma general, su prueba de realidad era buena, podían desarrollar repentinas y severas regresiones transferenciales que contradecían su apariencia “neurótica”. El término límite siguió usándose con laxitud y vaguedad. Esta denominación captó la atención por su relación con el lenguaje común de los psicoterapeutas, pero carecía de precisión diagnóstica y era, por lo tanto, de poco valor para propósitos de investigación.

Los esfuerzos para conseguir uniformidad en la caracterización de estos pacientes difíciles llevó a precisar la definición de “límite”. Quizás la descripción más justa se hizo al crearse el rubro “Trastorno Límite de la Personalidad” por la Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) en 1984 (versión en español). Esta definición está basada en

sus rasgos descriptivos, circunscritos y fenomenológicos. (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr y Appelbaum ,1995).

Hasta la fecha se han realizado cuatro revisiones del diagnóstico de Trastorno Límite, en sucesivas reediciones del mismo DSM, que serán analizadas en este capítulo.

1.1.- Concepto de Personalidad.

Cuando se piensa en las cualidades que describen a una persona y en los indicios que las revelan, se está realizando de manera informal un estudio de personalidad. No obstante, existe una diferencia de enfoque entre lo que hace la gente en la vida diaria y lo que hacen los psicólogos. Mientras que el uso coloquial del término tiende a concentrarse en personalidades específicas, los psicólogos se interesan en la personalidad de manera general, como concepto abstracto, buscando una concepción aplicable a toda persona.

Allport definió la personalidad como “la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamientos y sentimientos”. Cattell señala que “la personalidad es lo que permite la predicción de lo que hará una persona en una situación determinada: Se relaciona con toda la conducta del individuo, tanto manifiesta como la que no sale de su piel” Eysenck definió la personalidad como “la organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única a su entorno” Sullivan señala que “la personalidad es el patrón relativamente perdurable de situaciones interpersonales que caracterizan a la vida humana”. Citados en Liebert y Spiegler (2000).

Estas definiciones consideran varios aspectos:

- La personalidad no es sólo una acumulación de partes y piezas; tiene una organización.
- La personalidad no se limita a estar ahí; es activa, tiene procesos.
- Personalidad es un concepto psicológico, pero está intrincadamente unida al cuerpo físico.
- La personalidad es una fuerza causal; ayuda a determinar la forma en la que el individuo se relaciona con el mundo.
- La personalidad se muestra en patrones, recurrencias y coherencias.
- La personalidad no se muestra de un a sino de varias maneras, en conductas, pensamientos y sentimientos.

De acuerdo a Carver y Scheier (1997) una razón para utilizar este término parece ser el deseo de transmitir un sentido de coherencia y continuidad interior de las personas. Otro motivo por el que suele emplearse el término es transmitir la idea de que cualquier cosa que las personas hagan, piensen o sientan, se origina en su interior. La idea de que la conducta surge del interior parece tan obvia que difícilmente merecería ser enunciada, pero hay considerables diferencias filosóficas y teóricas sobre el tema. El concepto de personalidad también se emplea por otro motivo; a menudo transmite la noción de que unas cuantas características sobresalientes pueden fungir como una especie de resumen de cómo es la persona. Mientras más importante sea la cualidad, mayor será su utilidad para predecir la conducta y para distinguirla de los demás. Personalidad transmite un sentido de coherencia, causalidad interna y distintividad personal.

Liebert y Splieger (2000), refieren que:

- La idea moderna de la personalidad y el concepto de persona, surgieron hace sólo unos 200 años.
- La psicología de la personalidad es el estudio de la totalidad del individuo, incluidas las características comunes y las únicas, así como la forma en que tienen efecto e influyen en la conducta de la gente en relación con su ambiente; una definición más específica de la personalidad depende de consideraciones teóricas.

- La investigación empírica es la marca distintiva del estudio científico de la personalidad, e implica intentos sistemáticos de reunir pruebas por medio de observaciones y procedimientos que puedan ser repetidos y verificados por otros investigadores.
- La psicología de la personalidad es en realidad la intersección de muchas ramas de la psicología; hace uso e incorpora descubrimientos de numerosas fuentes.
- Las estrategias representan supuestos amplios en que se basan la orientación y el enfoque de la personalidad adoptados por los psicólogos: Se pueden identificar cuatro estrategias básicas como punto de partida para el estudio científico de la personalidad
- Cada una de las cuatro estrategias puede captarse por su supuesto central básico. La estrategia psicoanalítica se concentra en los impulsos como el determinante principal de la personalidad. La estrategia de las disposiciones pone el acento en las diferencias en la cantidad de cada una de las características innatas de la persona. La estrategia ambiental acentúa los aspectos del mundo externo (sociales y físicos) y su efecto en la persona. La estrategia de las representaciones atiende a las representaciones mentales privadas de los individuos, acontecimientos y cosas que experimenta la persona como determinantes de la personalidad.
- Cuatro cuestiones fundamentales incumben a todos los interesados en el estudio científico de la personalidad: la teoría, la investigación, la evaluación y las aplicaciones de la teoría para la modificación de la personalidad.
- Las teorías se juzgan mejor sobre la base de su utilidad que sobre criterios como lo correcto o equivocado, lo verdadero o lo falso.
- La teoría, la evaluación, la investigación y las aplicaciones son interdependientes en alto grado; con el tiempo, cada una sirve para definir e informar a las otras.
- La evaluación de la personalidad puede asumir muchas formas: auto-reportes, relatos de otros, observación directa, cuestionarios, etc.

- Las aplicaciones de la teoría a menudo toman la forma de instrumentos de evaluación específicos utilizados para el tratamiento directo, o métodos de tratamiento dirigidos al cambio de la personalidad y a la solución de problemas de la vida diaria.
- La cuestión filosófica del libre albedrío o determinismo divide a los teóricos de la personalidad. Por último, está la cuestión de si la descripción, la predicción y el control son las únicas metas de la psicología de la personalidad o si la comprensión de la misma es, o debe ser por sí sola una meta principal.

Dado el carácter de este trabajo, me detendré brevemente en la perspectiva psicoanalítica de la personalidad.

Ésta tuvo su origen en los ensayos de Sigmund Freud. Un tema del psicoanálisis que dio lugar al término “psicodinámico” es la idea de que la personalidad es un conjunto de procesos que están en movimiento permanente; en ciertas ocasiones, estos procesos trabajan en armonía, en otras, lo hacen en oposición. Una implicación importante del carácter dinámico de la personalidad es la noción de que a veces las fuerzas se oponen cuando los procesos de la personalidad compiten por el control de la conducta.

El pensamiento psicoanalítico concede especial importancia al papel del inconsciente y la sexualidad en la determinación de la conducta

Carver et al. (1997) sintetizan el pensamiento freudiano señalando que el modelo topográfico de Freud sostiene que la mente tiene tres regiones, el consciente, el preconscious (donde se almacena la memoria común) y el inconsciente (la parte de la mente que no es accesible a la conciencia), que es el receptáculo de los materiales y deseos amenazadores o inaceptables. Freud también suponía un modelo estructural de la personalidad basado en la existencia de tres estructuras:

- el id o ello, que es la fuente de toda la energía psíquica, regido por el principio del placer (las necesidades tendrían que ser satisfechas de manera inmediata), se encuentra por completo en el inconsciente y utiliza el proceso primario de

pensamiento, que es primitivo, instintivo y no sigue el principio de realidad; - el yo, ego o self sigue el principio de realidad, opera en todas las regiones de la mente y trata de lograr que los impulsos del ello sean gratificados de manera realista y utiliza el proceso secundario de pensamiento; - el superyó, que contiene una representación de las reglas y leyes morales; tiene dos partes. El ideal del yo, que está compuesto por las normas de perfección moral, y la conciencia, que contiene la representación de todas las conductas que se consideran censurables.

Los impulsos del ello forman dos categorías: - los instintos de vida, eros, buscan la auto-preservación y el placer sexual, - los instintos de muerte, tanatos, son autodestructivos y originan agresión. En la agresión, la catarsis consiste en la liberación de un deseo agresivo, lo que reduce la tensión y disminuye la necesidad de agredir. Los impulsos pueden ser desplazados, dirigidos a un blanco diferente del que inicialmente se pretendía, pero también pueden ser sublimados, es decir, transformados en actos socialmente aceptables.

El desarrollo infantil procede por etapas psicosexuales y la personalidad adulta está influida por la forma en que son resueltas las crisis en cada etapa; en este sentido, las experiencias individuales ocurridas durante la infancia son de extrema importancia en el desarrollo de la personalidad.

1.2.- Trastorno General de Personalidad.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5a edición, DSM 5 (2013), un trastorno general de personalidad se caracteriza por los siguientes criterios:

A.- Un patrón persistente de comportamiento y experiencia interna que se desvía claramente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos, o más, de las siguientes áreas:

1.- Cognición, es decir, formas de percibir e interpretar el self, otras personas y eventos.

2.- Afectividad, es decir, el matiz, intensidad, labilidad y la adecuación de la respuesta emocional.

3.- Funcionamiento interpersonal.

4.- Control de impulsos.

B.- El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C.- El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, ocupacional u otras importantes del funcionamiento.

D.- El patrón es estable y de larga duración y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.

E.- El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F.- El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, abuso de drogas, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, traumatismo craneal).

Para el DSM-5 (2013) los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse y pensar acerca del entorno y de uno mismo, que se exhiben en un amplio rango de contextos sociales y personales. Sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y mal adaptativos y causan una disfunción significativa o malestar subjetivo, constituyen trastornos de personalidad y deben distinguirse de rasgos de personalidad que no alcanzan el umbral para un trastorno de personalidad.

El diagnóstico de trastorno de personalidad requiere una evaluación de los patrones de funcionamiento a largo plazo del individuo y las características de

personalidad particulares tienen que ser evidentes en la adultez temprana. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos deben también distinguirse de características que surgen en respuesta a estresores situacionales específicos o estados mentales transitorios; por ejemplo, trastornos bipolares, depresivos, intoxicación por sustancias.

De igual modo, de acuerdo al DSM 5, para los tres trastornos de personalidad que pueden estar relacionados a trastornos psicóticos, es decir, trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico, hay criterios de exclusión que señalan que el patrón de comportamiento no debe haber ocurrido exclusivamente durante el curso de algún trastorno psicótico. Cuando un individuo tiene un trastorno mental persistente, por ejemplo esquizofrenia, que fue precedido por un trastorno de personalidad, éste debería ser consignado también, con la anotación de “premorbido”.

El clínico debe evaluar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones; esta evaluación se puede complicar por el hecho de que las características que definen un trastorno de personalidad pueden no ser considerados problemáticos por el individuo; los rasgos son frecuentemente egosintónicos.

Las características de un trastorno de personalidad usualmente se vuelven reconocibles durante la adolescencia o vida adulta temprana. Algunos tipos, especialmente los trastornos de personalidad antisociales y límites, tienden a volverse menos evidentes o remiten con la edad, mientras que esto no parece ser cierto en otros tipos, por ejemplo, trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y esquizotípico.

La categoría de trastorno de personalidad se puede aplicar a niños o adolescentes en circunstancias relativamente inusuales en las que rasgos particulares de personalidad maladaptativos parecen ser prevalentes, persistentes y es poco probable que se limiten a una etapa de desarrollo particular o refieran a otro trastorno mental. Se debe reconocer que los rasgos del trastorno de

personalidad que aparecen en la infancia frecuentemente persistirán sin cambios en la vida adulta. Para que el trastorno de personalidad se diagnostique en un individuo menor de 18 años de edad las características deben haber estado presentes por al menos un año; la única excepción a esto es el trastorno de personalidad antisocial, el cual no se puede diagnosticar en individuos menores de 18 años de edad (DSM 5, 2013).

Aunque por definición, un trastorno de personalidad requiere un inicio de síntomas a más tardar en la adultez temprana, algunos individuos pueden no llamar la atención clínica hasta relativamente tarde en la vida. Los síntomas pueden exacerbarse después de la pérdida de una persona especialmente significativa, por ejemplo cónyuge, o situaciones sociales previamente estabilizantes, por ejemplo trabajo; sin embargo, el desarrollo de un cambio en la personalidad a media adultez o más tardío es merecedor de una evaluación exhaustiva para determinar la posible presencia de una condición médica o un trastorno de abuso de sustancias no reconocido anteriormente.

En el DSM 5 (2013), encontramos algunas consideraciones de gran importancia. Así, se señala que los juicios acerca del funcionamiento de la personalidad deben de tomar en cuenta el trasfondo étnico, cultural y social. Los trastornos de personalidad no deben confundirse con problemas asociados con aculturación después de una inmigración o con la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos o políticos profesos por la cultura de origen del individuo. Es útil para el clínico, especialmente cuando se evalúa a alguien en alguna de estas circunstancias, obtener información adicional de informantes familiarizados con los antecedentes socio-culturales de la persona.

En el mismo manual se señala que ciertos trastornos de personalidad, por ejemplo el trastorno antisocial, se diagnostican más frecuentemente en hombres; otros, por ejemplo el trastorno límite, histriónico y dependiente, se diagnostican más frecuentemente en mujeres. Aunque estas diferencias en prevalencia probablemente reflejen diferencias reales de género en la presencia de estos patrones, el clínico debe ser cuidadoso de no sobrediagnosticar o sub-

diagnosticar a causa de estereotipos sociales acerca de roles y comportamientos típicos de género.

1.3.- Trastorno Límite de Personalidad.

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno mental serio y complejo, caracterizado por un patrón dominante de dificultades de regulación emocional y de control de impulsos e inestabilidad, tanto en las relaciones interpersonales como en la autoimagen y deterioro funcional severo.

De acuerdo con el DSM 5 (2013), el trastorno límite de personalidad se encuentra dentro del Grupo B de los trastornos de personalidad y se define como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, una marcada impulsividad que comienza en la edad adulta temprana y se presenta en diversos contextos.

Este manual describe nueve criterios para hacer este diagnóstico, de los cuales el paciente debe cumplir al menos cinco:

1.- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (No incluir comportamientos suicidas o de auto-mutilación cubiertos en el criterio 5).

2.- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

3.- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo marcada y persistentemente inestable.

4.- Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas para sí mismo (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción imprudente, atracones de comida). (No incluir comportamientos de automutilación o suicidas cubiertos en el criterio 5).

5.- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de auto-mutilación.

6.- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y rara vez mas de unos pocos días.

7.- Sentimientos crónicos de vacío.

8.- Ira intensa o inapropiada o dificultad para controlar la ira (por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9.- Ideación paranoide transitoria, relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

El objetivo central y permanente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales ha sido ayudar al diagnóstico y evaluación de los trastornos psiquiátricos, sin realizar recomendaciones sobre tratamiento. Ha sufrido diversas modificaciones a través del tiempo. Así, por ejemplo, las primeras dos versiones tenían un enfoque más psicodinámico; el primer DSM, publicado en 1952, incluyó 106 trastornos mentales, el DSM 5 contiene 295 diagnósticos. En lo que se refiere específicamente al Trastorno Límite de Personalidad, mientras la definición del DSM-III no incluía la impulsividad como una característica esencial, ésta fue introducida en el DSM-IV y se mantiene en el actual DSM 5. El DSM-IV también incluyó ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves, criterios que se mantienen en el DSM 5. Otros criterios que han estado presentes desde la primera definición sistemática en el DSM-III son un patrón de relaciones personales inestables, inestabilidad afectiva, intolerancia a estar solo, autodaño y sentimientos crónicos de vacío.

Sin embargo, el cambio más importante que introduce el DSM 5 es la eliminación del sistema multiaxial: - Eje I.

Otro cambio sustancial, en lo concerniente a Trastornos de la Personalidad se refiere a que en su sección III, el DSM 5 ofrece un modelo alternativo para los trastornos de personalidad y amplía los criterios arriba señalados.

Así, menciona que los individuos con trastorno límite de personalidad realizan esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario (criterio 1). La percepción de separación o rechazo inminente o la pérdida de estructura externa pueden llevar a cambios profundos en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento; estos individuos son muy sensibles a circunstancias ambientales. Experimentan miedos intensos de abandono e ira inapropiada aun cuando son confrontados con una separación realista o cuando hay cambios de planes inevitables, por ejemplo, el anuncio del terapeuta de que la sesión ha finalizado, pánico o furia cuando alguien importante para ellos se retrasa sólo unos minutos o debe cancelar una cita. Estas personas pueden creer que este “abandono” implica que el otro es “malo”. Estos miedos al abandono se relacionan con una intolerancia a estar solos y una necesidad de tener a otras personas con ellos. Sus esfuerzos frenéticos para evitar el abandono pueden incluir acciones impulsivas como comportamientos de automutilación o suicidas, que se describen por separado en el criterio 5.

Los individuos con trastorno límite de personalidad tienen un patrón de relaciones inestables e intensas (criterio 2). Pueden idealizar a cuidadores potenciales o a amantes en el primer o segundo encuentro, exigir pasar mucho tiempo juntos y compartir los detalles más íntimos muy temprano en la relación; sin embargo, pueden cambiar rápidamente la idealización de otra persona a la devaluación de la misma, sintiendo que a la otra persona no le importa lo suficiente, no le da lo suficiente o no está ahí lo suficiente. Estos individuos pueden empatizar con otras personas y brindar cuidado y cariño, pero sólo con la expectativa de que la otra persona, en respuesta, va a “estar ahí” para satisfacer sus necesidades tal como ellos lo exigen. Tienen a cambios repentinos y dramáticos en su percepción de otros, quienes pueden ser vistos alternativamente como apoyos benefactores o cruelmente punitivos.

Puede haber una perturbación de identidad caracterizada por una autoimagen o sentido de sí mismo marcada y persistentemente inestable (criterio 3). Hay cambios dramáticos y repentinos en la autoimagen, caracterizados por cambios en metas, valores y aspiraciones vocacionales; también puede haber cambios repentinos en opiniones acerca de carrera, identidad sexual, valores y tipos de amigos. Estos individuos también pueden cambiar repentinamente del rol suplicante necesitado a vengador virtuoso de maltrato pasado. Aunque ellos en general tienen una autoimagen que se basa en ser malvado, individuos con este trastorno a veces pueden sentir que no existen; estas experiencias en general ocurren en situaciones en las cuales el individuo siente una carencia de una relación significativa, de cuidado, cariño y apoyo.

Los individuos con trastorno límite de la personalidad presentan impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente auto-dañinas (criterio 4). Pueden apostar, ganar dinero irresponsablemente, tener atracones de comida, abusar de sustancias, no practicar sexo seguro o manejar imprudentemente.

Las personas con este trastorno presentan comportamientos, actos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación (criterio 5). El suicidio completado ocurre en el 8% al 10% de las conductas suicidas y los actos de automutilación, por ejemplo cortarse o quemarse, amenazas e intentos suicidas son muy comunes. Las tendencias suicidas recurrentes son frecuentemente la razón por la cual estos individuos buscan ayuda. Los actos autodestructivos usualmente son desencadenados por amenazas de separación o rechazo o por expectativas incrementadas. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y frecuentemente traen alivio al reafirmar la habilidad de sentir o al externalizar el sentirse malvado.

Los individuos con trastorno límite de personalidad pueden presentar inestabilidad afectiva a causa de una reactividad emocional marcada, por ejemplo, disforia intensa episódica, irritabilidad o ansiedad que duran normalmente unas cuantas horas y rara vez más de unos cuantos días (criterio 6). El humor disfórico básico de aquellos con trastorno límite es frecuentemente interrumpido por períodos de

enojo, pánico o desesperanza y rara vez son seguidos por períodos de bienestar o satisfacción; estos episodios pueden reflejar la reactividad extrema del individuo a estresores interpersonales.

Los individuos con trastorno límite pueden sufrir de sentimientos crónicos de vacío (criterio 7). Fácilmente se aburren y pueden buscar constantemente algo que hacer.

Frecuentemente expresan enojo intenso e inapropiado y/o tienen dificultades para controlarlo (criterio 8). Pueden expresar sarcasmo extremo, amargura duradera o arrebatos verbales. La ira es frecuentemente suscitada cuando un cuidador o amante es percibido como negligente, indiferente o abandonador; estas expresiones de enojo son seguidas frecuentemente por vergüenza o culpa y contribuyen al sentimiento de haber sido malvados.

Durante períodos de estrés extremo puede ocurrir ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos, por ejemplo, despersonalización (criterio 9), pero estos síntomas son, en general, de insuficiente gravedad o duración para merecer un diagnóstico adicional. Estos episodios ocurren con mayor frecuencia en respuesta a abandono real o imaginario; los síntomas tienden a ser transitorios, durando minutos u horas: el regreso percibido o real del cuidador puede resultar en la remisión de los síntomas.

En el DSM 5 (2013) también se mencionan algunas características que apoyan el diagnóstico. En este sentido se describe que los individuos con trastorno límite de la personalidad pueden tener un patrón de sabotearse a sí mismos cuando están a punto de lograr una meta, por ejemplo, salirse de la escuela justo antes de la graduación, regresión severa después de una discusión acerca de lo bien que va la terapia, destruir una buena relación justo cuando es claro que la relación podría durar. También menciona que algunos individuos desarrollan síntomas parecidos a psicóticos, por ejemplo, alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, fenómenos hipnagógicos, durante tiempos de estrés.

También pueden sentirse más seguros con objetos transicionales que en relaciones interpersonales. La muerte prematura a causa de suicidio puede ocurrir en individuos con este trastorno, especialmente en aquellos con comorbilidad con trastorno depresivo o uso de sustancias.

La presencia de desventajas físicas puede ser producto de comportamientos abusivos auto-inflingidos o intentos de suicidio fallidos. También son comunes las pérdidas de trabajo recurrentes, educación interrumpida, separación o divorcio (Skodol et al. 2002).

El abuso físico y sexual, negligencia, pérdidas parentales a edades tempranas son más comunes en las historias de la infancia de aquellos con trastorno límite.

Es frecuente la comorbilidad con trastorno depresivo o bipolar, trastornos por uso de sustancias, trastornos de la alimentación, trastorno por estrés post-traumático, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y con otros trastornos de personalidad. Al respecto, Zanarini, Frankenburg, Reich, Marino, Haynes y Gunderson (1999) encontraron que el trastorno límite de personalidad puede ser caracterizado por un patrón que ella designó como “comorbilidad compleja” caracterizado por múltiples diagnósticos comórbidos que incluyen tanto trastornos externalizados como internalizados

De acuerdo con el DSM 5 (2013) la prevalencia poblacional media del trastorno límite de personalidad se estima que es de 1.6%, pero puede ser tan alta como un 5.9%.

La prevalencia en atención primaria es del 6% aproximadamente y del 10% en individuos que reciben atención en clínicas de salud mental de consulta externa y del 20% entre pacientes psiquiátricos hospitalizados.

El trastorno límite de personalidad es diagnosticado predominantemente en mujeres; aproximadamente 75% de los pacientes diagnosticados son del género femenino. Estos datos de prevalencia han sido confirmados en estudios longitudinales como los de Lenzenweger, Loranger, Korfine y Neff (1997),

Torgersen, Kringlen y Cramer (2001) y Zimmerman, Rothschild y Chelminski (2005).

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad son notoriamente difíciles de tratar. Este desorden se caracteriza por elevadas tasas y caótica utilización de servicios médicos y psiquiátricos, repetidos patrones de deserción, asistencia errática a psicoterapia, rechazo a tomar el tratamiento farmacológico como se ha prescrito y una conducta de incumplimiento generalizada (Gunderson, Frank, Ronningstam, Wachter, Lynch y Wolf, 1989; Skodal, Buckley y Charles, 1983); por ello, se lo considera un desorden debilitante y potencialmente mortal que representa un serio desafío clínico y en salud pública.

Cabe mencionar el lugar que ocupa el Trastorno Límite para la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10, 1992). Esta clasificación utiliza el capítulo V (F) para referirse a los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

De hecho, no considera específicamente el Trastorno Límite; lo señala como un sub-tipo del Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (F 60.3).

En el CIE 10 se señala que el término “trastorno” se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como “enfermedad” o “padecimiento”. Aclara que aunque “trastorno” no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.

En cuanto al trastorno de Inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3) se describe como un trastorno en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados

en sus actos impulsivos: Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales:

- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo: Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante la crítica de terceros.
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite: Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos auto-agresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

1.4.- Características Estructurales de la Organización Límite de la Personalidad.

El concepto psicoanalítico de estructura mental fue formulado primeramente por Freud en 1923 y se refiere a la división de la psique en yo, superyó y ello (id). Dentro de la psicología psicoanalítica del yo, el análisis estructural se refiere al punto de vista de que el yo puede ser conceptualizado como. 1.- estructuras lentamente cambiantes o configuraciones que determinan la canalización de los procesos mentales, 2.- los procesos o funciones mentales en sí y 3.- los umbrales de activación de estas funciones y configuraciones. Las estructuras, según este concepto, son configuraciones relativamente estables de los procesos mentales; superyó, yo e id son estructuras que dinámicamente integran subestructuras, como las configuraciones cognoscitivas y defensivas del yo.

Kernberg (1999) ha utilizado el término “análisis estructural” para describir la relación entre las derivaciones estructurales de las relaciones objetales interiorizadas y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental.

El análisis estructural también se refiere al análisis de la organización permanente del contenido de conflictos inconscientes, particularmente el complejo de Edipo, como un rasgo organizacional de la mente con una historia de desarrollo, que está dinámicamente organizado en el sentido de que es más que la suma de sus partes, e incorpora experiencias tempranas y organizaciones del impulso en fases específicas a una nueva organización.

Kernberg (1999) ha propuesto la existencia de tres organizaciones estructurales amplias correspondientes a la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. En cada caso la organización estructural desarrolla la función de estabilizar el aparato mental, mediando entre los factores etiológicos y las manifestaciones conductuales directas de la enfermedad. Sin considerar los factores genéticos, de constitución, bioquímicos, familiares, psicodinámicos o psicosociales que contribuyen a la etiología de la enfermedad, los efectos de todos ellos se reflejan, con el tiempo, en la estructura psíquica del individuo, la cual se vuelve la matriz subyacente de la que se desarrollan los síntomas de la conducta.

Estos tipos de organización neurótica, límite y psicótica se reflejan en las características predominantes del paciente, particularmente respecto a: 1.- su grado de integración de la identidad, 2.- los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea y 3.- su capacidad para la prueba de realidad.

Este mismo autor propone que la estructura de la personalidad neurótica implica una identidad integrada, una organización defensiva que se centra en la represión y otras operaciones defensivas avanzadas o de alto nivel. Las estructuras límite y psicótica se encuentran en pacientes que muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión. La prueba de realidad está gravemente deteriorada en la organización psicótica. Criterios estructurales adicionales útiles para diferenciar la organización límite de

la personalidad de las neurosis, incluyen la presencia o ausencia de manifestaciones no específicas de debilidad del yo, particularmente tolerancia a la ansiedad, control de impulsos, la capacidad de sublimación y la presencia o ausencia del proceso de pensamiento primario en la situación clínica.

Para Kernberg (1999), los elementos etiológicos básicos del trastorno límite de personalidad resultan de la interacción entre factores constitucionales y ambientales que derivan en una estructura u organización de personalidad caracterizada por una perturbación de la identidad, uso de mecanismos de defensa inmaduros o de bajo nivel y déficits en la prueba de realidad social, aunque generalmente se mantiene la prueba perceptual de la realidad. Con respecto a la interacción entre constitución biológica y ambiente, los pacientes con este trastorno tienen dificultad en la integración de representaciones dispares de sí mismo y de los otros, en parte debido a que emociones negativas, particularmente agresión, perturban su capacidad para integrar estas representaciones parciales. Emociones fuertes no metabolizadas o no procesadas tienen la capacidad de abrumar las representaciones positivas. Kernberg (1999), también ha hipotetizado que los individuos, por lo tanto, pueden estar motivados para mantener estas representaciones separadas o escindidas en un esfuerzo para proteger las representaciones positivas de sí mismos y de otros. Estos altos niveles de emociones negativas y agresión pueden ser constitucionales, generados a través de la experiencia o una combinación de los dos. Independientemente de su origen, altos niveles de agresión interfieren con el proceso de desarrollo normal relativo a la integración de representaciones dispares, resultando en una división entre representaciones positivas y negativas

Los síntomas y rasgos patológicos del carácter del paciente no son criterios estructurales, pero sí guían la atención del clínico hacia los criterios estructurales de la organización límite de la personalidad; de modo similar, la presencia de presuntos síntomas de naturaleza psicótica que no parecen justificar o corresponder a un diagnóstico bien definido de un trastorno afectivo importante, esquizofrenia o un síndrome cerebral orgánico agudo o crónico, podrían sugerir al

clínico la presencia de criterios estructurales para una organización límite de la personalidad. Los síntomas descriptivos de los pacientes límite son similares a los presentados en las neurosis sintomáticas ordinarias y de patología del carácter, pero la combinación de ciertos rasgos es peculiar en los casos límite (Levy, Clarkin, Yeomans, Scott, Wasserman y Kernberg, 2006).

Para Kernberg (1999), los siguientes síntomas son particularmente importantes en la estructura límite de personalidad:

1.- *Ansiedad*: Los pacientes límite presentan ansiedad crónica, difusa, libre y flotante.

2.- *Neurosis polisintomática*: Muchos pacientes presentan varios síntomas neuróticos, pero para este diagnóstico sólo se consideran aquellos que tienden a presentar dos o más de los siguientes:

a. Fobias múltiples, en especial aquellas que imponen restricciones graves a la vida diaria del paciente.

b. Síntomas obsesivo-compulsivos que han adquirido sintonicidad secundaria del yo y por lo tanto una calidad de pensamiento y acción “sobreevaluados”.

c. Síntomas múltiples de conversión, elaborados o raros, especialmente si son crónicos.

d. Reacciones disociativas, en especial “estados de ensoñación” histéricos o fugas y amnesia acompañada de trastornos de conciencia.

e. Hipocondriasis.

f. Tendencias paranoides.

3.- *Tendencias sexuales perversas polimorfas*: Pacientes que presentan una desviación sexual manifiesta dentro de la cual coexisten varias tendencias perversas. En tanto más caóticas y múltiples las fantasías y acciones perversas y más inestables las relaciones objetales conectadas con estas interacciones, tanto

más debiera considerarse la presencia de una organización límite de la personalidad.

4.- *Estructuras de personalidad prepsicótica “clásicas”*: Incluyen:

- a. Personalidad paranoide,
- b. Personalidad esquizoide,
- c. Personalidad hipomaníaca y personalidad ciclotímica con fuertes tendencias hipomaníacas

5.- *Neurosis y adicciones por impulso*: Hace referencia a la erupción repetitiva crónica de un impulso que gratifica necesidades instintivas; egosintónica y muy agradable durante el episodio mismo, egodistónica entre impulsos.

El síndrome de difusión de identidad. Clínicamente, la difusión de identidad se representa por un concepto pobremente integrado del sí mismo y de otros significantes. Se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico, auto-percepciones contradictorias, conducta contradictoria que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa y percepciones huecas, superficiales y empobrecidas de los demás.

Para Levy et al (2006) la difusión de identidad implica una falta de habilidad meta-social-cognitiva para observar, reflejar y describir estados emocionales, predecir y entender conductas, reconocer la diferencia entre la realidad interna y externa y la capacidad de reconciliar pensamientos o estados mentales opuestos.

Fonagy y Target (1996) denominan a este fenómeno déficit o inhibición de la mentalización y sugieren que existe un proceso similar en los padres de estos pacientes en el cual los primeros fallan en la comprensión de los estados mentales y emocionales del niño; debido a ello, este último experimenta dificultades para pensar acerca de su mente o la de otros, participando, más bien, de la mente de su cuidador.

Fonagy et al. (1996) sostienen que el niño experimenta las proyecciones de su cuidador como un “alien self” o un self extraño lo que en palabras de Winnicott se

denomina falso self, que lleva al niño a sentirse desconectado de su verdadero mundo interno y a necesitar proyectar este self extraño en otros.

De acuerdo con Kernberg (1999), las siguientes suposiciones subyacen bajo esta falta de integración existente en la difusión de identidad:

1. En la organización límite de la personalidad hay suficiente diferenciación de las representaciones del sí mismo y de las representaciones de objetos para permitir el mantenimiento de las fronteras del yo. En las estructuras psicóticas, en contraste, existe una falta de diferenciación entre las representaciones de sí mismo y de los objetos,
2. En contraste con las estructuras neuróticas en donde todas las imágenes del sí mismo han sido integradas en un sí mismo comprensivo y donde las imágenes “buenas” y “malas” de los otros pueden integrarse en conceptos comprensivos de los demás, en la organización límite de la personalidad dicha integración falla y tanto las representaciones del sí mismo como de los objetos permanecen como representaciones afectivo-cognoscitivas de sí mismo y de los otros múltiples y contradictorias.
3. Esta falta de integración de los aspectos “bueno” y “malo” de la realidad del sí mismo y de los demás se debe, presumiblemente, a la predominancia de una agresión grave temprana activada en estos pacientes.

Un tema estructural íntimamente conectado tiene que ver con la calidad de las relaciones objetales: la estabilidad y profundidad de las relaciones del paciente se manifiestan por la calidez, dedicación, interés y tacto; otros aspectos cualitativos son la empatía, entendimiento y la capacidad para mantener una relación cuando es invadida por el conflicto y la frustración. La calidad de las relaciones objetales es en gran parte dependiente de la integración de la identidad, lo cual incluye no sólo el grado de integración sino también la continuidad temporal del concepto del paciente sobre sí mismo y los demás. En la organización límite de la personalidad la continuidad temporal se pierde; tales pacientes tienen poca capacidad para una evaluación realista de los demás. Las relaciones a largo plazo con los demás se caracterizan por una percepción crecientemente distorsionada de las mismas.

Mecanismos de defensa primitivos. Como ya se mencionó, la diferencia entre estructura neurótica, límite y psicótica de la personalidad es la naturaleza de la organización defensiva. De acuerdo a Kernberg (1999) en la estructura neurótica, la organización defensiva se centra en la represión y mecanismos relacionados de alto nivel como la formación reactiva, aislamiento, anulación, intelectualización y racionalización que protegen al yo de los conflictos intrapsíquicos por medio del rechazo, desde el yo consciente, de una derivación del impulso, de su representación ideacional o de ambas.

El mecanismo de disociación primitiva o escisión y los mecanismos asociados de idealización primitiva, tipos primitivos de proyección (particularmente identificación proyectiva), negación, omnipotencia y devaluación protegen al paciente límite del conflicto intrapsíquico, pero al costo de debilitar el funcionamiento de su yo, reduciendo su efectividad adaptativa y flexibilidad; mantienen activamente aparte las experiencias contradictorias del sí mismo y de los demás significantes.

Estas mismas operaciones defensivas primitivas cuando se encuentran en la organización psicótica protegen al paciente de mayor desintegración de los límites entre el sí mismo y el objeto.

Escisión: Probablemente la manifestación más clara de la escisión es la división de los objetos externos en “completamente buenos” y “completamente malos” con posibilidad concomitante de cambios completos, abruptos de un objeto, desde un comportamiento extremo al otro, o sea, virajes repentinos y completos de todos los sentimientos y conceptualizaciones sobre una persona particular. La oscilación repetitiva extrema entre conceptos contradictorios del sí mismo es otra manifestación del mecanismo de escisión.

En la entrevista diagnóstica, los cambios repentinos en la percepción del entrevistador, en la del paciente de sí mismo o una separación completa de reacciones contradictorias al mismo tema, pueden reflejar mecanismos de escisión en la interacción del aquí y ahora. También es indicativo de este mecanismo un

aumento de ansiedad en el paciente cuando se le señalan aspectos contradictorios de su autoimagen o de sus representaciones objetales.

Idealización primitiva: Este mecanismo complica la tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos o totalmente malos al aumentar artificial y patológicamente su cualidad de “bondad” o “maldad”. La idealización primitiva crea imágenes no realistas, poderosas y completamente buenas. Ello puede reflejarse en la interacción con el entrevistador durante la entrevista estructural al tratarlo como una figura ideal, omnipotente o endiosada, de quien el paciente depende en forma no realista.

Formas tempranas de proyección, especialmente identificación proyectiva: En contraste con los altos niveles de proyección caracterizados por la atribución al otro, por parte del paciente, de un impulso que él ha reprimido en sí mismo, las formas primitivas de proyección, particularmente 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. En la entrevista diagnóstica el paciente puede acusar al entrevistador de una cierta reacción hacia él, una reacción que el paciente está tratando de inducir en el entrevistador por medio de su propio comportamiento. La interpretación de esta operación defensiva en el aquí y ahora a menudo permite en forma dramática la diferenciación de una personalidad paranoide (una constelación de personalidad límite típica) de una esquizofrenia paranoide.

Negación: La negación en los pacientes límite se ejemplifica en forma típica con la negación de dos áreas de conciencia emocionalmente independientes; de este modo, aquí la negación sólo refuerza la escisión. El paciente se da cuenta de que sus percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí mismo u otras personas

en un momento u otros son opuestos por completo a los que él había tenido otras veces, pero su memoria no tiene relevancia emocional u no puede influir en la forma que siente ahora. La negación puede manifestarse como una completa falta de interés o reacción emocional respecto a una necesidad, conflicto o peligro inmediatos, serios y presionantes en la vida del paciente, de modo que éste canalice calmadamente su conciencia cognoscitiva de la situación en tanto niega sus implicaciones emocionales; o un área entera de la conciencia subjetiva del paciente puede cerrarse a su experiencia subjetiva, protegiéndolo, así, de un área de conflicto potencial. La negación también puede hacerse evidente en la discusión del paciente de su vida presente y en la contradicción entre su situación de vida y su reacción a ella en la entrevista diagnóstica.

Omnipotencia y devaluación: Ambas son derivaciones de operaciones de escisión que afectan las representaciones del sí mismo y de los objetos y se representan en forma típica por la activación de estados del yo que reflejan un sí mismo grandioso en relación con una representación de los demás despreciada y emocionalmente degradante. Las personalidades narcisistas, un su bgrupo especial de organización límite de la personalidad, presentan estas operaciones defensivas en forma impactante en las descripciones del paciente de los demás significantes y sus interacciones con ellos.

Prueba de realidad. 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 realísimamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en términos de las normas sociales ordinarias.

Clínicamente la prueba de realidad se reconoce por la ausencia de alucinaciones y delirios, ausencia de un afecto, emoción, contenido de pensamiento o conducta fuertemente inapropiados o bizarros y la capacidad para empatizar y clarificar las observaciones de otras personas en el contexto de las interacciones sociales ordinarias. La prueba de realidad necesita diferenciarse de las alteraciones en la experiencia subjetiva de la realidad que pueden estar presentes, en algún

momento, en cualquier paciente con una pena psicológica. Por sí misma, tiene un valor diagnóstico sólo en formas muy extremas.

Falta de integración del superyó. Un superyó relativamente bien integrado aunque muy severo, caracteriza los tipos neuróticos de organización de la personalidad. 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 al que el paciente se identifica con valores éticos y tiene a la culpa normal como un regulador principal. El grado al que la persona es capaz de regular su funcionamiento según los principios éticos, abstenerse de la explotación, manipulación o maltrato a los o indica integración del superyó.

En cuanto a diagnóstico, este criterio es menos confiable que los anteriormente descritos.

Aun los pacientes que emplean defensas predominantemente primitivas pueden dar evidencia de integración del superyó, aunque pueda ser sádica por naturaleza, y 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.

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. De hecho, la calidad de las relaciones objetales y del funcionamiento del superyó son probablemente los dos criterios pronósticos más importantes que se desprenden de un análisis estructural (Kernberg, 1999).

El Cuadro 1 resume la diferenciación de la organización de la personalidad en términos de los tres criterios estructurales de integración de la identidad, operaciones defensivas y prueba de realidad.

Cuadro1

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

Criterios estructurales para la diferenciación de la organización de la personalidad.

(Kernberg, 1999).

.El enfoque estructural del diagnóstico diferencial de la organización límite de la personalidad subraya la importancia de diagnosticar al paciente como un individuo total y evaluar su vida interna de relaciones objetales en términos de su concepto de sí mismo y de los otros significantes. De manera paradójica, este enfoque dinámico basado en la teoría de las relaciones objetales, que parece contrario a una forma más descriptiva de diagnóstico basado en los síntomas y la conducta, enriquece el diagnóstico descriptivo. (Kernberg, 1999).

1.5.- Diagnósticos Diferenciales.

Clínicamente se puede observar que alrededor del 50% de los pacientes que ingresan a una unidad hospitalaria con el diagnóstico de Trastorno Bipolar o Depresión Mayor presentan más bien un severo desorden de personalidad, con organización límite (Kernberg y Yeomans, 2013).

Trastorno Bipolar. El error más frecuente consiste en confundir la inestabilidad emocional crónica y las tormentas emocionales de los pacientes con trastorno límite con verdaderas conductas maníacas o hipomaníacas (Kernberg et al., 2013). En el caso de las conductas maníacas la diferenciación puede ser fácil ya que hay una clara pérdida de juicio de realidad. La presencia de alucinaciones y/o ilusiones o de conductas socialmente inapropiadas generalmente conduce a la intervención de otros para controlar al paciente; por lo tanto, la confusión entre enfermedad bipolar y trastorno límite de la personalidad debería reducirse a los casos de conductas hipomaníacas utilizadas como la base para hacer un diagnóstico de Trastorno Bipolar II. Para determinar la presencia o ausencia de trastorno límite de la personalidad en estos casos resulta útil evaluar la naturaleza general de las relaciones interpersonales del paciente con otros significativos para él. Los casos de sintomatología bipolar pura no muestran patología severa en las relaciones objetales durante los períodos de funcionamiento normal e incluso los pacientes bipolares crónicos que sufren tanto de episodios maníacos como episodios de depresión mayor mantienen la capacidad para relacionarse estable y

profundamente con otros, y la apropiada capacidad para evaluarse y evaluar a otras personas significativas en sus vidas (Stone, 2006). En contraste, en desórdenes severos de personalidad, con marcada difusión de identidad, hay una marcada incapacidad para evaluar a otros en profundidad, una falta de integración del concepto del yo, con severas y crónicas discrepancias en la evaluación de sí mismo y los otros, conflictos interpersonales crónicos, junto a una dificultad para mantener compromisos laborales y profesionales estables.

Sin embargo, alrededor del 19% de los pacientes con trastorno límite pueden presentar comorbilidad con trastorno bipolar y entonces el paciente muestra tanto inestabilidad afectiva severa y crónica como claros episodios maníacos o hipomaníacos (Gunderson, Weinberg, Daversa, Kueppenbender, Zanarini y Shea, 2006).

La implicación terapéutica para esta diferenciación reside en que en el caso de pacientes bipolares son esenciales las indicaciones de tratamiento farmacológico con un estabilizador del ánimo, en contraste con los requerimientos de intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas en el caso de trastorno límite de la personalidad (American Psychiatric Association APA, 2001).

Depresión Mayor. El diagnóstico de un episodio de depresión concreto en términos de si se trata de un síndrome depresivo o de una reacción distímica crónica correspondiente a una predisposición caractereológica en un trastorno límite de personalidad, requiere de más tiempo; es más difícil que la evaluación relativa a si el paciente presenta o no un episodio maníaco o hipomaníaco. La diferenciación entre una depresión caractereológica y una depresión mayor requiere el análisis de cuatro áreas principales (Kernberg et al., 2013).

Síntomas psíquicos: en la depresión mayor hay un significativo enlentecimiento de los procesos de pensamiento y de las conductas psicomotoras, una severa depresión del humor que varía entre profunda tristeza y total incapacidad de vivencias subjetivas de los afectos. Típicamente, los procesos de pensamiento son severamente auto-degradantes y auto acusatorios, más que enfocados en acusar

y culpar a otros. La combinación de enlentecimiento crónico en la conducta, baja en el estado de ánimo y auto-devaluación en períodos que van desde semanas a varios meses, junto con consistentes fluctuaciones diarias de los síntomas - el paciente se siente peor en las mañanas y el estado de ánimo gradualmente mejora en el curso de la tarde - en un ciclo diario repetitivo durante semanas, caracteriza a un episodio depresivo mayor típico. Por el contrario, en el caso de trastorno límite de la personalidad, con reacciones distímicas basadas en lo caractereológico, los pacientes responden con acusaciones y rabia hacia otros, con un afecto que parece mas de enojo que de de presión. Las reacciones depresivas en trastornos de la personalidad generalmente son menos severas y de aparición y duración irregular; pueden cambiar abruptamente de un día a otro, incluso en horas y están claramente influidas, en sentido positivo y negativo, por el ambiente social inmediato del paciente (Kernberg et al., 2013).

Estructura de personalidad que precede el inicio del episodio depresivo: Los pacientes con trastorno límite de la personalidad son propenso a se veras reacciones distímicas caracterizadas por frecuentes días con síntomas de depresión, pero sin alcanzar la intensidad, consistencia y duración de un episodio depresivo mayor. En estos casos se advierte una historia de episodios depresivos menores crónicos o reacciones distímicas que se han extendido por muchos años; hay pacientes que reportan haber estado deprimidos toda su vida. Sin embargo, alrededor del 30% de pacientes con depresión mayor pueden tornarse crónicos, con una depresión refractaria que persiste a lo largo de muchos años, con una notable falta de respuesta a cualquier intervención farmacológica (Rush, Trivedi, Wisniewski, Nierernberg, Stewart, y Warden, 2006).

Síntomas neurovegetativos: Insomnio severo, particularmente despertares antes de la hora usual, pérdida de apetito con severa disminución de peso, pérdida del deseo sexual, constipación crónica severa (aun considerando que éste puede ser un efecto secundario del uso de antidepresivos), elevada sensibilidad a las bajas temperaturas y, en casos severos una expresión facial como de “máscara” son marcadores de depresión mayor. Incluso, pacientes con predisposición genética a

desórdenes afectivos pueden mostrar síntomas neurovegetativos bajo condiciones de una depresión relativamente ligera.

Disparadores ambientales precedentes del episodio depresivo: En las distimias crónicas de origen caractereológico condiciones ambientales considerablemente menores a las que el paciente presta una desproporcionada atención por su valor simbólico, pueden disparar reacciones depresivas. En la depresión mayor, en cambio, no se observa una relación directa entre la enfermedad y disparadores ambientales, aunque puede ocurrir la combinación de una fuerte disposición genética y eventos ambientales.

Hay pacientes que presentan una depresión doble, esto es, un episodio agudo de depresión mayor en el contexto de una depresión caractereológica crónica. Estos casos requieren primero del abordaje de la depresión mayor a través de un tratamiento farmacológico y, posteriormente, la elaboración de un plan de tratamiento psicodinámico para el desorden caractereológico (Kernberg et al., 2013)

Trastorno por Estrés Post Traumático. Herman en 1992 (en Kernberg et al., 2013) señaló que en la década de los 90 existía un movimiento que planteaba que el trastorno límite de la personalidad no tenía identidad propia sino que era una forma malentendida de trastorno por estrés post-traumático; sin embargo, al revisar la literatura se encuentra que sólo una tercera parte de la población diagnosticada con trastorno límite tiene una historia de abuso severo y persistente y sólo el 20% de los individuos con una historia de abuso severo presentan psicopatología severa en la edad adulta. La potencial confusión entre trastorno límite y trastorno por estrés post traumático deriva de que experiencias traumáticas y traumatización repetitiva, que puede ser sexual, física o psicológica, particularmente en la infancia temprana, constituyen un factor etiológico importante para el desarrollo de desórdenes severos de personalidad, particularmente trastorno límite (Kernberg et al., 2013).

Los síntomas más típicos del trastorno por estrés post traumático surgen durante los primeros seis meses después del evento traumático y pueden durar dos o tres años. Estos síntomas incluyen insomnio, irritabilidad, explosiones de ira, dificultades de concentración, hipervigilancia, reacciones de sobresalto exageradas e intensas re-evocaciones del trauma en forma de pesadillas, “flashbacks” y recuerdos repetitivos del trauma; el desarrollo de síntomas posteriores, muchos años después del trauma, con síntomas tales como síntomas somáticos, síntomas disociativos, labilidad emocional, impulsividad, conductas autodestructivas y, particularmente, dificultades interpersonales crónicas con manifestaciones de inmadurez emocional, son síntomas de un trastorno de personalidad estructurado que puede derivar tanto del trauma como de una combinación entre disposición biológica y experiencias traumáticas.

Desde un punto de vista psicoterapéutico, el tratamiento del trastorno por estrés post traumático requiere un enfoque que facilite la re-evocación controlada y el trabajo con la experiencia traumática en el contexto de una relación terapéutica segura. En contraste, cuando las experiencias traumáticas son el origen de trastornos de personalidad, los conflictos inconscientes desencadenados por el trauma generalmente toman la forma de una identificación inconsciente con la relación traumática, esto es, tanto con la víctima como con el perpetrador del trauma. En la psicoterapia focalizada en la transferencia se requiere ayudar a los pacientes a adquirir advertencia de esta doble identificación y resolverla en el curso del análisis transferencial (Koenigsberg, Kernberg, Stone, Appelbaum, Yeomans y Diamond, 2000).

Desorden Narcisista de la Personalidad. Se trata del último diagnóstico diferencial de importancia. En contraste con los pacientes límite que presentan diferentes aspectos de su mundo interno de un momento a otro, los pacientes narcisistas enmascaran la fragmentación y debilidad de su identidad bajo un yo grandioso, brillante y frágil que presentan al mundo y a sí mismos. Los pacientes con un desorden narcisista severo pueden presentar síntomas similares a los de los pacientes límite: Impulsividad general, caos severo en su relación con otros

significativos, fracaso severo en su capacidad para trabajar y sostener intimidad emocional y conductas parasuicidas y automutilatorias. Adicionalmente, estos pacientes son propensos a conductas antisociales por lo que también requieren de la evaluación diagnóstica diferencial entre diferentes tipos de patología narcisista y diferentes niveles de rasgos antisociales.

Las características diferenciales más importantes son, en primer lugar, la dificultad en aceptar cualquier relación de dependencia, la severa indiferencia en las relaciones con otros significativos excepto cuando se trata de relaciones parasitarias o de explotación en los pacientes narcisistas, lo que contrasta con las relaciones altamente ambivalentes y dependientes de los pacientes con trastorno límite. Segundo, los pacientes narcisistas muestran, por un lado, fluctuaciones extremas entre severos sentimientos de inferioridad y fracaso, con las correspondientes reacciones depresivas, y, por el otro, excesivos sentimientos de superioridad y grandiosidad que muestran en sus conductas de desprecio y rechazo hacia otros, incluyendo al terapeuta. Los pacientes límite pueden alternar sus relaciones entre dependencia e idealización, por un lado, y rechazo y enojo por el otro, pero no muestran las actitudes crónicamente despreciativas y rechazantes de los pacientes narcisistas. Tercero, y como consecuencia de las características mencionadas, los pacientes más severamente narcisistas están socialmente aislados, incluso si externamente son parte de una intensa red social; pierden a sus amigos y no mantienen sus relaciones por mucho tiempo. Esta objetiva soledad contrasta con las relaciones complicadas, contradictorias y enredadas de los pacientes límite.

Las conductas antisociales pueden constituir síntomas que compliquen el desorden límite, pero, incluso pueden ser más centrales en los niveles más bajos de los desórdenes narcisistas de personalidad; se trata siempre de un factor pronóstico negativo. Esto es particularmente cierto en el caso del síndrome de narcisismo maligno, la forma más severa de personalidad narcisista que se caracteriza por una agresividad ego-sintónica, paranoia y rasgos antisociales.

Se requiere considerar este importante diagnóstico diferencial en todos los pacientes que presentan conductas antisociales crónicas dentro del espectro de los trastornos de personalidad (Kernberg et al., 2013)

CAPÍTULO DOS

PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA

Actualmente muchos autores (Bateman y Fonagy, 2005; Clarkin et al., 2006; Linehan, 2003, Kernerg et al., 1995) han abandonado la idea relativa a que el tratamiento para pacientes límite debe ser básicamente de apoyo y sin esperar que estos pacientes sean capaces de funcionar en forma autónoma. Se han propuesto diversos enfoques de tratamientos psicodinámicos cuyos principios generales, de acuerdo a Waldinger (1987), son los siguientes:

- énfasis en la estabilidad del marco de tratamiento,
- un aumento en el nivel de la participación del terapeuta durante las sesiones, en comparación con la terapia para pacientes neuróticos,
- tolerancia hacia la hostilidad de los pacientes manifestada en la transferencia negativa,
- énfasis en desalentar las conductas auto-destructivas a través de clarificación y confrontación, en un esfuerzo para volverlas ego-distónicas y no gratificantes,
- uso de la interpretación para ayudar al paciente a establecer puentes entre sus acciones y sus sentimientos,
- bloqueo de las conductas de actuación de los impulsos estableciendo límites a las acciones que ponen en peligro al paciente,
- enfoque del trabajo terapéutico inicial en el aquí y ahora más que en material genético,
- monitoreo cuidadoso de los sentimientos contratransferenciales.

En concordancia con las tendencias actuales en el campo del tratamiento de los desórdenes mentales, se han desarrollado principalmente tres manuales para tratamientos psicodinámicos a largo plazo para pacientes con trastorno límite. El primer tratamiento psicodinámico manualizado fue desarrollado por Luborsky

(1984) y se trata de un tratamiento expresivo y de apoyo donde la meta del tratamiento fue modificar los temas focales relativos a relaciones conflictivas centrales en las quejas de los pacientes.

Los otros dos tratamientos psicodinámicos manualizados son la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y el Tratamiento Basado en Mentalización desarrollado por Bateman et al. (2005). De acuerdo a estos autores, el objetivo de su tratamiento es ayudar al paciente a establecer un sentido más fuerte del self para que pueda desarrollar relaciones interpersonales más seguras. Se requiere de terapia individual y de grupo, las intervenciones requieren un foco, la expresión emocional debe promoverse dentro de un rango normal y se debe crear coherencia dentro de las narraciones personales del paciente. Más que nada, los pacientes tienen que desarrollar la capacidad de mentalizar, para tener un intermediario entre los sentimientos y la acción; los impulsos deben ser contenidos antes de que rebasen al paciente y las motivaciones de sí mismo y de los demás deben ser monitoreadas y entendidas. La mentalización es el proceso mental explícito e implícito con el que un individuo interpreta las acciones propias y de los otros en base a estados mentales intencionales tales como deseos, necesidades, sentimientos, creencias y razones personales; de esta manera, el centro del tratamiento se coloca en los procesos mentales del propio paciente y en lo que éste piensa que son los procesos mentales del terapeuta, en vez de en los contenidos del pensamiento. Los autores señalan que las fallas en la responsabilidad parental causan un fracaso en la habilidad para mentalizar y un sentido del self inestable e incoherente. La inhabilidad para mentalizar y la consecuente incoherencia del self se reflejan en la percepción inconsistente e imprecisa que el paciente límite tiene sobre sí mismo y sobre los demás y en su inconsistente e inapropiada expresión emocional.

Para alcanzar los objetivos de la Psicoterapia basada en la Mentalización, Bateman et al. recomiendan cuatro estrategias centrales:

- promover la mentalización,
- tender un puente entre los afectos y su representación mental,

- trabajar primordialmente con los estados mentales actuales,
- mantener en mente los déficits del paciente.

Mientras que la mentalización es vista como la capacidad del paciente para evaluar exactamente sus propios estados mentales, conocer y evaluar exactamente los estados mentales del terapeuta, la postura mentalizadora de este último consiste en la habilidad de preguntar continuamente cuáles estados mentales internos tanto en su paciente como en sí mismo pueden explicar lo que está sucediendo en ese momento. La capacidad de mentalizar es definida como la capacidad de saber que uno posee una mente representativa y de reconocer la presencia y la importancia de los estados mentales de los demás.

2.1.- El Modelo de Tratamiento de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP) para la psicopatología límite está diseñada para acrecentar la habilidad del paciente para vivenciarse a sí mismo y ver a los demás en forma realista, coherente, como individuos integrados y para reducir la necesidad de utilizar defensas que debiliten la estructura del yo y empobrezcan su repertorio de respuestas disponibles. Como resultado, se espera que el paciente desarrolle una capacidad creciente para controlar sus impulsos, tolerar la ansiedad, modular los afectos, sublimar sus necesidades instintivas, desarrollar reacciones interpersonales estables y satisfactorias y experimentar intimidad y amor. Estos objetivos se alcanzan a través del diagnóstico y la clarificación de los componentes disociados o escindidos del mundo objetal interno del paciente, a medida que aparecen en las transferencias que emergen rápidamente hacia el terapeuta. Los componentes de cada disposición transferencial siempre incluyen una representación del sí mismo, una representación del objeto y un afecto que los une. La transferencia que se desarrolla es primitiva y refleja los esfuerzos del paciente por evitar el conflicto mediante la separación irreal de los aspectos amados y odiados del sí mismo y de los otros, de modo que, aun cuando aparecen juntos en la conciencia, lo hacen sin

influirse el uno al otro. La TFP enfatiza el entendimiento y la interpretación consistente de la transferencia; en vez de gratificar las necesidades y demandas del paciente por medio de técnicas de apoyo, esta terapia intenta integrar por medio de la interpretación los aspectos disociados del mundo interno del paciente.

La meta central del tratamiento, integrar las representaciones parciales del sí mismo y del objeto, está basada en la suposición de que las relaciones objetales internas disociadas adquieren su naturaleza primitiva precisamente en virtud del acto disociativo, que separa completamente la agresión del amor, creando relaciones ya sea totalmente idealizadas o totalmente persecutorias de sí mismo y de los otros; la integración se facilita mediante el análisis de los mecanismos defensivos que mantienen activos estos estados de escisión.

Las técnicas básicas de la TFP son las mismas que las del psicoanálisis: interpretación, análisis de la transferencia y neutralidad técnica; sin embargo, se utilizan de manera diferente en el tratamiento de los trastornos límite. 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. Se enfatiza el “aquí y ahora” durante la mayor parte del tratamiento; sólo en etapas avanzadas se hacen interpretaciones del “allá y entonces”. El análisis de la transferencia se modifica para considerar cualquier interpretación transferencial en el contexto de la vida cotidiana y así evitar que el tratamiento y la interpretación transferencial sean tan gratificantes que impidan la superación de las dificultades conductuales del paciente; de otro modo, la terapia puede quedar aislada del resto de la vida de los pacientes y ser utilizada en forma disociada para evitar el sufrimiento de la vida diaria. La severidad del acting out de los pacientes límite hace que el terapeuta tenga que abandonar la neutralidad técnica para luego reinstalarla reinterpretativamente tan pronto como la amenaza no esté presente. (Kernberg, et al., 1995).

La TFP permite la total activación de las representaciones internas distorsionadas del paciente tanto de su self como de los otros en la relación actual paciente-terapeuta (*Activación de relaciones objetales en un contexto seguro*). Se espera

que tanto las relaciones de objeto primitivas como los sistemas motivacionales dominantes se activen en el escenario terapéutico ya que están constantemente activos en la vida del paciente.

Los pacientes utilizan el tratamiento para desplegar estas relaciones objetales y el terapeuta trata de analizar y de clarificar cognitivamente lo que el paciente percibe al nivel más profundo. La relación con el terapeuta se estructura bajo condiciones controladas para prevenir que los afectos exploten y destruyan la comunicación; la seguridad y estabilidad del ambiente terapéutico permite al paciente empezar a reflexionar acerca de lo que está sucediendo en el presente y lo que sucedió en el pasado, debido a que sus percepciones están más basadas en representaciones internas que en lo que realmente ocurre en el presente.

La neutralidad terapéutica de parte del terapeuta apoya en la reactivación de la experiencia pasada internalizada y en su contención. La TFP fomenta el cambio a través de la reactivación de relaciones objetales primitivas bajo condiciones controladas sin el círculo vicioso de provocar la temida reacción del ambiente cuando el paciente actúa con desregulación emocional. En este sentido, la TFP suspende la reacción corriente del ambiente en respuesta a un paciente perturbado y le permite a éste expresar sus representaciones internas. Esta es la esencia de la transferencia.

Existen limitaciones en este proceso; debido a la condensación de acontecimientos en la memoria, en diferentes tiempos, el terapeuta nunca puede asumir que la reactivación es una exacta reproducción de lo que sucedió en el pasado debido a que hay un proceso de transformación, progresión, regresión y fijación. El tratamiento no reproduce una experiencia específica en el tiempo sino más bien una construcción interna, cuyo último origen no puede ser identificado con precisión. La representación interna es una realidad psíquica actual que funciona como factor motivacional fundamental en la vida del paciente ya que refleja una estructura psíquica y es esta estructura el foco de modificación en el tratamiento. Por lo tanto, un mecanismo de cambio fundamental es la facilitación

de la reactivación de relaciones objetales internalizadas que han sido disociadas, reprimidas o proyectadas, bajo condiciones controladas.

La reactivación de relaciones objetales en relación con el terapeuta se denomina *transferencia*. La formulación cognitiva que el terapeuta hace de esta experiencia se denomina *interpretación*. El marco de protección en el tratamiento, formulado en el contrato terapéutico, contribuye fundamentalmente a la contención en el sentido de estructurar cognitivamente lo que de inicio parece cognitiva y afectivamente caótico.

La desorganización del paciente involucra no sólo los conceptos relativos al self y a los otros, a las relaciones consigo mismo y los otros y el predominio de afectos primitivos, sino también, el proceso de protección que evita la plena conciencia; este proceso defensivo borra y distorsiona la conciencia y el pensamiento de modo tal que los pacientes manifiestan una fragmentación y desconexión del pensamiento que ataca los vínculos entre los pensamientos de modo tal que el proceso mismo de pensamiento se ve afectado de manera tan poderosa que los afectos, particularmente los más negativos, se expresan en acción sin la conciencia cognitiva de su existencia (*La destrucción del pensamiento*). Así, los pacientes pueden actuar de formas extremadamente agresivas sin conciencia de ello. El afecto está sólo en la acción. En contraste, pacientes de nivel más alto como los obsesivos, piensan sobre los afectos sin un concomitante afectivo, o como en la histeria donde se siente sin pensar.

Otro mecanismo de cambio en la TFP es la transformación de las acciones conductuales en su relación objetal internalizada que constituye el sistema motivacional. Conductas mecanizadas, automatizadas son re-transformadas en la relación interna que les da origen, lo que los teóricos del apego denominan modelos internos de trabajo; así, el terapeuta asiste al paciente a conjuntar cognición y afectos que fueron anormalmente disociados y desorganizados.

Existe la suposición relativa a que es la relación humana cálida la que permite el crecimiento del paciente (*El rol de la relación humana en la terapia focalizada en la*

transferencia); sin embargo, es el análisis de la transferencia lo que permite gradualmente al paciente aceptar una nueva relación como algo de valor que puede usar para su crecimiento. En contraste con la afirmación de sentido común referida a que el terapeuta primero tiene que construir una buena relación con el paciente, con estos pacientes la alianza terapéutica es una consecuencia del tratamiento, no una precondition; es el resultado de la resolución sistemática de los aspectos negativos de la transferencia.

En TFP el individuo es visto experimentando la realidad externa a través de la estructura de las relaciones objetales internas. Se enfatiza la interpretación temprana de la transferencia en el aquí y ahora como un camino hacia el mundo interno de las relaciones de objeto del paciente. En este sentido, la TFP es diferente al tratamiento basado en mentalización que también usa clarificaciones y se focaliza en el contexto interpersonal actual, pero no usa interpretaciones. La TFP enfatiza la importancia del constante monitoreo del terapeuta de su propia contratransferencia y la utiliza como una fuente de información acerca de las relaciones de objeto del paciente.

Como un principio guía, la TFP se focaliza tanto en las conductas externas del paciente (por ejemplo, tipo y grado de su relación con otros, involucramiento en actividades productivas) como en la realidad interna del paciente (por ejemplo, concepto del self y de los otros).

Se ve a la combinación de una reactividad emocional constitucional individual con influencias ambientales como conduciendo a una estructura psíquica distorsionada, a imágenes primitivas que permanecen escindidas unas de otras y que se perpetúan en la psique adulta.

En cuanto a la duración del tratamiento, es difícil establecer un tiempo estimado al respecto; sin embargo, se han visto varios casos en los que los acting out del paciente quedan controlados durante los primeros seis meses de tratamiento y en los que el uso de mecanismos de defensa primitivos disminuye significativamente durante el segundo año de tratamiento.

La TFP es un proceso repetitivo, nada se resuelve pulcramente en un primer momento; existen ciclos repetitivos en los que las modificaciones y los cambios ocurren en un proceso gradual (Clarkin et al., 2006).

2.2 La Entrevista Estructural.

Todos los síntomas y rasgos de carácter patológicos dominantes pueden obtenerse con la investigación inicial de los síntomas que traen al paciente a tratamiento. La investigación abarca las características de la vida social e interpersonal del paciente respecto a su trabajo y familia; sus relaciones sexuales y maritales, sus interacciones con amigos, conocidos y parientes cercanos y sus interacciones en las áreas de recreación, cultura, política, religión y otros intereses comunitarios interpersonales.

La importancia de realizar una entrevista estructural a un paciente se refiere a si debiera hacerse un examen psicológico estándar antes de ésta o si el examen tradicional del estado mental debiera sustituirse por una entrevista estructural, lo que da como resultado una elaboración selectiva de la historia a la luz de los descubrimientos en la entrevista misma. Comenzar con la elaboración de una historia clínica clásica evita las consecuencias de un brote grave prematuro de defensas primitivas, con la activación de desarrollos intensamente negativistas o de oposición, en particular en el caso de pacientes paranoides. Las desventajas de empezar con la elaboración tradicional de una historia clínica, antes de la entrevista estructural son que permite que las operaciones defensivas predominantes del paciente se oculten y, en especial en las estructuras neuróticas o límites hace más fácil para el paciente adaptarse protectivamente a la entrevista, lo que disminuye la ansiedad en tanto que oscurece las áreas de conflictos actuales y los desarrollos de transferencias tempranas (Kernberg, 1999).

Al sopesar ventajas y desventajas, Kernberg (1999), propone que en tanto menos tiempo tenga el entrevistador para una evaluación completa del paciente y mientras menos experiencia haya tenido en entrevistas estructurales, mayor es la

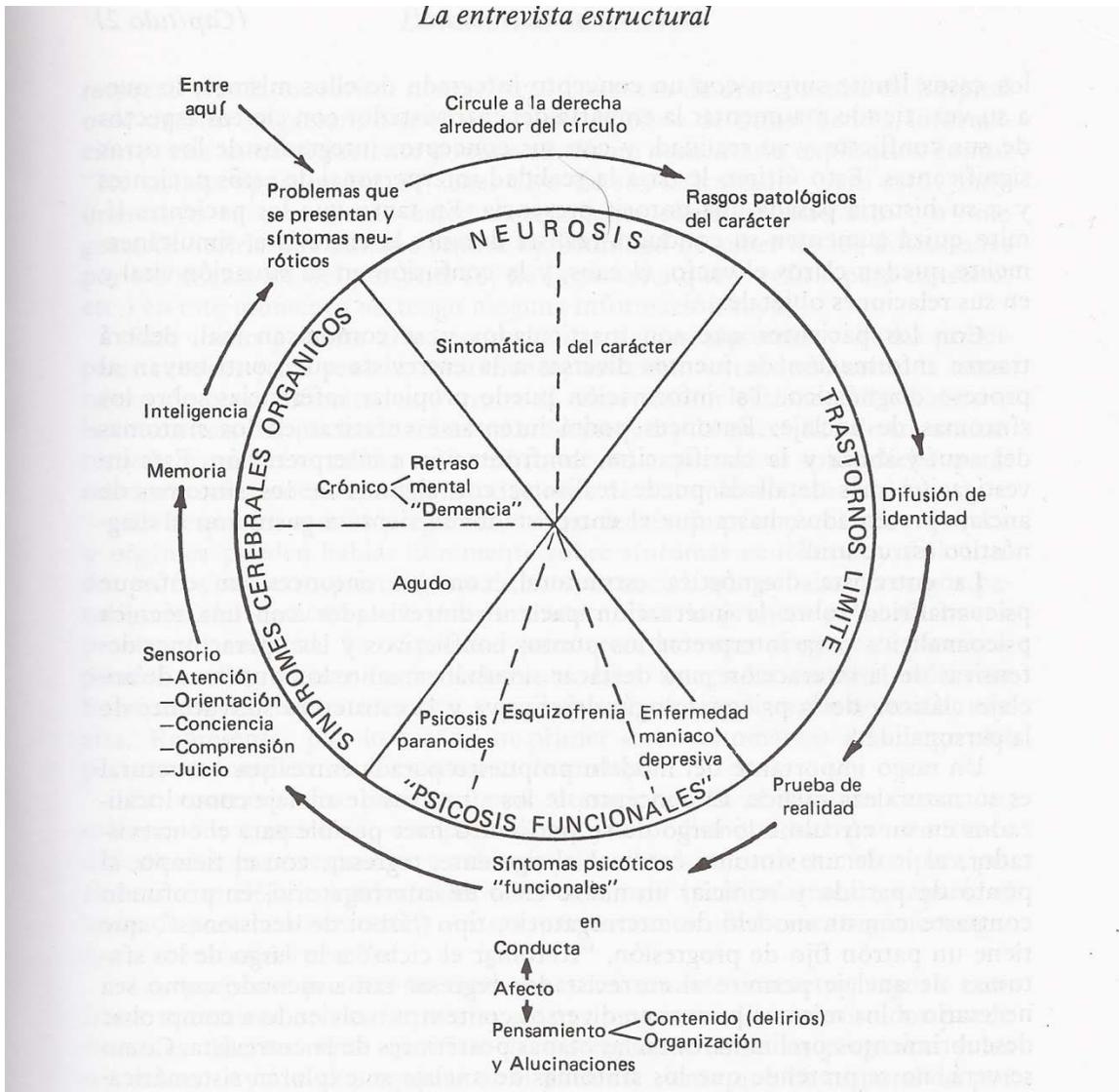
ventaja de comenzar con una entrevista estándar y luego cambiar a la entrevista estructural. En contraste, en tanto más tiempo disponible, más experiencia del entrevistador y más se centre el diagnóstico diferencial en las fronteras entre estructura neurótica y límite o entre límite y psicótica, más útil será comenzar con una entrevista estructural, en el entendimiento de que la información histórica requerida en los casos individuales encajará naturalmente en las fases avanzadas de la entrevista estructural

El entrevistador comienza por pedir al paciente un breve resumen de sus razones para venir a tratamiento, sus expectativas de éste y la naturaleza de sus síntomas predominantes, problemas o dificultades. Si bien el patrón de búsqueda que sigue a las preguntas iniciales puede variar en los diferentes enfoques a la entrevista estructural

Kernberg prosigue el interrogatorio inicial con una búsqueda sistemática explorando el ciclo de “síntomas de anclaje” de la psicopatología clave indicados en la Figura 1.

Terminada esta exploración inicial, el entrevistador se centra en los síntomas significativos que han surgido en el curso de la misma, explorándolos según aparezcan en la interacción del aquí y ahora de la entrevista, seguidos de clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones tentativas, con atención cuidadosa a las reacciones del paciente a estas intervenciones.

Figura 1



Ciclo de síntomas de anclaje (Kernberg, 1999).

El diagnóstico estructural depende en gran medida de cómo maneje el paciente estos procedimientos. Las respuestas del paciente son de importancia primordial para diferenciar las estructuras neurótica, límite y psicótica. Dada su capacidad intacta para la prueba de realidad, los pacientes límites revelan una reorganización, una mejoría en el funcionamiento a través de las clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones; son capaces de empatizar con las “confusiones” del entrevistador, clarificar y corregir sus propias percepciones y utilizar estas correcciones constructivamente en las fases subsecuentes de la entrevista; además, demuestran alguna capacidad para la introspección y el “insight”. Los pacientes con estructuras psicóticas carecen de la habilidad de empatizar con los criterios sociales ordinarios de la realidad y los intentos de clarificar pueden revelar mayores distorsiones en la prueba de realidad. Los pacientes neuróticos, en cambio, presentan un concepto integrado de ellos mismos, lo que a su vez tiende a aumentar la empatía del entrevistador con ciertos aspectos de sus conflictos y su realidad y con sus conceptos integrados de los otros significativos. En tanto que los pacientes límite quizá aumenten su conducta realista durante la entrevista, simultáneamente quedan claros el vacío, el caos y la confusión en su situación vital y en sus relaciones objetales.

La entrevista diagnóstica estructural combina 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 (Kernberg, 1999).

Un rasgo importante del modelo propuesto para la entrevista estructural es su naturaleza cíclica. El concepto de los síntomas de anclaje como localizados en un círculo a lo largo de su perímetro hace posible para el entrevistador, al ir de un síntoma cardinal al siguiente regresar, con el tiempo, al punto de partida y reiniciar un nuevo ciclo de interrogatorio; permite al entrevistador regresar tan a menudo como sea necesario a los mismos puntos en diversos contextos, volviendo a comprobar descubrimientos preliminares en etapas posteriores de la entrevista.

La Fase Inicial de la Entrevista Estructural. La entrevista inicia con algunas preguntas presentadas en secuencia, proporcionando así una clara idea de lo que se espera del paciente; además, la capacidad del paciente para entender una serie de preguntas y contestarlas pone a prueba su funcionamiento sobre varios síntomas de anclaje claves.

Estoy interesada en oír qué lo trajo aquí, cuál es la naturaleza de sus dificultades o problemas, qué espera del tratamiento y en qué punto se encuentra Usted ahora". Si el entrevistador tiene información previa sobre el paciente pudiera añadir *"He tenido oportunidad de saber algo de sus dificultades, pero estoy muy interesada en conocer directamente de Usted cómo ve todo esto"*. Este inicio permite al paciente hablar de sus síntomas y de las principales razones para venir a tratamiento, así como extenderse sobre la naturaleza de otras dificultades. Permite al entrevistador evaluar indirectamente la conciencia del paciente sobre su enfermedad y la necesidad de tratamiento y la naturaleza realista o no realista de sus expectativas sobre dicho tratamiento. En respuesta a estas preguntas, los pacientes sin psicopatología psicótica u orgánica pueden hablar libremente sobre sus síntomas neuróticos y dificultades en los aspectos psicológicos de su vida social; así, indirectamente, dan la primera señal de buena prueba de realidad. La capacidad de recordar estas preguntas, para responder a ellas en una forma coherente, bien integrada, también indica un buen sensorio, buena memoria y, probablemente, inteligencia normal o alta (Kernberg, 1999).

Los pacientes pueden ser excesivamente concretos, vagos, confusos o evasivos en sus respuestas; ayuda clarificar si el paciente siente que ha respondido por completo o si cree que las preguntas no han sido suficientemente claras o son, quizás, abrumadoras. Si el paciente reconoce dificultades para entender o seguir al entrevistador, las preguntas deberán repetirse, frasearse de algún modo diferente. De este modo, la entrevista puede llevar rápidamente a la clarificación, confrontación e interpretación de la dificultad, lo que permite al entrevistador diferenciar la confusión que se origina en la intensa ansiedad, o en la malinterpretación psicótica de la situación total, o en negativismo, alteración del

sensorio o graves déficits de memoria o inteligencia. Cuando las respuestas del paciente transmiten información que indica un buen nivel de funcionamiento en términos del sensorio, memoria e inteligencia, puede asumirse que se ha obtenido la información más importante relativa a síntomas neuróticos.

La investigación de rasgos patológicos del carácter, fundamental para evaluar no sólo el tipo de patología del carácter o de la personalidad, sino también su gravedad (presencia o ausencia de organización límite de la personalidad con su síntoma de anclaje clave de fusión de identidad), es un foco crucial en la entrevista estructural. Llegados a este punto del interrogatorio, la próxima pregunta podría formularse como: *“Me ha dicho Usted sobre sus dificultades, y ahora me gustaría saber más de Usted como persona, ¿podría describirse a sí mismo, su personalidad, lo que piensa que es importante que yo sepa de modo que pueda tener yo un sentimiento real hacia Usted como persona? Esta pregunta representa un nuevo reto, un nivel más profundo de interrogatorio que puede llevar al paciente a una disposición autorreflexiva; puede, entonces, describir sentimientos sobre él mismo, sobre las áreas importantes de su vida (estudios o trabajo, familia, vida social, sexo, intereses políticos y culturales, tiempo libre, y, en particular, sus relaciones clave con los demás significativos).*

Si el paciente puede proporcionar en forma espontánea tal información sobre él mismo, da, así, una indicación de buena prueba de realidad. Para los pacientes psicóticos contestar una pregunta tan abierta satisfactoriamente es virtualmente imposible ya que esto requiere la capacidad para conservar la empatía con aspectos ordinarios de la realidad social. Los pacientes con grave patología del carácter, especialmente aquellos con rasgos paranoides, pueden encontrar difícil proporcionar esta información más concreta y circunscrita; dejar de responder a esta pregunta sería una primera indicación de difusión de identidad e incluso lleva a reevaluar la prueba de realidad. El procedimiento en este caso sería iniciar con aclaraciones relativas a las dificultades del paciente para hablar sobre él mismo; se puede intentar aclarar si esta dificultad obedece a las circunstancias de la entrevista misma, a la aprensión por ser entrevistado en general o a temores

específicos sobre el entrevistador o la situación diagnóstica o si la dificultad refleja un problema general que el paciente tiene para clarificarse a sí mismo quién es él o cuáles son sus relaciones con el mundo que lo rodea y con los demás. Como respuesta a esta exploración, los pacientes con organización límite pueden presentar operaciones defensivas primitivas, como identificación proyectiva, escisión, disociación primitiva de aspectos contradictorios de la experiencia de sí mismos, negación, grandiosidad, fragmentación de afectos, omnipotencia o devaluación.

En la entrevista estructural, la difusión de la identidad se refleja en una historia enormemente contradictoria o en una alternación entre estados emocionales que implican tal comportamiento contradictorio y la percepción contradictoria del sí mismo, de modo que el entrevistador encuentra muy difícil ver al paciente como un ser humano “total”; lo que no está integrado es la visión interna del sí mismo y de los demás (Kernberg, 1999).

La entrevista se centrará ahora en un segmento específico del perímetro de los síntomas de anclaje, aquel que se extiende desde rasgos patológicos del carácter a través de difusión de identidad hasta prueba de realidad.

Si en el curso de la exploración de 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 entra, entonces, a la fase media, en la que la evaluación de la difusión de identidad, y por lo tanto el diagnóstico de trastorno límite/organización límite de personalidad, se convierte en el objetivo principal (Kernberg, 1999).

La Fase Media de la Entrevista Estructural. Las preguntas debieran ahora centrarse sobre las dificultades del paciente para las relaciones interpersonales, para adaptarse al entorno, así como sobre sus necesidades psicológicas percibidas internamente. *“Me gustaría saber ahora 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 busca mayor información respecto a problemas caractereológicos y conduce a un diagnóstico más específico respecto al tipo predominante de rasgos patológicos del carácter, la constelación patológica dominante del carácter. Si el paciente ahora transmite información que el entrevistador no puede conjuntar en su mente, particularmente datos contradictorios que no encajan con la imagen interna que el entrevistador está elaborando, lo indicado es una exploración discreta de tales contradicciones potenciales o manifiestas.

La finalidad del entrevistador es evaluar el grado en que las representaciones contradictorias del sí mismo están presentes (una indicación de difusión de identidad) o el grado en que el paciente presenta una concepción sólida, bien integrada de sí mismo; con mucha frecuencia hay áreas periféricas de auto-experiencia que son contradictorias a un área central, bien integrada, de auto-experiencia subjetiva, áreas que el paciente mismo experimenta como ajenas al yo. Estas áreas aisladas pueden ser una fuente importante de conflictos intrapsíquicos o dificultades interpersonales, pero no debieran equipararse a la difusión de identidad (Kernberg, 1999).

La siguiente pregunta: "*Me gustaría pedirle que me diga algo sobre las personas que son ahora las más importantes en su vida. ¿Podría decirme algo de ellas de modo que, dado nuestro tiempo limitado, pudiera yo formarme una clara impresión de ellas?*", se ocupa de los demás significantes en la vida del paciente. Los pacientes con organización límite y el correspondiente síndrome de difusión de identidad presentan típicamente una incapacidad para integrar las representaciones de los demás significantes con profundidad; tienen más problemas en presentar una imagen coherente de las personas que son importantes para ellos que de aquellas a quienes conocen casualmente. De nuevo, cada vez que surjan contradicciones internas en la narración del paciente, el entrevistador puede clarificar éstas primero, luego discretamente confrontarlo con estas contradicciones evidentes o potenciales y evaluar su capacidad para reflexionar en las observaciones del entrevistador; finalmente, si surgen puntos

conflictivos obvios en la exploración de tales áreas contradictorias, puede seguir una interpretación tentativa, sólo en el aquí y ahora, de las implicaciones potencialmente dinámicas de dichos puntos.

En el caso de los pacientes límite, la exploración de la difusión de identidad, en la línea de la disociación del auto-concepto y de los conceptos de los demás significantes, activa operaciones defensivas primitivas que surgen, mas bien, en la interacción con el entrevistador que en el contenido de las comunicaciones verbales; en tanto más se transforme, altere o distorsione la interacción inmediata entre el paciente y el entrevistador por dichos procesos defensivos, más probable es que predominen las operaciones defensivas primitivas. Así queda confirmado un criterio estructural significativo para el diagnóstico de la organización límite de la personalidad (Kernberg, 1999).

Mientras más sano es el paciente, más fácil será para el entrevistador hacer hipótesis sobre conexiones entre el pasado consciente y el presente en las primeras entrevistas, pero más difícil es para el paciente conectar presente y pasado porque estos lazos están reprimidos. En contraste, los conflictos intrapsíquicos disociados pueden aparecer muy rápido en el contenido manifiesto de las comunicaciones del paciente límite; los conflictos clave pueden estar más directamente asequibles en las entrevistas iniciales con estos pacientes, pero los lazos dinámicos con su pasado permanecen oscuros. En el mismo tenor, las historias pasadas de los pacientes límite son, por lo general, poco confiables, altamente distorsionadas a la luz de la psicopatología actual (Kernberg, 1999).

En la patología límite el interrogatorio inicial relativo a los motivos del paciente para la consulta y sus expectativas del tratamiento, puede traer de inmediato un caudal de información caótica, al parecer impensada, sobre él mismo, sus expectativas no realistas del tratamiento e ideas, conductas y emociones extrañas e inapropiadas en relación con el entrevistador, lo que requiere una evaluación de la prueba de realidad de estos pacientes; cuando la gravedad de las molestias interpersonales del paciente en la interacción inmediata hace surgir en la mente del entrevistador la duda relativa a si la prueba de realidad se conserva, se

requiere una exploración inmediata de estas molestias. La clarificación y confrontación en el aquí y ahora pueden confirmar la existencia de la prueba de realidad y permitir que el entrevistador descarte la presencia de una estructura psicótica. Sólo entonces, el tema de difusión de identidad puede comenzar a clarificarse y, en algún grado, las operaciones defensivas primitivas diagnosticarse.

En pacientes con organización límite, particularmente aquellos con estructura narcisista, ya sea que su funcionamiento expreso sea límite o no, es muy importante evaluar la conducta antisocial. Los rasgos antisociales, junto con la calidad de las relaciones objetales, son variables de pronóstico cruciales para la psicoterapia en personalidades límite y deberán explorarse siempre antes de que se inicie el tratamiento; es útil explorar en forma discreta si el paciente ha tenido dificultades con la ley y en qué grado conductas antisociales como robar, hurtar en tiendas, mentiras crónicas, conductas de crueldad y otras son antecedentes significativos. En la práctica, esta información deberá integrarse con aquella relevante que el paciente presente en otras áreas; cuando las preguntas son hechas en forma directa y natural, las respuestas son a menudo sorprendentemente directas y abiertas. El paciente que admite que miente en forma crónica sólo está lanzando una advertencia de que quizás pronto llegue a hacer lo mismo con el terapeuta (Kernberg, 1999).

La Fase de Terminación de la Entrevista Estructural. 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 anclaje psicóticos u orgánicos, el entrevistador deberá reconocer ante el paciente que ha completado su tarea e invitarlo a proporcionar información adicional que éste considere importante o que piense que el entrevistador debe conocer. Una pregunta muy útil podría ser *¿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, las que ahora pueden volver a ser exploradas con mayor profundidad y disminuidas al introducir consideraciones sobre la realidad (Kernberg, 1999).

Es importante dejar suficiente tiempo al final no sólo para que el paciente haga preguntas sino también para que el entrevistador responda a ellas y maneje la ansiedad y otras complicaciones que puedan surgir. El entrevistador puede decidir que se requieren más entrevistas antes de llegar a un diagnóstico definitivo, que tal vez ambos participantes necesitarán más tiempo para pensar antes de discutir recomendaciones para el tratamiento; En todo caso, el proceso de toma de decisión deberá compartirse con el paciente.

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 deprimidos) y el grado en que el paciente puede tolerar y responder en forma positiva a las declaraciones respecto a sus problemas según los percibe el entrevistador.

Toda consulta deberá implicar la posibilidad para el entrevistador de ampliarla con varias entrevistas adicionales si fuera necesario. La mayoría de los pacientes aprecian cuando el terapeuta reconoce honestamente que, aunque se ha enterado de mucho, todavía no sabe lo suficiente para decidir cuáles son las necesidades del tratamiento.

La entrevista estructural requiere de tiempo, incluyendo tiempo para sentir la experiencia y para pensar en tanto la entrevista se desarrolla. Dos períodos de 45 minutos, separados por una pausa de 10 a 15 minutos resultan muy adecuados (Kernberg, 1999).

El que diagnostica deberá sentirse cómodo, relativamente en “su mejor forma”, en el sentido de no ser perturbado por consideraciones extrañas y capaz de permanecer emocionalmente alerta y receptivo. A pesar de (o a causa de) su actitud no entrometida el entrevistador puede aparecer inicialmente al paciente

como una persona “ideal”; en personas con capacidad para la confianza básica puede despertar fuertes tendencias hacia la idealización o dependencia; en pacientes con graves perturbaciones en sus relaciones objetales e incapacidad para la confianza básica, la calma misma, la receptividad y “despreocupación” del entrevistador pueden provocar sospecha, resentimiento, temor o desprecio, en una disposición paranoide y de intensa envidia inconsciente (Kernberg, 1999).

En todo caso, se establece rápidamente una doble relación entre el paciente y el entrevistador: una, realista, socialmente apropiada de paciente y terapeuta y otra, subyacente, más o menos sutil, que refleja las disposiciones predominantes de transferencia del paciente y las correspondientes disposiciones potenciales de contratransferencia del entrevistador. Las expresiones tempranas de disposiciones conscientes o inconscientes, eróticas, agresivas, afectivas de dependencia, por parte del cliente crean no sólo una conciencia cognoscitiva de ellas en el entrevistador, sino también disposiciones afectivas concordantes o complementarias en éste.

El entrevistador se enfrenta a la tarea simultánea de a) explorar el mundo interior subjetivo del paciente, b) observar la conducta e interacciones del paciente con él, c) 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, si tales operaciones se hacen evidentes, dominantes y requieren exploración.

Desde una perspectiva diferente, el entrevistador también elabora en su mente un modelo de la imagen del paciente sobre él mismo, la representación de sí mismo. También hace un intento por elaborar en su mente un modelo de los demás significantes con quienes el paciente está interactuando en su vida y se pregunta si es posible obtener una representación integrada de ellos. Aquí, por supuesto, el entrevistador está evaluando la integración de la identidad vs. La difusión de identidad.

Aún desde otra perspectiva, el entrevistador está evaluando lo que aparece como más inapropiado en el afecto, contenido de pensamiento o conducta del paciente, compartiendo con éste sus percepciones en forma honesta, evaluando así, la capacidad de éste para empatizar con la experiencia del entrevistador, lo que reflejará, en un nivel, su capacidad para la introspección y en otro nivel, su capacidad para la prueba de realidad.

La entrevista estructural representa lo que podría llamarse una “segunda generación” de la previa “entrevista dinámica” que reflejaba el impacto de un marco de referencia psicoanalítico en la entrevista diagnóstica (Kernberg, 1999).

2.3.- El Contrato Terapéutico.

Aparte del diagnóstico formal de trastorno límite, numerosos factores pueden influir en la decisión de utilizar esta terapia intensiva a largo plazo; idealmente, el paciente no sólo debe desear un cambio, sino querer cambiar algo dentro de sí mismo (en vez de la realidad externa), que sea susceptible de ser modificado con esta forma de terapia. Las “metas de vida” como perder peso, casarse, tener hijos, hacer dinero, no son necesariamente metas terapéuticas legítimas como resolver conflictos interpersonales, superar la impulsividad, etc.

El establecimiento del contrato terapéutico da inicio a la etapa del tratamiento, una vez que el paciente y el terapeuta han llegado a un acuerdo sobre las metas que pueden ser razonablemente alcanzadas. La terapia nunca debe empezar antes de que el terapeuta conozca el propósito de ésta o porqué se la quiere emprender (Kernberg et al., 1995).

El contrato terapéutico establece el encuadre del tratamiento, define las responsabilidades de cada uno de los participantes y evalúa si el paciente está motivado para llevar a cabo este tipo de tratamiento; detalla las condiciones restrictivas mínimas necesarias para asegurar un ambiente en el que el proceso psicoterapéutico pueda desenvolverse y precede al inicio de la terapia.

De acuerdo a Kernberg et al. (1995), su primer objetivo es crear condiciones para que la exploración psicodinámica pueda realizarse; un principio guía es que el terapeuta pueda sentirse confortable y seguro de poder permanecer neutral y pensar claramente. Este no es un asunto menor en el tratamiento de pacientes que a menudo crean tal nivel de ansiedad en el terapeuta que éste se ve orillado a abandonar las técnicas psicodinámicas a favor de cualquier medida que parezca atender las necesidades del momento.

Un segundo objetivo consiste en limitar las ganancias secundarias del paciente; por ejemplo, la utilización de los síntomas para obtener un acceso extra al terapeuta u obtener incapacidad médica.

De acuerdo a estos mismos autores, los parámetros universales para el tratamiento que aplican a todos los casos de terapia psicodinámica son:

Responsabilidades del paciente: Acudir y participar en su tratamiento, pagar los honorarios, hacer el esfuerzo de reportar libremente pensamientos y sentimientos, sin censurarlos; reflexionar en lo que está reportando, en los comentarios del terapeuta y en la interacción.

Responsabilidades del terapeuta: Respetar el programa, hacer un esfuerzo para ayudar al paciente a aumentar su comprensión acerca de sí mismo, acerca de aspectos profundos de su personalidad y acerca de conflictos, clarificar los límites de su compromiso.

Para obtener el tratamiento, el paciente podría hacer un compromiso muy significativo para tratar de empezar a trabajar con los parámetros indicados, pero el terapeuta debería entender que la dificultad para adherirse al contrato podría constituir un tópico primario en la terapia antes de conseguir la total adherencia. El terapeuta también debería entender que aunque el contrato se establece antes que comience la terapia, el trabajo terapéutico a menudo involucra volver a revisarlo y hacer adiciones en el curso del tratamiento.

Esta etapa puede incluir una reunión con los padres o el cónyuge del paciente si el terapeuta considera necesario comunicarles la naturaleza y límites de la terapia. Esto generalmente se realiza cuando el paciente es muy dependiente de otros, cuando exista riesgo de que la familia no entienda la naturaleza de la enfermedad o cuando el tratamiento no pueda ofrecer garantía de que un paciente auto-destructivo no se lastime o se mate.

El establecimiento del contrato es un proceso interactivo; aunque muchos puntos de éste no son negociables debido a que se trata de condiciones mínimas, el encuadre es de un diálogo. El paciente podría superficialmente aceptar los parámetros del tratamiento, pero la rapidez y facilidad en la aceptación podría ser un signo de su rechazo a una real aceptación; un paciente que presenta objeciones podría ser un candidato más colaborador en el curso de la terapia.

El juicio clínico es esencial para determinar si el acuerdo es lo suficientemente bueno para proceder con la terapia; sería ingenuo esperar que la mayoría de los pacientes límite aceptarán un acuerdo incondicional y sin ambivalencias a todos los aspectos del contrato.

Aunque el contrato terapéutico precede a la terapia, está sujeto al impacto de los intensos afectos y fuerzas a ser tratadas en ella.

Los terapeutas que se involucren en el trabajo con la patología límite deberían sentirse lo suficientemente cómodos para establecer un contrato, sin considerarse intimidados o descalificados (Clarkin et al., 2006).

2.4.- Las Estrategias de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.

En este subcapítulo y en el siguiente nos referiremos principalmente al modelo que para el tratamiento psicoterapéutico de pacientes con trastorno límite de la personalidad proponen Clarkin, Yeomans y Kernberg (2006) en su manual *“Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on object relations”*.

Este modelo fue el que escogí para la psicoterapia individual de estos pacientes por su peso teórico, por estar manualizado y por el interés que han demostrado diversos autores en probar su eficacia (Levy et al., 2006).

Clarkin et al. (2006), describen cuatro estrategias para llevar a cabo el proceso.

Estrategia 1: Definir las relaciones de objeto dominantes. Se requiere que el terapeuta escuche al paciente, observe el modo en que éste se relaciona con él para gradualmente definir las relaciones de objeto dominantes que el paciente exhibe y experimenta en la interacción en el aquí y ahora de la sesión de terapia. En otras palabras, se trata de identificar las representaciones del self y las representaciones de los otros activas en la actual interacción.

Se plantean cuatro pasos:

Paso 1: Experimentar y tolerar la confusión. Incluso desde la primera sesión el terapeuta puede advertir una atmósfera de perplejidad, preocupación, confusión y frustración. Esta experiencia puede ser bastante intensa especialmente porque los pacientes frecuentemente transmiten una sensación de urgencia; la confusión puede crear un sentimiento de impotencia en el terapeuta. El paciente, aunque aparentemente está buscando ayuda profesional, puede casi no hablar, actuar como si el terapeuta tuviera motivos ulteriores malignos, regañar al terapeuta o desplegar una incomprensible tormenta de afectos; puede formular declaraciones contradictorias entre sí o contradictorias con la conducta y/o afectos observados en ese momento. Esta atmósfera es la marca del trabajo inicial con pacientes límite; la primera tarea del terapeuta es resolver su propio estado emocional.

En vez de resistirse o negar la experiencia de confusión, o tratar de anularla inmediatamente buscando un cierre prematuro, el terapeuta debería experimentar libremente la confusión y poner atención a la cualidad específica de los sentimientos evocados por la interacción (contratransferencia) ya que pueden ser una clave importante tanto de estados emocionales similares como complementarios activados en ese momento en el paciente. Al no forzar un cierre prematuro, el terapeuta demuestra su habilidad para tolerar estados emocionales

intensos y opuestos; el paciente que percibe esta cualidad en el terapeuta a menudo se tranquiliza, ya que si el terapeuta puede tolerar la confusión tal vez él pueda abrir el amplio rango de afectos de su mundo interno.

Paso 2: Identificación de las relaciones objetales dominantes. Se pueden hacer inferencias acerca de los objetos internalizados observando los patrones recurrentes en las interacciones del paciente con otros, especialmente con el terapeuta. Una manera útil de lograr esto es considerando los intercambios como escenas de un drama, con diferentes actores actuando distintos roles; al imaginar el rol que el paciente está actuando en ese momento y el rol en el que el terapeuta ha sido puesto, este último puede obtener un sentido muy vívido del mundo representacional interno del paciente.

A continuación se presenta una tabla ilustrativa de algunos pares de roles frecuentes en la interacción paciente- terapeuta:

<i>Paciente</i>	<i>Terapeuta</i>
Infante malo, destructivo.	Padre/madre sádico, punitivo.
Niño controlado, enfurecido.	Padre/madre controlador.
Niño no deseado.	Padre/madre indiferente.
Niño imperfecto, sin valor.	Padre/madre despreciativo.
Víctima abusada.	Atacante/persecutor sádico.
Niño deprivado.	Padre/madre egoísta.
Niño fuera de control, enojado.	Padre/madre impotente.
Niño agresor.	Padre/madre asustado.
Niño sexualmente excitado.	Padre/madre seductor.
Niño dependiente, gratificado.	Perfecto proveedor.
Self controlador, omnipotente	Padre/madre débil.
Self sumiso, amistoso	Padre/madre admirador.
Self competitivo, agresivo	Padre/madre punitivo.

El terapeuta reúne la información alentando al paciente a describir con precisión la experiencia de interacción con el terapeuta en el aquí y ahora. Este proceso, que forma parte del trabajo de clarificación involucra investigar activamente acerca de la experiencia inmediata del paciente y presentar el punto de vista del terapeuta acerca de la interacción para corregir y ajustar. A veces, el paciente rechaza cualquier sugerencia hecha por el terapeuta, brindando amplia evidencia de que el proceso que estamos describiendo se realiza automática e irreflexivamente; la devaluación de todo lo dicho por el terapeuta caracteriza una relación de objeto primitiva activada en la transferencia. El estado emocional interno del terapeuta es a menudo una clave de la existencia de representaciones de objeto activadas por el paciente; por lo tanto, el terapeuta debe monitorear sus estados internos y darse cuenta de estados emocionales ajenos, impulsos para desviarlo de su rol terapéutico, afectos intensos, fantasías intrusivas o deseos de abandonar.

Paso 3: *Nombrar a los actores*. Una vez que el terapeuta ha alcanzado una opinión acerca de las representaciones importantes del self y los objetos que se han activado en el momento, transmite su impresión al paciente. El mejor momento para que esta información sea escuchada por éste es cuando manifiesta espontáneamente curiosidad acerca de la naturaleza de la interacción con el terapeuta. Este último debe tratar de caracterizar el proceso en forma muy específica, procurando capturar matices que reflejen la individualidad del paciente; para demostrar que no es omnisciente, que el proceso de terapia no es mágico y que el paciente debe proporcionar información, el terapeuta debe describir como se llegó a estas caracterizaciones (roles). Debe mencionar los roles como hipótesis que deben ser refinadas y puestas a prueba en base a la respuesta del paciente, no como una verdad que debe ser aceptada.

El terapeuta debe prestar cuidadosa atención a las manifestaciones de acuerdo o desacuerdo del paciente; si reconoce que la inferencia de cualquier rol mencionado es incorrecta debe poder reconocerlo y proporcionar una impresión revisada.

En general, los patrones transferenciales de los pacientes pueden ser caracterizados como predominantemente antisociales (comunicaciones deshonestas, ausencia de receptividad), paranoides (susplicacia, timidez) o depresivos (+sentimientos de culpa). Hay variaciones sobre estos temas que incluyen transferencias narcisistas, eróticas y dependientes; en realidad, cada paciente generalmente presenta un número limitado de díadas dominantes. Consecuentemente, cada paciente generalmente presenta una disposición transferencial subyacente central cuando inicia el tratamiento. La transferencia puede cambiar rápidamente de acuerdo a la relación internalizada que está siendo re-experimentada en el momento y de acuerdo al rol que el paciente le está asignando al terapeuta y a sí mismo.

Paso 4: Prestar atención a las reacciones del paciente. Una vez que se han etiquetado las díadas activas self-objeto, el terapeuta debe observar cuidadosamente las respuestas del paciente; las manifestaciones de acuerdo o desacuerdo son menos importantes que el curso que tomen las subsecuentes asociaciones y que cualquier cambio que surja en la naturaleza de la interacción con el terapeuta.

La correcta caracterización de las relaciones de objeto predominantes pueden llevar a varios posibles desarrollos: 1) la interacción entre el self y el objeto recién etiquetada puede volverse más pronunciada, 2) puede haber un súbito intercambio de roles en que la auto-imagen recién descrita se proyecta al terapeuta y la imagen de objeto la reintroyecta el paciente, 3) como resultado de la correcta caracterización se produce evidencia de insight; el paciente podría reconocer, con convicción emocional, lo que el terapeuta está describiendo y podría espontáneamente señalar otras interacciones que muestran un patrón similar. Una correcta caracterización puede llevar a material no reportado o a nuevos recuerdos relacionados con la descripción de la díada, 4) puede haber una repentina activación de una díada diferente, 5) una correcta denominación de los roles podría producir negación total.

Una incorrecta denominación de los roles puede conducir a un desacuerdo abierto, negación o, incluso, aceptación en un esfuerzo por complacer al terapeuta. El paciente puede responder con alivio si una caracterización inexacta organiza una experiencia caótica previa, incluso una formulación incorrecta puede ser recibida por el paciente como un regalo del terapeuta, como una muestra de que la comprensión de éste es posible; por otra parte, el paciente puede reaccionar con consternación al darse cuenta que el terapeuta no si empre entiende. En estas situaciones el terapeuta debe continuar prestando atención al material que emerge para confirmar o refutar sus hipótesis.

Las correctas interpretaciones de las relaciones de objeto no conducen a un insight las primera veces que son planteadas; se requieren repetidas interpretaciones respecto al mismo patrón.

Estrategia 2: **Observar e interpretar la inversión de roles.** Una característica importante de las representaciones del self y de los otros que conforman una díada es que en el curso de una sesión de terapia, como en la vida real, a menudo intercambian lugar, de modo que una primera caracterización del self alterna con el objeto y viceversa. Es especialmente importante que el terapeuta esté consciente de esta alternancia ya que este cambio en los roles a menudo no es advertido por el paciente, generalmente éste piensa que está siendo razonable ya que su conducta le resulta razonable en relación a su mundo interno.

Estas oscilaciones abruptas explican en parte la confusión en la experiencia subjetiva, la desregulación afectiva y las características de las relaciones interpersonales de los pacientes límite.

Esta alternancia de roles a menudo ha ocurrido cuando el terapeuta repentinamente siente que ha perdido la pista y se siente perplejo.

Estrategia 3: **Observar e interpretar vínculos entre díadas que defienden unas de las otras.** Los sistemas representacionales internos incluyen díadas opuestas, aunque uno de los términos opuestos puede estar más cerca de la conciencia que otro; este es el quid de la escisión. Este mecanismo no es sólo el fuerte contraste

entre representaciones de un self bueno y un objeto malo, en la misma díada, sino que, más fundamentalmente la brecha insalvable entre díadas totalmente investidas con afectos negativos, de odio y otras investidas con afectos positivos, amorosos. Estas díadas coexisten, pero están totalmente dissociadas unas de otras y esta disociación tiene el propósito defensivo de proteger cada díada de la contaminación o destrucción por otra. Puede resultar poco claro porqué una díada de odio debe ser protegida, pero en la patología límite un sentimiento de odio claro e inadulterable puede proporcionar un respiro temporal a la confusión de la difusión de identidad y proteger contra sentimientos de culpa que pudieran derivarse de la propia agresión del paciente hacia lo que en otro tiempo fue un objeto bueno.

Generalmente, la díada cargada de odio está más cerca de la superficie en las etapas iniciales de la terapia; la experiencia interna de haber sido amado y cuidado está más escondida y es más frágil y es evidente sólo en destellos de deseo a los que el terapeuta debe estar muy atento. Cuando el terapeuta puede ayudar al paciente a obtener más advertencia sobre sus posibilidades internas de amor en lugar de odio, ayuda al paciente a entender que la intensidad del odio es un esfuerzo desesperado para mantener el frágil deseo de amor oculto y protegido del riesgo de la destrucción. Sin embargo, el sistema interno de relaciones objetales es tal que cualquier díada específica puede defenderse de otra díada, cada una de las cuales representando un polo de un conflicto intrapsíquico.

Un individuo límite no tiene advertencia simultánea de las díadas predominantes y de aquellas que han sido suprimidas, incluso cuando estas últimas pueden aparecer como conductas de acting out o como conciencia momentánea.

Un ejemplo de lo que hemos expuesto podría ser el caso de un paciente que a menudo se siente como una víctima asustada y paralizada que airadamente le reclama al terapeuta ser un sádico guardia carcelario cuyas reglas arbitrarias lo han forzado a so meterse. En otro momento, el mismo paciente percibe al terapeuta como una madre perfecta y nutricia mientras se experimenta a sí mismo

como un bebé satisfecho, contento, amado, objeto exclusivo de la atención materna.

En la primera díada, el guardia de prisión representa a una madre mala, frustrante, rechazante y la víctima representa a un bebé furioso que quiere vengarse, pero está asustado frente a la posibilidad de ser destruido debido a la proyección de su propia rabia en la madre. Esta díada está completamente separada de la otra idealizadora, sin miedo a contaminarla con la díada persecutoria destruyendo toda esperanza de recuperar a la madre ideal.

En términos de impulsos, esta última díada está investida libidinalmente mientras que la díada niño víctima- madre sádica está investida de agresión.

Estrategia 4: Trabajar con la capacidad del paciente para experimentar una relación en forma diferente. La exploración que realiza el paciente de su relación con el terapeuta y el aumento del conocimiento respecto a las distorsiones que puede provocar en ésta, le permiten gradualmente experimentar esta relación en forma más sana, más realista y balanceada; ello se ve acompañado por una modulación de los afectos extremos. A medida que la relación con el terapeuta evoluciona, el paciente y el terapeuta pueden revisar como esta nueva capacidad para experimentar las relaciones de forma compleja, pero matizada, empieza a extenderse a otras relaciones significativas.

Clarkin et al. (2006) enfatizan que se trata de un proceso repetitivo; una y otra vez el terapeuta debe identificar en el aquí y ahora la interacción de aspectos contradictorios del self que el paciente manifiesta durante la sesión. En un período de meses, después en pocas semanas y finalmente en la misma sesión el terapeuta puede juntar dos pares opuestos de representaciones del self y del objeto, típicamente un self muy bueno idealizado y una representación de objeto muy malo y persecutorio, ayudando al paciente a entender las razones de la escisión de estas dos unidades. En el proceso surgirá un concepto integrado del self y de los otros significativos.

Estos mismos autores señalan los principales marcadores de una gradual integración en el paciente; se trata de cambios sutiles, pero acumulativos:

1.- Las declaraciones del paciente implican tanto expansión como posterior exploración de los comentarios del terapeuta. Se trata del grado en que el paciente se da, o no se da, la oportunidad de reflexionar sobre lo que el terapeuta ha dicho, resultando evidentes los rechazos o negaciones automáticas de los comentarios de éste. No se refiere a si la transferencia es positiva o negativa sino si hay algún grado de cooperación y reflexión respecto a lo que está sucediendo.

2.- Tolerancia frente a la percepción de agresión y odio y habilidad para contenerlos. La advertencia y la contención de la agresión y el odio son centrales en el progreso del paciente, en contraste con acciones autodestructivas, somatizaciones o destrucción de la comunicación con el terapeuta.

3.- Tolerancia de fantasías y apertura a un espacio transicional. Se refiere al grado en que el paciente puede abrirse a la libre asociación que no está bajo su control, con el peligro implícito de que el terapeuta pueda ampliar su comprensión acerca de lo que está sucediendo en la mente del paciente antes que éste esté plenamente consciente de ello.

4.- Tolerancia y capacidad para integrar la interpretación de mecanismos de defensa primitivos, particularmente identificación proyectiva. La capacidad del paciente para conocer su proyección en el terapeuta de aspectos escindidos de su mundo interno es de central importancia en el proceso de integración.

5.- Cambios en los paradigmas de transferencia predominantes. Las unidades escindidas de representaciones idealizadas y persecutorias del self y los objetos se activan repetidamente en la transferencia durante muchos meses; el desarrollo de cambios significativos en estas unidades dominantes hacia otras unidades transferenciales más integradas representa un indicador de un cambio estructural intrapsíquico significativo.

6.- Capacidad para experimentar culpa y entrar a una posición depresiva. Se refiere a la condición en la que las representaciones de objeto del paciente agresiva y persecutoriamente investidas y las representaciones idealizadas del self y del objeto llegan a integrarse; se denomina posición depresiva ya que el individuo puede lamentar la pérdida del objeto primitivo ideal y aceptar que tal objeto ideal no existe. Esta nueva representación del self implica un auto-concepto más maduro, mientras que la integración de las representaciones de los otros crea representaciones más sofisticadas y diferenciadas con la consecuente capacidad de comprensión más profunda y apropiada de los otros.

La necesidad de clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones repetitivas y constantes relativas a las representaciones objetales dominantes, pero escindidas puede resultar desalentadora. Resulta de gran importancia la distinción entre el trabajo repetitivo fructífero que está teniendo un impacto terapéutico y una interminable repetición que simplemente registra las implacables operaciones defensivas de un paciente que está frustrando el tratamiento.

Un trabajo productivo se manifestará al menos en que el paciente mostrará una gradual disminución en las conductas impulsivas y auto-destructivas fuera de las sesiones al mismo tiempo que las relaciones de objeto patológicas se repiten en la transferencia en las sesiones.

2.5.- Técnicas de Tratamiento.

Como lo señalan Clarkin et al. (2006), en la relación transferencial con el terapeuta el paciente experimenta percepciones, actitudes, afectos y fantasías que son una repetición inconsciente de percepciones internalizadas basadas en experiencias pasadas y desplazadas al terapeuta.

La transferencia es una repetición en el presente de patrones de relaciones objetales basados en experiencias tempranas que han sido internalizadas, a

menudo de forma distorsionada, y se han convertido en estructuras que determinan la experiencia individual en la realidad presente; estas relaciones internalizadas paradigmáticas conservan características primitivas derivadas de conflictos no resueltos entre amor y odio en la infancia y juventud lo que resulta en relaciones patológicas en el presente. Estos paradigmas primitivos se despliegan en la relación con el terapeuta y se convierten en el principal medio de comprensión e intervención en el mundo interno del paciente.

Las díadas en las relaciones objetales son el vehículo para la expresión de los conflictos intra-psíquicos, por lo que resulta importante introducir en este momento otro elemento al concepto de díadas activadas en la transferencia: en la medida en que el paciente comunica estas relaciones al terapeuta, hay una esperanza potencial, implícita, generalmente inconsciente en este punto, de que el terapeuta no perpetuará los problemas del pasado sino que introducirá un nuevo actor en las relaciones. El terapeuta actúa como una tercera parte separada que interrumpe la relación objetal primitiva a través del análisis de su contratransferencia y de sus intervenciones interpretativas que incorporan el conocimiento obtenido escuchando el discurso verbal del paciente, observando su conducta no verbal y analizando la contratransferencia; así, la relación diádica en la transferencia está continuamente expuesta a una potencial relación triádica.

Desde un punto de vista de las relaciones objetales, el trabajo del terapeuta consiste en entender lo que a primera vista parece una relación caótica y en empezar a percibir el patrón en las oscilaciones y alternancias en las díadas de la relación a medida que se presentan en la transferencia.

Esta comprensión proporciona la base de las técnicas de intervención que a continuación describiremos, basadas en el manual de Clarkin et al. (2006).

Las relaciones objetales estimuladas en la transferencia en los pacientes límite pueden concebirse como una combinación de representaciones distorsionadas de relaciones pasadas importantes, realistas y fantaseadas; debido a ello, la interpretación de la transferencia es diferente con estos pacientes que con pacientes con una organización neurótica. En pacientes neuróticos, las

representaciones internas de las primeras etapas del desarrollo han sido integradas en estructuras intrapsíquicas más complejas y coherentes del self, con un sentido de identidad relativamente claro, y del superego, con un sentido de los valores morales y prohibiciones internas relativamente consistente; en la terapia con estos pacientes, el análisis de la resistencia activa en la transferencia características globales de estas estructuras; es decir, una auto-representación está relacionada con el resto del self y con las representaciones de objeto.

En contraste, en los pacientes límite, una representación interna primitiva permanece escindida de otras representaciones del self y de los otros, cuya totalidad permanece desintegrada; el resultado es una experiencia subjetiva más caótica, una conducta más errática y relaciones interpersonales más perturbadas. En un momento dado, el paciente se identifica exclusivamente con un aspecto del conflicto, y en otro cambia para identificarse exclusivamente con el otro lado del conflicto.

Las interpretaciones de la transferencia no pueden ser vistas como eventos terapéuticos separados del proceso de terapia; el terapeuta intercala interpretaciones en el contexto de una secuencia interaccional entre el paciente y él. Esta secuencia incluye la total comprensión del paciente, ayudado por el trabajo terapéutico de clarificación de los estados mentales del paciente, la emergencia de elementos contradictorios en la presentación del paciente, ayudado por las confrontaciones terapéuticas para reflexionar sobre ello, y sólo entonces la formulación de una hipótesis terapéutica como posible significado y motivación para la conducta.

Clarkin et al. plantean cinco técnicas básicas en psicoterapia focalizada en la transferencia:

- 1.- Manejo de la neutralidad técnica,
- 2.- Integración de la información proporcionada por la contratransferencia al proceso interpretativo,

3.- Mantenimiento del encuadre del tratamiento,

4.- Análisis de la transferencia,

5.- Proceso interpretativo: clarificación, confrontación e interpretación.

1.- *Manejo de la neutralidad técnica.* Neutralidad significa mantener una posición no aliada con los impulsos, prohibiciones o las actuaciones del paciente sino permanecer equidistante de ellos; desde esta posición ventajosa el terapeuta es libre para comentar ampliamente cualquier material proporcionado por el paciente, siempre que permanezca aliado a la salud del paciente, al ego observador.

El ego observador es la parte del individuo que es capaz de percibir y evaluar tanto las fuerzas internas como los elementos de la realidad externa que tienen un impacto en sus motivaciones y conductas; este ego observador debe distinguirse de las defensas de alto nivel como intelectualización, racionalización, supresión y formación reactiva.

En los pacientes límite, el ego observador puede estar, por momentos, tan sobrepasado por fuerzas inconscientes que pareciera que el terapeuta habla desde una posición externa, sin relación con ninguna parte del paciente; en tal situación, el terapeuta debe manifestarle al paciente que está hablando en nombre de una parte por el momento escindida.

Con pacientes límite la neutralidad técnica implica una posición equidistante entre las representaciones del self y de los otros que están en conflicto y entre las diadas mutuamente escindidas todo-bien, todo-mal. En contraste, las intervenciones terapéuticas que toman partido por un polo de los conflictos del paciente no se realizan desde una posición técnicamente neutral.

La neutralidad técnica permite al terapeuta analizar los conflictos inconscientes del paciente, particularmente la transferencia desde una posición de objetividad con interés, sin perder la perspectiva aliándose con una parte del conflicto. Un ejemplo clásico de lo que el terapeuta no debería decir es “ Usted está expresando mucha

culpa por engañar a su esposa; no creo que debiera sentirse así” en vez de explorar la culpa, el deseo y sus implicaciones.

Mantener la neutralidad técnica no significa comunicarse de manera plana y sosa. Precisamente porque el ego observador del paciente límite es tan débil, le incumbe al terapeuta hablar a veces muy firmemente, especialmente cuando las partes sanas del paciente están siendo sobrepasadas por las partes destructivas.

La neutralidad técnica es una línea basal desde la que pueden ocurrir desviaciones; cuando éstas ocurren, la neutralidad siempre debe restablecerse con la interpretación. Las desviaciones de la neutralidad generalmente están motivadas por la necesidad de controlar distintas formas de acting out que podrían amenazar al paciente o al tratamiento; el terapeuta puede verse forzado a desviarse de la neutralidad técnica e introducir parámetros estructurados para controlar el acting out. Posteriormente, debe explorar e interpretar los significados que el paciente le atribuye al terapeuta por las medidas que éste ha adoptado y también debe explicar su comprensión de esta interacción.

Debido a que la neutralidad técnica facilita la interpretación de la transferencia, es esencial que el terapeuta lo antes posible inicie esfuerzos para reinstalarse en la posición de neutralidad. Cuando el terapeuta se desvía de la neutralidad técnica enfrenta el peligro de aparecer frente al paciente como prohibitivo, juzgador, controlador y sádico, iniciando un círculo vicioso de proyección y reintroyección de las representaciones del self y los objetos.

Para que el terapeuta pueda mantener un grado óptimo de libertad interna para explorar sus propias reacciones emocionales y fantasías en conexión con el material del paciente, debe ser particularmente cuidadoso para intervenir – desde la neutralidad técnica al establecimiento de parámetros- sólo cuando la conducta del paciente constituye una amenaza al tratamiento; de otro modo, es especialmente importante mantener una consistente actitud de abstinencia, en el sentido de no ceder a las demandas del paciente de gratificación inmediata frente a necesidades agresivas, sexuales y de dependencia primitiva en la transferencia

e interpretar estas demandas completa y consistentemente. Las actitudes humanitarias, de calidez y preocupación del terapeuta vendrán de forma natural a través de la atención continua y el trabajo con las dificultades del paciente en la transferencia y con la habilidad del terapeuta para absorber y no reaccionar con las demandas derivadas de las necesidades primitivas del paciente.

Es importante evitar que la relación terapéutica, con su naturaleza gratificante y de protección, reemplace a la vida común, aún menos cuando el paciente gratifica necesidades primitivas actuando la transferencia (por ejemplo, con actitudes de dependencia) durante y fuera de las sesiones. Aunque por lo general los pacientes entran a terapia con el propósito de efectuar cambios, a menudo actúan de acuerdo a propósitos opuestos: utilizar la terapia para gratificar necesidades que no son capaces de gratificar en sus vidas fuera de la terapia. El terapeuta debe estar alerta a este segundo propósito del tratamiento, estar dispuesto a interpretarlo y, si se requieren límites externos, tratar de auxiliarse con sistemas de apoyo social, incluso terapia de apoyo, antes de intervenir directamente en la vida externa del paciente y así perder neutralidad técnica.

Otro aspecto a considerar es que el paciente frecuentemente trata de enganchar al terapeuta para que tome partido por un aspecto del self en contra de otro, o veces que tome partido en contra de alguien. Permitir estas intenciones del paciente sería una violación de la posición de neutralidad técnica, a menos que el partido que está tomado el terapeuta sea claramente el de la salud, del yo observador. Un principio general consiste en abordar al paciente como si fuera un adulto responsable y reflexivo; en este sentido, el terapeuta se comunica con el yo observador sano del paciente y evita ser atrapado en decretos de una relación primitiva; sin embargo, hay algunas ocasiones en las que el terapeuta sí toma partido: cuando es claramente un asunto de protección del paciente, de otra persona o del tratamiento frente a impulsos agresivos; generalmente esto resulta más evidente en las etapas iniciales del tratamiento.

2.- *Integración de la información proporcionada por la contratransferencia al proceso interpretativo.* El tercer canal de comunicación entre el terapeuta y el

paciente, adicionalmente a las comunicaciones verbales del paciente y a las conductas no verbales, es la contratransferencia.

De acuerdo con los autores del manual, la contratransferencia es la totalidad de la respuesta emocional del terapeuta frente al paciente en cualquier punto determinado en el tiempo; esto es lo que corresponde a la comprensión contemporánea de este fenómeno de la literatura psicoanalítica.

Las respuestas contratransferenciales del terapeuta están determinadas por: a) la transferencia del paciente hacia el terapeuta, b) los hechos reales en la vida del paciente, c) las propias disposiciones transferenciales del terapeuta, determinadas por su mundo interno (es por este aspecto de la contratransferencia que el terapeuta debe estar alerta a sus propias reacciones habituales, lo que puede ser advertible para el terapeuta en su propia terapia), d) los hechos reales en la vida del terapeuta.

El hecho de que estos cuatro factores impacten en la contratransferencia determina que sea esencial que el terapeuta trate de distinguir las fuentes de su experiencia interna en relación al paciente. Como regla, mientras más enfermo esté el paciente, más destacada es su transferencia para generar reacciones contratransferenciales; ello se debe a que los pacientes con la patología más seria utilizan mecanismos de defensa más primitivos, especialmente identificación proyectiva, lo que tiende a inducir elementos del mundo interno del paciente en el terapeuta, como parte del esfuerzo que realiza el paciente para evitar sentimientos de la máxima intensidad en relación a su conflicto interno.

La contratransferencia del terapeuta puede ser clasificada como *concordante* o *complementaria*.

La contratransferencia concordante ocurre cuando el terapeuta experimenta una identificación afectiva con la experiencia afectiva subjetiva actual del paciente, de la cual éste puede tener más o menos advertencia. En otras palabras, el terapeuta experimenta empatía con las presentes representaciones del self; se puede decir

que entonces el terapeuta aprende lo que el paciente siente a través del proceso de identificación.

La contratransferencia complementaria se refiere a la identificación con lo que el paciente proyecta en el momento sobre el terapeuta; si el paciente se identifica con las representaciones del self, el terapeuta puede identificarse con las representaciones de objeto activas en el momento en la díada, identificándose, por ejemplo, con los objetos persecutorios que el paciente proyecta en la transferencia. La complementaria puede proporcionar un mejor sentimiento respecto a la escisión de los objetos internos y de la totalidad de las díadas presentes.

La contratransferencia concordante implica la identificación del terapeuta con la parte de la psique del paciente que él experimenta como sí mismo; experiencia interna del terapeuta, paralela a la representación del self del paciente, de la cual éste es consciente. La contratransferencia complementaria implica la identificación del terapeuta con las representaciones de objeto correspondientes a las actuales representaciones del paciente.

La contratransferencia del terapeuta puede variar entre concordante y complementaria dentro de una particular relación diádica activa en el paciente en un momento dado. Adicionalmente, la contratransferencia puede clasificarse como aguda o crónica.

Las reacciones contratransferenciales agudas son potencialmente muy útiles en el tratamiento como un medio para identificar elementos del mundo interno del paciente. Las reacciones contratransferenciales crónicas son más problemáticas; por lo general reflejan desarrollos transferenciales/contratransferenciales crónicos, no resueltos o un tratamiento estancado.

Cualquier tentación por parte del terapeuta de desviarse del marco de tratamiento establecido o de aceptar desviaciones del paciente respecto a éste debe ser visto como un signo de una reacción contratransferencial correspondiente a elementos del mundo interno del paciente; el terapeuta, entonces, debería incluir esta

información en su formulación emergente; tal vez podría hacer la autoreflexión: “Me estoy empezando a sentir punitivo y sádico hacia mi paciente, tendré que observar el afecto relacionado con esta diada”.

En breve, la reacción del terapeuta proporciona claves relativas a la cuestión dominante en la fase temprana del tratamiento: la respuesta a ¿Cómo se está relacionando el paciente conmigo? A menudo se encuentra en “¿Cómo me estoy sintiendo?”

Además de aliarse con el ego observador del paciente, es importante que el terapeuta encuentre algún aspecto agradable, auténticamente humano en el paciente, un área potencial de crecimiento del ego que constituirá la mínima y esencial base inicial para una comunicación auténtica del terapeuta hacia el paciente. En otras palabras, la posición de neutralidad técnica del terapeuta implica un compromiso auténtico con lo que espera que constituya un núcleo disponible de la capacidad para relacionarse en el paciente, un núcleo que sugiera capacidad para el establecimiento de una relación terapéutica.

Una pseudoinvestidura del terapeuta en el tratamiento, - una superficie amistosa que niega tanto la agresión en la contratransferencia como refleja una indiferencia básica hacia el paciente – puede producir una aparente calidez en la relación terapéutica sin la posibilidad de resolver la negación y la escisión que defienden contra las implicaciones agresivas de la conducta del paciente.

Debido a que el terapeuta está expuesto a fuertes fuerzas emocionales en la terapia, la protección de una investidura honesta en el tratamiento requiere que el terapeuta se sienta seguro. Siempre que el terapeuta se sienta amenazado, el primer paso debe ser que éste asegure su propia seguridad física, emocional y legal. La seguridad debe preceder a cualquier otra consideración, ya que es la precondition para una actitud auténtica en el esfuerzo psicoterapéutico y, por lo tanto, la garantía básica para la sobrevivencia de la terapia.

Una correcta investidura terapéutica requiere mantener todo el tiempo un sentido realista de lo que es posible. En contraste, adoptar una actitud mesiánica de

ayudar y salvar casos imposibles, crea el riesgo de que el terapeuta niegue los aspectos negativos de la contratransferencia y lleve a una gradual acumulación inconsciente de contratransferencia negativa, con un acting out repentino que precipite el fin del tratamiento.

Un marco estricto y consistente en el tratamiento psicoterapéutico debería proporcionar al terapeuta una seguridad realista que le permita la exploración de su propia contratransferencia sin presiones indebidas respecto a acciones inmediatas. Habrá momentos en los cuales la conducta extremadamente provocativa del paciente inducirá al terapeuta a algún grado de actuación contratransferencial, por ejemplo, intervenciones contaminadas por sus propias reacciones emocionales.

Pacientes llenos de odio pueden triunfalmente destacar que el terapeuta está enojado y el terapeuta debería reconocer esta conducta que resulta evidente para el paciente sin negarla o reaccionar con culpa excesiva. La ocasional pérdida de la postura de neutralidad técnica puede transmitir tanto la humanidad del terapeuta como las consecuencias de una conducta extremadamente sádica o provocativa de parte del paciente.

Es absolutamente esencial que el terapeuta proteja la integridad del marco terapéutico, la integridad física de su entorno y la privacidad de su vida fuera de la relación terapéutica con el paciente. Las partes agresivas en el paciente se dirigirán naturalmente a los límites de la relación terapéutica, desafiando estos límites en un intento de cambiar la posición de neutralidad técnica del terapeuta permitiendo la actuación de partes de los conflictos internos del paciente.

3.- *Mantenimiento del encuadre del tratamiento.* Mantener los límites del tratamiento es generalmente asunto de mantener las condiciones del tratamiento que se establecieron en el contrato.

El encuadre se refiere a las condiciones necesarias para que el tratamiento tenga lugar: condiciones concernientes a los acuerdos de horario y frecuencia, honorarios profesionales, como se procederá en el tratamiento en términos de las

responsabilidades del terapeuta y del paciente. En el curso de éste, cuando el paciente se comporta de un modo que amenaza el encuadre, el terapeuta debe intervenir; puede interpretar los desafíos del paciente, que a menudo implican una parte agresiva de éste atacando el proceso de búsqueda de la salud o un intento de evitar la ansiedad que surge cuando las defensas primitivas del paciente comienzan a fallar.

Algunas conductas, aunque cargadas de significado, deben cesar de modo que el terapeuta pueda proceder y el primer paso es interpretarlas. La comprensión del paciente respecto a sus motivaciones puede llevar a la contención y a una expresión más adaptativa de lo subyacente. Si la interpretación no conduce a la finalización de la conducta disruptiva el terapeuta puede establecer un límite, bloqueando tales acciones; habiéndolo hecho, interpreta lo que ha ocurrido para restablecer la neutralidad terapéutica. La necesidad de bloquearlas a veces aplica a comportamientos fuera de la sesión; aunque no es realista suponer que todos los acting-out se detendrán una vez que el paciente acepte el contrato terapéutico, algunas conductas son tan peligrosas o distractoras que el trabajo terapéutico no puede continuar hasta que éstas se hayan bloqueado.

El concepto de ganancia secundaria fue desarrollado después que el psicoanálisis estableció el concepto de ganancia primaria derivada de un síntoma. Con base en la idea de que el síntoma representa un compromiso entre el impulso y la prohibición respecto a él (la satisfacción en algún grado), la ganancia primaria es la disminución de la ansiedad generada por este compromiso, incluso a expensas de experimentar el síntoma.

La ganancia secundaria involucra beneficios externos que se añaden al síntoma y le agregan valor para el paciente. Los beneficios externos de la ganancia secundaria pueden variar considerablemente y pueden amenazar al tratamiento ya que avances en la condición del paciente se relacionan con pérdidas de ganancia secundaria.

Las formas más severas de ganancia secundaria que se encuentran por lo general en la población límite son: el control de otros, a través de actos autodestructivos o suicidas y la complacencia en un rol pasivo y dependiente, que involucra una utilización excesiva de servicios sociales en base al estatus del paciente de enfermo crónico. Esta última forma de ganancia secundaria puede verse en pacientes que ven el tratamiento como una forma de vida, substituta de una vida activa e independiente, más que como un medio de cambio y desarrollo de autonomía; así, el tratamiento por sí mismo puede ser una ganancia secundaria de la enfermedad.

Debido a este riesgo, el terapeuta debe estar seguro que el encuadre del tratamiento no apoya las ganancias secundarias; ello forma parte del contrato terapéutico. En este proceso, el terapeuta deja claramente establecido que no se involucrará con el paciente en respuesta a acting outs y que no aceptará pacientes que no estén comprometidos en alguna actividad productiva fuera de la situación de tratamiento.

Se ha observado en muchos casos que el terapeuta empieza, imperceptiblemente, a desarrollar tolerancia hacia la patología y conductas del paciente, especialmente cuando la patología se expresa en síntomas pasivos como la inactividad.

4.- *Análisis de la transferencia.* Con respecto a la transferencia negativa, ésta debería ser interpretada lo mas completamente posible y sistemáticamente elaborada en el aquí y ahora. Su análisis permite el surgimiento de sentimientos más positivos en la transferencia y el desarrollo de la ambivalencia. Si el paciente siente que el terapeuta evita la transferencia negativa, se reforzará su miedo o su creencia de que sus sentimientos son demasiado dañinos como para ser tolerados; entonces, el paciente podría reaccionar tratando de suprimir o desplazar sus sentimientos negativos o “sacando de la escena al terapeuta” en un arranque triunfante/destructivo, o haciendo a ambas cosas

Es importante estar alerta al inicio de la ambivalencia en relación con una aparente hostilidad no ambivalente. Generalmente los aspectos más positivos se

demuestran en las conductas del paciente y, debido a la efectividad de la escisión, no se percibe ningún conflicto en relación a una aparente posición absolutamente negativa que el paciente puede tener verbalmente. Destacar los aspectos positivos puede mitigar la sensación del paciente de ser completamente malo.

Con respecto a la transferencia positiva, el foco de la interpretación debería ser la idealización primitiva y exagerada que refleja la escisión entre relaciones de objeto completamente buenas y completamente malas. Ello debe ser interpretado sistemáticamente como parte del esfuerzo de trabajar con las defensas primitivas y la integración de las representaciones del self y de los objetos.

En las últimas etapas del tratamiento, una transferencia idealizada, que podría incluir rasgos dependientes o erotizados, puede funcionar como defensa contra la posición depresiva, que implica la aceptación de una mezcla de bueno y malo que es lo que realísticamente se puede esperar del mundo.

5.- *El Proceso interpretativo: clarificación, confrontación e interpretación.* La clarificación y la confrontación son una preparación para la interpretación y, por lo tanto, deben ser vistas como la primera parte del proceso interpretativo; esta última es la técnica fundamental en todas las terapias psicoanalíticamente orientadas. En el trabajo con pacientes límite se enfatiza la interpretación de la interacción transferencial en el aquí y ahora entre el terapeuta y el paciente.

Estas tres técnicas requieren una cuidadosa atención a los tres canales de comunicación entre el paciente y el terapeuta:

- a) comunicaciones verbales del paciente, lo que dice directamente,
- b) comunicaciones no verbales del paciente; a través de la acción y otros tipos de comunicaciones no verbales,
- c) contratransferencia del terapeuta, en la medida en que proporciona información del proceso proyectivo del paciente.

En la psicoterapia focalizada en la transferencia, las discrepancias, conflictos o contradicciones en la comunicación deben ser confrontadas, contrastando lo que se comunica a través de un canal con lo que se comunica a través de otro.

Clarificación. Es el primer paso en el proceso interpretativo. Este término se usa para referirse a la invitación que el terapeuta hace al paciente para explorar y explicar cualquier información poco clara, vaga o contradictoria.

Se puede enfocar en los elementos de la realidad externa, en el pasado del paciente, en la transferencia o en las defensas presentes. Tiene la función dual de esclarecer la información específica y de descubrir el grado de comprensión que el paciente tiene del material. En su forma más básica, la clarificación simplemente permite al terapeuta entender el nivel superficial de lo que el paciente está diciendo.

La experiencia subjetiva inicial del terapeuta que inicia una psicoterapia con un paciente límite es de confusión. El mundo interno del paciente no está integrado y el paciente experimenta la realidad externa de acuerdo a las relaciones objetales internas lo que puede no corresponder a la realidad exterior.

El terapeuta nunca puede dudar en preguntar al paciente para clarificar lo que está diciendo. Esta puede ser la intervención dominante durante la primera fase de la terapia. La impresión del terapeuta de que puede entender al paciente justo desde el inicio y su vacilación para buscar clarificaciones refleja no sólo miedo a la devaluación del paciente, pero también los intentos inconscientes del terapeuta de asumir un rol primitivo de omnipotencia que el paciente está proyectando sobre el terapeuta

Frases del tipo ¿Qué quiere decir con ...? (¿"qué quiere decir con "bebedor social"?) o ¿Me podría explicar ...? (¿"me podría explicar con más detalle lo que sucedió en la fiesta a la que Usted me hace referencia"?) son ejemplos de un terapeuta en busca de clarificaciones.

Confrontación. Como la clarificación, la confrontación es un precursor de la interpretación y, como la clarificación, es a menudo usada más frecuentemente que la interpretación en las etapas iniciales de la terapia.

La finalidad de la confrontación es que el paciente advierta los aspectos incongruentes del material que está comunicando. En un segundo paso hacia la interpretación, la confrontación reúne tanto material consciente como preconsciente e inconsciente que el paciente experimenta separadamente ya que los diferentes elementos de este material están escindidos unos de otros. Esta técnica a menudo involucra destacar las discrepancias de lo que se plantea a través de diferentes canales de comunicación.

La palabra confrontación en general tiene una connotación de beligerancia, pero como técnica terapéutica debe ser realizada con cortesía y tacto; sin embargo, incluso una confrontación cuidadosa puede ser experimentada como hostil por el paciente ya que la intervención cuestiona el sistema defensivo del paciente, en relación a la escisión de imágenes y afectos conflictivos.

Mientras que la clarificación es puramente aclarativa, la confrontación implica una decisión del terapeuta respecto a que ciertos hechos observados son dinámicamente y terapéuticamente significativos.

Por ejemplo, “Cuando Usted estaba describiendo que se sentía tan mal que tuvo que hacerse cortes para aliviar el dolor, Usted tenía una sonrisa especial. ¿Qué opina de eso?”.

La confrontación toca una instrucción central en la mayoría de las psicoterapias psicoanalíticas: seguir las asociaciones del paciente hacia donde éstas conduzcan; este principio también aplica al modelo de psicoterapia con pacientes límite con la siguiente consideración: - las asociaciones del paciente pueden reflejar representaciones del self o de los objetos escindidas de otras representaciones; en este caso, puede ser necesario que el terapeuta confronte al paciente con el material escindido para avanzar en el proceso y evitar que el paciente se perpetúe en una situación donde las representaciones internas

fragmentadas permanezcan segregadas unas de otras. – las asociaciones libres del paciente pueden estar al servicio de la resistencia; en este caso, el terapeuta debe confrontar la resistencia: por ejemplo “Parece haber sentimientos que Usted no está discutiendo en la sesión y me parece importante hablar de ellos y ésta es la oportunidad de tratar de entenderlos”.

Interpretación. La finalidad de la interpretación es resolver la naturaleza conflictiva del material y, especialmente en el caso de los pacientes límite, de conductas arraigadas en los conflictos intrapsíquicos escindidos. El proceso supone que la comprensión del paciente sobre los motivos y defensas inconscientes subyacentes harán aparentes las contradicciones lógicas anteriores y comprensibles los comportamientos desadaptativos.

El terapeuta puede dirigir sus interpretaciones hacia:- el aquí y ahora de la transferencia,- la realidad externa actual o pasada del paciente, o - sus defensas características, pudiendo enlazar estos elementos con el pasado inconsciente, lo que se denomina interpretaciones genéticas que se utilizan principalmente en las etapas tardías del tratamiento.

Clarkin et al. (2006) señalan que la competencia de un terapeuta en TFP involucra los siguientes elementos: - claridad de la interpretación, - velocidad o “tempo” de las intervenciones interpretativas, - pertinencia de la interpretación y – profundidad adecuada de la interpretación.

Claridad de la interpretación. Se refiere a comunicaciones precisas y directas del terapeuta. Aunque el grado de certeza respecto a una interpretación puede variar en la mente del terapeuta, y el tono y énfasis en la expresión puede reflejar estos diferentes grados, realizar interpretaciones tentativas usualmente señala una actuación en la contratransferencia. Si la interpretación no es correcta, ello devendrá aparente. Las comunicaciones dubitativas, tentativas generalmente enlentecen el ritmo de la terapia.

Velocidad de la interpretación. Se refiere al tiempo entre las declaraciones del paciente y las interpretaciones del terapeuta. Para que el proceso tenga el máximo

impacto en el paciente, la interpretación debe ser proporcionada en el momento oportuno. La explicación más usual de los terapeutas para posponer esta intervención es la necesidad de obtener más información que asegure la precisión de ésta; sin embargo, muchos terapeutas posponen repetidamente este paso, a veces por períodos de semanas, debido a su ansiedad respecto a la respuesta del paciente. Esta tendencia refleja la renuencia de muchos terapeutas para aceptar el hecho de que son objetos importantes en la vida del paciente y que el proceso de terapia requiere que las emociones más intensas de éste se desplieguen en las sesiones.

Al considerar el riesgo en el retraso del proceso interpretativo, Clarkin et al. (2006) proponen que éste debe ser usado sólo cuando el terapeuta tiene suficiente claridad para formular una hipótesis basada en lo que el paciente ha comunicado o en lo que el terapeuta ha observado en la interacción, cuando el terapeuta tiene una certeza razonable que su hipótesis, si es compartida con el paciente, puede aumentar el auto-conocimiento o cuando es improbable que el paciente llegue fácilmente a esa hipótesis sin la ayuda interpretativa.

A menos que estas tres condiciones se cumplan, el terapeuta debería permanecer en silencio o usar las técnicas de clarificación y confrontación. Si las condiciones aplican, la interpretación debe hacerse lo más rápidamente posible, ya que en adición a su valor terapéutico, ofrece la oportunidad de valorar la respuesta del paciente, la que puede indicar: - si el paciente está listo para escuchar, - si el paciente puede hacer algo con eso, asumiendo que la interpretación ha sido escuchada, como ampliarla o efectuar asociaciones adicionales, y, finalmente, como el paciente experimenta la interpretación en el contexto de la relación con el terapeuta; por ejemplo, como una fructífera expansión de su comprensión, como evidencia de los poderes mágicos del terapeuta, , como una herida narcisista, como un regalo, como algo sin valor, etc.

Pertinencia de la interpretación. Se refiere a que el foco apropiado debe colocarse principalmente en la porción de material actualmente disponible que tiene el afecto

más importante; es lo que guarda relación con el principio económico de la interpretación.

Los principios económico, dinámico y estructural guían el foco y el contenido de la interpretación. De acuerdo al principio económico, la interpretación debe ligarse al afecto dominante en la sesión; esto es porque el estado afectivo del paciente es un marcador de las relaciones objetales inconscientes que están siendo estimuladas. La relación de objeto asociada con el afecto dominante en la sesión coincide con la relación de objeto dominante en la transferencia; sin embargo, hay ocasiones en que la relación afectiva dominante se relaciona con una persona o situación fuera de la relación transferencial y no tiene una conexión directa con ese momento. En general, el material que aparece como fuera de la transferencia, en algún momento inevitablemente se liga con ésta.

El principio dinámico se refiere a enfocar las interpretaciones en las fuerzas en conflicto en la psique. Este principio guía al terapeuta a trabajar desde lo superficial a lo profundo, desde las defensas hasta las motivaciones de los impulsos. En general, el material cercano a la conciencia debe ser interpretado primero; como regla, en las etapas tempranas de la terapia, las interpretaciones se refieren principalmente a la naturaleza defensiva del material del paciente.

El principio estructural se refiere a enfocar las interpretaciones en el nivel de las díadas de las relaciones objetales predominantes. Con esto último, el objetivo es entender e interpretar las díadas que tienen un rol defensivo y desarrollar advertencia sobre díadas más profundas, asociadas con el impulso sobre el que actúa la defensa.

Profundidad de la interpretación. Se refiere a la progresión del proceso interpretativo desde la experiencia conductual consciente del paciente a la descripción de las estructuras psíquicas subyacentes, con los conflictos inherentes, que motivan la conducta del paciente. Este es el principio dinámico de la interpretación.

Todo conflicto intrapsíquico involucra no sólo una capa de defensas e impulsos, sino sucesivas capas en una configuración impulso-defensa. Idealmente, el terapeuta no debería interpretar ni tan superficialmente, por ejemplo, lo que ya es evidente para el paciente, ni tan profundamente que el paciente no sea capaz de asimilarlo: el nivel óptimo de interpretación se encuentra por ensayo y error y el criterio de profundidad de la interpretación se refiere a los esfuerzos del terapeuta para profundizar tanto como sea posible, probando el nivel en el cual el paciente puede entender e incorporar la interpretación.

Una interpretación puede ser hecha a tres niveles: - la interpretación de cómo los acting outs o las defensas primitivas sirven para evitar la consciencia de la experiencia interna, - la interpretación de una actual y activa relación de objeto, describiendo las representaciones del self y de los objetos en la díada y la inversión de roles en la díada, - la interpretación de las relaciones de objeto contra las que defienden las actuales y activas relaciones objetales.

En el Nivel 1, las defensas primitivas, en oposición a otras más maduras, tratan de evitar conflictos manteniendo una separación intrapsíquica fuerte y poco realista entre aspectos amados y odiados del self y de los otros de modo que las partes en conflicto no entran a la conciencia psicológica del paciente. Incluso si estos estados contradictorios aparecen en la conciencia lo hacen en tiempos diferentes y con total separación; sin embargo, un estado puede ser experimentado conscientemente mientras que un estado opuesto es simultáneamente actuado en la conducta, pero no está presente en la conciencia del paciente. Esta extrema separación de estados incompatibles lleva al paciente a experimentar como externas a él partes de su mundo interno que no puede tolerar como parte de su experiencia consciente.

La escisión, el mecanismo central de las defensas primitivas, aísla los extremos, caricaturiza la representación del self y de los otros en el mundo interno del paciente, protegiendo las imágenes buenas y amadas del odio asociado con imágenes malas. Esta segregación de las representaciones internas le cuesta al paciente la habilidad para hacer frente a personas y situaciones con la flexibilidad

y complejidad del mundo real. En términos de la experiencia subjetiva del paciente, la escisión generalmente conduce a una discontinuidad errática en la experiencia de sí mismo, de los otros y del mundo. En algunos casos, la escisión produce una apariencia de estabilidad, rígida pero brillante, basada en la constante proyección de los objetos internos malos en el mundo externo. El control omnipotente, la identificación proyectiva, la idealización primitiva, devaluación y negación hacen posible sostener la escisión a través de la creencia de que los aspectos inaceptables del self están presentes en otros, de que los objetos malos en otras oportunidades son buenos y que la contradicción no tiene consecuencias emocionales.

Para traer a la conciencia del paciente las representaciones parciales del self y del objeto el terapeuta a menudo debe recuperarlas del lugar donde han sido proyectadas, demostrando el uso de defensas primitivas. Una vez que el terapeuta ha demostrado el repertorio de caricaturas que afectan las relaciones del paciente, la siguiente tarea es juntar los fragmentos del self y de los objetos. Aquí es cuando el proceso de interpretación es más útil.

La sistemática interpretación de las defensas primitivas conduce a cambios en las relaciones de objeto activadas en la sesión; estos cambios son valiosos para confirmar la precisión de las interpretaciones terapéuticas. El paciente, gradualmente, se vuelve consciente de las imágenes objetales contradictorias internalizadas; entonces, el paciente entra en una fase más avanzada del tratamiento.

En el Nivel 2, la interpretación puede involucrar un paso preparatorio en el cual el terapeuta explícitamente describe representaciones del self y de los otros que no son obvias en la superficie; este paso es especialmente útil en situaciones donde los roles que se ha actuado están un poco disfrazados o si el paciente tiene dificultad para reconocer que su experiencia interna determina la interacción en situaciones donde él toma sólo elementos parciales que no representan la totalidad de la realidad objetiva.

La interpretación per se a este nivel se basa en las sugerencias del terapeuta acerca del porqué el paciente experimenta la interacción de acuerdo a estos roles.

Un ejemplo de preparación para este nivel de interpretación podría ser: ““Usted se muestra como un niño desamparado, es la impresión que yo tengo; sin embargo, de forma sutil, pero consistente, es usted muy fuerte. Usted rechaza todo intento de mi parte para profundizar en la comprensión de esta situación, parece no escuchar mucho de lo que yo digo; esto podría ser entendido como evidencia de su desamparo, pero en mi experiencia una persona indefensa generalmente muestra alguna apertura hacia los ofrecimientos de ayuda; valdría la pena emplear algún tiempo en analizar esta situación”.

El Nivel 3, interpretación de las relaciones de objetos contra las que actualmente operan las defensas, es el nivel de interpretación más completo; el terapeuta ofrece una interpretación a este nivel cuando siente que hay suficiente información para entender de qué tipo de relación se está defendiendo el paciente.

Cabe señalar que en los tres niveles de interpretación, el terapeuta debe monitorear constantemente los tres canales de comunicación para tener la información necesaria para formular interpretaciones; estas últimas generalmente son precedidas por el uso de clarificaciones y confrontaciones, pues, a veces, una buena confrontación hace innecesaria la interpretación. Este es el caso cuando los pacientes utilizan la confrontación para lograr un insight, debido a ello, el terapeuta no debería hacer interpretaciones hasta que tenga claro que el paciente no puede avanzar sin esta ayuda. Si una confrontación no es suficiente para ayudar al paciente a avanzar, entonces el terapeuta procede con una interpretación.

El terapeuta que trabaja con pacientes límite debe estar preparado para cambiar el foco desde el realista aquí y ahora a una relación de objeto poco realista, fantaseada, activada en la transferencia, relación que a menudo incluye características primitivas que el terapeuta debe hacer explícitas apenas su comprensión se lo permita. Estas interpretaciones deben realizarse pronto en el

tratamiento cuando hay riesgo de que la experiencia interna del paciente se active de un modo que ponga en riesgo al paciente, a alguien más o al tratamiento.

Existen ciertos riesgos en estas interpretaciones profundas tempranas, por ejemplo, el que se presenta cuando el terapeuta basa su intervención en una cantidad mínima de información; el paciente puede sentir que la precisión de la observación del terapeuta apoya su creencia primitiva de que otros son capaces de hacer magia y que él puede curarse sin hacer ningún esfuerzo en el tratamiento.

El otro riesgo en las interpretaciones profundas tempranas es que la interpretación puede ser rechazada debido a que el paciente todavía está fuertemente defendido como para considerar una interpretación o la puede incorporar de una manera intelectualizada usándola como resistencia frente a la real comprensión emocional.

Técnicas no utilizadas en Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.

La TFP no utiliza técnicas abiertamente de apoyo tales como proporcionar intervenciones tranquilizadoras, dar consejos y sugerencias, educar al paciente de una forma práctica (aunque algún tipo de psicoeducación puede ser apropiada), enfatizar fortalezas y talentos y realizar intervenciones ambientales. La razón para no utilizar técnicas de apoyo – apoyo cognitivo, apoyo afectivo, medidas de reeducación, intervenciones directas en el ambiente del paciente – se basa en que tales intervenciones sacan al terapeuta de su posición de neutralidad técnica, atrayéndolo al reforzamiento de la transferencia positiva, lo que luego hará que la interpretación de la transferencia sea más difícil.

El evitar técnicas de apoyo se basa en la convicción de que éstas obstaculizan el trabajo con el paradigma transferencia- contratransferencia y a menudo conducen a una actuación de la contratransferencia (Clarkin et al., 2006).

La interpretación podría ser considerada como riesgosa con pacientes límite debido a la suposición errónea respecto a que el paciente es bombardeado con explicaciones más allá de su capacidad de comprensión. Como se ha previamente

señalado, la interpretación parte en la superficie, esto es, en el punto en el que el paciente y el terapeuta comparten un punto de vista sobre la realidad inmediata, para luego ayudar al paciente a sentir curiosidad sobre aspectos más profundos de lo que está sucediendo y sobre la razón por la que estos aspectos de su vida psicológica le parecen atemorizadores o inaceptables.

CAPÍTULO TRES

MODELO DE INTERVENCIÓN

En este capítulo se plantea un modelo de intervención para pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad en un contexto institucional.

Cuando se fundó la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad en el hospital donde ésta funciona, la idea inicial era atender a todos los pacientes que fueran referidos con la técnica de psicoterapia focalizada en la transferencia; sin embargo, pronto nos dimos cuenta que la demanda asistencial sobrepasaba en mucho nuestra capacidad de atención.

Semanalmente en esta Clínica se reciben un promedio de 8 solicitudes de interconsulta. El personal de la Clínica está constituido por un psiquiatra y un residente de psiquiatría que laboran en ella de tiempo completo y tres psicólogas/o que laboran sólo parcialmente en ella.

De este modo, nos vimos en la necesidad de implementar programas de atención grupal de corta duración y sólo a unos pocos pacientes, escogidos al azar de una lista de espera, se les ofrece psicoterapia de corte psicodinámico.

Presento el modelo de intervención general de la Clínica y a continuación el desarrollo de un proceso psicoterapéutico de larga duración y basado en el modelo de psicoterapia focalizada en la transferencia, precedido por la viñeta clínica del caso que se expone.

3.1.- Modelo de Intervención Modelo de Intervención en una Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad en un Hospital de Tercer Nivel de la Secretaría de Salubridad.

La Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad fue fundada en octubre de 2012 con el objetivo de dar atención psiquiátrica y psicoterapéutica al número cada vez más creciente de pacientes que acuden a este centro hospitalario y que presentan un Trastorno Límite como diagnóstico principal. Su modelo de funcionamiento fue establecido por un médico cirujano con especialidad en Psiquiatría y una psicóloga clínica con especialidad en Psicoterapia que venían formándose en este tema a través de un seminario ad hoc los últimos dos años. Ambos con vasta experiencia clínica y adscritos desde hacía varios años a otros servicios de la consulta externa de este hospital. Se trata de un modelo dinámico que va cambiando acorde a la experiencia adquirida y a las necesidades asistenciales que se van presentando.

En esta Clínica el trastorno límite de personalidad fue definido como “Patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos” (DSM 5 301.83; CIE 10 F60.3).

Hasta ese momento estos pacientes eran tratados atendiendo a los síntomas correspondientes al Eje I (DSM-IV-TR, 2002) y/o en sesiones de psicoterapia breve en el Departamento de Psicoterapia del mismo hospital. A todas luces, este tratamiento resultaba insuficiente y, en la mayoría de los casos, muy limitado en sus alcances.

Esta Clínica de Subespecialidad depende orgánicamente de la Dirección de Consulta Externa de este hospital quien supervisa que se canalicen adecuadamente aquellas/os usuarias/os que en el Servicio de Consulta Externa hayan sido detectadas/os, por medio de evaluación clínica de su médico tratante, como portadoras/es de un trastorno límite de personalidad como diagnóstico principal y que cumplan con los criterios de inclusión determinados por la propia Clínica.

De este modo, el Servicio de Consulta Externa es responsable de:

- Evaluar a la/el paciente y con base en su historia clínica, la descripción de los síntomas, la evolución de su padecimiento y, de acuerdo a los criterios

de inclusión/exclusión de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad, determinar la interconsulta a dicha Clínica.

- Requisar el formato de interconsulta específico de la Clínica e informar personalmente al Coordinador de esta Clínica el padecimiento de la/el paciente, el posible diagnóstico y la necesidad de su atención en esta Clínica específica.
- En la hoja de interconsulta la/el médica/o tratante que refiere al paciente debe documentar que este último lleva por lo menos 12 semanas de tratamiento con ella/él. Se habrá de especificar las fechas de las consultas que documenten que el paciente ha recibido el tiempo de atención requerido.
- Será necesario documentar por medio de escalas (anexas a la solicitud de interconsulta) la estabilidad en algunos diagnósticos. Escala de Manía de Young (Young, Biggs, Ziegler y Meyer, 1978), igual o menor a 11; Escala de Hamilton (Hamilton, 1960) de Depresión igual o menor a 17.
- Informar a la/el paciente de la necesidad de su atención simultánea en esta Clínica, con el fin de contar con un tratamiento integral que contribuya a estabilizar su padecimiento.

La Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad atiende las/los siguientes leyes, normas, estatutos, reglamentos, modelos y recomendaciones:

- Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Ley General de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994. Para la prestación de servicios en Unidades de Atención Hospitalaria Médico-Psiquiátricas.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. DOF 02-VIII-2006, última reforma 16-VI-2011.

- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. DOF 01-II-2007, última reforma 28-I-2011.
Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. DOF 02-VIII-2006, última reforma 16-VI-2011.
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. Publicada en el DOF 16-IV-2009.
- Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia. DOF 11-III-2008.
- Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, 2006.
- Diez Recomendaciones para el Uso No Sexista del Lenguaje. CONAPRED, 2009.

La Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad es responsable de:

- Realizar la evaluación clínica de l a/el usuaria/o, enfocada a trastornos mentales relacionados con trastorno límite de la personalidad, que puedan ser usuarias/os ambulatorias/os de dicha Clínica.
- Brindar un trato digno, respetuoso, libre de prejuicios, en un ambiente que garantice honestidad, privacidad, calidez y seguridad en las/los usuarias/os.
- Establecer el diagnóstico clínico de acuerdo al estado de la/el usuaria/o.
- Brindar atención psiquiátrica y psicoterapéutica (individual o grupal) por parte de médicas/os y psicólogas/os altamente capacitadas/os y sensibilizadas/os.
- Indicar estudios de laboratorio y/o de gabinete, cuando sea necesario.
- Referir al Servicio de Atención psiquiátrica Continua en caso de que exista una condición de urgencia psiquiátrica.
- Requisitar el consentimiento informado para videograbación de las sesiones en las consultas subsecuentes.

Se han establecido los siguientes criterios de Inclusión:

- Diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad,
- Mujeres y hombres de 18 a 60 años de edad.

Se han establecido los siguientes criterios de Exclusión:

- Trastorno de Personalidad Antisocial,
- Trastorno Psicótico,
- Trastorno de la Alimentación activo,
- Trastorno Bipolar en fase maníaca o depresiva,
- Dependencia a sustancias que no se encuentre en remisión,
- Coeficiente intelectual inferior al Normal Promedio y trastornos profundos del desarrollo.
- Deterioro Cognoscitivo.

El modelo de tratamiento implica que una vez que se confirma el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad se inicia el proceso psicoterapéutico. Este se realiza bajo una de tres modalidades terapéuticas.

- Terapia grupal Dialéctico-Conductual (Linehan, 2003).
- Terapia grupal de Aceptación y Compromiso (Kanter, Baruch y Gaynor, 2006)
- Terapia individual Focalizada en la Transferencia. (Clarkin et al. 2006).

El tratamiento farmacológico de los pacientes atendidos en la Clínica se llevará a cabo por una/un psiquiatra del equipo en tanto la/el paciente se encuentre en Psicoterapia Focalizada en la Transferencia. En cualquier otra circunstancia, el manejo farmacológico será responsabilidad de la/el médica/o que refirió el caso. Así mismo, una vez que el paciente egrese de la Clínica, el tratamiento farmacológico, de ser necesario, se realizará por el médico que refirió el caso.

En caso que la/el paciente requiera tratamiento intrahospitalario durante su proceso psicoterapéutico, su manejo se realizará únicamente por el equipo de la Subdirección de Hospitalización de este mismo centro hospitalario, sin que se

realicen interconsultas a la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad. Una vez que la/el paciente egrese de hospitalización, se evaluará la posibilidad de continuar su tratamiento en esta Clínica.

En la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad existen seis procedimientos específicos:

- a) Procedimiento para la realización de evaluación diagnóstica de la Clínica de Subespecialidad de Trastorno Límite de la Personalidad.
- b) Procedimiento para la consulta subsecuente de la Clínica de Subespecialidad de Trastorno Límite de la Personalidad.
- c) Procedimiento para la participación en un grupo psicoterapéutico.
- d) Procedimiento para la Interconsulta de la Clínica de Subespecialidad de Trastorno Límite de la Personalidad.
- e) Procedimiento para la realización de la segunda evaluación diagnóstica de la Clínica de Subespecialidad de Trastorno Límite de la Personalidad.
- f) Procedimiento para la atención psicoterapéutica de acuerdo al modelo de psicoterapia focalizada en la transferencia.

- a) Procedimiento para la realización de evaluación diagnóstica de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad.

El primer procedimiento tiene el propósito de iniciar la evaluación diagnóstica con el objeto de integrar el expediente clínico de las/los usuarias/os así como el de detectar alguna situación especial que amerite realizar referencia o contrarreferencia, valoración de riesgo o peligro o aviso al Ministerio Público.

La referencia-contrarreferencia es el procedimiento médico- administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios tales como refugios o albergues, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir las personas afectadas.

Se realiza de la siguiente manera:

- Las/los pacientes que han sido identificadas/os por sus médicas/os tratantes como posibles candidatas/os a recibir atención en la Clínica acuden con su hoja de interconsulta al módulo de Consulta Externa donde funciona esta Clínica.
- Son recibidos por la secretaria del módulo quien les asigna fecha y hora específicas para la realización de una sesión grupal de evaluación diagnóstica.
- En esta sesión grupal, asesoradas/os por un psiquiatra o psicólogo integrante de la Clínica, se les aplican las siguientes escalas autoaplicables:
 - a) Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV: SCID-II. (First, Gibbon, Spitzer y Williams, 1999).
 - b) Cuestionario de apego adulto. (Melero y Cantero, 2008).
 - c) Escala de Impulsividad de Plutchik. (Plutchik y van Praag, 1989).
 - d) WHOQOL-BREF. (1998).

Finalmente, se consigna en el expediente electrónico clínico de cada paciente el procedimiento aplicado.

- b) Procedimiento para la consulta subsecuente de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad.

Este segundo procedimiento tiene el propósito de establecer en forma definitiva el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de acuerdo a los resultados obtenidos por las/los pacientes que han acudido a la sesión grupal de evaluación e informar a los pacientes tanto de los resultados obtenidos como de las manifestaciones clínicas, causalidad y pronóstico del trastorno y modalidades de tratamiento psicoterapéutico que la Clínica ofrece.

Se realiza de la siguiente manera:

- Al concluir la sesión grupal para la autoaplicación de escalas, las/los pacientes son nuevamente citados a una sesión grupal.
- La secretaria del módulo les asigna fecha y hora específica para que concurran a tal sesión.
- En días previos a la sesión grupal programada, una/un integrante de la Clínica de Trastorno Límite de Personalidad habrá calificado las escalas administradas y capturado los resultados en una base de datos que contiene, además, los siguientes indicadores socio-demográficos: sexo, edad, escolaridad, estado civil, número de hijos y ocupación.
- Esta sesión grupal, que tiene un carácter psicoeducativo, es conducida por una/ médica/o psiquiatra o por una/un psicóloga/o clínica/o de la Clínica.
- Primeramente se mencionan aquellas/os candidatas/os a recibir atención dentro de la Clínica que cumplen con algún/algunos criterios de exclusión, tal como trastorno antisocial de la personalidad; enseguida, pacientes que no cumplen criterios suficientes, de acuerdo al DSM-IV-TR (2002) para diagnosticarlos con un trastorno límite de la personalidad. En esta última situación, queda a criterio de la/del clínica/o que calificó las escalas de esa/e determinada/o paciente tomar la decisión, con base en el conjunto de resultados obtenidos, citar a la/el paciente para la aplicación de la Entrevista Estructurada ya que puede tratarse de una persona con Organización Límite de la Personalidad, que no cumple los criterios del DSM-IV-TR (2000). Los trastornos psicóticos, de la alimentación activo, bipolar activo, dependencia a sustancias activo, coeficiente intelectual inferior al Normal Promedio, trastornos profundos del desarrollo o deterioro cognoscitivo ya habrán sido detectados por su médica/o tratante de modo que no serán referidos a la Clínica o será altamente improbable que ya se encuentren en esta etapa del proceso.
- A las/los pacientes excluidos se les comunica que su diagnóstico principal no es trastorno límite de la personalidad, que su trastorno psiquiátrico en Eje I debe ser controlado antes de ingresar a la Clínica o que su trastorno de personalidad no es tratable en la Clínica (trastorno antisocial de la

personalidad). En el primer y en el último caso, las/los pacientes son referidas/os al Departamento de Trabajo Social del hospital donde una trabajadora social se encarga de proporcionarles direcciones de otras instituciones públicas y/o privadas donde probablemente puedan ser atendidas/os. Ni la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad ni la Dirección de Consulta Externa emite hoja de referencia ya que se cumple con una función meramente informativa de instituciones no vinculadas en ningún sentido con este hospital.

- La/el clínica/o que conduce esta sesión psicoeducativa grupal presenta al grupo, en formato power point, las principales características de lo que se considera un trastorno límite de la personalidad, utilizando un lenguaje claro, sencillo, en lo posible evitando términos técnicos.
- Aclara todas las dudas que surjan en las/los asistentes.
- No informa de los resultados individuales de las escalas aplicadas.
- Invita a las/los asistentes que cumplen con criterios de inclusión a integrarse a un grupo psicoterapéutico, explicando que serán anotadas/os en una lista de espera (tiempo de espera de tres meses, aproximadamente) para que en el momento que sea posible serán convocados a participar en uno de los dos grupos psicoterapéuticos que se desarrollan en la Clínica: terapia grupal informada dialéctico-conductual o terapia grupal de aceptación y compromiso.
- La asignación a estos grupos se realiza de manera aleatoria.
- Finalmente se consigna en el expediente electrónico clínico de cada paciente el procedimiento aplicado.

c) Procedimiento para la participación en un grupo psicoterapéutico.

Este tercer procedimiento tiene la finalidad de ofrecer a las/los pacientes que han ingresado a la Clínica un procedimiento psicoterapéutico grupal, breve y manualizado.

Se procede de la siguiente manera:

- La asignación a estos grupos se realiza de manera aleatoria.
- Las/los participantes son seleccionados estrictamente de acuerdo al orden de precedencia de la lista de espera que se va elaborando conforme se van integrando las/los candidatas/os a la Clínica.

La terapia grupal informada dialéctico-conductual tiene una duración de 36 sesiones, que se realizan semanalmente, en un horario fijo previamente establecido, en sesiones de una hora y media de duración.

La terapia de aceptación y compromiso se desarrolla en dos modalidades: - Psicoterapia grupal con una duración de 18 sesiones, que se realizan semanalmente, en un horario fijo previamente establecido, en sesiones de una hora y media de duración. – Psicoterapia combinada individual y grupal, que se realiza en 18 sesiones grupales semanales más 18 sesiones individuales durante el mismo período en que se está llevando a cabo la psicoterapia grupal.

- Las/los pacientes deberán asistir al menos al 80% de las sesiones grupales, sin faltar a más de tres sesiones consecutivas; de otro modo, son dadas/os de baja de la Clínica.
- Al finalizar este procedimiento se vuelven a aplicar las escalas de auto-evaluación que se administraron durante el primer procedimiento, con la finalidad de tener indicadores de cambios.
- Finalmente se consigna en el expediente electrónico clínico de cada paciente el procedimiento aplicado.
- Al finalizar este procedimiento se considera concluida la intervención de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad en la atención de la/del paciente.
- Todas/os las/los pacientes pueden regresar al Servicio de Consulta Externa y seguir recibiendo tratamiento farmacológico con su médico tratante.

d) Procedimiento para interconsulta o referencia para internamiento de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad.

Este cuarto procedimiento tiene el propósito de evaluar a la/el paciente y, con base en su historia clínica, el desarrollo de sus síntomas y la evolución de su padecimiento, determinar interconsulta a otra Clínica o realizar referencia al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua u Hospitalización; ello se realiza con el fin de contar con tratamiento integral que contribuya a estabilizar el padecimiento de la/el paciente.

La /el usuaria/o se considera paciente de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad una vez que ha iniciado procedimiento psicoterapéutico, ya sea grupal o individual, en esta Clínica.

Se realiza de la siguiente manera:

- Tanto la/el médica/o psiquiatra como la/el psicóloga/o clínica/o responsable de la atención farmacológica y/o psicoterapéutica, en psicoterapia grupal o individual, pueden ser responsables de este procedimiento.
- Se informa a la/el usuaria/o sobre el probable diagnóstico añadido, necesidad de atención simultánea en otra Clínica o Servicio y se la/lo canaliza al área correspondiente.
- La/el médica/o psiquiatra o la/el psicóloga/o responsable de la atención del paciente informa personalmente al Coordinador de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad sobre la necesidad de realizar este procedimiento; este último requisita formato de interconsulta o referencia para otra Clínica o Servicio.
- También es posible que la/el médica/o tratante solicite estudios de laboratorio y/o gabinete, cuando procedan; de este modo, se podrá elaborar solicitud de Estudios de Laboratorio, solicitud de Servicio de Imagen, solicitud de Estudio Electroencefalográfico, solicitud de Estudio de Mapeo Cerebral.
- La /el clínico responsable del tratamiento de la/el paciente realiza anotación (nota de evolución) en el expediente clínico electrónico de la/el paciente.

- e) Procedimiento para la realización de la segunda evaluación diagnóstica de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad.

Tiene como propósito realizar la segunda evaluación diagnóstica de algunas/os pacientes con el objeto de definir si es candidata/o para psicoterapia focalizada en la transferencia.

Se realiza de la siguiente manera:

- Algunas/os pacientes que se encuentran en lista de espera para incorporarse a algún grupo psicoterapéutico son escogidos al azar y tomando en cuenta su posición prioritaria en esta lista.
 - Se considera el puntaje que hayan obtenido en el SCID-II Autoaplicable, tomando en cuenta a aquellas/os candidatas/os que hayan obtenido los puntajes más bajos, pero significativos para el diagnóstico, en esta entrevista estructurada. Ello eventualmente nos garantiza escoger para esta modalidad de tratamiento a pacientes con alto nivel de funcionamiento.
 - Se les aplican los siguientes instrumentos de evaluación:
 - a) Entrevista Estructurada para la Organización de la Personalidad, STIPO-S. (Clarkin, Caligor, Stern y Kernbeg, 2003).
 - b) Shedler-Western Assessment Procedure-200. (Wester,D., & Schedler,J.,
 - Si los resultados obtenidos en las dos entrevistas antes mencionadas confirman un alto nivel de funcionamiento, se invita a la/el candidata/o evaluada/o a participar en un programa de psicoterapia focalizada en la transferencia.
 - La /el clínico responsable del tratamiento de la/el paciente realiza anotación (nota de evolución) en el expediente clínico electrónico de la/el paciente.
- f) Procedimiento para la atención psicoterapéutica de acuerdo al modelo de psicoterapia focalizada en la transferencia.

Tiene el propósito de implementar con algunos pacientes de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad un modelo de psicoterapia psicodinámica individual, a largo plazo y manualizada, denominada psicoterapia focalizada en la transferencia.

Se realiza de la siguiente manera:

- La secretaria del módulo de Consulta Externa donde funciona la Clínica cita a la/el paciente seleccionada/o para una entrevista individual.
- La/el psicoterapeuta designada/o para llevar a cabo el procedimiento terapéutico con la/el paciente realiza entrevista estructural de Kernberg (1999) en dos sesiones de 60 minutos cada una.
 - La/el terapeuta realiza devolución diagnóstica.
 - La/el terapeuta realiza contrato terapéutico con la/el paciente.
- La/el terapeuta realiza entrevista con la/el paciente y familiares directos de ésta/e con la finalidad de:
 - a) Clarificar los focos de intervención psicoterapéutica.
 - b) Clarificar los focos de intervención familiar.
 - c) Ofrecer lineamientos de interacción familiar.
 - d) Establecer un compromiso de co-responsabilidad.

El proceso de psicoterapia tiene una duración de un año, con sesiones dos veces por semana.

Ruptura del contrato terapéutico o ausencias a más de tres sesiones consecutivas sin previo aviso y/o causa justificada causan baja del proceso.

Este proceso, a criterio de la/el terapeuta que lleva el caso y de acuerdo con la/el paciente podrá prolongarse un año más.

Durante el proceso de psicoterapia focalizada en la transferencia la/el paciente recibirá tratamiento farmacológico por una/un psiquiatra de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad.

Si se requiere, al finalizar el proceso la/el paciente podrá regresar al Servicio de Consulta Externa para ser atendido farmacológicamente por una/un médica/o psiquiatra.

3.2.- Viñeta Clínica de un Caso Atendido en la Clínica.

Andrea es una paciente que ingresó al hospital donde fue atendida psiquiátrica y psicoterapéuticamente, en fecha próxima a la Navidad del año 2011. Lo hizo a través de la Subdirección de Hospitalización, permaneciendo ingresada durante 12 días.

El estudio socioeconómico que se realizó indica que se trata de una paciente en la tercera década de la vida, sexo femenino, soltera, sin seguridad social, que vive en una zona residencial urbana del Distrito Federal, tipo de vivienda popular, rentada. Habita con una tía abuela de quien recibe el 100% del apoyo económico.

Esta tía abuela, Rosa, cubrió los gastos de hospitalización y funge como familiar responsable en el hospital.

El diagnóstico de ingreso de la paciente indica que en el Eje I se encuentra un trastorno distímico de inicio temprano, un trastorno depresivo mayor recidivante, episodio actual grave por intento suicida reciente, de alta letalidad e ideación suicida persistente y un trastorno de la conducta alimentaria no especificado, tipo 4. En el Eje II se señala la presencia de rasgos límites de la personalidad, probable trastorno y diagnóstico principal.

También existen estresores de salud, familiares, sociales y académicos, sobreviviente de abuso sexual desde la infancia.

El diagnóstico de egreso de la paciente indica que en el Eje I se encuentra un trastorno depresivo mayor recidivante grave en remisión parcial; distimia de inicio temprano y trastorno por estrés postraumático crónico. En el Eje II se señala la

existencia de un trastorno límite de personalidad con rasgos histriónicos de personalidad.

El examen mental de egreso de su hospitalización indica que la paciente egresa alerta, orientada en persona, lugar, circunstancia y tiempo; porta ropa de acuerdo a edad y sexo, higiene y aliño adecuados; posición libremente escogida, sin facies características; psicomotricidad conservada, actitud tranquila, cooperadora. Habla en tono, volumen y velocidad adecuados; lenguaje coherente, congruente. Pensamiento lineal; niega fantasías de muerte e ideación suicida. Ánimo referido como "bien"; afecto impreso eutímico. Niega alteraciones en la sensopercepción y no las impresiona. Funciones mentales superiores: memoria reciente y mediata conservadas, remota, semántica y procedural conservadas; atención y concentración conservadas, abstracción y síntesis conservadas, cálculo conservado. Juicio dentro del marco de realidad, adecuada conciencia de enfermedad.

Si bien la información que a continuación plasmamos se considera confiable, resulta, hasta la fecha, parcialmente incompleta. Al inicio de las sesiones de psicoterapia la paciente negaba, muy frecuentemente escindía, no recordaba e, incluso, evitaba proporcionar cierta información.

Al comienzo, se trataba de un rompecabezas cuya figura apenas se distinguía. Actualmente, éste se ha ido integrando y se puede distinguir perfectamente la figura y el fondo.

La información no fue apareciendo en orden cronológico.

Andrea es producto de una breve relación de pareja de su madre, Elvira. La paciente nunca conoció a su padre ni tiene antecedente alguno de él. Durante la infancia habitó en casa de su bisabuela materna. Cuando ella tenía aproximadamente dos años de edad, la madre inició otra relación de pareja, con un hombre casado, Ricardo. Andrea ha recordado que casi desde que lo conoció, durante las comidas, Ricardo la sentaba en sus piernas y se masturbaba frotándose con sus glúteos.

Durante la época de la educación primaria, Andrea permanecía al cuidado de la bisabuela y dos tías abuelas, Rosa y Ana (solteras y sin hijos); este cuidado siempre fue inconsistente e inconstante. La madre trabajaba todo el día, pero a su regreso solía ejercer importante violencia física contra ella.

Cuando la paciente tenía 8 o 9 años de edad la madre y su amante rentaron un cuarto en el polo opuesto de la ciudad en el que vivían durante la semana; entonces, las tías abuelas comenzaron a exigir que Elvira se llevara los fines de semana a su hija ya que ellas no querían cuidarla. Fue entonces que comenzó la violación sexual por penetración vaginal ejercida por Ricardo. La paciente recuerda que a pesar de ser tan pequeña se escapaba de esa casa y cruzaba la ciudad para regresar a casa de su bisabuela. Sólo a su madre alguna vez le refirió lo que estaba ocurriendo, pero ésta la acusó de estar intentando quitarle a su hombre. Ricardo, por su parte, la amenazaba con matar a la madre, tías y bisabuela si denunciaba lo que sucedía.

Se recuerda como una niña hosca, hostil, sumamente reservada, enojada, durante la primaria.

Cuando Andrea tenía 15 años de edad fallece la bisabuela y las tías abuelas le exigen a la madre que se la lleve a vivir definitivamente con ella. Comenzó un período de máxima agresión física, psicológica y sexual para la paciente; los dos primeros tipos de violencia ejercidos tanto por la madre como por el padrastro (la madre le exigía que lo llamara papá); la violencia sexual, en un principio ejercida sólo por Ricardo y acompañada de golpes y patadas, pero posteriormente el padrastro comenzó a cobrarles a algunos vecinos que quisieron tener relaciones sexuales con Andrea y luego llevó amigos a los que también les cobraba.

Andrea se recuerda como una adolescente cada vez mas enojada, hostil y reservada. Sin amigas ni amigos. Siempre con buen rendimiento académico.

Principalmente durante la Preparatoria, Andrea llegaba a la escuela con golpes notorios, principalmente en brazos y piernas, pero eventualmente, también en la cara. Si alguien le hacía algún comentario al respecto siempre mencionaba que se

había caído; de las escaleras, de la bicicleta. Aparentemente después de una golpiza proporcionada por Ricardo, especialmente grave, la tía abuela Rosa la llevó de regreso a vivir con ella. Habitó con ella hasta pocos meses atrás.

Al comienzo, ambas tías abuelas intervinieron en su educación. La inscribieron en una escuela preparatoria particular exigiéndole que trabajara y estudiara y obtuviera buenas calificaciones para optar a una beca escolar.

La tía abuela Ana se mostró siempre más rechazante y exigente; la paciente comenzó a trabajar en un pequeño negocio de ésta; ahí conoció a Jorge, invidente con el que posteriormente trabajaría auxiliándolo en labores secretariales y de asistencia personal.

Su primera relación de pareja ocurrió durante la Preparatoria, cuando vivía con su madre y padrastro. A este muchacho lo recuerda con gran afecto, es su amigo hasta la fecha, sin que pueda dar una explicación clara de la ruptura; sin embargo, ha podido ver que ejerció con él importante violencia, principalmente psicológica, pero en varias ocasiones también llegando a los golpes.

Al finalizar la Preparatoria, las tías le exigieron que continuara estudiando, sin que Andrea tuviese deseo de hacerlo y sin saber que estudiar. Un amigo le mencionó una Escuela de Música y ella decidió postular. Estando en la fila para presentar sus papeles observó cual era la fila más corta y aplicó para el instrumento de esa fila, quedando seleccionada.

Andrea mencionó que disfrutó los estudios, que tenía muchas aptitudes para la música, que se destacó como estudiante, incluso fue seleccionada para integrar un conjunto de cámara, pero decía que nunca se sintió verdaderamente entusiasmada con lo que hacía, sólo continuaba para satisfacer las exigencias de las tías relativas a estudiar y trabajar para poder mantenerse al lado de ellas. Aparentemente estuvo en esa escuela dos años.

Allí conoció al que sería su segunda pareja, un estudiante avanzado y muy destacado. También este hombre sigue siendo su amigo hasta la fecha. Estableció

con él un fuerte lazo emocional y fue acogida cariñosamente en casa de sus padres, pero también con él ejerció violencia psicológica y física, esta vez bastante más intensa que con su primera pareja. Refirió que finalizó la relación con él porque mientras estuvo hospitalizada jamás la visitó, se fue de vacaciones fuera de la ciudad.

Con ninguno de los dos aceptó tener relaciones sexuales; escasamente caricias que cuando se tornaban eróticas Andrea las rechazaba tajantemente.

La paciente refirió que durante todo el último año de sus estudios musicales estuvo planeando su suicidio. Pensaba principalmente en ir al mar, embarcar en una lancha con muchos pesos en los pies y arrojarse al agua, pero luego consideró que éste no era un método seguro y lo descartó; empezó, entonces, a considerar la idea de quemarse al interior de su habitación en casa de su tía Rosa.

Decidió esperar a realizar en su escuela el concierto de fin de año ya que era un compromiso adquirido con sus tías.

Pocos días después de este evento le comunicó a Rosa sus intenciones, pero aparentemente ésta no la tomó en serio. Esperó un fin de semana en que su tía salió fuera de la ciudad y preparó la escena. Puso a su mascota en un lugar que ella consideró fuera del alcance del fuego y se encerró en su habitación. Roció el lugar con ¿acetona? y también mojó con este líquido inflamable sus ropas; aparentemente también consumió una cantidad importante de algún tipo de tranquilizante; prendió fuego. Comenzó a salir mucho humo y los vecinos llamaron a los bomberos, quienes acudieron rápidamente y controlaron el incendio. Su habitación quedó seriamente dañada, la mayoría de sus pertenencias destruidas, pero ella no sufrió lesiones.

Dos días después su tía la llevó al hospital donde permaneció hospitalizada. A su egreso es referida a la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad comenzando el tratamiento de psicoterapia focalizada en la transferencia que analizaremos en detalle.

3.3 Análisis de un Proceso Psicoterapéutico a través de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.

Describiré aquí un proceso psicoterapéutico de 2 años y 5 meses de duración, con sesiones dos veces a la semana de 45 minutos cada una. Cabe aclarar que al momento en que éste se inició aún no se había establecido el límite de un año de duración de la terapia, dentro del modelo de intervención de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad, lo que permitió la extensión de ésta.

Para fines del análisis dividiré el proceso en tres etapas:

- Etapa Inicial, primer año.
- Etapa intermedia, segundo año, y
- Etapa de finalización, tercer año.

Este proceso fue supervisado en sesiones cada dos meses, aproximadamente, por tres terapeutas calificados del Instituto de Desórdenes de la Personalidad del Hospital Presbiteriano de Nueva York. Estos terapeutas se rotan, para fines de supervisión, cada 6 meses.

Atender psicoterapéuticamente a esta paciente fue parte del programa de entrenamiento en Psicoterapia Focalizada en la Transferencia que inició formalmente pocos meses antes del inicio de su atención. De manera más informal, formó parte de un seminario al interior del hospital psiquiátrico donde esta paciente fue atendida y que inició dos años antes del entrenamiento formal.

Las sesiones de supervisión se realizaron a través de videoconferencia. En todas las sesiones de supervisión todo el grupo en formación estuvo presente, de hecho cada miembro del grupo fue presentando sucesivamente sus casos; se permitió y alentó la participación de todos durante las sesiones de supervisión. Internamente, en el grupo también se realizaron sesiones de supervisión con la misma dinámica.

En el curso del proceso psicoterapéutico algunas sesiones se videograbaron, contando con el consentimiento informado de la paciente; de este modo, los supervisores pudieron acceder al material completo de la sesión.

Después de cada sesión de psicoterapia realicé una nota clínica donde quedaron plasmados los aspectos más relevantes: - temas principales, afecto predominante, fenómenos transferenciales y contratransferenciales, en su caso, clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones efectuadas -, nota que quedó integrada al expediente clínico de la paciente.

El material que aquí analizo tiene el carácter de estrictamente confidencial, se trata de información muy sensible ya que por la naturaleza misma de la tarea no es posible soslayar información relevante; sin embargo, he preservado en su totalidad la identidad de la persona.

Se trata de una mujer en la tercera década de la vida, delgada, estatura promedio-alta, vestimenta casual, acorde a su edad cronológica, sin detalles llamativos y cuya principal característica física consiste en numerosos tatuajes que le cubren ambos brazos y antebrazos, dedos de las manos, parte de ambas piernas, espalda y tórax. Durante el proceso terapéutico analizamos su significado; la mayoría de los tatuajes se los realizó después de su intento de suicidio.

Su expresión facial, su postura corporal, fueron de hostilidad y rechazo al contacto con otros. Saludaba breve, pero educadamente, evitando el contacto físico (saludar dando la mano, por ejemplo) y sin ninguna expresión verbal de amabilidad.

Etapa Inicial.

La intervención psicoterapéutica durante el primer año reflejará necesariamente una terapeuta en entrenamiento; se trata de la primera paciente que abordé con el modelo de psicoterapia focalizada en la transferencia.

El Modelo de Intervención de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad que presento en este documento no estaba completamente establecido, - la Clínica se

había fundado apenas cuatro meses antes -, de modo que no se siguieron los pasos que actualmente proceden. Principalmente no se aplicaron de inicio las escalas actualmente en uso ni los instrumentos de evaluación específicos para trastornos de personalidad, STIPO-S y SWAP 200, con los que actualmente contamos, luego de la autorización por parte de los autores para su uso.

Durante este primer año de tratamiento realicé la entrevista estructural que me permitió establecer el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, con bajo nivel de funcionamiento, rasgos paranoides y probable trastorno antisocial de la personalidad; este último diagnóstico, como se verá más adelante, fue completamente descartado a poco de iniciada la psicoterapia.

Efectué el contrato terapéutico a fin de definir el marco del tratamiento; se establecieron las bases de la relación terapéutica, principalmente confianza de la paciente, y se abordaron los conflictos que aparecían más superficialmente.

La primera sesión con la paciente se realizó a fines del primer trimestre del año 2012. Inicé realizando la entrevista estructural; evalué que se trataba de paciente de nivel intelectual normal, tal vez normal alto, sensorio (atención, orientación, conciencia, comprensión y juicio) sin alteraciones; sin síntomas psicóticos. Severos rasgos patológicos del carácter: - importantes dificultades en las relaciones interpersonales, tanto por sus conductas agresivas hacia los demás como por la dificultad para inferir el estado mental y los sentimientos del otro (los ignora o los niega) y la indiferencia hacia los demás de modo que sus relaciones interpersonales se limitaban a un contacto bastante superficial y conflictivo con tres o cuatro personas; - importante inestabilidad emocional con episodios de ira que surgían abruptamente; - uso de mecanismos defensivos primitivos: negación, escisión, control omnipotente, idealización primitiva, omnipotencia y devaluación; - conductas impulsivas que afectaban su funcionalidad en la vida diaria y, principalmente difusión de identidad establecida en esta sesión por la extrema dificultad para poder identificar sus propios gustos, preferencias, valores, plantearse metas y formular una visión coherente de sí misma; en este sentido, el autoconcepto era pobre y poco articulado.

Sus expectativas hacia la psicoterapia eran poco realistas; Andrea consideraba que el proceso de psicoterapia podía proporcionarle una “total corrección” de sus problemas, principalmente los conflictos que siempre se suscitaban en sus relaciones interpersonales. También mencionó su falta de ganas de vivir como un asunto a abordar.

De forma vaga y muy confusa (predominio de escisión) me relató su intento de suicidio mostrándose sorprendida cuando la confronté con la posibilidad de haber quemado la casa completa; insistía en que pensó que sólo se incendiaría su propia habitación.

Contratransferencialmente sentí que me “cuidaba” en esta primera sesión, evitando expresiones verbales y/o no verbales de hostilidad.

Durante la segunda sesión, todavía parte de la entrevista estructural, me refirió la presencia de frecuentes flash backs de lo ocurrido durante los eventos de abuso sexual.

De forma muy somera se refirió al área sexual: en forma voluntaria ha tenido relaciones sexuales sólo con un novio, en dos oportunidades, y que no fueron satisfactorias (me formulé la hipótesis, que no compartí con la paciente, de una severa inhibición en el área sexual; hipótesis que confirmaré en el curso de esta primera etapa y cuya resolución constituyó uno de los principales logros de este proceso psicoterapéutico). También me refirió que ha tenido relaciones sexuales con tres mujeres (difusión de identidad), sin precisar la época en que se dieron estas relaciones y sintiendo que la experiencia ha sido más agradable que con hombres; sin embargo, no se visualizaba yendo por la calle con una pareja mujer, necesita un hombre protector a su lado. En el curso del tratamiento jamás volvió a tener contacto sexual y/o erótico con mujeres ni volvió a tocar el tema.

Refirió ingesta moderada y muy ocasional de alcohol y consumo de marihuana en cinco ocasiones, de forma experimental.

Nuevamente de forma vaga y extremadamente confusa me refirió que el domingo recién pasado su tía abuela Rosa la llevó a casa de su abuela, donde se encontraba la madre, y esta tía confrontó tanto a la abuela, su hermana, como al resto de la familia que se hallaba ahí presente con la violencia sexual sufrida por Andrea sin haber recibido cuidado ni protección ni de la madre ni de los abuelos. Ambas recibieron todo tipo de agresiones verbales y Andrea reaccionó agrediendo físicamente a su madre; aparentemente le propinó golpes importantes al no obtener de esta última una respuesta amorosa y contrita. Todos negaron la veracidad de la información que estaba proporcionando la tía, declarando desconocer hasta ese momento cualquier indicador al respecto. Fueron expulsadas de la casa de los abuelos. Sería la última vez en estos años que la paciente vería a su madre. Posteriormente la tía ha vuelto a acercarse a la casa de su familia, cosa que Andrea le ha reprochado constantemente.

Mi intervención terapéutica respecto a esta escena se basó en aclaraciones y confrontaciones para la mejor comprensión de los hechos tanto para la paciente como para mí misma.

Contratransferencialmente me sentí impactada por la violencia expresada y por los sentimientos de odio de la paciente.

Posteriormente, en sesión de supervisión se interpretó la narración de la paciente también como una fuerte agresión a la terapeuta.

A su siguiente cita programada la paciente no acudió, llamó para cancelarla e informó que volvería a llamar para solicitar otra cita. No acudió sino hasta tres semanas después.

En esa cita la paciente señaló que se fue de viaje a otro estado con un amigo, durante tres semanas. No me dio ninguna información sobre el amigo.

Se refirió triste, expresando que preferiría estar muerta, enojada con su tía ante la exigencia de ésta de que trabajara para ayudar a pagar los gastos del incendio; indiferente frente a la vida, sin planes a futuro. Me habló de sus dos años de

estudiante de música, refiriéndose como una alumna de excelencia, con mucho talento, que a poco de haber entrado a estudiar comenzó a obtener recursos económicos de la música (presentaciones junto a otros músicos); refirió que, sin embargo, nunca lo disfrutó, lo hacía sólo para complacer a sus tías.

Intervine nuevamente con base en aclaraciones y confrontaciones; en la paciente prevalecía la escisión, por lo que sus planteamientos eran vagos y confusos.

Transferencialmente me situó en el rol de experta que debe ayudarla, situándose ella en el rol de alguien que no colaborará para ser ayudada.

Contratransferencialmente percibí coraje contenido, reticencia, hostilidad.

Señalé que a la próxima cita debería venir acompañada de su tía.

Quince días después la paciente acudió en compañía de la tía abuela Rosa. La interacción entre ellas fue interesante: Andrea constantemente confrontó, retó, devaluó a su tía, con una actitud francamente hostil y controladora; en muchos momentos intentó que yo me aliara con ella en esa actitud. Solicité a la tía que me proporcionara la información que ella dispone del incendio que provocó Andrea; ésta refirió que cuando ella llegó a la casa, la paciente se encontraba en una habitación de la planta alta (el incendio fue provocado en su habitación de la planta baja), acurrucada en un rincón y cubierta con una cobija. Andrea insistió en manifestar que no recordaba cómo llegó ahí (episodio disociativo) y nuevamente volvió a expresar frustración por no haber podido consumar el suicidio. Dado que además tomó mucho medicamento de tipo psiquiátrico (que consume su tía) fue referida de primera instancia a un hospital general, donde no consideraron necesario la aplicación de ninguna maniobra específica. A su egreso fue hospitalizada en el hospital psiquiátrico donde es actualmente atendida.

Analice con ellas el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y establecí nueva cita con la paciente para discutir las condiciones de un posible tratamiento de psicoterapia basada en la transferencia (TFP).

Al presentar esta sesión al grupo de supervisión interno, el consenso general fue de no incluir a esta paciente en el programa de TFP ya que, de acuerdo a la opinión grupal, se trataba de un caso donde prevalecían los rasgos antisociales, por lo que la psicoterapia no estaba indicada.

Contratransferencialmente yo había sentido el dolor, la confusión, la capacidad de resonar emocionalmente de la paciente, de modo que decidí intentar el proceso de TFP.

A la siguiente sesión la paciente acudió por primera vez en forma puntual y trabajé durante toda la sesión aclarando y confrontando. La paciente casi toda la sesión permaneció aislada de sus emociones; finalmente conectó emocionalmente con sus deseos de muerte y su tristeza profunda y se quebró, reaccionando con llanto intenso. Entonces dejó el rol de “persona dura” asumiendo el de “víctima”. Por identificación proyectiva me hizo sentir que la maltraté.

Confirmando mi contratransferencia, en la siguiente sesión la paciente refirió que salió llorando debido a mis confrontaciones (plan de vida versus plan de muerte). Aparentemente empezó a contactar con el significado emocional de su ideación suicida, pero refirió que ya no quería morirse, aunque siempre había en su cabeza deseos de muerte; tampoco tenía un plan de vida, no le encontraba sentido a estar viva. La confronté con su gran coraje y cómo ha estado pasando la factura: a su tía Rosa y a su ex novio que se fue de vacaciones cuando ella estuvo hospitalizada. Pudo reconocer sentimientos de ternura, pero le ganaba el coraje y el rencor. Quedó establecido que las próximas dos sesiones las dedicaríamos a establecer el contrato terapéutico.

En éstas quedó establecido un contrato de dos años de duración, con citas dos veces por la semana, de 45 minutos cada una, en días y horario fijo; inasistencias injustificadas serían causa de baja. La presencia de conductas suicidas pondrían en riesgo el tratamiento por lo que en caso de presentarse se revaloraría la posibilidad de continuar con éste; sesión tras sesión se hablaría de los pensamientos suicidas de la paciente (en el entendido que al hablar de los

impulsos disminuye la posibilidad de que se actúen). En caso de presentarse crisis, éstas serían atendidas en el Servicio de Urgencias y no en sesión de psicoterapia. La paciente deberá hablar sin mentiras ni omisiones y yo escucharé con mente abierta (“interpretación sin memoria ni deseo”). Se le explicó el proceso de libre asociación: “Me interesa todo lo que pasa por tu mente porque es el camino a los conflictos profundos; no es necesario que vengas con una agenda preparada a la sesión, no hay tareas. Podrías hablar acerca de lo que observas a tu alrededor; sin embargo, lo más importante son las cosas que vienen de adentro”.

Como objetivos terapéuticos iniciales establecimos el análisis de las conductas violentas auto y heterodirigidas, el análisis de sus relaciones interpersonales con las personas más significativas en su vida, tías abuelas, madre y padrastro, y el análisis de sus relaciones de pareja. Al finalizar la última de estas dos sesiones dedicadas al contrato terapéutico, la paciente me refirió que no comía desde hacía dos días, sin ninguna conciencia de que se trataba de una autoagresión. La paciente se mostró dispuesta y complaciente con la terapeuta, expresando ansiedad por tener que hablar de sí misma ya que siempre ha estado volcada a complacer a los demás (contradicción que por el momento no confrontamos).

El primer mes de psicoterapia propiamente tal, se caracterizó por la irregular asistencia de la paciente a sus citas, aunque se mostraba preocupada por sus faltas al contrato terapéutico; comenzó a asumir su gran inestabilidad emocional e, incluso, física. Se quedaba dormida y somatizaba. Constantemente la confrontaba con su gran dificultad para registrar una gama de emociones; sólo podía sentir coraje y mostrarse violenta. En una de las sesiones de este mes y en libre asociación refirió que comía sólo dos o tres veces a la semana y ella misma lo interpretó como autoagresión; entonces incluimos en el contrato terapéutico la necesidad de tres comidas diarias, comprometiéndose la paciente a hacerlo.

Esta intervención terapéutica podría ser vista como una desviación de la neutralidad técnica ya que di indicaciones conductuales precisas; sin embargo, fueron de gran utilidad ya que a partir del compromiso asumido por la paciente

comenzó a comer regularmente. Transferencialmente depositó cierta responsabilidad sobre su vida en la terapeuta y constantemente estuvimos bordeando una transferencia materna que nunca llegó a establecerse claramente (transferencia idealizada, deseos de dependencia; atribución de características irreales a la terapeuta que parecía ser el objeto que siempre satisface; en la relación transferencial el malestar parecía no existir y casi siempre se proyectaba hacia personas significativas de la realidad externa. Para Andrea esta transferencia idealizada pudo constituir su posibilidad de reconstruir un objeto interno sólido; el riesgo era que se creara una expectativa mágica hacia la terapeuta de recibir sin dar nada a cambio). Continuó expresando deseos de muerte aunque sin ninguna ideación suicida.

En el segundo mes de la psicoterapia se analizó especialmente la relación con Rosa y Ana, sus tías abuelas; comenzó a reconocer su gran coraje hacia ellas; la información que proporcionó nos permitió confrontarla con su dificultad para empatizar con otra gente; interpreté que esto la volvía dura y fría, como un mecanismo de defensa frente al dolor.

Empezó a recordar episodios traumáticos de fuerte violencia física y sexual ejercida por su padrastro.

Comenzó a desarrollar planes a corto plazo relativos a poner un negocio de tatuajes y perforaciones. En la sesión con la terapeuta se comportaba como una chica responsable, como una hija buena que merecía ser querida. Mantuvo la neutralidad terapéutica en el sentido de permanecer equidistante de los conflictos, sin tomar partido por este polo escindido.

Desde comienzos del tercer mes de tratamiento Andrea empezó a hablar más libremente de sus ideas de muerte; reconoció que éstas habían reaparecido y que la idea de vivir “unos 60 años” se le hacía insostenible. Al mismo tiempo, comenzó a analizar sus frustradas expectativas hacia ella misma; interpreté que el que no haya continuado desarrollando aquella expectativa brillante (en la música)

constituía un acto de gran violencia hacia ella misma (aunque evité relacionar las ideas de muerte con su frustración).

Cuando llevábamos cuatro meses de tratamiento, la paciente cuestionó el procedimiento terapéutico refiriendo que no entendía bien la dinámica de éste ya que cuando acudió a un grupo para mujeres sobrevivientes de abuso sexual (previo a su ingreso a esta institución), le dejaban tareas entre las sesiones y aquí no había nada de eso, de modo que se sentía perdida; volvimos a recordarle los términos del contrato y la manera de proceder (“lo primero que se venga a la mente”), sólo para constatar que se acordaba perfectamente de todo. Mantuve la neutralidad terapéutica, no di indicaciones más concretas, mantuve una actitud abierta y receptiva; frente al “niño agresor” me mostraba tolerante.

El quinto mes de tratamiento la asistencia de la paciente a sus citas de psicoterapia fue irregular; llegaba muy tarde o no acudía, señalando que se había quedado dormida. Finalmente comenzó a plantear el tema de su violencia interpersonal; me refirió, cada vez con mayor detalle, como había agredido a sus anteriores parejas (insultos fuertes, golpes, ruptura de objetos personales) y como estaba agrediendo a su actual pareja (relación de pocas semanas de duración con un joven tatuador que conoció en el ambiente de los tatuajes). Refirió sentirse muy alterada al reconocer estas conductas, incluso me llegó a comentar que tenía miedo de que “la dejase encerrada” (hospitalizada) pues se sentía muy alterada. Señalé que si bien estas conductas eran claramente violentas hacia los otros, parecían ser, también, una expresión de coraje contra ella misma. También la confronté con la imagen temida, hostil y peligrosa que proyectaba en mí.

Al inicio del sexto mes de tratamiento me refirió una escena de extrema violencia por su parte, en contra de dos vecinas que se quejaron de su perra; aparentemente, las vecinas le señalaron que esta perra, sin cadena, representaba un peligro para sus hijos pequeños. Esta mascota y otra perra pequeña eran los seres vivos más importantes para Andrea, en ese momento; a ellos podía expresarles su cariño sin reservas, mostrándose fuertemente apegada a ellos. Se encolerizó por los comentarios y demandas de las dos mujeres vecinas y se fue a

golpes contra ellas, en la calle; arañó, pateó, golpeó, arrancó cabellos, sin control. Le comenté que ésta fue una conducta que, de ser denunciada, podría ameritar pena de cárcel. En el momento estuve consciente de haber abandonado la neutralidad técnica, pero consideré que era un comentario necesario para la paciente. Esta sesión fue supervisada y el comentario general, tanto del supervisor como de mis compañeros de supervisión, fue que en su opinión esta conducta confirmaba la presencia de importantes rasgos antisociales de la personalidad, que se trataba de un caso de pronóstico muy reservado, con muchas dudas respecto a la pertinencia de continuar un tratamiento focalizado en la transferencia.

Contratransferencialmente yo seguía sintiendo el dolor de la paciente, aunque sin arrepentimiento; ella había defendido a su querida perra, y sostuve mantenerla en tratamiento. En la siguiente sesión me refirió que después de haber estado platicando conmigo respecto de sus conductas violentas y de maltrato hacia las personas más importantes para ella, había logrado contener sus impulsos de insultar y maltratar psicológicamente a su pareja y a su tía. Así, pudimos ver claramente en funcionamiento la indicación técnica relativa a que al hablar los pacientes de sus impulsos, disminuyen los “acting outs”.

Durante esta época del tratamiento también le señalé a la paciente la posibilidad de que comenzara a maltratarme a mí, como lo hacía con las figuras significativas en su vida; Andrea refirió, entonces, sentirse muy impresionada al considerar esta posibilidad. Mi intención terapéutica consistía en trabajar en la integración de objetos malos/objetos buenos en sus esquemas mentales; se puede sentir amor y coraje hacia una misma persona. La conducta explícita de la paciente seguía siendo cuidadosa en la relación terapéutica, aunque la conducta no verbal era de hostilidad y distancia; evitaba todo contacto físico conmigo, ni siquiera saludaba de mano.

Durante las siguientes sesiones, mejoró su estado anímico, decía sentirse “contenta”, y no había vuelto a mencionar deseos de morir. También cabe señalar que a raíz de su inclusión en el contrato terapéutico, la paciente hacía

regularmente tres comidas diarias y comentó en varias ocasiones lo placentero que le resultaba comer; eventualmente mostró preocupación por subir de peso. Hubo oportunidades en que fue capaz de no enojarse con su pareja, comentando que se sentía “rara” al respecto. Comenzó a referirse al abuso sexual y físico de que fue objeto durante la infancia y adolescencia, refiriendo que aún sentía intenso miedo de Ricardo, el padrastro. Temía que en cualquier momento se le apareciera en su moto, con estados de hipervigilancia cuando escuchaba el sonido de una moto; pensaba que la vigilaba, que conocía sus movimientos y se sentía impotente frente a él (importante ideación paranoide); expresaba deseos homicidas. A pesar de las ideas homicidas referidas, la paciente se veía más estable, más contenida. Mis primeras intervenciones al respecto consistieron en señalar sus sentimientos de impotencia y la necesidad de un cambio interno en relación a esta persona.

En el séptimo mes de tratamiento continuó elaborando sobre su violencia; inició una sesión relatando que desde muy pequeña maltrataba animales, le gustaban mucho los conejos y sus tías se los regalaban. Para jugar con ellos los metía en bolsas de plástico recordando que no entendía la prisa de los adultos por sacarlos de ahí; en la actualidad podía entender que los estaba asfixiando, pero refirió que nunca le explicaron la situación. Durante esta sesión la paciente realizó un importante trabajo de mentalización y, con sorpresa, logró asumir su propia violencia; se mostró avergonzada de sus conductas. Principalmente aclaré y confronté para ayudarla en la integración de estos elementos de su personalidad.

A la siguiente sesión, Andrea acudió solicitando terapia cognitivo-conductual; refirió que ya había asumido sus conductas violentas, pero que se sentía incapaz de implementar otras distintas, necesitaba que se las enseñaran. Trabajamos analizando la alternativa de una psicoterapia que incidiera sobre la conducta o una psicoterapia de corte profundo que la ayudase a entender conflictos; finalmente la paciente aceptó asumir su responsabilidad en el tratamiento e inició un proceso de autoexploración y mentalización que nos llevó a ver como el mundo y las personas eran percibidos por Andrea como sumamente hostiles, anticipando siempre conductas agresivas hacia ella y respondiendo en función de esa construcción

mental. De forma interesante, al finalizar esta sesión comenzó a hacer un recuento de los momentos “amables” que había tenido en su vida.

En cuanto a su actividad laboral, durante los últimos meses la paciente había estado trabajando algunas horas a la semana con una persona débil visual que formó una asociación que imparte cursos psicoeducativos para débiles visuales e invidentes; Andrea se encargaba de hacer los trámites necesarios para participar en convocatorias para obtener recursos económicos para esta asociación; sin embargo, hasta entonces sus referencias a esta actividad y a este hombre que preside esta actividad habían sido vagas y escasas. Esta persona cobrará importancia en la vida de ella durante el curso de la terapia.

Simultáneamente, había estado acudiendo con su novio a un t ianguis donde instalaron un puesto para realizar perforaciones y tatuajes; además, continuaba con su proyecto de establecer un “ estudio de tatuajes”. Desde hacía algunas semanas me había referido que su tía Rosa le cedió un puesto que se encuentra en un paso a desnivel para cruzar una arteria de la ciudad y que se encontraba reformándolo.

Durante esta época, acudió a una sesión sumamente alterada y me refirió que se había perdido su perra pequeña; días atrás, había llevado a sus dos mascotas al local que estaba acondicionando, esta perra salió corriendo y ya no la pudo encontrar. Expresó gran dolor por su pérdida; a medida que iba hablando y expresando lo que sentía (dolor y culpa por haberla sacado a la calle) fue perdiendo el control emocional; lloraba a gritos, descontroladamente, pidiendo que su Lola regresara; estaba con ella desde hace siete años y, claramente, sus animales eran su más importante fuente de afecto. Esta fue la única oportunidad en el curso del tratamiento en que fue necesario derivarla al Servicio de Urgencias, de acuerdo a nuestro contrato terapéutico, para que resolvieran esta crisis; allí, sólo fue necesario realizar maniobras de contención y la paciente se regresó a su casa; sin embargo, a la siguiente sesión me refirió una serie de actuaciones de sus impulsos sumamente peligrosos y violentos que realizó entre las dos citas.

A partir de que su perra se perdió, regresó al local todos los días, varias veces al día, buscándola por los alrededores. La noche anterior a la sesión se peleó a golpes con otra locataria lastimándola de forma importante, regresó a su casa y protagonizó un escándalo queriendo enterrarse un cuchillo (en la sesión reconoció que en realidad no iba a hacerlo) o salir a la calle y aventarse a los coches; el novio la estuvo deteniendo; lo golpeó, rasguñó y mordió. En forma de confrontación, expresé mis dudas respecto a que existiese un real deseo de destruir todo lo que había estado construyendo ese año; señalé que la decisión era de absoluta responsabilidad de ella; a pesar de que la paciente insistía en que no tenía razones para vivir, llegó puntual a su cita y se mostró muy interesada en la próxima. Esta confrontación la realicé en función de la transferencia de la paciente: la responsabilidad está en el exterior.

En sesión posterior, comentó la paciente encontrarse más tranquila y refirió que mi señalamiento de la última sesión relativo a que tendría que elegir entre seguir destruyendo lo que había podido construir ese año y destruyéndose o seguir adelante y superar su duelo le hizo sentido y había podido mantenerse en calma. También señaló que había decidido no seguir acudiendo al tianguis donde junto con su novio hacía tatuajes y perforaciones ya que temía que en cualquier momento apareciera su padrastro agresor; pudo reconocer que todavía esperaba encontrárselo en cualquier lugar. Comencé a realizar interpretaciones poco profundas de estas ideas y sentimientos paranoides.

A inicios del noveno mes de tratamiento surgió un tema nuevo en las sesiones; Andrea logró ver que casi todos los tatuajes que tiene se los había realizado después del intento de suicidio del pasado diciembre; los interpreté como severas conductas de autoagresión y después de analizarlo, la paciente aceptó mi interpretación. Desde que la conocí, contratransferencialmente siempre había sentido que Andrea arruinó su cuerpo con tantos tatuajes; sin embargo, y a pesar de los comentarios al respecto de los supervisores, nunca me atreví a plantear el tema en ese sentido.

Por varias semanas persistieron importantes sentimientos paranoides; por ejemplo, comenzó a tener miedo de salir a la calle y que mientras ella estuviese afuera lastimaran a su tía y a su perra; continuaba el miedo a encontrarse con su agresor.

Durante el décimo mes de tratamiento la paciente presentó una urgencia médica; sintió fuertes dolores abdominales acudiendo al Servicio de Urgencias de un hospital general, donde diagnosticaron colelitiasis y se planteó la posibilidad de una intervención quirúrgica; sin embargo, debido a sus múltiples tatuajes y perforaciones, el cirujano exigió que se descartara hepatitis o VIH, por lo que la intervención se pospuso. Aparentemente esta fue la primera vez que la paciente se enfrentó a una situación de discriminación por sus tatuajes.

Con respecto a la psicoterapia, en la misma sesión la paciente comentó como había ido cambiando su relación conmigo y con ella misma; refirió que acudió al Servicio de Urgencias sólo porque ya es capaz de prestar atención a su cuerpo, cosa que antes no hacía, se encontraba en una situación de “anestesia” total, negando dolores físicos y emocionales; esto desde que su padrastro la violaba y la vendía a sus amigos. Comentó encontrarse muy preocupada por los diagnósticos presuntivos que se manejaban en el hospital general y se preguntaba si pudo haberla contagiado el padrastro, lo que le generaba mucho coraje; también reconocía que podía ser una consecuencia de haberse tatuado, diciendo que, en este caso, aceptaría su responsabilidad. Es interesante señalar que en ese centro hospitalario también sufrió discriminación por tratarse de una paciente psiquiátrica; le suspendieron abruptamente toda la medicación psiquiátrica aduciendo que podía ser la causa de los dolores, de modo que Andrea acudió a esta sesión con síntomas importantes de de privación farmacológica abrupta, siendo necesario restablecer tratamiento farmacológico por parte de su psiquiatra tratante.

En el período de espera de resultados de sus estudios de laboratorio agredió de forma sumamente violenta a una locataria del paso a desnivel donde acondicionaba su estudio de tatuajes, con quien tuvo un altercado por diferencias de opinión entre ellas respecto a la administración del lugar; durante la agresión

sufrió un episodio dissociativo; cuando se recuperó de éste no sabía si había matado a su oponente pues tenía las manos con sangre. Contratransferencialmente pude sentir el dolor y la vergüenza de la paciente; transferencialmente continuaban los sentimientos paranoides.

En las siguientes sesiones la paciente se permitió reconocer su transferencia negativa; refirió que se encontraba muy enojada porque presté poca atención a sus quejas de dolor abdominal y su revancha fue mostrar en el hospital general mi descuido. Nos centramos en la violencia que la paciente ha ejercido contra otras personas desde la infancia; poco a poco empezó tomar conciencia de esta situación con tristeza y vergüenza. Vimos que necesitaba vengarse, tomar revancha, frente a acciones reales o supuestas en contra de ella; estaba muy enojada con su tía y con la madre de su novio porque habían expresado coraje por las consecuencias de su última tormenta emocional: Confrontamos con su intolerancia frente al enojo de otros; las únicas agresiones permitidas eran las propias.

Comentó que la mujer a la que ella agredió la saludó como si nada hubiera pasado (yo nuevamente había pensado en la posibilidad de una denuncia legal); Andrea pudo ver que detrás de esta violencia exagerada había miedo al agresor; interpretamos que la defensa es la violencia abierta y brutal que ella suele emplear, no se permite términos medios.

Los exámenes clínicos que le practicaron en el hospital general resultaron todos negativos y en el Servicio de Gastroenterología le señalaron que era necesaria operación de vesícula; la paciente no contaba con los recursos económicos para esta intervención; continuaría con fuertes dolores y períodos de incapacidad los próximos dos años, sólo tratada con calmantes.

La paciente me informó que su tía Rosa deseaba acudir a una sesión y es así como acudió con ella en la siguiente oportunidad; la tía mostró importante labilidad emocional y llanto fácil frente a estímulos poco significativos, comentando que se asustó mucho con la violencia de Andrea en el último episodio de desregulación

emocional: pensó que podría agredirla a ella; nunca la había visto así. La paciente refirió que hasta ahora había evitado que la tía la viera así para no preocuparla, para no hacerla sufrir. Rosa expresó interés en saber acerca del tratamiento que llevaba su sobrina y el modo en que ella podría contribuir a su mejoría; se la invitó a participar en un grupo psicoeducativo para familiares de próximo inicio, al que ella asistió sistemáticamente.

En la última sesión del año 2012 acudió la paciente refiriendo que su novio, cansado de sus continuas agresiones hacía él, terminó la relación y le expresó que no quería volver a verla; en la paciente se activó su temor al abandono y me refirió que le hablaba a su celular por lo menos 50 veces al día, pero el ex-novio no contestaba. Refirió importante ideación suicida, por ejemplo, comprar una jeringa hipodérmica grande, llenarla de agua y clavársela en el corazón. Todos los planes que fue ejecutando durante ese año, principalmente su estudio de tatuajes, incluían de manera principal al novio, que ya no estaría, de modo que los planes ya no eran ejecutables.

Dejamos muy claramente establecido que de acuerdo al contrato terapéutico que acordamos al inicio de la psicoterapia debería acudir al Servicio de Urgencia para el manejo de esta crisis; señalamos que considerábamos pertinente que fuera de inmediato ya que la ideación suicida y el deseo de muerte eran importantes. Andrea expresó el deseo de hospitalizarse aunque estimó que, por razones económicas, eso no sería posible. En la relación transferencial vimos como se había activado en la paciente el rol de víctima, pretendiendo involucrar a la terapeuta como su salvadora; mantuve la neutralidad técnica e informé de su responsabilidad frente a sus impulsos. Di cita para la segunda semana de enero de 2013 ya que daba inicio mi período vacacional.

En la primera sesión, luego del período vacacional, la paciente refirió haberme extrañado mucho en las vacaciones; no realizó ninguna conducta de auto-agresión durante esta época. Continuaba asumiendo el rol de víctima vislumbrando apenas la contraparte de victimaria; me dijo que había hecho reflexiones acerca de las

características de sus relaciones interpersonales descubriendo que siempre “se ha colgado de otros”, especialmente para realizar sus planes.

Durante todo este primer mes del año el tema central de las sesiones giró entorno de sus planes para el futuro; aunque continuó mencionando que no debería estar en este mundo, contemplaba diferentes planes de vida, por ejemplo, hacer una carrera abierta (Derecho) en una universidad pública. Finalmente decidió postular a Veterinaria en Cuautitlán, según ella para tener más posibilidades de ser aceptada; su otra opción era una Escuela de Teatro; sin embargo, surgían sentimientos de impotencia y de incapacidad. Había asumido una posición depresiva, enfrentando situaciones y sentimientos que anteriormente evadía; comenzó a reconocer la ausencia de figuras parentales protectoras y su situación social precaria: ausencia de un trabajo estable, sin seguridad médica, ingresos escasos y variables, también su falta de preparación académica. Prácticamente vivía en el local de tatuajes que había acondicionado; yo lo interpreté como un auto-castigo, pero no hubo resonancia en la paciente. Había bruscos cambios de humor, abatimiento, entusiasmo, coraje, relacionados con lo que estaba pasando en el momento.

Comenzamos a analizar su pensamiento dicotómico, sin matices, y las características de sus relaciones interpersonales, extremadamente inestables, con actitudes de dependencia y profundos sentimientos de rencor hacia los otros (en sus esquema internos los otros son siempre agresores), que no le permitían recomponer, reconstruir; frente a los conflictos interpersonales, rompiendo absolutamente con las personas con las que había tenido un desacuerdo, sin conservar ninguna amistad. Sería este el tema principal del segundo mes del año. Implícitamente comenzamos a elaborar el desarrollo de su capacidad para reconstruir una relación fragmentada; confrontamos especialmente con el uso de la evitación, como mecanismo de defensa. Durante esta época intentó la reconciliación con el ex –novio y con una amiga con la que, anteriormente, había podido mostrarse empática.

Regresó el tema de las agresiones sexuales del padrastro; a modo de confrontación señalamos como los obstáculos, pequeños o grandes, representaban dificultades frente a las que se sentía incapaz, impotente, con mucho miedo, “tal como le sucedía cuando era pequeña y era violada por el padrastro”. Interpretamos que este sentimiento de impotencia se reactualizaba frente a cualquier dificultad y aparecían ideas de muerte. En una sesión, al abordar este tema surgió fuerte transferencia negativa/paranoide en la paciente, quien comentó: “seguramente Usted piensa que soy una puta, que yo lo busqué, que yo lo provoqué, que yo lo disfruté”. Al interpretarlo, Andrea relacionó este fenómeno con su situación de aislamiento social. En sesiones subsecuentes continuamos analizando sus pensamientos y transferencia paranoide y sus sentimientos de extrema vulnerabilidad frente a su violador, con fantasías sumamente violentas hacia él.

Y así llegamos al fin del primer año de psicoterapia, con fuerte inestabilidad de la paciente, provocada principalmente por la pérdida de su mascota, dolor del que no se había podido recuperar. Se trata de un corte artificial, sólo con fines de análisis del proceso puesto que en el curso de la terapia no hubo ningún hito demarcatorio, el contrato terapéutico se estableció a dos años.

En las sesiones de supervisión ya no había insistencia en los posibles rasgos antisociales de la paciente. Se me señalaba la necesidad de interpretar en primer lugar lo que es afectivamente dominante, con intervenciones pertinentes en cuanto al momento preciso de efectuarlas y mi dificultad para reconocer la transferencia negativa y la agresión de la paciente hacia mí.

Etapa Intermedia.

En sesión posterior, la paciente me comentó que ya había revisado los resultados para el ingreso a las licenciaturas de la universidad y ella no había quedado; vuelve a plantearse la necesidad de estudiar para pagarle a las tías lo que habían hecho por ella. Sentí esta declaración agresiva y lo señalé; rápidamente el afecto

dominante se torna en sentimientos de agradecimiento hacia ellas, para luego volver a girar hacia sentirse obligada.

Finalmente, luego de varias sesiones de análisis, Andrea declaró que lo que a ella realmente le gustaría es estudiar Teatro y comienza a preparar su postulación a la Escuela de Teatro; me informó que, en primer lugar, fue convocada a un examen médico. Con posterioridad y luego de dos semanas de inasistencia sin haber dado explicaciones al respecto, llegó sumamente alterada, dolida, enojada, con sentimientos de impotencia, vulnerabilidad y odio; ideación paranoide. Me refirió que el examen lo realizó una médica que la trató con violencia por sus tatuajes y la cuestionó duramente sobre el número de parejas sexuales que ella le declaró haber tenido; esta profesional asumió promiscuidad sexual y la confrontó con ello. Reactivamente, Andrea le refirió los eventos de abuso sexual durante su infancia y adolescencia y su intento de suicidio.

Luego de esta experiencia no había querido salir a la calle ni acudir a su psicoterapia, sintiéndose terriblemente expuesta e imaginando a los profesores que aplicarían su examen práctico enterados de estos sucesos al leer su historia médica. Dudaba seriamente sobre acudir al examen de aptitudes programado para la siguiente semana. Durante la sesión se elaboró esta situación; claramente, mi contratransferencia fue concordante y me resultó difícil no caer en comentarios que avalaran el rol de víctima de la paciente, como su transferencia lo demandaba; finalmente pude trabajar con los contenidos paranoides que ella expresaba relativos al grado de exposición en el que se encontraba dado que su historia clínica sería pública.

En sesión posterior Andrea afirmó que aunque tenía muchas ganas, no se sentía capaz de presentarse al examen de la Escuela de Teatro; volvió a expresar sentirse expuesta, vulnerable, muy avergonzada frente al abuso sexual sufrido y comentando que seguramente los profesores pensarían igual que su madre: ¿qué habría hecho ella para que le pasara eso?, mostrando tanto ideación paranoide como fenómenos transferenciales respecto a sus propias dudas en relación a su responsabilidad en la infancia.

La paciente finalmente asistió al examen; me refirió que los maestros que la examinaron se mostraron “indiferentes” con ella, pero le permitieron desarrollar su presentación completa, mientras que a otros aspirantes los interrumpían muy poco después del comienzo de su actuación. En esta sesión la observé menos paranoide, más objetiva.

Finalmente no quedó aceptada, pero mandaron sus papeles a una escuela de iniciación teatral; a pesar que de inicio la paciente se mostró entusiasmada con esta nueva posibilidad, muy pronto dejó de hablar de ella y ya no continuó con este proyecto.

Un tema especialmente importante que surgió en sesiones posteriores guardaba relación con su gran dificultad para reconocer las partes buenas de los objetos, atribuyendo intenciones ocultas en cualquier gesto amable hacia ella. Comenzamos a interpretar el fenómeno de la proyección.

La paciente comenzó a reconocer y describir episodios de absoluto aislamiento emocional (disociación) cuando realizaba conductas violentas y cuando preparó y ejecutó el incendio de su recámara, describiendo su vida como completamente fragmentada, no como “un río continuo”.

Comenzó a mencionarme su trabajo en una asociación civil para débiles visuales, cuyo director cobraría relevancia en su vida durante un tiempo. Me señaló que este trabajo se había tornado desagradable para ella porque había tenido que tratar con mucha gente que se acercaba a ella, intentando el contacto físico, refiriéndole sus problemas, situaciones que a Andrea le resultaban intolerables.

Comenzó a referir ideación suicida persistente. Acudió a una sesión con los nudillos de la primera falange de las manos tatuados; aceptó mi interpretación ya formulada relativa a que se trataba de una autoagresión. Al respecto, y tanto como una confirmación de mi interpretación como una conducta retadora, comentó: ¿es preferible esto al suicidio, no? Interpretamos que el agresor está principalmente adentro, aunque ella siempre lo ve afuera; entendió y aceptó la interpretación y

lloró copiosamente. Sobre este tema y como afectaba la relación terapéutica (terapeuta persecutoria), trabajamos durante la sesión.

En forma intermitente, la paciente había venido elaborando las consecuencias intrapsíquicas que el abuso sexual prolongado tenía en ella; al respecto, inició una sesión señalando que había estado pensando en mi confrontación relativa a su “pegue” con los hombres. De ahí se derivó una sesión de análisis sobre su rechazo a ser percibida como objeto del deseo sexual, asco a sí misma; recordaba las palabras de su madre: “qué harás tú para que te pasen esas cosas”. La paciente misma relacionó su incapacidad para poner límites con su incapacidad anterior para ponerle límites a Ricardo, ya que entonces había situaciones, conductas no reconocidas, no validadas, como que no pasaran, especialmente cuando era pequeña, relativas a las caricias sexuales de que era objeto. En relación al asco, lo asoció con la etapa en que Ricardo la obligaba a tener sexo con muchos hombres, cobrando por ello, y pudo percatarse de que no podía ver en los hombres más que una mirada libidinosa y una evaluación de su persona como “prostituta”; refiriendo que por mucho tiempo pensó que la gente podía adivinar lo que su padrastro la obligaba a hacer.

Del mismo modo, en forma intermitente, fuimos analizando su acto suicida a través de incendiar su recámara; la paciente ya podía señalar que se quemó la cama donde Ricardo la violaba y se quemó el armario donde su mamá la encerraba como castigo.

En sesión posterior acudió de muy buen humor y actitud positiva; al reflexionar sobre ello refirió que tal vez esa era la primera vez que comentaba tanto situaciones positivas como negativas en la terapia; se refirió específicamente a un curso breve de tatuaje que estaba tomando.

Durante este curso conoció al ayudante del maestro, un hombre de 20 años de edad. Se permitió coquetear con él sin sentirse asqueada, fueron juntos a una fiesta y luego durmieron juntos. La paciente me refirió que por primera vez en su vida disfrutó plenamente una relación sexual, se permitió el placer, el contacto

físico y sexual. Estaba consciente de que éste era un cambio muy importante en su vida; de hecho, fue uno de los logros más importantes del proceso terapéutico. En el curso de esta relación hubo momentos de retroceso, como cuando me comentó que después de sostener relaciones sexuales se sentía como “un vaso sucio”, en alusión a lo que le decía su abuela, la que comentaba que cada vez que una mujer es tocada sexualmente por un hombre se ensucia, igual que un vaso.

También me refirió que mientras disfrutaba de esta situación le comentó a su pareja: ¡me muero de ganas de contárselo a Biagini!; al interrogatorio: “porque es una cosa muy importante que tú tenías que saber”.

En las sesiones siguientes me trajo “regalos”; al analizar su transferencia aceptó que desde hace algunas sesiones me estaba trayendo regalos consistentes en referirme sus importantes progresos. Afirmaba que acudir a terapia era una de las actividades más importantes de su vida; me refería que se había percatado del cambio positivo que habían tenido sus relaciones interpersonales. Era menos agresiva, más empática, tolerante y comprensiva, incluso se permitía cierta vinculación emocional.

Analizó la relación que había tenido con sus anteriores novios y refirió que había buscado “Yolandas” (su madre), sumisos frente a ella, mientras que ella se había comportado como Ricardo, su agresor. Afirmó que su actual pretendiente era diferente, no aceptaba la sumisión, no era celoso; comenzó a establecerse entre ellos una relación más equitativa.

También en forma intermitente me hacía referencias de su jefe en la asociación civil donde laboraba con él; me comentaba que había logrado ser más tolerante y que ya lo aceptaba como papá. Frente a ello me propuse explorar esta situación con más detalle. Se trataba de un hombre en la sexta década de la vida, débil visual, que hace pocos años atrás fundó una asociación para la educación de personas con limitaciones visuales. Andrea trabajaba para él ayudándole a participar en concursos promovidos por diversas instituciones, para obtener apoyo

económico; refirió que había sido muy exitosa al respecto, ganando concursos que representaron importantes cantidades económicas.

La paciente se sentía su “mano derecha”, auxiliándolo en diversas actividades como leer para él sus correos, su correspondencia, comprar ropa, etc.; se sentía apoyada por él aunque últimamente notaba que éste descargaba en ella sus frustraciones. De forma muy confusa, durante un tiempo insistía en verlo como su padre, relación emocional que, aparte del deseo de Andrea de contar con una figura paterna, no quedaba clara. Sin embargo, a medida que se fue consolidando su relación de pareja, se fue distanciando de esta figura acabando por concluir la relación con él.

Hacia finales del segundo año del tratamiento psicoterapéutico la paciente me refirió que durante el fin de semana anterior a esa sesión específica, tiraron bajo la puerta de casa de su tía un anónimo con amenazas de “cortarle su cabeza”; la redacción del anónimo no era clara pues “su cabeza” podía referirse tanto a la tía como a Andrea. Ella no lograba explicarse el origen de esta amenaza que asustó tremendamente a la tía; este hecho derivó en que la paciente siguiera los consejos del abogado de la tía y buscara un lugar propio donde vivir, sin que la tía mostrara una actitud de protección hacia ella.

Se fue a vivir con su novio; expresó dolor por haber tenido que separarse de su tía y, al mismo, tiempo, se mostró entusiasmada por tener por primera vez en la vida un lugar propio donde vivir. Durante los meses siguientes dos temas predominantes en la psicoterapia fueron su relación de pareja y su relación con la tía, quien mostró continuamente una posición marcadamente ambivalente en su relación emocional con Andrea.

Con respecto a la separación de su tía, la paciente expresó enojo y tristeza por la falta de apoyo; la confronté con su necesidad de mantener este vínculo, lo que Andrea aceptó a regañadientes. En este sentido interpreté la invitación que le hizo para que fuera a conocer su casa, que ella sólo visualizaba como una cortesía social. En el curso de las sesiones donde se abordó este tema, logró ver que no

sólo su tía Rosa había sido ambivalente con ella, sino también su abuela, que la protegía y rechazaba alternativamente.

Retomamos en varias oportunidades el tema de la ambivalencia con que había sido tratada: querida y rechazada, protegida y luego objeto de severos actos de negligencia. En relación a ello lo confrontamos a la paciente con su propia ambivalencia en las relaciones interpersonales y en la relación terapéutica; a partir de entonces, la paciente pudo avanzar en ver otros aspectos de su personalidad, específicamente, comenzar a integrar sus partes buenas.

Al respecto de este tema analizaré ahora los últimos avances de la paciente, ocurridos dos meses antes de la finalización del tratamiento, a fin de facilitar la comprensión del proceso.

Un mes antes de la finalización del tratamiento, en dos sesiones sucesivas, Andrea planteó que ahora podía entender porqué no podía jugar, bromear con otras personas: “porque cruzo rápidamente la línea de partirte tu madre”; por lo que evitaba el contacto con la gente. Esta situación tendría que ver con el “engaño”, la “traición” de que fue objeto en sus relaciones interpersonales; recordó a sus tías que le prometieron que nunca permitirían que viviera con la madre y su agresor, recordó a su madre que le prometió que la querría y la cuidaría; todas traicionaron su confianza.

Reconoció el enojo que le producían las promesas incumplidas, no podía relativizar la frase “te lo prometo” que a veces se dice en un contexto social; para ella era un absoluto que siempre debía cumplirse y que le había ocasionado importantes conflictos interpersonales. Añadió que al respecto había sido condescendiente con su pareja, pero que serlo le producía enojo. Interpreté que la condescendencia es una emoción positiva que ella no quería/no podía permitirse y que trataba de mantener oculta bajo máscaras de odio, ya que sentir emociones positivas la hacía sentir débil y vulnerable frente a los otros. La paciente aceptó completamente la interpretación y añadió que el hecho de que fuesen buena gente

con ella la enojaba, “incluso ser buena gente conmigo misma me enoja”, como argumento en apoyo a mi interpretación.

Con respecto a su relación de pareja, se elaboró durante varias sesiones la dificultad de Andrea para considerar las necesidades y deseos del otro y hacer hipótesis sobre lo que el otro estará pensando y sobre esta hipótesis ajustar su conducta (desarrollo de la función reflexiva). Se analizaron sus esfuerzos para no provocar conflictos y aprender a negociar; la paciente había trocado la agresión directa por comentarios irónicos

En algunas sesiones la paciente me refirió que su relación de pareja iba rápidamente deteriorándose. En estas oportunidades, contratransferencialmente me sentí confundida, percibí caos. Especialmente con respecto a esta relación, la paciente utilizaba mecanismos de defensa muy primitivos, especialmente negación e idealización; hicimos interpretaciones al respecto señalando su incapacidad para ver al objeto integral y real. Señalé que por momentos había una fuerte actitud devaluatoria hacia la pareja, con maltrato verbal; se sorprendía y se dolía cuando éste se enojaba o no se comportaba de acuerdo a sus expectativas. En otros momentos, los pleitos desaparecían, se sentía enamorada, sentía que al fin tenía una familia y expresaba agradecimiento a su pareja por su apoyo y empatía; sin embargo, mantenía un tinte paranoide en la relación: mostrarse amable, cortés, comprensiva, la hacía sentir desprotegida, vulnerable, temiendo que el otro se aprovechara de ella.

También hacia finales del segundo año de tratamiento, la paciente señaló, como tema predominante de la sesión, que había comenzado a ver al padrastro agresor y a su madre desde otro ángulo; ya no sólo como monstruos sino también como personas que sufrían, que tenían problemas, discapacidades, carencias importantes. Señalé que estos comentarios representaban un importante avance terapéutico relativo a la capacidad de ver a las personas de forma más integral; la paciente aceptó mi planteamiento y se permitió analizar desde otra perspectiva a otras figuras importantes de su vida.

Al finalizar el contrato terapéutico de dos años, le comenté a la paciente que nuestras sesiones de psicoterapia habían concluido; sin embargo, dada su positiva evolución consideraba conveniente proponerle un año más de terapia; la paciente aceptó muy entusiasmada.

Etapa de Finalización.

Reactualizamos el contrato terapéutico en los mismos términos de obligaciones y responsabilidades de la paciente y de la terapeuta. Fijamos objetivos terapéuticos; la paciente señaló que quería consolidar la estabilidad emocional alcanzada, consolidar el control de impulsos alcanzado y trabajar su relación de pareja.

Esta última etapa tuvo como una de sus principales características el desarrollo progresivo de una transferencia negativa, no resuelta, que finalmente impactó en la terminación abrupta del tratamiento; al respecto, hubo una tendencia progresiva a desestimar y devaluar todas las sugerencias de la terapeuta, incluso mostrando enojo. También desde el inicio de este tercer año de tratamiento la paciente empezó a expresar su dificultad para pagar consultas dos veces a la semana, a pesar de que por el nivel socio-económico que se le asignó el costo de éstas era muy reducido; Andrea señalaba que le era muy difícil encontrar un trabajo formal en el que le permitieran disponer de dos mañanas a la semana.

Analizando los roles que la paciente actuaba y los roles en que la terapeuta era puesta, podemos señalar que éstos fueron cambiando progresivamente desde el rol de una niña dependiente en busca de una madre proveedora, gratificante, al rol de una niña enojada, por momentos fuera de control, que situaba a la terapeuta como una madre impotente y, finalmente una niña controladora, omnipotente frente a una madre débil.

Durante los primeros dos meses de esta última etapa del tratamiento, cuando la transferencia negativa recién se esbozaba, la paciente efectivamente se abocó al análisis de los logros alcanzados. Hacía comentarios y reflexiones acerca de la superación de su trauma sexual, que le impedía el contacto sexual de cualquier tipo con sus novios; caricias, gestos, le recordaban a su agresor y se producía el

rechazo total de la situación erótica. En otras oportunidades, se sentía como una prostituta recordando a los amigos de su violador. Estas sesiones estaban llenas de comentarios transferenciales. Por ejemplo, al referirme que fue con su pareja a un hotel, situación que le causaba mucho miedo, me dijo que entré con ella, “sentada en mi sillón”.

Yo intervenía principalmente en el sentido de integrar representaciones parciales de sí misma y del objeto, mostrando a la paciente representaciones de su self que habían permanecido escindidas, ocultas por miedo a su destrucción; ello se realizaba principalmente cuando analizábamos su relación de pareja. Andrea se negaba a reconocer sus gestos y conductas de cariño, los roles amorosos que jugaba en la relación. Podía ver que reconocer en ella emociones positivas la confundía, la desconcertaba, entonces, rápidamente se daba una inversión de roles y asumía el rol de victimaria sin ninguna consideración por el otro.

Por momentos se negaba a abandonar la imagen idealizada que tenía del novio, (y de la terapeuta); entonces se enojaba, incluso perdía el control e intentaba destruir la relación.

La paciente fue progresivamente más capaz de reconocer gestos, actitudes, conductas e ideas como autolesivas; en este sentido, cada vez con mayor claridad aceptó el impacto social que pueden tener sus tatuajes.

En una oportunidad, como tema principal de la sesión, me refirió que en días pasados había acudido a un tianguis donde vendió muchas cosas que tenía acumuladas incluso desde la secundaria; ropa, objetos que le había regalado su mamá. Comenzó a elaborar y asoció que los pequeños regalos que recibía de ella, ésta se los daba después que el padrastro le había dado una paliza; hasta ahora, ella los había guardado como una prueba del amor de su madre, pero ahora se percataba de que no tenían ese sentido. En esa sesión se despidió de su madre y del padrastro.

Poco antes de la finalización del proceso terapéutico, la paciente acudió a sesión luego de que dejara de venir por un mes; regresó luego que yo la contactara

telefónicamente y le agendará la cita. Me comentó que no había estado nada bien; pocos días después de nuestra última cita tuvo una fuerte pelea con su pareja, sin recordar el motivo, luego de lo cual se sintió muy mal regresando los deseos de morir. Además, volvió a presentar trastornos hepáticos y estuvo hospitalizada varios días, pero como no se decidían a operarla solicitó su alta voluntaria. Continuaban los fuertes dolores de estómago.

En primer lugar, señalé mi sorpresa por el hecho de que al encontrarse tan mal hubiese suspendido la terapia; no me pudo dar una explicación plausible, sólo refirió que los días iban pasando sin que se decidiera a hablar para restablecer sus citas. No confronté con el significado transferencial negativo de la situación. Interpreté que habían prevalecido actitudes y conductas autodestructivas, que los impulsos amorosos hacia ella misma, que recién estaban surgiendo, se habían visto subordinados a esta parte suya destructiva, “al Ricardo que lleva dentro”. En respuesta, me expresó su temor a no poder querer a nadie si no se quiere a sí misma, a no poder cuidar a nadie si no puede cuidarse a sí misma; me habló de haber querido suicidarse, pero que se detuvo al pensar en su mascota, no podía dejarla abandonada si ella moría, no se atrevía a matarla y luego, tal vez, ella sobrevivir. Le señalé que era una preocupación profundamente amorosa.

En sesión posterior, la paciente inició refiriendo un episodio en la relación interpersonal con su compañero; entonces dijo “pensé en lo que me diría Biagini”. Aproveché esta frase para señalarle que sería oportuno hablar de nuestra relación; la paciente dijo: “cuando empezó el proceso me costó mucho confiar en ti, se me hacían eternos los 45 minutos de la sesión, me sentía expuesta, no me gustaba; sin embargo, me sorprendía mucho de las cosas que comenzaba a ver o a pensar después de la sesión”. En ese momento se puso a llorar y continuó: “de las cosas que más me impactaron fue cuando me preguntaste ¿no pensabas que ibas a quemar la casa?, jamás lo había pensado; desde ahí me empecé a hacer preguntas sobre mis actos violentos y luego distintos tipos de preguntas, como por ejemplo, la relación con mis amigas. Otras preguntas tuyas que me han ayudado

muchísimo es cuando me preguntas ¿crees que es algo que estás imaginando o estará pasando en la realidad?

La confronté con el hecho relativo a que ha tratado de negar, minimizar sus enojos conmigo y sugerí su necesidad de idealizar a la terapeuta; ella me respondió que consideraba enojos cuando no aceptaba mis señalamientos y finalmente dijo: “idealización para nada, yo no quiero ser como tú, algún día quise ser como Shakira”.

Continuamos esta sesión haciendo aclaraciones respecto al sentido que tenía el que ella pensara en lo que yo diría cuando se encontraba en situaciones difíciles; me comentó: “me has dicho que yo no veo al otro y me he quedado pensando en eso y a veces me doy cuenta que así es y que si me lo hicieran a mí me pondría muy enojada; también te traje mucho en el pensamiento cuando no quería comer, sabía que habíamos hecho un pacto (contrato terapéutico) y me sentía muy comprometida a no romperlo”.

Le señalé que suponer mis estados mentales, y los de otros, le permite ponerse en el lugar del otro y ya no enojarse. Finalizó la sesión diciendo: “me siento bien, mi pareja es mi familia y quiero conservarla”.

Para finalizar el análisis de este proceso psicoterapéutico describiré con mayor detalle la última sesión a la que acudió la paciente y que dio por finalizada, abruptamente, la psicoterapia cinco meses antes de lo convenido.

La paciente inició la sesión advirtiendo que pocos días antes se enojó muchísimo con su pareja y que entonces no había podido controlar su enojo. Desde el inicio de la sesión su postura corporal fue agresiva, se sentó en la punta de su silla, con una actitud retadora. Me percaté que acudió en un estado de desregulación emocional.

De inicio traté de mostrar las representaciones del self y del objeto en las díadas en conflicto: ¿te das cuenta como cuando reflexionas en tu relación de pareja fluctúas entre esta postura mental de considerar sólo lo que te está pasando ahora

a una postura donde todo está bien, sintiéndote muy contenta en tu relación de pareja? Sin embargo, sólo confronté, no interpreté el significado de las diadas en conflicto. La paciente no me permitía continuar, me interrumpía, me controlaba.

En el curso de la sesión devaluó y rechazó mis interpretaciones y comenzó a devaluar todo el trabajo terapéutico efectuado. Se quejó de que por acudir a sus sesiones no había podido acceder a un trabajo estable y que su situación económica era muy mala.

Procuré mostrarle la representación de objeto muy mala y persecutoria que sostenía en ese momento, pero la paciente se encontraba totalmente escindida, incapaz de ver el lado bueno del otro. En la diada presente en ese momento en su mundo representacional interno ella actuaba el rol de víctima abusada, mientras que alternativamente su pareja y su terapeuta se encontraban en el rol de atacantes, persecutorios sádicos.

Contratransferencialmente percibía caos y comencé a sentirme poco segura (por el enojo de la paciente, por la posibilidad que desarrollara un “acting out” en ese momento); impotente. De este modo, proseguí sólo con confrontaciones y no me atreví a hacer interpretaciones, como por ejemplo, en el sentido de su dependencia a la pareja.

Hacia la mitad de la sesión, tal vez en un intento de retomar el control, cambié abruptamente de tema y de forma indirecta señalé que debíamos ir elaborando la finalización del proceso psicoterapéutico. Señalo este contenido ya que en sesión de supervisión se me ofreció la interpretación relativa a que la paciente entendió claramente el sentido de mi intervención y prefirió, de forma inconsciente, finalizar de ese modo la psicoterapia antes que sufrir la pérdida de la relación con su terapeuta.

La paciente continuó colocándose, alternativamente, en los roles de madre indiferente, madre asustada, madre agresora; el afecto predominante en ella era de enojo ciego.

Continué con aclaraciones y confrontaciones y sólo de forma sutil; la paciente fue aumentando su enojo. Intenté señalar la importante transferencia negativa de ese momento, pero la paciente la negó (¡¡entiende que la terapia está bien!!!). En sesión de supervisión se me señaló especialmente mi falta de interpretaciones (enojo con su pareja porque no satisface sus necesidades de dependencia, roles masoquistas y sádicos en los que la paciente alternativamente se coloca, intensa autodestructividad, por ejemplo).

La paciente no volvió a acudir a sus sesiones de psicoterapia ni a sus consultas de control psiquiátrico. Tampoco ha acudido al Servicio de Urgencias.

Al inicio supuse que nuevamente se le había presentado a la paciente una situación de enfermedad física, como había ocurrido anteriormente. A partir de la segunda semana de ausencia comencé a efectuarle llamadas telefónicas, sin obtener respuesta.

Transcurrido un mes de ausencia, a través de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad se recurrió a Trabajo Social de la institución solicitando se hiciera una visita domiciliaria al familiar responsable. Esta persona informó que la paciente se encontraba bien y que había tenido poco contacto con ella. Se le solicitó le hiciera llegar un exhorto escrito donde se le solicitaba retomara su tratamiento. No hubo respuesta.

CAPÍTULO CUATRO

CONCLUSIONES

El Trastorno Límite de la Personalidad es un desorden de personalidad desafiante, tanto desde su concepción teórica como desde la propuesta de modelos psicoterapéuticos eficientes y eficaces.

De acuerdo a las bases teóricas de la psicoterapia focalizada en la transferencia, los principales objetivos del tratamiento que aquí expusimos y analizamos, se centraron en la resolución del síndrome de difusión de la identidad, en la integración del concepto de sí mismo y del concepto de los otros significativos, en la integración de afectos extremos escindidos y en el logro de la modulación de las respuestas afectivas.

Se trató de una paciente escogida al azar de entre las primeras solicitudes de interconsulta que recibió la Clínica poco después de su formación. Se trataba de un caso muy difícil, con comorbilidad importante tanto en Eje I como en Eje II, de bajo nivel de funcionamiento, tal vez inapropiado para un terapeuta que iniciaba su formación. Al respecto, el Dr. Kernberg ha señalado la gran importancia que tiene, al iniciar el tratamiento, la respuesta contratransferencial del terapeuta; sentir que si uno estuviese en el lugar del paciente tendría pocas oportunidades de mejoría, podría ser un indicador de mal pronóstico, mientras que los pacientes atractivos para el terapeuta pueden ser de mejor pronóstico.

Se trataba de una mujer profundamente autodestructiva; de inicio, no podía tolerar que le sucedieran cosas buenas, las echaba a perder, no podía tolerar estar contenta, rápidamente se imponían sus partes crueles consigo misma, evitando el gozo; en este sentido, había un sometimiento inconsciente a la violencia, al maltrato del padrastro. Realizaba operaciones inconscientes en contra de ella misma, permaneciendo sumida en este maltrato que ya provenía de ella misma.

Desde el inicio de la relación terapéutica con la paciente pude ver la importancia de realizar la entrevista estructural, que me brindó un conocimiento amplio de la historia clínica de la paciente, de los rasgos más sobresalientes de su desorden de personalidad, pero también pude ver desde entonces la importancia de prestar atención a la contratransferencia. Esta reacción contratransferencial me llevó a descartar un trastorno antisocial de la personalidad, como explicación a las importantes conductas violentas de la paciente, y pude reconocer una parte amorosa, totalmente escindida, oculta para la paciente, pero que podía ser integrada a una estructura más completa.

También pude ver la gran utilidad del contrato terapéutico. Tanto para la paciente como para mí fue un referente durante todo el proceso que me brindó seguridad y a ella contención, marcando límites y proporcionando soluciones previamente establecidas en situaciones críticas; por ejemplo, en momentos de gran inestabilidad emocional que requerían de otro tipo de intervención, recurriendo a la atención del Servicio de Urgencias, como había quedado convenido.

Esta psicoterapia se realizó cara a cara, en dos sesiones a la semana, instruyendo a la paciente para que mantuviese una comunicación abierta y continua de lo que estaba en su mente; se enfatizó el “aquí y ahora” durante la mayor parte del tratamiento, sólo en algunas ocasiones se realizaron interpretaciones del “allá y entonces”.

Las técnicas básicas de la TFP son las mismas que las del psicoanálisis: interpretación, análisis de la transferencia y neutralidad técnica; sin embargo, se utilizan de manera diferente en el tratamiento de los trastornos límite; los pacientes utilizan el tratamiento para desplegar relaciones objetales primitivas y el terapeuta trata de analizar y de clarificar cognitivamente lo que el paciente percibe al nivel más profundo.

Una de las técnicas fundamentales fue la neutralidad técnica. La relación con el terapeuta se estructura bajo condiciones controladas para prevenir que los afectos exploten y destruyan la comunicación; la seguridad y estabilidad del ambiente

terapéutico permite al paciente empezar a reflexionar acerca de lo que está sucediendo en el presente y lo que sucedió en el pasado, debido a que sus percepciones están más basadas en representaciones internas que en lo que realmente ocurre en el presente; La neutralidad técnica de parte del terapeuta apoya en la reactivación de la experiencia pasada internalizada y en su contención. El desarrollo de mi capacidad de mantenerme equidistante de los conflictos internos de la paciente, permitió que ésta se sintiera aceptada, no juzgada y, finalmente, contribuyó en gran medida a su aceptación del “objeto bueno” en sus esquemas mentales. Pero también, me permitió a mí la claridad suficiente para considerar todos los conflictos.

En el curso del tratamiento nunca propuse temas para las sesiones; éstos fueron saliendo, y creo que salieron todos los temas importantes para la paciente, en el orden en que ella fue capaz de verbalizarlos y comenzar su elaboración. La mayoría apareció durante el primer año de tratamiento y, en general, los temas se refirieron a la relación consigo misma y con otros significativos: relación de pareja, relación con las tías, relaciones puramente sociales, relación con la madre, relación con su agresor, relación con su terapeuta.

Durante el primer año de tratamiento se realizaron pocas interpretaciones, principalmente se trabajó con aclaraciones y confrontaciones que me permitieron armar una historia más coherente y completa de la vida de la paciente y a ella comenzar a incrementar su capacidad reflexiva.

Durante el segundo año de tratamiento se trabajó más con interpretaciones que intentaban proporcionar hipótesis explicativas principalmente de sentimientos de odio y conductas de violencia. Aparecieron, también, los primeros logros terapéuticos.

El tercer año fue, como se propuso en el contrato terapéutico que establecimos al inicio de esta última etapa del tratamiento, un período de consolidación de lo ya visto, de lo ya logrado, con un muy importante afianzamiento de la capacidad reflexiva de la paciente que le permitía, incluso le exigía, observar fenómenos en

ella misma y en los demás, hasta entonces desconocidos, ignorados. Es necesario señalar que la TFP es un proceso repetitivo, nada se resuelve pulcramente en un primer momento; existen ciclos repetitivos en los que las modificaciones y los cambios ocurren en un proceso gradual.

En cuanto a la transferencia, se puede considerar que básicamente fluctuó entre una transferencia idealizada y una transferencia paranoide, mostrando el predominio de mecanismos de escisión; sin embargo, la transferencia idealizada, materna, resultó de importante utilidad para la paciente: la terapeuta, como objeto bueno, tal vez fue el primero constante y congruente en su vida y fue evolucionando hacia un vínculo más realista. De este modo, aparecieron modalidades de relación más duraderas en la vida de Andrea. La transferencia que se desarrolla en los pacientes límite es primitiva y refleja los esfuerzos del paciente por evitar el conflicto mediante la separación irreal de los aspectos amados y odiados de sí mismo y de los otros, de modo que, aún cuando aparecen juntos en la conciencia, lo hacen sin influirse el uno al otro; la TFP enfatiza el entendimiento y la interpretación consistente de la transferencia, en vez de gratificar las necesidades y demandas del paciente por medio de técnicas de apoyo.

La TFP fomenta el cambio a través de la reactivación de relaciones objetales primitivas bajo condiciones controladas, sin el círculo vicioso de provocar la temida reacción del ambiente cuando el paciente actúa con desregulación emocional; en este sentido, la TFP suspende la reacción corriente del ambiente en respuesta a un paciente perturbado y le permite a éste expresar sus representaciones internas. Ésta es la esencia de la transferencia.

También es importante señalar que muchas reacciones emocionales de la paciente ocurrían en condiciones extra-transferenciales o en el mundo externo; de este modo, el foco de las sesiones se situaba en la situación externa investida afectivamente y solamente se llegaba a la interpretación de la transferencia cuando su desarrollo claramente ocupaba el centro de la interacción paciente-terapeuta. Cabe señalar que este modelo se centra en la transferencia, pero,

simultáneamente, en el desarrollo de la vida externa de los pacientes en cada momento, evitando la disociación con la realidad fuera de las sesiones.

La TFP enfatiza la importancia del constante monitoreo del terapeuta de su propia contratransferencia y la utiliza como una fuente de información acerca de las relaciones de objeto del paciente; al respecto, mi principal dificultad se centró en reconocermelo como “objeto malo”, como representación de objeto proyectada en la terapeuta en distintos momentos del proceso, haciéndome perder, por momentos, la visión de los signos de manifestaciones transferenciales negativas que podrían haber ayudado a una mayor clarificación de las unidades diádicas que se presentaban en la transferencia.

Los principales logros terapéuticos de la paciente estuvieron referidos a:

- Mayor capacidad de integración de su autoconcepto, a través de la clarificación de su mundo interno, evitando la separación de los aspectos amados y odiados de sí misma (“ahora no estoy separando a ninguna Andrea”). En este sentido, la TFP para la psicopatología límite está diseñada para acrecentar la habilidad del paciente para vivenciarse a sí mismo en forma realista y coherente, como individuos integrados, estos objetivos se alcanzan a través del diagnóstico y la clarificación de los componentes disociados o escindidos del mundo interno del paciente; por lo tanto, un mecanismo de cambio fundamental es la facilitación de la reactivación de las relaciones objetales internalizadas que han sido disociadas, reprimidas o proyectadas, bajo condiciones controladas.
- Mayor capacidad de integración de su concepto de los otros significativos, integrando representaciones parciales confusas y distorsionadas. La seguridad y estabilidad del ambiente terapéutico le permitió a la paciente empezar a reflexionar acerca de lo que estaba sucediendo en el presente en sus relaciones interpersonales y lo que había ocurrido en el pasado. La meta central del tratamiento, integrar las representaciones parciales del sí mismo y del objeto, está basada en la suposición de que las relaciones internas disociadas adquieren su naturaleza primitiva precisamente en

virtud del acto disociativo, que separa completamente la agresión del amor, creando relaciones ya sea totalmente idealizadas o totalmente persecutorias del sí mismo y de los otros; la integración se facilita mediante el análisis de los mecanismos defensivos que mantienen activos estos estados de escisión.

- En relación a este último punto, la paciente pudo establecer una relación de pareja más estable, menos agresiva, aunque aún idealizada, lo que le ocasionaba importantes conflictos interpersonales. Sin embargo, se permitió una relación amorosa, libre de la escisión entre afectos positivos y sexualidad, recuperando, así, su vida erótica y sexual. De acuerdo al modelo, se espera que el paciente desarrolle una capacidad creciente para controlar sus impulsos, tolerar la ansiedad, modular los afectos, sublimar sus necesidades instintivas, desarrollar relaciones interpersonales estables y satisfactorias y experimentar intimidad y amor.
- La paciente mostró una gradual disminución en las conductas impulsivas y autodestructivas fuera de las sesiones; se produjo una notable disminución de los “acting outs”, que la paciente sólo realizó en situaciones circunscritas, excepcionalmente dolorosas para ella, en las que definitivamente no pudo integrar sus emociones a sus esquemas cognitivos. Estas severas actuaciones de los impulsos que la paciente realizaba ponían en peligro su estabilidad emocional y su integridad física, pero, principalmente, la integridad física de otros, lo que la llevaba a constituirse y ser vista como una persona peligrosa en la sociedad; se realizaban principalmente fuera de las sesiones de terapia y consistían principalmente en daños corporales así misma, agresiones a otras personas e, incluso, involucrándose en relaciones amorosas caóticas no razonadas.
- En este sentido, la desorganización del paciente involucra no sólo los conceptos relativos al self y a los otros, a las relaciones consigo mismo y los otros y el predominio de afectos primitivos, sino también el proceso protectivo que evita la plena conciencia; este proceso defensivo borra y distorsiona la conciencia y el pensamiento, de modo tal que los pacientes

manifiestan una fragmentación y desconexión del pensamiento que ataca los vínculos entre los pensamientos; así, el proceso mismo de pensamiento se ve afectado de manera tan poderosa que los afectos, particularmente los más negativos, se expresan en acción, sin la conciencia cognitiva de su existencia. Los pacientes pueden actuar de formas extremadamente agresivas sin conciencia de ello; el efecto está sólo en la acción.

- Hubo un importante incremento de su capacidad reflexiva (“tengo que ponerme a ver como los otros ven el mundo”); la paciente pudo reflexionar sobre el porqué otras personas pueden reaccionar del modo en que lo hacen, pudo reflexionar sobre el porqué de sus propias reacciones y cómo estas reacciones pueden ser percibidas y entendidas por otros. En este modelo de psicoterapia, conductas mecanizadas, automatizadas, son retransformadas en la relación interna que les da origen, lo que los teóricos del apego denominan modelos internos de trabajo; así, el terapeuta asiste al paciente a conjuntar cognición y afectos que fueron anormalmente disociados y desorganizados.
- Se produjo una estabilización en su actividad laboral; la paciente concentró sus esfuerzos en perfeccionar técnicas que le permitieran ser más competente y abandonó proyectos débilmente estructurados y poco realistas. Como un principio guía, la TFP se focaliza también en las conductas externas del paciente; por ejemplo, tipo y grado de su relación con otros e involucramiento en actividades productivas.
- Tal vez el área de menor impacto del tratamiento se refiere a la estabilidad emocional. Tal como lo refirió en la última sesión del tratamiento había días en los que se sentía muy bien, entusiasmada, enamorada, contenta, pero llegaban otros en los que no le encontraba sentido a la vida, - aunque sin ideación suicida – y pensaba en abandonar todo, incluso finalizar su relación de pareja.

En cuanto a la finalización abrupta del tratamiento, sin poder proporcionar una interpretación concluyente, creo que se conjuntaron varios factores:

- Los autores del modelo, especialmente el Dr. Kernberg, durante las sesiones de supervisión, han enfatizado la necesidad de prestar atención a la vida del paciente fuera de las sesiones; el Dr. Yeomans (2006) lo expresa en términos de la necesidad de saber de la vida cotidiana del paciente, su trabajo, sus relaciones amorosas, su sexualidad, su creatividad. Esta paciente, especialmente en el curso del tercer año de tratamiento, expresó en varias oportunidades su necesidad de encontrar un trabajo más estable, con un ingreso más fijo, refiriendo que los horarios de sus citas establecían importantes limitaciones. Aunque también es necesario señalar que en otras oportunidades, tal vez más frecuentemente, declaraba que su prioridad era completar su tratamiento y adecuaba sus actividades a los horarios establecidos para éste.
- Realmente se trató de un proceso psicoterapéutico de larga duración, que limitaba a la paciente en el mundo externo.
- En la última sesión que tuvimos, de manera sutil, pero tal vez desafortunada, introduje el tema de la terminación del tratamiento. Al preguntarle acerca de sus metas a mediano y largo plazo estaba tácitamente inquiriendo sobre qué sería de su vida después de concluida la terapia. Es posible que la paciente haya inconscientemente decidido ponerle fin en ese momento antes que enfrentar la etapa de finalización y despedida, con la concomitante posición depresiva al respecto.
- En la última sesión la paciente se mostró abiertamente agresiva y devaluatoria, lo que necesariamente ha de haberle provocado intensos sentimientos de culpa que no se atrevió a trabajar terapéuticamente; desde una posición paranoide evitó confrontar sus temores al odio de su terapeuta.

Es necesario, también, señalar algunas limitaciones del modelo psicoterapéutico. La psicoterapia focalizada en la transferencia, modelo escogido en la Clínica para la implementación del programa de psicoterapia individual, ha demostrado su efectividad en el sentido de promover cambios intrapsíquicos profundos y a largo plazo; sin embargo, presenta algunas dificultades que a continuación analizo.

Clarkin, Yeomans y Kernberg (2006), autores del manual para la aplicación de la TFP, han expresado, en diversos foros académicos, la necesidad de contar con terapeutas adherentes y competentes en la técnica, a fin de confirmar la eficacia de este tratamiento. El entrenamiento de los psicoterapeutas, convencidos de que es un modelo muy competente, puede resultar un proceso de alta especialización, que requiere de muchas horas de estudio, entrenamiento y supervisión, lo que limita el campo de aplicación. En el futuro se requiere, entonces, la planificación de estrategias de entrenamiento para terapeutas interesados tanto en el TLP como en la TFP que permitan la dispersión de un a manera más accesible del modelo.

Hemos podido desafiar la idea relativa a que este tratamiento de corte psicoanalítico puede ser aplicado principalmente en reducidos sectores de la población, al implementarlo y llevarlo a cabo en un hospital público y por tanto haciéndolo accesible a un rango más amplio de la población. Sin embargo, el esquema psicoterapéutico implica, para el paciente, un compromiso a largo plazo, ocupando un número importante de horas a la semana. La Clínica de Trastorno Límite funciona en horario matutino, lo que limita las opciones horarias disponibles para las citas. Esta limitación conlleva dificultades en el ámbito laboral, resultando muy difícil que los pacientes puedan encontrar un trabajo con la suficiente flexibilidad que les permita acudir a sus citas dos veces por semana, aunque es condición para este tratamiento que los pacientes sean productivos laboralmente durante el curso de la psicoterapia.

Como se habrá podido conocer a través de la presentación del modelo de intervención de la Clínica de TLP, muchos de los pacientes referidos a esta Clínica son tratados en modalidades terapéuticas grupales: Terapia Dialéctico-Conductual y Terapia de Aceptación y Compromiso; se trata de procesos más breves, con menor carga horaria, que inciden principalmente en las conductas más explícitas y cogniciones directamente accesibles para el paciente. Actualmente se desarrollan en la Clínica proyectos de investigación que compararán la eficacia de los distintos modelos considerando las variables costo/beneficio y mantenimiento de los

cambios a largo plazo; esta última, variable fundamental para evaluar el éxito de un tratamiento psicoterapéutico.

Finalmente, es necesario decir que hubiese sido deseable contar con un consentimiento escrito más específico por parte de la paciente para utilizar en esta tesis el material de su proceso psicoterapéutico. Tenía planeado planteárselo aproximadamente dos meses antes de la finalización de la terapia, no antes, a fin de no contaminar el proceso transferencial. Contaba con su autorización; no contaba con su deserción.

Sólo existe su consentimiento escrito para videograbar las sesiones de psicoterapia, donde se señala que las videograbaciones serán resguardadas por su terapeuta, su nombre nunca aparecerá en ningún reporte o artículo científico que se elabore con la información obtenida, la que se utilizará exclusivamente con fines de difusión científica o supervisión de las sesiones por terapeutas altamente entrenados.

En este consentimiento informado también se señala que la paciente puede suspender su participación en las videograbaciones en cualquier momento, sin que ello tenga consecuencias para ella.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10, Suppl.), 1-52.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1984). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed.). Arlington, VA, USA.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad. Tratamiento basado en la mentalización*. Guadalajara, Jalisco: Editorial Universitaria, Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1997). *Teorías de la personalidad*. (3a ed.). México: Prentice-Hall Hispanoamérica.
- Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O.F. (2003). *Structured Interview of Personality Organization, STIPO-S*. Traducción y adaptación oficial al español Cassab, J. (2003). Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., & Williams, J. (1999). *Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV: SCID-II*. Barcelona: Masson.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 487-502.

- Gunderson, J.G., Frank, A.F., Ronningstam, E.F., Wachter, S., Lynch, V.J., & Wolf, P.J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42.
- Gunderson, J.G., Weinberg, I., Daversa., M.T., Kueppenbender, K.D., Zanarini, M.C., & Shea, M.T. (2006). Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1173-1179.
- Hamilton, M.A. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 56-62.
- Kanter, J., Baruch, D.E., & Gaynor, S.T. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *The Behavior Analyst*, 29, 161-185.
- Kernberg, O.F. (1972). Psychotherapy research project: summary and conclusion. *Bulletin Menninger Clinic*, 36, 179-276.
- Kernberg, O.F., Selzer, M.A., Koenigsberg, A.W., Carr, A.C. & Appelbaum, A.H. (1995). *Psicoterapia psicodinámica de pacientes limítrofes*. México: Planeta.
- Kernberg, O.F. (1999). *Trastornos graves de la personalidad*. (2ª ed.) México, D.F.: Manual Moderno.
- Kernberg, O.F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 481-501.
- Kernberg, O.F., Yeomans, F.E., Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2008). Transference Focused Psychotherapy: Overview and up date. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 601-620.
- Kernberg, O.F. & Foelsch, P.A. (2011) Modelo de la psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 52, 7-40.
- Kernberg, O.F & Yeomans, F.E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77 (1), 1-22.

- Koenigsberg, H.W., Kernberg, O.F., Stone, M.H., Appelbaum, A.H., Yeomans, F.E., & Diamond, D. (2000). *Borderline patients: Extending the limits of treatability*. New York: Basic Books.
- Lenzenweger, M.F., Loranger, A.W., Korfine, L., & Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population: Application of a two-stages procedure for case identification. *Archives of General Psychiatry*, 54, 345-351.
- Levy, K.N., Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Scott, L.N., Wasserman, R.H., & Kernberg, O.F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 481-501.
- Liebert, R. M. & Spiegler, L. L. (2000). *Personalidad*. (8a ed.) México:International Thomson Editores.
- Linehan, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books
- Melero, R & Cantero, M.J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: Un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19 (1), 83-100.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Plutchik, R. & van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggression and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13, 23-24.
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S., R., Nierenberg, A., A., Stewart, J., W., Warden. (2006). Acute and long-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR*d report. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1905-1917.

- Skodal, A., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinical outpatients with borderline personality disorder? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 405-410.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.L., & Bender, D.S. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276-283.
- Stone, M.H. (2006). Relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1126-1128.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E. & Meyer, D.A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.
- Waldinger, R.J. (1987). Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 267-274.
- Western, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinical and empirically valid method. *American Journal of Psychiatry*, 156 (2), 258-272.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28 (03), 551-558.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D., Marino, M.F., Haynes, M.C., & Gunderson, J.G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 65-71.
- Zimmerman, M., Rortshchild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.
-