



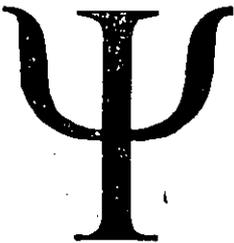
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PERFIL DE PERSONALIDAD Y NIVEL DE
ASERTIVIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO
LIMITE DE LA PERSONALIDAD

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MAETZIN ITZEL ORDAZ CARRILLO
GUADALUPE DEL CARMEN VILLEGAS PEREZ

ASESOR DE TESIS: MTR. SAMUEL JURADO CARDENAS
REVISOR DE TESIS: DRA. MARIA LUISA RODRIGUEZ HURTADO
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA:
DR. ARTURO BOUZAS RIAÑO



MEXICO, D. F.

DICIEMBRE 2001



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestro director de tesis Mtro. Samuel Jurado Cárdenas que no solo nos guió académicamente en este proyecto, sino que también nos brindó su confianza y amistad, sin lo cual no habríamos consolidado este trabajo.

Gracias Samuel por motivarnos y alentarnos, por que en cada obstáculo que nos encontramos tu siempre estuviste ahí para decir "si se puede" y hoy te decimos "ahora sí, ya esta la tesis terminada".

Agradecemos al Instituto Mexicano de Psiquiatría por su contribución a la realización de este proyecto. Es importante mencionar que el trabajo llevado a cabo no hubiera sido posible sin el apoyo del Dr. José Antonio García Marín y al Psic. Javier Torres Torija. Gracias.

Gracias a nuestros sinodales por sus valiosas aportaciones y comentarios al presente trabajo. Un reconocimiento especial a la Dra. María Emilia Lucio Gómez-Maqueo que con sus observaciones sobre el manejo e interpretación del MMPI-2 enriqueció ampliamente esta tesis.

Mil gracias a la Lic. Guadalupe Trejo Corona (Lupita) por brindarnos tu apoyo en cada momento que fue necesario y por tu amistad y confianza.

Por la oportunidad que nos diste de obtener experiencia clínica y de aprender día con día el trato profesional al paciente psiquiátrico.

A nuestras amigas Karla, Liz y Nelly con las que compartimos satisfacciones y desvelos además de amargos y gratos momentos, gracias por su amistad y apoyo a lo largo de esta carrera que iniciamos juntas y por acompañarnos en la finalización de esta meta común que emprendimos.

Por último gracias a todas aquellas personas que de una u otra manera participaron en la realización de esta tesis.

A mi familia que siempre me ha brindado su cariño, porque han estado incondicionalmente a mi lado, guiandome en todas mis decisiones, con su consejo y amor me han dado la seguridad que se necesita para lograr lo que uno quiere, gracias a su amor y apoyo he logrado lo que me he propuesto y por ustedes he concluido exitosamente esta etapa de mi vida. Los quiero mucho.

Carmen.

Marco tu sabes bien lo que significo para ambos que yo realizará esta meta, hoy no me queda más que decirte gracias, gracias por todo tu amor por tu comprensión y paciencia que significaron el mejor aliento y el mas grande apoyo; el estar juntos a pesar de la distancia fue lo que me impulso a seguir adelante.

Te amo.

Carmen.

Gracias Mae por haber compartido este anhelo y todo lo que implico su realización, pero más allá que reconocerte el compromiso y el esfuerzo, quiero agradecerte tu amistad y apoyo incondicional. Gracias por hacer amenos los momentos dificiles y darme ánimos cuando más lo necesite.

Carmen.

Hoy como siempre quiero darte las gracias a ti papá, por haberme educado, por haberme apoyado en cada momento, por estar vivo y aquí conmigo, por darme la oportunidad de crecer y ahora por fin vemos realizada una meta que es la de concluir mi carrera, por eso te dedico este trabajo, ya que es el reflejo de tu vida, es mi triunfo y el inicio de algo mas, gracias por escucharme, por tus consejos, por tus regaños, eres todo para mi, me siento orgullosa y feliz de ser tu hija, y me atrevo a decir que tu también te sientes igual, espero seguir cosechando triunfos y como dices, "ser siempre la mejor en todo lo que haga" y te prometo que así lo haré.

Te amo Papito lindo

Maetzin.

Gracias a Tere por el apoyo, por ser mi amiga, por que reconozco y valoro el esfuerzo que junto con mi padre hicieron, de los sacrificios y desvelos, y por el simple hecho de estar y formar parte de mi familia, gracias por aguantarme!!

Te amo

Maetzin.

A mi abuelita que aunque ella no tenga las palabras y no sepa exactamente lo que sucede, se que esta muy orgullosa de este logro, ya que ella ha estado conmigo durante toda mi vida, que el apoyo que ella me brindo y me brinda es maravilloso, y espero que aun siga conmigo un buen rato mas.

Te amo

Maetzin

Por ultimo y no por eso menos importante quiero mencionar a mi hermano Oscar, el cual espero que algún día pueda leer estas palabras y se de cuenta de que siempre en todos los miembros de mi familia, así como en todos los eventos malos y buenos que hemos tenido ha estado con nosotros y ahora quiero hacerlo presente en este momento tan importante de mi vida.

Te amo Hermanito

Maetzin

Carmen hoy, por fin y después de mucho tiempo de haber sembrado, levantamos nuestra cosecha, gracias por haber sido una parte importante en el desarrollo de este proyecto, por ser el acelerador de este equipo, por comprender y soportar mi forma de ser, y a modo muy personal, por escucharme y darme gran parte de tu tiempo, el cual sabemos que fue para acrecentar nuestra amistad, nuestro crecimiento personal y por último, debo de decir, somos las mejores!!!! Y por favor que eso nunca se te olvide!!!

Gracias amiga

Maetzin.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
PERSONALIDAD	4
ANTECEDENTES.....	4
TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.....	9
FORMACION DE LA PERSONALIDAD.....	15
DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD.....	17
DESORDENES DE LA PERSONALIDAD.....	18
TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD	23
DIAGNÓSTICO.....	24
ETIOLOGÍA.....	32
CURSO.....	38
PREVALENCIA.....	39
TRATAMIENTO.....	40
RELACIONES INTERPERSONALES.....	48
ASERTIVIDAD	52
DEFINICIONES.....	54
DERECHOS ASERTIVOS.....	58
COMPONENTES VERBALES Y NO VERBALES.....	60
TIPOS DE COMUNICACIÓN.....	60
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY.....	63
TÉCNICA DEL ENTRENAMIENTO ASERTIVO.....	65

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.....	67
METODO.....	70
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	70
HIPÓTESIS.....	70
VARIABLES.....	71
SUJETOS.....	72
MUESTREO.....	72
INSTRUMENTOS.....	72
PROCEDIMIENTO.....	74
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	75
RESULTADOS.....	76
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	92
CONCLUSIONES.....	100
REFERENCIAS.....	101

RESUMEN

El propósito de este estudio fue conocer el perfil de personalidad de 20 pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) según los criterios del DSM-IV (1995) mediante el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota - 2 (MMPI-2) y evaluar su nivel de asertividad con el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, comparándolos con 20 personas que no presentan ningún diagnóstico psiquiátrico. Los sujetos fueron hombres y mujeres entre 18 y 50 años, que supieran leer y escribir. Se aplicaron a ambas muestras los instrumentos, y se realizó una prueba "t" en la que los resultados indicaron diferencias significativas entre los dos grupos en las siguientes escalas del MMPI - 2; validez: infrecuencia ($t = -3.05$; $p < 0.005$); básicas: depresión ($t = -5.31$; $p < 0.000$), desviación psicopática ($t = -4.98$; $p < 0.000$), esquizofrenia ($t = -4.19$; $p < 0.000$), histeria ($t = -5.57$; $p < 0.000$), hipocondriasis ($t = -3.26$; $p < 0.005$), introversión social ($t = -3.42$; $p < 0.005$), paranoia ($t = -3.69$; $p < 0.001$), psicasteria ($t = -3.16$; $p < 0.005$). Escalas de Contenido: ansiedad ($t = -3.97$; $p < 0.000$), baja autoestima ($t = -4.58$; $p < 0.000$), pensamiento delirante ($t = -2.39$; $p < 0.05$), depresión ($t = -5.36$; $p < 0.000$), dificultad en el trabajo ($t = -3.94$; $p < 0.000$), problemas familiares ($t = -2.56$; $p < 0.05$), incomodidad social ($t = -2.42$; $p < 0.05$), obsesividad ($t = -2.73$; $p < 0.01$), rechazo al tratamiento ($t = -3.31$; $p < 0.005$), preocupación por la salud ($t = -4.96$; $p < 0.000$). Escalas Suplementarias: ansiedad ($t = -4.12$; $p < 0.000$), dominancia ($t = 2.40$; $p < 0.05$), desajuste profesional ($t = -5.40$; $p < 0.000$), estrés postraumático de Keane ($t = -5.06$; $p < 0.000$), estrés postraumático de Schlinger ($t = -4.97$; $p < 0.000$), fuerza del yo ($t = 3.66$; $p < 0.001$), represión ($t = -2.17$; $p < 0.05$). Las escalas que resultaron elevadas para el grupo con TLP en el MMPI - 2 concuerdan con las características que se atribuyen al TLP (Kernberg, 1975; Millon y Everly, 1985; Paris, 1994; DSM - IV, 1995; Linehan, 1995; Kreger y Mason, 1998). En el nivel de asertividad, la subescala de grado de incomodidad ($t = -2.59$; $p < 0.05$) y la subescala de probabilidad de respuesta ($t = -2.52$; $p < 0.05$) indican que los pacientes límite presentaron mayor grado de incomodidad y menor probabilidad de respuesta en situaciones asertivas que el grupo de personas sin diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

La asertividad es importante para el mantenimiento de relaciones interpersonales adaptativas en los individuos, está estrechamente vinculada con patrones de comunicación interpersonal adecuados. La conducta asertiva implica ser capaz de expresar honesta, directa y oportunamente los deseos propios, opiniones, valores y sentimientos al establecer contacto con otras personas. Al igual que permitirse cometer faltas y saber soportar la crítica de los demás, rechazar peticiones ilógicas sin experimentar sentimientos negativos y saber decir "no" (Rimm y Masters, 1980; Aguilar Kubli, 1987; Galassi, Galassi y Bastian, 1974; Gambrell, 1977 y Alberti y Emmons, 1974).

El concepto de asertividad ha sido ampliamente estudiado en México en distintas poblaciones, por ejemplo: en niños de 3er grado de primaria, en mujeres con trastorno de personalidad por dependencia, en enfermeras, en empleados, en parejas sexuales, en adolescentes, en alcohólicos, en trabajadoras domésticas y estudiantes (Arriaga & Giles, 1983; Buitrón, 1991; Camargo, 1985; Cortes, 1984; Flores & Díaz, 1995; Guerrero & Pacheco, 1983; Gutiérrez, 1994; Larios, 1982; Martínez, 1995 y Ordoñez, 1986).

Sin embargo no se ha realizado una evaluación de asertividad en pacientes con Trastorno-Límite de la Personalidad (TLP), teóricamente es importante hacer una comparación entre sujetos que padezcan este trastorno y aquellos que no lo tengan, es decir a aquellos a los que podemos llamar "normales", por lo menos desde el punto de vista estadístico.

Los pacientes TLP presentan una forma característica de interactuar con los demás. Su conducta es difícil de comprender para la mayoría de las personas que tratan con ellos, sus relaciones son intensas pero inestables y presentan dificultades para mantener vínculos íntimos, muestran fluctuación emocional con cambios marcados, lo cual afecta su forma de convivencia.

Con frecuencia provocan rechazo en lugar del apoyo que necesitan y como resultado a veces desarrollan sentimientos de desconfianza y hostilidad frente a los demás, la persona puede mostrar cólera o rabia inadecuada e intensa y resentimiento constante (Kernberg, 1975; Paris, 1994; DSM – IV, 1995; Linehan, 1995; Kreger y Mason, 1998).

Sin embargo la mayoría de éstas características del TLP se han determinado mediante la observación clínica y no a través de un instrumento psicométrico que sea confiable y válido, por ello en esta investigación se estudian las características de los pacientes límite mediante el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota -2 (MMPI –2), para obtener un perfil de personalidad.

Estas características del TLP pueden asociarse con un déficit de asertividad al analizar los rasgos de una persona inasertiva que carece de habilidad para comunicarse, demandar sus derechos y afrontar las demandas ambientales. Pueden ser personas demasiado pasivas o personas agresivas, con una interacción social inapropiada.

El propósito de este estudio aparte de conocer el perfil de personalidad de pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad mediante el MMPI –2 fue evaluar su nivel de asertividad con el Inventario de asertividad de Gambrell y Richey, comparándolos con personas que no presentan ningún diagnóstico psiquiátrico.

Es importante obtener este perfil de personalidad para determinar las características que predominan en los pacientes con TLP, y ver si existe diferencia entre el nivel de asertividad y el perfil de personalidad de personas sin diagnóstico psiquiátrico y este tipo de pacientes, dado que en México no existe investigación de este tema.

PERSONALIDAD

ANTECEDENTES

En el estudio de la personalidad emergieron diversas teorías, con distintos nombres. Estas teorías a veces eran absolutamente diferentes, o provenían de distintas perspectivas, tales como el enfoque clínico contra el experimental o el análisis factorial contra el fenomenológico. Por ello, en la actualidad, se habla más bien de las teorías (plurales) que de la ciencia de la personalidad (Boeree, 1999).

La personalidad puede referirse a todo lo que se sabe de una persona; o a lo que es único en alguien o lo típico de una persona. No obstante, el sentido popular incluye en la personalidad rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás, es decir, un conjunto de cualidades que resultan socialmente agradables y eficaces. El modo de comportarse o de actuar que influye con éxito sobre otras personas (Dicaprio, 1989).

Teóricamente hablando todos tenemos una personalidad que es simplemente una naturaleza psicológica individual, donde el aspecto principal para el desarrollo de la personalidad es el establecimiento de una identidad personal la cual se expresa y se define a través del papel que ocupamos en la sociedad (Soto, 1990).

Hipócrates fue el primero en formular tipologías de la personalidad cinco siglos antes de cristo, postuló que cada individuo poseía cuatro humores corporales. Estos humores eran la bilis amarilla, bilis negra, la sangre y la flema. Se pensaba que estos humores o fluidos eran la encarnación de la tierra, el agua, el fuego y el aire los cuales habían sido señalados como los cuatro elementos básicos del universo por el filósofo Hépédocles. Para Hipócrates la personalidad normal estaba representada por un balance funcional y cuantitativo entre los cuatro humores, pensaba que la psicopatología surgía de una alteración cuantitativa y disfuncional de estos humores (Millon y Evely, 1985).

Galeno además de lo anterior relaciona los humores a las enfermedades: un exceso de bilis amarilla provoca fiebre y un exceso de bilis negra produce depresión del animo y decaimiento. Siguiendo a Galeno la medicina Occidental y la Islámica lo aceptan, hasta que el médico Harvey postuló en el siglo XVII que el joven era sanguíneo por su predominio de sangre en los humores, el hombre en la edad viril era colérico por el exceso de bilis negra, en la madurez era melancólico también por la bilis negra y por último en la vejez era flemático por el exceso de flema (Larroyo, 1971).

Sin embargo fue hasta finales del siglo XVIII cuando renacieron los esfuerzos sistemáticos para analizar los elementos básicos de la personalidad. Franz Joseph Gall (1758 – 1828) hizo un intento serio y honesto de crear la ciencia de la personología. Gall basó sus tipologías en la frenología. Esta fue una personología basada en la medición de las variaciones del cráneo. Pensaba que los procesos mentales debían reflejarse en la estructura morfológica del cerebro, que así mismo debía quedar reflejada en el contorno del cráneo. Aunque obviamente invalidado su modelo sirvió como precursor para las tipologías morfológicas de Kretschmer y de Sheldon (Millon y Evely, 1985).

La biotipología de Ketschmer se basa en la configuración del esqueleto, la distribución del depósito de grasa y el cabello. Consideró que los biotipos patológicos no son sino grados extremos de tipos normales, que a continuación se describen:

Tipo pícnico de estatura mediana, esqueleto sólido, cara ancha, abdomen voluminoso, miembros cortos, piel suave y tendencia a la calvicie.

Tipo asténico: son altos, delgados, de cabeza estrecha, cuello largo, tórax estrecho, abdomen aplanado con brazos y piernas largos y delgados y piel seca y pálida.

Tipo atlético: con estatura superior al promedio, cabeza grande, pómulos salientes, tórax ancho y fuerte, abdomen aplanado y extremidades largas.

Tipo displásico: cubre las configuraciones físicas que son debidas a trastornos glandulares.

Ketschmer relacionó las estructuras corporales y las enfermedades mentales: los asténicos o atléticos tienden a la esquizofrenia y los pícnicos a las enfermedades maniaco-depresivas, sin embargo, no se ha podido apoyar su aseveración (Larroyo, 1971).

Sheldon un discípulo de Kretschner, desarrolló una extensa serie de hipótesis concernientes a la relación entre la estructura corporal, la personalidad y la psicopatología. Identificó tres dimensiones morfológicas básicas, llamadas somatotipos. Estas eran el endomorfo, caracterizado por una apariencia física blanda y redonda; el mesomorfo caracterizado por una apariencia física sólida y muscular; y el ectomorfo, caracterizado por una apariencia física frágil y delgada. Los temperamentos personales de estas tres estructuras corporales fueron identificados, como viserotomía, (amante del confort orientado hacia las personas) somatotonía (asertivo, competitivo, orientado hacia la acción) y cerebrotonía (emocionalmente reprimido, aprensivo, orientado hacia la soledad), respectivamente (Millon y Everly, 1985).

A finales del siglo XIX, los avances de las matemáticas condujeron a revalorizar el interés en identificar las unidades básicas de la personalidad. Factores derivados matemáticamente (por ejemplo, un grupo de elementos independientes derivados de diferentes conductas) son estadísticamente combinados en base a sus aspectos comunes y son usados para crear tipologías. Este método factorial-analítico fue aplicado a la investigación de la personalidad por Burt, Thurstone y Guilford y más recientemente por Eysenck y Catell. El objetivo de tales investigaciones era identificar factores de la personalidad basados en la estadística que puedan servir como bases para las tipologías de la personalidad (Millon y Everly, 1985).

Estos modelos combinan varias características físicas o rasgos de personalidad en un perfil único. Debido a su amplitud, se pierde poca información de importancia potencial y no se le da a ninguna característica específica una atención especial. Sin embargo, describir la personalidad con más de unos pocos rasgos o dimensiones factoriales puede producir complejos perfiles o difíciles configuraciones que requieran una representación algebraica o, al menos, imaginativa.

No hay nada intrínsecamente erróneo en estos esquemas cuantitativos y originales pero pueden plantear una considerable dificultad en su comprensión; así como requerir síntesis imaginativas entre los clínicos (Caballo, Buela – Casal y Carboles, 1996).

Allport (1887-1967) fue muy crítico con las aproximaciones analítico factoriales a la tipología de la personalidad. Este autor postulaba que los factores eran ficticios y exentos de significado psicológico intrínseco. También se mostró en desacuerdo con la noción de que los factores de personalidad deben ser independientes unos de otros, argumentaba que las tipologías de la personalidad debían basarse en el concepto de rasgo que es una disposición relativamente permanente que subyace a la conducta manifiesta. Allport se mostraba favorable a la tendencia que postulaba que la personalidad debía entenderse como un sistema único y altamente integrado u holístico (Millon y Everly, 1985).

Allport dice que la personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo con sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico. Incluye los aspectos biológicos así como los psicosociales. Su organización requiere del funcionamiento de la mente y del cuerpo en una inseparable unidad. Infiere sobre los actos adaptativos y expresivos mediante los cuales es conocida la personalidad (Wolman, 1960).

Goldstein (1939-1959) postulaba que la personalidad no podía ser entendida por conductas aisladas porque el organismo operaba como una sola unidad que no podía ser entendida fácilmente solo por análisis de sus componentes. Lewin (1935-1936) siguiendo una filosofía similar describía a la personalidad como una estructura compuesta de regiones interdependientes y comunicadas que interactúan en un equilibrio dinámico con el ambiente psicológico. De importancia particular es la noción de Lewin de que el ambiente afecta al individuo sobre la base de cómo el individuo percibe e interpreta conscientemente el ambiente, y no sobre la base de la realidad objetiva del ambiente (Millon y Everly, 1985).

Millon (1990) da la misma importancia a las dinámicas intrapersonal y externa (social) y representa un cambio en esa tendencia histórica. Los factores internos y externos son elementos íntimamente unidos. Las disposiciones y estructuras intrapsíquicas son esenciales, pero serán funcionales o disfuncionales dependiendo de su eficacia en contextos sociales, familiares o interpersonales específicos (Caballo, et al., 1996).

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

Primero hay que entender que es una teoría, para comprender aquellas que se refieren a la personalidad. Una teoría es un modelo de la realidad que nos ayuda a entender, a explicar, a predecir, y a controlar esa realidad. En el estudio de la personalidad, estos modelos son generalmente verbales. Existen modelos gráficos, con ilustraciones simbólicas, o modelos matemáticos, o aún modelos de ordenador. Pero las palabras son la forma básica (Boeree, 1999).

Otra definición dice que una teoría es una guía a la acción: pensando que el futuro será algo como el pasado. Que ciertas secuencias y modelos de los acontecimientos ocurridos antes, con frecuencia son altamente probables de ocurrir otra vez. Los primeros acontecimientos de una secuencia, o las partes más vivas de un modelo, sirven como señales y alerta de lo que podría suceder en un fenómeno específico. Una teoría puede incluso no ser exacta, pero proporciona una guía a la acción (Boeree, 1999).

Teoría también es un sistema de hechos e ideas que se relacionan entre sí constituyendo un conjunto coherente de principios y consecuencias, debe estar avalada por demostraciones empíricas o lógicas. Así, se puede distinguir entre teorías expositivas, que se construyen a través de la consecución lógica de los hechos; y teorías explicativas, basadas en la demostración experimental de ciertas hipótesis (Ferre y Lacheras, 1999).

Diversos acercamientos se centran en diferentes aspectos de la teoría. Los humanistas y los existencialistas creen que mucho de lo que somos es demasiado complejo e inherente a la cultura y a la historia, tienden a centrarse en el entendimiento de uno mismo. Los conductistas y freudianos, por otra parte, prefieren discutir la predicción y el control (Boeree, 1999).

Uno de los sistemas teóricos más influyentes es la teoría psicoanalítica del médico austriaco Sigmund Freud y sus seguidores. Freud creyó que los procesos inconscientes dirigen mucho el comportamiento de la gente. Otra teoría de la personalidad se deriva del conductismo que pone énfasis en el aprendizaje.

A continuación se presenta un breve panorama que expone Boeree (1999) de las principales corrientes teóricas que existen en el campo de la personalidad, y se puede apreciar la organización gráfica en las tablas 1, 2 y 3.

"Segunda Fuerza"

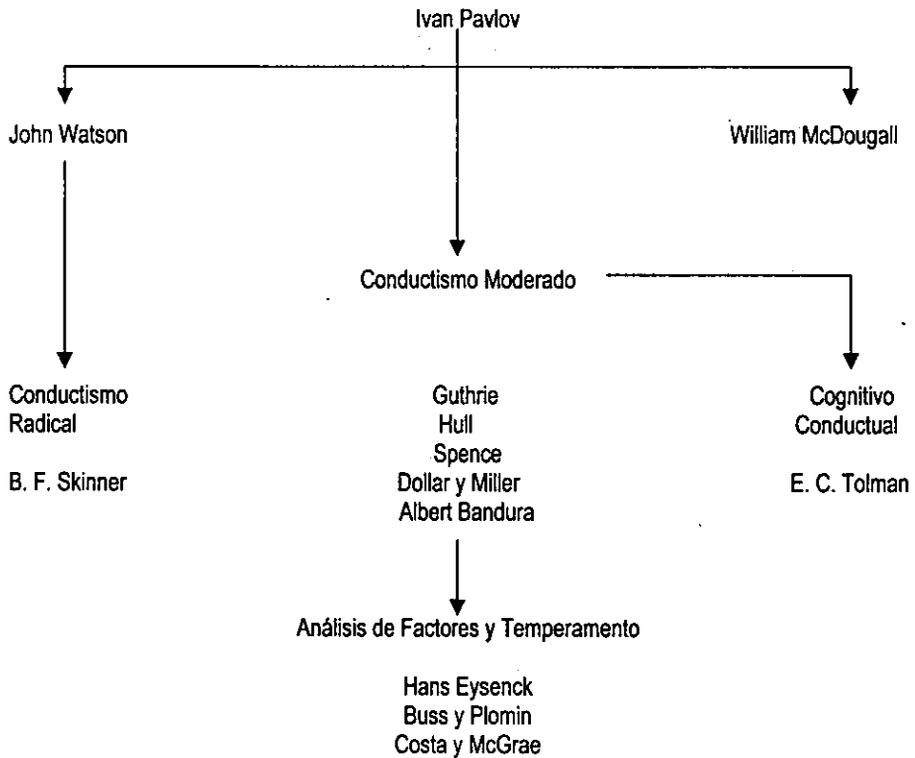


Tabla 2. Muestra la perspectiva cognitivo conductual en el estudio de la personalidad y sus principales exponentes. Adaptación realizada del trabajo original realizado por Boeree en 1999.

"Tercera Fuerza"

"Tercera Fuerza"

Edmund Husserl
Fenomenología
Martin Heidegger
Existencialismo

↓
Psicología
Existencial

Karl Jaspers
Ludwig Binswanger
Medard Boss
Viktor Frankl
Rollo May

↓
Psicología
Gestalt

↓
Kurt Goldstein

William James

↓
Psicología
Humanista

↓
Gordon Allport
Gardner Murphy
George Kelly
Carl Rogers
Abraham Maslow

↓
Psicología
Transpersonal

↓
Ken Wilber

Tabla 3. Muestra el estudio de la personalidad y sus principales exponentes de la corriente humanista. Adaptación realizada del trabajo original realizado por Boeree en 1999.

Psicoanalítica o " primera fuerza." En sentido estricto se refiere a los freudianos, término que se utiliza aquí para referirse a otros que han sido influenciados fuertemente por Freud que aunque pueden discrepar en casi todo, comparten la misma actitud: Tienden a creer que las respuestas a las preguntas importantes, se encuentran en alguna parte detrás de la superficie, ocultas, en el inconsciente. Primeramente es la opinión freudiana, que incluye a Sigmund, Ana Freud y Erikson. Después viene la perspectiva transpersonal, que tiene un sentido mucho más espiritual, y que es representada por Carl Jung. El tercero se ha llamado la visión psicológica social, e incluye a Alfred Adler, Karen Horney (quien primeramente fue psicoanalista ortodoxa) y Erich Fromm.

Conductismo o " segunda fuerza." En esta perspectiva, las respuestas se encuentran en la observación cuidadosa del comportamiento, del ambiente y de sus relaciones. Los conductistas, así como sus descendientes modernos los cognoscitivistas, prefieren métodos cuantitativos y experimentales. El acercamiento es representado aquí por Hans Eysenck, B. F. Skinner, y Albert Bandura.

Humanismo o " tercera fuerza." El acercamiento humanista, incluye generalmente a la psicología existencial, que es la más reciente de las tres. Basado a menudo en una reacción a las teorías psicoanalíticas y conductistas, la creencia común es que las respuestas deben ser encontradas en el sentido o la experiencia. Los métodos fenomenológicos son preferidos por la mayoría de los humanistas. El humanismo es representado en primer lugar por Abraham Maslow, Carl Rogers, y Kelly. El existencialismo basado en la filosofía muy popular en Europa y América latina es representado básicamente por Ludwig Binswanger y Viktor Frankl.

Los teóricos de la formación y del desarrollo acentúan diversos aspectos de la personalidad y discrepan sobre su organización, desarrollo, y manifestación en comportamiento. Ponen énfasis en la interacción entre herencia y ambiente que son fundamentales en la formación de la personalidad. Postulan que en la edad más temprana, los infantes diferencian extensamente, debido a variables de la herencia o de condiciones que son resultado del embarazo y nacimiento. La mayoría de los expertos creen que las experiencias de un niño en la familia son cruciales para el desarrollo de la personalidad. Algunos acentúan el papel de tradiciones sociales y culturales. Tradicionalmente, los psicólogos han sostenido que los rasgos de la personalidad muestran estabilidad y constancia en el tiempo (Boeree, 1999).

Hay varios teóricos que dicen cosas similares, aunque estén tomando enfoques muy diversos, esto es un buen indicador de que hay un acercamiento a la realidad.

FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD

En el primer año de vida, los niños se ocupan de una gran variedad de respuestas conductuales. Parece que estas respuestas tienen una función exploradora, el niño ensaya y prueba varias respuestas conductuales. A través de un proceso que Thorndike (1935) llama aprendizaje por ensayo y error el niño aprende qué respuestas conductuales son efectivas y cuales no lo son. Desde una perspectiva del aprendizaje, el niño descubre que respuestas conductuales lo guían hacia un refuerzo (placentero y que respuestas son inefectivas o son castigadas (no placenteras).

El niño desarrolla un repertorio de conductas que son probadas empíricamente diseñadas para conseguir refuerzo y también para evitar el castigo. Y empieza a practicar respuestas conductuales específicas bastante consistentes en situaciones diferentes. Se puede decir que el niño está demostrando un hábito. Mientras madura, comienza a mostrar un grupo repetitivo de hábitos. Este grupo colectivo de hábitos puede ser referido como un rasgo. Finalmente, la conducta de los niños cristaliza en un patrón preferido de comportamiento. Estos patrones no solo se vuelven resistentes a la extinción sino que el hecho de que hayan tenido éxito en el pasado hace a estos patrones de respuesta altamente prioritarios y es así como se forma la personalidad (Millon y Everly, 1985).

El temperamento es considerado una parte biológicamente determinada de la personalidad, dependiente de los sistemas endocrinológico, neurológico y bioquímico. Las cualidades afectivas que caracterizan a una persona en función de sus formas de reaccionar y de su sensibilidad a los afectos dependen de su temperamento (Ferre y Lacheras, 1999).

Las reglas sociales y las tradiciones culturales desempeñan un papel fundamental, hasta el extremo de que el carácter es decir, el conjunto de características personales establecidas mediante el aprendizaje e influencias del ambiente, está marcado por los hábitos que se ajustan a las tradiciones éticas y costumbres de la sociedad en la que el individuo se ha desarrollado. El carácter se forma, a causa de la interiorización de las normas sociales (Ferre y Lacheras, 1999).

La personalidad es un concepto amplio que puede fácilmente incluir temperamento y carácter. El temperamento será considerado como la materia prima biológica desde la cual la personalidad se formará y el carácter será considerado como un subgrupo de la personalidad, más amplio que el temperamento, pero más reducido, que personalidad y definido según las costumbres sociales (Millon y Everly, 1985).

DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

La personalidad representa un patrón profundamente incorporado que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos periodos de tiempo. Hay dos procesos situados en el centro de la personalidad: 1) como interactúa el individuo con las demandas del medio ambiente y 2) como se relaciona el individuo consigo mismo.

Se usa el término patrón para referirse a la personalidad por dos razones: primero, para llamar la atención sobre el hecho de que estas conductas y actitudes surgen de una compleja interacción entre disposición biológica y experiencias aprendidas. Segundo, para denotar el hecho de que estas características de personalidad no son solo una agregación difusa de tendencias al azar, sino una estructura predecible y aprendida de conductas manifiestas y encubiertas (Millon y Everly, 1985).

La personalidad se refiere generalmente a aquello que es único en una persona. Sugiere previsibilidad sobre cómo una persona actuará o reaccionará bajo varias circunstancias.

Personalidad según Millon y Escobar, es un patrón integrado de características e inclinaciones que están profundamente enraizadas que no se pueden eliminar fácilmente y que penetran en todas las facetas de nuestra experiencia de vida. Este sistema es la suma y sustancia de lo que significaría el constructo de la personalidad. Siendo una imagen de la organización del cuerpo, constituiría un patrón distintivo de percepciones, sentimientos, pensamientos y conductas entremezclados que proporcionarían una plantilla y una disposición para mantener la viabilidad y estabilidad psíquica (Caballo, et al., 1996).

Una personalidad normal y saludable, puede ser concebida como la capacidad de funcionar autónoma y competentemente, la tendencia a adaptarse al ambiente social, efectiva y eficientemente, una sensación subjetiva de satisfacción y autosuficiencia y la capacidad de realizarse o de alcanzar sus potencialidades (Millon y Everly, 1985).

DESORDENES DE LA PERSONALIDAD

Existen distintas tradiciones en la patología de la personalidad que plantean perspectivas diferentes. En un extremo se encuentran las teorías que se centran en el nivel biofísico y consideran a la psicopatología como el resultado de defectos estructurales orgánicos y deficiencias químicas. Las teorías intrapsíquicas enfatizan el impacto de las experiencias tempranas y consideran a los trastornos de la edad adulta como una consecuencia del funcionamiento inflexible e insidioso de acontecimientos pasados. Las teorías fenomenológicas reflejan tradiciones humanistas y existenciales y se centran principalmente en los datos sobre la experiencia consciente, fenomenológica (Caballo, et al., 1996).

Las teorías conductuales dan importancia a las influencias ambientales, considerándolas como propiedades del estímulo que refuerzan y controlan la patología de la conducta. Finalmente, en el otro extremo, hay teóricos cuyos datos provienen principalmente de perspectivas sociológicas y antropológicas (Caballo, et al., 1996).

También Millon y Everly (1985) postulan tres criterios para distinguir un patrón de personalidad anormal o insano que se caracteriza por inflexibilidad adaptativa; una tendencia a formar círculos viciosos y una estabilidad lábil, éstos se describen a continuación:

1. Inflexibilidad adaptativa este término se refiere a una tendencia consistente del individuo a relacionarse consigo mismo y enfrentarse al ambiente a través de estrategias inapropiadamente rígidas y aplicadas uniformemente. Tal rigidez, además, inhibe el desarrollo de un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento. No se trata solo de la incapacidad del individuo para adaptarse a los acontecimientos, sino que además ésta persona también intenta cambiar las condiciones ambientales, en tanto que no es capaz de llevar a cabo conductas mas allá de su limitado repertorio conductual.
2. Una tendencia a fomentar círculos viciosos: por supuesto, todos los individuos tienden a intentar manipular su ambiente para recibir refuerzos y evitar el castigo. Lo que distingue a los patrones de personalidad anormal del normal no es solamente la inapropiada rigidez y uniformidad en las estrategias de enfrentamiento, sino también la tendencia de esas estrategias a provocar o poner en marcha nuevas conductas auto frustrantes.

Así, los patrones de personalidad anormal son, en y por si mismos, patogénicos, porque intensifican las dificultades preexistentes.

3. Estabilidad lábil: los patrones de inestabilidad lábil son característicamente frágiles y carentes de elasticidad bajo condiciones de presión ambiental. A causa de series recurrentes de intentos inefectivos de afrontamiento, los conflictos no resueltos tienden a volver a emerger. Cuando esto ocurre, es posible que el sujeto regrese hacia formas patológicas de afrontamiento, con un control menos adecuado sobre sus emociones y finalmente con percepciones subjetivas y distorsionadas de la realidad.

Los trastornos de personalidad se conciben mejor como aquellas condiciones que se activan principalmente por estructuras situadas internamente y por formas penetrantes de funcionamiento.

Los atributos estructurales y funcionales que comprende la personalidad tienen una autonomía y un impulso interno; se expresan aunque haya una provocación externa mínima. En el lado opuesto se encuentran las reacciones de adaptación, traducidas mejor como repuestas patológicas específicas atribuidas en gran medida a estímulos precipitantes ambientales delimitados, es decir, específicas a los estímulos. Los síndromes clínicos son similares a las reacciones de adaptación, en que son provocados también por acontecimientos externos, pero su íntima conexión con la dinámica interna de la personalidad tiene como consecuencia la invasión de recuerdos y afectos que complican lo que podría ser, de otra manera, una simple reacción al ambiente (Caballo, et al., 1996).

Los trastornos en la personalidad afectan al 10% de la población en general. Este grupo de desórdenes mentales son definidos por características maladaptivas de la personalidad que tienen un efecto constante y serio en el desempeño cotidiano y en los lazos interpersonales.

Los criterios diagnósticos generales para los trastornos de personalidad del DSM – IV son:

- a) un patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas generadas por la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos.
- b) Este patrón es inflexible y penetrante en una amplia gama de situaciones sociales y personales.
- c) Dicho patrón produce un malestar o un deterioro clínicamente significativos en las áreas social, laboral o en otras importantes.
- d) El patrón es estable y de larga duración y su comienzo se puede remontar al menos a la adolescencia o a los primeros años de la edad adulta.
- e) El patrón no se explica mejor por otro trastorno mental, ni se debe a los efectos de una sustancia psicoactiva ni a una enfermedad médica.

La mayoría de definiciones de desórdenes de la personalidad coinciden en destacar tres puntos fundamentales:

- a. se inician precozmente, en la infancia, adolescencia o, como máximo, al principio de la edad adulta;
 - b. persisten a lo largo del tiempo y los distintos ámbitos personales y sociales van siendo invadidos por patrones anormales de conducta, y
 - c. generan un importante malestar al individuo y/o problemas de rendimiento laboral o social
- (Fuentes, Barragán y Valero, 1999).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) define once categorías de trastornos de la personalidad que son:

Trastorno paranoide de la personalidad.

Trastorno esquizoide de la personalidad.

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Trastorno antisocial de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad.

Trastorno histriónico de la personalidad.

Trastorno narcisista de la personalidad.

Trastorno de la personalidad por evitación.

Trastorno de la personalidad por dependencia.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Trastorno de la personalidad no especificado.

En virtud de que el Trastorno Límite de la Personalidad es el tema central del presente trabajo, en el siguiente capítulo se hará una descripción detallada de sus características.

TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD

Por siglos, la sociedad europea excluyó a la gente que era considerada "insana o loca", confinándola a los asilos o conduciéndola de una ciudad a otra. En el siglo XVIII, algunos doctores comenzaron a estudiar a la gente en los asilos, y descubrieron que algunos de estos pacientes, no habían perdido de ninguna manera la razón: tenían un juicio normal de lo que era verdadero y lo que no lo era, así mismo observaron que estas personas sufrían una terrible angustia emocional, impulsividad y una dificultad general de autocontrol. Parecían vivir en la frontera entre la locura absoluta, y el comportamiento y la sensación normal. Esta gente, que no era insana ni mentalmente sana, continuó desconcertando a los psiquiatras durante los siguientes siglos. Era en esta "frontera" que la sociedad y la psiquiatría colocaron a sus criminales, alcohólicos, gente suicida, gente emocionalmente inestable y conductualmente imprevisible (Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program, 1999).

Los psicoanalistas fueron los primeros en describir a este padecimiento en 1960 observando que es una patología que, oscila en el límite entre la psicosis y la neurosis y que es de difícil manejo terapéutico. En la actualidad otra definición la describe como "un desorden de la personalidad emocionalmente inestable" (Paris, 1994).

Debido a la inconsistencia del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), ha sido difícil para los profesionales fijar criterios diagnósticos para este trastorno. La definición de TLP fue utilizada informalmente, como un diagnóstico alternativo para aquellos individuos que no cabían en ninguno de los otros diagnósticos más característicos. No es hasta el año de 1980 que el TLP es incluido en el DSM III (Jaffe, 1999).

Los terapeutas comenzaron a ver que los pacientes con TLP tenían mayor dificultad para tolerar los niveles de ansiedad, de frustración, de rechazo y de la pérdida de lo que la mayoría de la gente puede tolerar, y que también manifestaban una inhabilidad para calmarse, de confortarse a sí mismos y de controlar los impulsos de la expresión del amor y el odio que la mayoría de la gente puede manejar (Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program 1999).

La palabra que caracteriza lo mejor posible el TLP es "inestabilidad." Sus emociones son inestables, fluctuando violentamente por ninguna razón perceptible. Su pensamiento es inestable unas veces racional y claro, y otras absolutamente psicopático. Su comportamiento es inestable a menudo con períodos de conducta excelente, de alta eficacia que se alterna con brotes de infantilismo. Se asocia a esta inestabilidad la ansiedad, la culpabilidad y la auto devaluación que experimentan estos pacientes (Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program 1999).

DIAGNÓSTICO

Muchos de los rasgos asociados con el TLP son comúnmente encontrados también en la población general. La diferencia está en el número de las características enumeradas junto con la severidad o la intensidad en que afectan (Mahari, 1999).

En el DSM-IV (1995) el TLP se define como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los criterios que el DSM-IV (1995) establece para diagnosticar TLP son:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación en el criterio cinco.
2. Un patrón de relaciones interpersonales intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración: autoimagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (por ejemplo: gastos excesivos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida, nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación en el criterio cinco.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo p.ejem., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad.
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Puede haber episodios psicóticos de breve duración más bien que verdaderos episodios o quebras psicóticas.

Una persona con TLP experimenta un modelo repetitivo de la desorganización y de la inestabilidad en la imagen de sí mismo, en el humor y en el comportamiento. Esto puede ser una señal de alarma.

Y también la disminución significativa de las relaciones interpersonales, por ejemplo una persona con este desorden puede a menudo ser brillante e inteligente, cálida y competente. Pueden mantener a veces este aspecto por varios años hasta que su estructura se desintegra, generalmente alrededor de una situación agotadora como la ruptura de una relación amorosa o la muerte de una persona significativa (Hannig, 1999).

Los lazos con otros son intensos pero inestables con dificultades en mantener vínculos íntimos. La persona puede manipular a otras y tiene a menudo dificultad para confiar en los otros. Hay también inestabilidad emocional con cambios marcados y frecuentes de una depresión a la irritabilidad y a la ansiedad. Se puede presentar comportamiento imprevisible e impulsivo que puede incluir gastos excesivos, promiscuidad, abuso de drogas o de alcohol, comer excesivamente o automutilación y gestos suicidas. La persona puede mostrar cólera o rabia inadecuada e intensa, resentimiento constante y una pérdida de control o miedo a perderlo. Hay también disturbios de la identidad con la confusión y la incertidumbre sobre la propia identidad, en su sexualidad, metas de vida y valores, opciones de la carrera y amistades. Hay una sensación profundamente arraigada de que se es defectuoso o malo de cierta manera, con una tendencia a ir a los extremos en el pensamiento, las sensaciones o en el comportamiento. Bajo tensión extrema o en casos severos puede haber episodios psicopáticos abreviados con la pérdida de contacto con la realidad o comportamiento o síntomas extraños (Paris, 1994).

Kreger y Mason (1998) dividen las características del paciente con trastorno límite de la personalidad en pensamiento, sensaciones y conductas, mismas que se describen a continuación.

Pensamiento.

- Tiende a ver a la gente sin defectos o malvada, tiene dificultad de recordar las cosas buenas de una persona a la que ha etiquetado como mala.
- Encuentra imposible recordar cualquier cosa negativa sobre la persona a la que ha asignado el papel de buena.
- Percibe que la gente esta totalmente a favor o en contra de ellos.
- Percibe las situaciones como desastrosas o ideales.
- Oscila entre verse a sí mismo sin valor o sin defectos.
- Cree que los demás están totalmente en lo correcto o completamente en lo incorrecto.
- Cambia sus opiniones dependiendo de con quién está.
- Recuerda las situaciones muy diferentes que la demás gente.
- Cree que los otros son responsables de sus actos o se siente responsable de las acciones de los otros.
- No esta dispuesto a admitir que se ha equivocado o a veces siente que todo lo que hace es un error.
- Basa su creencia en sus sensaciones más que en los hechos.
- No admite los efectos de su comportamiento en los otros.

Sensaciones

- Ante la provocación más leve muestra sensaciones intensas.
- Cambios extremos del estado de ánimo en minutos o en horas.
- Presenta dificultad en el manejo de sus emociones.

- Se muestra desconfiado y sospechoso.
- La mayor parte del tiempo se siente ansioso o irritable.
- Se siente ignorado cuando no es el foco de atención.
- Expresión inadecuada de la cólera o dificultad al expresarla.
- Siente que nunca puede conseguir suficiente amor, afecto, o atención.

Conductas

- Dificultad para respetar los límites de los otros y para definir los propios.
- Presenta actos impulsivos que son potencialmente perjudiciales para sí mismo, por ejemplo gastos excesivos, conductas sexuales de alto riesgo, peleas, abuso de drogas o de alcohol, el conducir imprudentemente, robar, o desórdenes de la alimentación.
- Automutilación, cortando o quemando intencionalmente su piel.
- Amenaza con matarse o realiza tentativas reales de suicidio.
- Cambia sus expectativas de una manera tal que las otras personas sienten que él / ella nunca puede hacer las cosas bien.
- Abusa físicamente de otros, por ejemplo al darles una palmada, golpearlos, o rasguñarlos.
- Su forma de vida es caótica.
- Realiza actos imprevisibles.
- Alterna entre querer estar cerca de otros y después distanciarse.
- Oscila entre tener bajo control algunas situaciones pero extremadamente fuera de control otras.
- Abusa verbalmente de otros, criticándolos y culpándolos.

- Es verbalmente abusivo hacia la gente que conoce muy bien, mientras que da una imagen encantadora para alguien desconocido.
- Acusa a los otros de hacer cosas que no hicieron, de tener sensaciones que no sienten, o de creer cosas que no creen.

Diagnóstico estructural del Trastorno límite de la personalidad según Kernberg (1987):

El diagnóstico estructural se basa en el entendimiento de las características estructurales intrapsíquicas junto con criterios originados en el diagnóstico descriptivo donde se entiende la organización estructural como la función de estabilizar el aparato mental.

El diagnóstico se realiza a partir de síntomas descriptivos y de 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.

En México Ortiz en 1997 realizó un estudio donde identificó los rasgos que usualmente se encuentran en la Entrevista Estructural propuesta por Kernberg mediante el SCID II comparándolo con el MMPI que ya está estandarizado en la población mexicana; para determinar el tipo de estructura mental. El resultado de este análisis mostró que el SCID II diferencia claramente cada trastorno como: La estructura neurótica y el trastorno de organización limítrofe de la personalidad.

Los síntomas descriptivos de los pacientes límite son similares a los presentados en la neurosis sintomáticas ordinarias de patología del carácter, pero la combinación de ciertos rasgos es peculiar en los casos límite. Los siguientes síntomas según Kernberg (1987) son particularmente importantes:

- Ansiedad (crónica, difusa, libre y flotante).
- Neurosis polisintomática, presentan varios síntomas neuróticos (fobias, síntomas obsesivos compulsivos, conversión, reacciones disociativas, hipochondriasis y tendencias paranoideas).
- Tendencias sexuales perversas polimorfas (formas bizarras de perversión, en especial aquellas que manifiestan agresión primitiva o sustitución primitiva de los fines genitales con fines eliminatorios).
- Estructuras de personalidad psicótica "clásicas" (personalidad paranoide, esquizoide, hipomaniaca y ciclotímica).
- Neurosis y adicciones por impulso (alcoholismo, drogadicción, cleptomanía y ciertas formas de obesidad psicogénica).
- Trastornos del carácter de "menor nivel": patologías graves del carácter típicamente representadas por lo caótico e impulsivo (personalidades infantil y narcisistas típicas y personalidad antisocial).

Otro criterio de diagnóstico según Kernberg (1987) es la carencia de identidad integrada; el síndrome de difusión de identidad, clínicamente se representa por un concepto pobremente integrado del sí mismo y de otros significantes.

Se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa, y percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás. En cuanto a diagnóstico, la difusión de identidad aparece en la incapacidad del paciente para transmitir interacciones significativas con otros, no pudiendo éste empatizar emocionalmente con la concepción del paciente respecto a sí mismo y de otros en tales interacciones.

Kernberg también cita la predominancia de operaciones defensivas primitivas que caracterizan al paciente con TLP en especial el mecanismo de escisión, idealización primitiva, formas tempranas de proyección, negación y omnipotencia y devaluación.

El paciente con TLP presenta mantenimiento de la prueba de realidad, en contraste con las estructuras de personalidad psicóticas. Por lo tanto, mientras el síndrome de difusión de identidad y la predominancia de las operaciones defensivas primitivas permiten la diferenciación estructural, de los trastornos límites, de los neuróticos, la prueba de realidad permite la diferenciación de la organización límite de la personalidad de los principales síndromes psicóticos. La prueba de realidad se define por la capacidad de diferenciar el sí mismo del no mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos, y la capacidad para evaluar realísticamente el contenido del afecto, conducta y pensamiento propio en términos de las normas sociales ordinarias.

En el *Mental Health: Borderline Personality Disorder* (1999) se citan los criterios de Gunderson para el diagnóstico de TLP en orden de importancia que son:

- Lazos inestables intensos en los cuales el individuo límite siempre termina lastimado. Gunderson admite que este síntoma es algo general, pero lo considera tan central al TLP que dice que él vacilaría en diagnosticar a un paciente como TLP sin su presencia.
- Comportamiento autodestructivo, realizado a menudo para pedir ayuda.
- Miedo crónico al abandono y al pánico cuando está forzado a estar solo.
- Pensamientos / percepciones erróneos con respecto a la interacción con otras personas.
- Hipersensibilidad, significando una sensibilidad inusual a la comunicación no verbal.
- Comportamientos impulsivos.
- Pobre adaptación social: tienden a no saber o a no entender las reglas con respecto al funcionamiento en el trabajo y configuraciones académicas. (Mental Health: Borderline Personality Disorder, 1999).

ETIOLOGIA

Santoro, Tisbe, y Katsarakis (1997) realizan una revisión de autores que han sugerido que existen acontecimientos ambientalmente aversivos que intervienen en el desarrollo del TLP; enseguida se mencionan algunos de ellos:

Kroll (1988) sugirió que los síntomas del TLP más bien que ser psicopáticos son síntomas relacionados con el trastorno de estrés posttraumático. Postula, que muchos síntomas de los pacientes límite, especialmente de aquellos que presentan breves episodios psicóticos, no son de ningún modo diferentes de los síntomas considerados en el trastorno de estrés posttraumático.

Kernberg (1975) observó que en pacientes con TLP es más frecuente encontrar historias de frustraciones extremas y de agresión intensa durante los primeros años de vida.

Linehan (1993) postuló que además de que la gente con TLP es biológicamente vulnerable a este trastorno de personalidad, también está expuesta a ambientes que los invalidan; en donde la comunicación de experiencias privadas se da erróneamente, es inadecuada y las respuestas extremas es decir la expresión de experiencias privadas no se validan; en su lugar, se castigan a menudo, y/o son trivializadas.

Goldman (1992) encontró en una muestra de 44 niños diagnosticados con TLP comparados con 100 niños sin diagnóstico, que los niños TLP tenían índices perceptiblemente más altos de abuso físico y sexual que el grupo de comparación. Concluyeron que una historia traumática durante la niñez está asociada al TLP. Goldman y cols. (1993) encontraron índices más altos de psicopatología entre miembros de la familia de las personas con TLP.

Salzman y cols. (1993), sin embargo, encontraron más bajos los índices previstos de abuso físico o sexual, en una muestra de 31 pacientes TLP. Encontraron que solamente el 19% de estos señaló una historia de abuso.

Stone (1990) también encontró los siguientes porcentajes de psicotraumatización en su muestra de pacientes límite el 38% había sufrido una pérdida significativa temprana; 19% de mujeres presentaba incesto; 8% de varones tenía incesto; 13% de todos los pacientes límite habían experimentado abuso familiar atestiguado.

En un estudio comparativo de 61 hombres con el TLP contra 60 varones no límite, realizado por París y cols. (1994) encontraron que el grupo con TLP tenía un índice perceptiblemente más alto de abuso sexual en la niñez, de un abuso sexual más severo, de una duración más larga del abuso físico, de índices crecientes de la separación temprana o de la pérdida, y un control paternal más alto en el índice de vinculación. El abuso sexual de la niñez y la pérdida o separación eran significativos en el análisis de multivarianza. Concluyeron que el trauma y los problemas con los padres son factores importantes en el desarrollo del TLP en varones.

Runeson y cols (1991) señalaron que los pacientes TLP que consumaron el suicidio mostraron en mayor medida una ausencia de alguno de los padres o ambos, antecedentes de abuso de sustancias en el hogar, y carencia de una residencia permanente en comparación con otros grupos de pacientes que también se suicidaron; en una muestra de 58 suicidios consecutivos entre las edades de 15 a 29 de la gente de una comunidad urbana.

Weaver y Clum (1993) señalaron que considerablemente más pacientes con TLP presentaron un mayor índice de abuso sexual que los pacientes no límites, en una muestra de 17 pacientes límite y 19 no límites.

Los investigadores han empezado a entender las causas del TLP; postulan que como la mayoría de los desórdenes mentales, la patología del TLP puede presentarse por diversas causas.

Este se puede relacionar con las influencias genéticas u hormonales. Se postula una asociación entre este desorden y casos severos de la tensión premenstrual. La frecuencia creciente del TLP entre mujeres puede también ser una consecuencia de la mayor incidencia de experiencias incestuosas durante su niñez. El abuso físico y emocional puede dar lugar al deterioro de las relaciones interpersonales, a la desconfianza y a la preocupación excesiva por la sexualidad, promiscuidad sexual, inhibiciones, a la depresión profundamente arraigada y a una autoimagen seriamente dañada. Igualmente puede haber incidentes en el desarrollo del vínculo entre la madre y el infante si se da la separación durante las fases de formación de la identidad de la niñez (Corelli, 1999).

El Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program (1999), expone que no se ha identificado ninguna causa. Que en la mayoría de los casos se refleja una combinación de factores que contribuyen como son: una vulnerabilidad heredada, un temperamento determinado, experiencias tempranas de la vida, y disturbios neurológicos u hormonales sutiles. Y describen éstos factores de la siguiente forma:

Vulnerabilidad heredada: el Borderline Institute Cornell Psychotherapy Program en 1999 postula la evidencia para un factor genético en por lo menos algunos casos donde el TLP era considerablemente más frecuente entre los gemelos idénticos de los pacientes límite que en la población general. Tales datos sugieren pero no prueban de ninguna manera una tendencia heredada. Los pacientes límite tienen más parientes con desórdenes de alcoholismo y del estado del ánimo.

Temperamento: es probable que esos bebés que desde el comienzo, son difíciles de confortar, irregulares en la alimentación y el dormir, que reaccionan inusualmente con rabia intensa a la frustración o al dolor sean los que muy probablemente se convertirán en personalidades límite. Pero de ninguna manera todos los infantes difíciles llegan a ser enfermos con TLP en la adultez (El Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program, 1999).

Experiencias tempranas de vida: muchos pacientes límite han tenido más dificultades en la infancia y niñez temprana. Han sido abusados física, sexual y emocionalmente. Han tenido cuidadores múltiples. Han perdido a sus padres o alguno de ellos, debido a la muerte de ambos o al divorcio. Han tenido enfermedades frecuentes y dolorosas. Sin embargo, no todos los niños que han sufrido de esta manera son límites. Y algunas personas que crecen en familias estables y que parecen no haber tenido dificultades inusuales en la niñez desarrollan el TLP (El Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program, 1999).

Modelos neurológicos y hormonales: según el Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program (1999), muchos adultos límite han tenido problemas de desarrollo en la niñez. Muchos otros han tenido problemas de aprendizaje. Algunos han tenido anomalías en sus ondas cerebrales. Algunas mujeres experimentan un grado inusual de anomalías en su ciclo menstrual una vez que inician la pubertad. Pero otra vez, no todos los pacientes límite tienen estos problemas, y no toda la gente con estos problemas tiene TLP.

Sin embargo, todos estos elementos; pueden actuar recíprocamente para formar el Trastorno Límite de la Personalidad.

Algunas explicaciones que Kreger y Mason (1998) han dado de por que las mujeres son más frecuentemente diagnosticadas con el TLP que los hombres son:

- El abuso sexual, que es común en historias de la niñez de los pacientes límite, sucede más a menudo en las mujeres que en los hombres.
- Las mujeres experimentan más mensajes contradictorios y son frecuentemente invalidadas en esta sociedad.
- Las mujeres son más vulnerables al TLP porque las educan para ser más dependientes y más sensibles al rechazo.
- Los estudios han mostrado que los profesionales de salud mental tienden a diagnosticar el TLP más a menudo en mujeres que en hombres, incluso cuando los perfiles son idénticos a excepción del género del paciente.
- Los hombres buscan menos ayuda psiquiátrica.
- La mayoría de las veces los hombres son tratados solamente debido a alcoholismo o abuso de sustancias; y sus síntomas de TLP son inadvertidos porque se asume que este es un desorden del género femenino.
- Las mujeres límite están en el sistema de salud mental; los hombres límite están en la cárcel.

Linehan (1993) ha desarrollado una teoría sociobiológica comprensiva que parece ser acertada por los resultados encontrados en sus estudios controlados de su terapia dialéctica del comportamiento. Linehan teoriza que los límite tienen una tendencia biológica natural a reaccionar más intensamente a niveles más bajos de tensión que otras personas y que les toma más tiempo recuperarse.

Además, se desarrollan en ambientes en los cuales su creencia sobre sí mismos y su ambiente es devaluada e invalidada continuamente. Estos factores se combinan para crear a los adultos que son inestables con sus propias sensaciones (Mental Health: Borderline Personality Disorder, 1999).

CURSO

El TLP es una enfermedad de la gente joven, comienza generalmente en la adolescencia o la juventud. Es habitualmente crónico, y los problemas severos continúan a menudo por muchos años. La mayoría de los pacientes funcionan perceptiblemente mejor entre las edades de treinta y cinco a cuarenta años. El mecanismo para esta mejora es desconocido. Una minoría desarrollará una carrera acertada, se casará felizmente, y se recuperará totalmente. Otra minoría continuará siendo altamente sintomática en la adultez media (Stringer, 1999).

Sin el tratamiento adecuado, la enfermedad es de por vida, y todo termina a menudo en suicidio. Con un buen tratamiento, la perspectiva es muy favorable en muchos casos.

Entre los 500 pacientes límite estudiados por Stone (1970) en el Instituto Psiquiátrico de Colombia, estudio realizado durante más de 20 años, se observó que 4 de cada 10 pacientes se recuperaron en un promedio de 10 a 20 años después de que ingresaron al estudio, que consistió en un programa de hospitalización en donde se realizaba un proceso de psicoterapia propuesto por Kernberg; 75% de los pacientes lograron ser autosuficientes. La tasa de suicidio fue 7%. Los pacientes que se recuperaron fueron los que concluyeron el tratamiento. (Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program 1999).

La gente con TLP varía mucho en sus funciones: es decir, en su capacidad de vivir una forma de vida normal, trabajar dentro o fuera del hogar, hacer frente a los problemas diarios, ser interactivos con los otros, etcétera. Otras personas con TLP son incapacitadas por su enfermedad de tal manera que no pueden trabajar. Pueden pasar mucho tiempo en el hospital debido a la automutilación, a desórdenes severos de la alimentación, abuso de sustancias, o tentativas de suicidio. El TLP dificulta que formen lazos de apoyo, así que pueden tener un sistema de ayuda débil. Pueden ser tan incapaces de administrar el dinero que no tienen ningún efectivo para vivir, alimentarse o para tener un hogar (Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program 1999).

El paciente con TLP de bajo funcionamiento va a menudo de crisis en crisis. Se siente tan incapaz que procura manipular a los otros mediante la automutilación y el suicidio. Sin embargo, dado que el paciente es obviamente el enfermo, los que lo rodean procuran entender y es por ello que generalmente utilizan a la familia y a los amigos. Los pacientes límite de alto funcionamiento actúan perfectamente normales la mayor parte del tiempo, son acertados y adaptados, pero pueden mostrar su otra cara solamente a la gente que conocen muy bien. Aunque los límite de alto funcionamiento se pueden sentir interiormente de la misma manera que los límite menos funcionales, lo manejan muy bien (Kreger y Mason 1998).

PREVALENCIA

Es un trastorno con una prevalencia de 10-14% en la población en general. La frecuencia en mujeres es dos a tres veces mayor que en hombres. Aproximadamente el 80% de los pacientes son mujeres. Uno de cada diez pacientes intenta suicidarse. Sin embargo, el 90% no lo logra (Hannig, 1999).

De las personas que padecen TLP el 10% son pacientes de consulta externa, 20% están hospitalizados en instituciones psiquiátricas y 75% de estos pacientes son mujeres de las cuales el 75% han sido física o sexualmente abusadas (Kreger y Mason 1998).

El trastorno límite de la personalidad afecta aproximadamente a seis millones de norteamericanos. Es un trastorno que tiene en promedio un 25% de todas las hospitalizaciones psiquiátricas. El 13% de varones y el 7% de mujeres con este padecimiento se suicidan. Aproximadamente, 69% de la gente con TLP son también adictos a alguna sustancia (Santoro, Tisbe, y Katsarakes, 1997).

TRATAMIENTO

Ocasionalmente, los fármacos pueden controlar los síntomas impulsivos. Por ejemplo, algunos pacientes mejoran con bajas dosis de neurolépticos. Sin embargo, ningún agente psicofarmacológico tiene un efecto específico en la patología subyacente del TLP. A pesar de la asociación entre la impulsividad y la actividad baja de serotonina, los inhibidores específicos de la recaptura de serotonina (tales como la fluoxetina) producen raramente una mejoría dramática (Stringer, 1999).

Las medicaciones han sido solamente eficaces en mejorar estados de ánimo y a veces algunas conductas.

Los doctores todavía están explorando el efecto de antidepresivos, de drogas antipsicóticas, y de drogas ansiolíticas. Estas drogas parecen reducir síntomas de la impulsividad, de la depresión, de la debilitación cognoscitiva, y de la debilitación perceptiva. La hospitalización puede ser necesaria si la persona está teniendo pensamientos y comportamientos suicidas (Health Center: Personality Disorders, 1999).

El apoyo principal del tratamiento para el TLP ha sido siempre, y continúa siendo la psicoterapia. Sin embargo, debido a su impulsividad, cerca de dos terceras partes de los pacientes límite abandonan el tratamiento a los pocos meses. Y los pacientes que permanecen en terapia mejorarán, la mayoría de las veces lentamente en un cierto plazo. El caos que caracteriza a los pacientes límite dificulta el manejo a los terapeutas ya que un paciente con TLP puede tener un alto riesgo suicida durante meses o años (Stringer, 1999).

La psicoterapia individual del paciente límite consiste generalmente en 2-3 sesiones de terapia a la semana durante años. El terapeuta trabaja con el paciente para entender los significados y los motivos de su comportamiento, y para consolidar su capacidad de tolerar la frustración, la cólera y la soledad sin actuar impulsivamente sobre sus sensaciones. La mayoría de los pacientes límite necesitan una psicoterapia que se enfoque constantemente a las sensaciones que son la base de su problema, al igual que su "pensamiento en negro y blanco" experimentando a otros o ellos mismos como maravillosos algunas veces y como sin valor otras (Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program, 1999).

Las familias pueden necesitar consejo a través de los primeros años de la psicoterapia para proporcionar ayuda emocional a las necesidades del paciente y evitar interacciones dañinas con este. La ayuda apropiada puede incluir aprender a fijar límites con el paciente (Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program, 1999).

La meta de la terapia es reducir la frecuencia de los comportamientos desadaptativos del paciente límite y permitir que la persona sea más adaptada a la sociedad. Los mejores acercamientos terapéuticos a este desorden todavía se están discutiendo. La terapia de grupo es un suplemento eficaz a la terapia individual permitiendo que la persona exprese sus sensaciones sin el miedo de repercusiones. También proporciona ayuda social y la oportunidad de desarrollar lazos más significativos con la gente dentro o fuera del grupo (Health Center: Personality Disorders 1999).

Por otra parte, muchos de los mismos problemas que los pacientes tienen con la gente se presentan en sus lazos con los profesionales que tratan de ayudarlos. La literatura clínica más abundante ha venido de terapeutas psicoanalíticamente orientados. Tradicionalmente, los psicoterapeutas se centran en la construcción de una alianza de trabajo fuerte con el paciente límite. Cuando el lazo terapéutico proporciona seguridad, es más fácil trabajar (Stringer, 1999).

Proporcionar una configuración terapéutica estructurada es importante porque la gente con este desorden a menudo intenta "romper los límites" del terapeuta o del profesional cuando esta en el tratamiento, por ello las condiciones deben ser bien definidos y explicados cuidadosamente en el inicio de la terapia.

Los principales tipos de tratamiento psicológico según Kreger (1998) son:

Terapia psicoanalítica: El terapeuta explora la niñez temprana del paciente y desarrolla un lazo sano con el paciente en una tentativa de resolver conflictos interpersonales pasados. Este tipo de terapia puede ser apropiado para la gente con TLP leve.

Asesoramiento de apoyo: Este es menos intensivo que el psicoanalítico. El terapeuta ayuda al paciente con los problemas que son más actuales más que intentar resolver problemas tempranos de la niñez. Este tipo de terapia puede ser más apropiado para la gente con un TLP más severo.

Dos formas importantes de psicoterapias que se utilizan en el tratamiento del TLP son la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993) y la psicoterapia Psicodinámica (Kernberg; 1987).

Terapia Cognoscitiva: La meta de este tipo de terapia es reducir los comportamientos inmediatos que atentan contra la vida (automutilación y suicidio) o que interfieren con la calidad de vida del paciente

La mayoría del trabajo en psicoterapia consiste en ayudar a los pacientes a ser menos impulsivos, y a desarrollar la habilidad de autodirección de sus vidas. Linehan (1993) sugiere que la terapia cognitivo-conductual, ha desarrollado métodos apropiados para la impulsividad y la inestabilidad emocional, de los pacientes límite.

La Terapia Dialéctica del Comportamiento, designada a menudo TDC, es un tratamiento de psicoterapia empírico investigado y desarrollado por Linehan, para los pacientes crónicos suicidas, que se auto mutilan y que padecen TLP. Esta terapia, que emplea principios cognoscitivos y del comportamiento, se está convirtiendo rápidamente en un estándar para tratar a los pacientes límite principalmente en EE.UU. La TDC consiste en dos componentes primarios que implican psicoterapia individual una vez por semana y el entrenamiento de habilidades en una sesión de grupo tres veces a la semana. Además, ofrecen a los pacientes consultas vía telefónica con su terapeuta individual si es necesario.

Los estudios de tratamiento conductual específico para pacientes con TLP se basan en la "Terapia Dialéctica Conductual" (Linehan 1993) que ha demostrado tener bajo control el riesgo suicida por lo menos durante un año. Intenta enseñar al cliente cómo mejorar el control de su vida, de sus emociones, mediante el conocimiento de sí mismo, la regulación de la emoción, y la reestructuración cognoscitiva.

Teoría Biosocial.

La TDC se basa en una teoría biosocial de la personalidad que considera al TLP como un desorden biológico de la regulación emocional. El desorden es caracterizado por un aumento en la sensibilidad emocional, con una intensidad emocional creciente. Los comportamientos característicos y las experiencias emocionales se asociaron teóricamente a la expresión de esta disfunción biológica en un ambiente social que es experimentado como invalidante por el paciente límite (Murphy, Gunderson y Murphy, 1999).

Aunque hay muchos ejemplos de ambientes invalidantes, todos comparten tres características: (1) los comportamientos y las comunicaciones del individuo se rechazan y se invalidan; (2) las visualizaciones emocionales y los comportamientos dolorosos se resuelven con el castigo que se administra irregularmente e intermitentemente reforzado; (3) el ambiente sobre simplifica la facilidad con la cual se pueden solucionar los problemas y satisfacer necesidades. La mayoría de las personas han encontrado tales ambientes en algún momento de sus vidas y se ocupan comúnmente de ellos cambiando su comportamiento, o cambiando el ambiente de modo que sea una invalidación breve, o en última instancia, simplemente dejando el ambiente. El dilema para el paciente límite ocurre cuando no puede resolver expectativas, no puede cambiar el ambiente y no puede irse (Murphy, Gunderson y Murphy, 1999).

Tratamiento.

La dialéctica primaria que define la base del tratamiento y las estrategias de la TDC es la tensión entre la aceptación del paciente y de la expectativa de que el paciente necesita cambiar. Las estrategias de la aceptación, trazadas de la práctica del Zen, implican la validación emocional, del comportamiento y cognoscitiva así como la enseñanza de las estrategias personales del paciente para la validación. La antítesis de la aceptación es la expectativa del cambio. Esta expectativa se incorpora a la terapia del comportamiento con su énfasis en solucionar problemas mediante, la racionalidad, la lógica y el conocimiento buscando probar las hipótesis. Las estrategias para promover el cambio incluyen la solución de problemas, procedimientos de contingencia, el entrenamiento de habilidades, la exposición y la modificación cognoscitiva.

La TDC se ordena a lo largo de una jerarquía cuádruple. La prioridad son comportamientos e ideación suicidas o parasuicidas. Las segundas prioridades son los comportamientos que interfieren con la terapia. El tercero es el comportamiento que interfiere con la calidad de vida. La cuarta prioridad en la TDC trata el déficit de las habilidades encontrado comúnmente en individuos con TLP (Murphy, Gunderson y Murphy 1999).

Las metas del entrenamiento de habilidades son modificar el comportamiento emocional y los modelos de pensamiento que causen daño personal y señal de auxilio interpersonal. Las metas específicas incluyen la reducción de la desregulación emocional y aumentar comportamientos adaptativos. Las habilidades aprendidas permiten a los pacientes mejorar el funcionamiento emocional, cognoscitivo e interpersonal.

La hospitalización por corto tiempo puede ser a veces necesaria durante los episodios agudos, de intentos suicidas o de otro comportamiento autodestructivo. El tratamiento del paciente ambulatorio es generalmente difícil y de largo plazo a veces tarda varios años.

Las metas del tratamiento pueden incluir mayor control de impulsos y la estabilidad creciente de las relaciones interpersonales. Un resultado positivo estaría en desarrollar tolerancia a la ansiedad.

La terapia debe ayudar a aliviar síntomas e integrar generalmente la personalidad entera. Promover el conocimiento y capacidades para la auto-observación y la introspección, se espera que el paciente podrá cambiar los modelos rígidos aprendidos durante su vida y evitar que el modelo desadaptativo se siga repitiendo.

Un componente importante en el tratamiento del TLP es entrenar el uso de habilidades que ayuden a manejar de forma funcional los pensamientos, las acciones, y las actitudes extremas que lo caracterizan. Linehan (1993) postula desarrollar habilidades tales como la atención centrada en uno mismo, la tolerancia a la angustia, la eficacia interpersonal y la regulación emocional que promueven el amor propio y el logro de metas individuales.

La cura del TLP es a menudo larga y difícil. Sin embargo, los pacientes son a menudo gente productiva cuando el tratamiento es acertado (Stringer, 1999).

Kernberg (1987) propone como tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad la psicoterapia de expresión que consiste en: 1.- la adhesión consistente del analista a una posición de neutralidad técnica; 2.- uso consistente de la interpretación como una herramienta técnica, y 3.- facilitación del desarrollo de una neurosis de transferencia plenamente desplegada y de su resolución psicoanalítica sólo por la interpretación; estos elementos a continuación se describen detalladamente:

La psicoterapia de expresión para los trastornos límite puede describirse en términos de variaciones sobre los tres elementos técnicos esenciales de Gill. Debido a que las transferencias primitivas están disponibles de inmediato, predominan como resistencias, y de hecho determinan la gravedad de perturbaciones intrapsíquicas e interpersonales, el terapeuta puede y deberá centrarse en ellas inmediatamente, comenzando por interpretarlas en el aquí y ahora. La reconstrucción genética deberá intentarse sólo en las etapas avanzadas del tratamiento, cuando las transferencias primitivas determinadas por relaciones objetales parciales se han transformado en transferencias de más alto nivel o en relaciones objetales totales. En ese punto, las transferencias se acercan a las experiencias más realistas de la niñez que se prestan a tales reconstrucciones.

La interpretación de la transferencia requiere conservar una posición de neutralidad técnica, pues las transferencias primitivas no pueden interpretarse sin un mantenimiento firme, consistente y estable de los límites de la realidad en la situación terapéutica. El terapeuta debe estar siempre alerta a la posibilidad de ser atrapado en la reactivación de las relaciones objetales primitivas patológicas del paciente. Ya que tanto la interpretación de la transferencia como la posición de neutralidad técnica requieren el uso de clarificación e interpretación y contraindican el uso de técnicas de sugerencias y manipuladoras, las principales técnicas son la clarificación e interpretación (Kernberg, 1987).

Sin embargo, el análisis de la transferencia en contraste con el psicoanálisis propio, no es sistemático. El análisis de la transferencia debe centrarse en la gravedad del acting out y en las perturbaciones de la realidad externa del paciente que amenacen la continuidad del tratamiento y la supervivencia psicosocial del mismo. La interpretación de la transferencia debe codeterminarse por tres grupos de factores: 1. Los conflictos que predominan en la realidad inmediata, 2. Las metas globales específicas del tratamiento, así como la diferenciación consistente de las metas vitales de los objetivos del tratamiento y 3. Que es lo que prevalece inmediatamente en la transferencia (Kernberg, 1987).

RELACIONES INTERPERSONALES

Una característica importante del TLP es la forma en que estas personas se presentan a los demás. Su conducta frente a otros varía entre espontánea a difícil entre las formas menos graves, y prácticamente caótica en las más graves.

Suelen mostrarse ansiosos cuando se contacta con ellos. Interpersonalmente los individuos con este trastorno se comportan erráticamente; este comportamiento varía desde el oposicionismo a comportamientos paradójicos e impredecibles. Este patrón interpersonal provoca con frecuencia rechazo. La ansiedad por separación es uno de los motivadores principales en su comportamiento interpersonal. Estos individuos son excesivamente dependientes de los demás, y como resultado son especialmente vulnerables a un temor crónico a ser abandonados por sus fuentes de apoyo (Millon y Everly, 1985).

Generalmente las personas pueden calmarse recordando el amor que otros les dan. Esto es muy confortable incluso si las personas de las que se recibe apoyo están lejos o ya murieron. Esta capacidad se conoce como constancia del objeto. Sin embargo a las personas con TLP, se les dificulta evocar una imagen de quien los ama, para calmarse cuando se sienten ansiosos. Si esa persona no está físicamente presente, ella no existe en un nivel emocional. En un momento de crisis el paciente con TLP tiene que llamar a la persona que generalmente lo conforta para cerciorarse de que todavía está allí y todavía puede cuidarle (Kreger y Mason 1998).

Típicamente, los pacientes límite se involucran rápidamente con la gente, y se decepcionan rápidamente de ella. Demandan excesiva atención de los otros y fácilmente se angustian de ser abandonados por ellos (Stringer, 1999).

En su búsqueda de seguridad y apoyo en los demás, estos individuos suelen haber estado expuestos al aislamiento, separación y desaprobación. Como resultado pueden haber desarrollado sentimientos de desconfianza y hostilidad.

La familia del paciente con TLP nunca sabe qué esperar de su familiar enfermo, ya que el TLP se caracteriza por: amenazas y tentativas de suicidio, automutilación, arrebatos de rabia y de recriminación, uniones impulsivas, divorcios, embarazos y abortos; lo cual provoca en la familia un sentido penetrante, de no poder ayudar al paciente límite (Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program, 1999).

Los trastornos de identidad frecuentes en estos pacientes que no están seguros de quienes son y a donde dirigen su vida dan como resultado una autopercepción que oscila entre perturbada a confusa o contradictoria y conflictiva. Como resultado de este estado crónico de confusión interpersonal le suele faltar fuerza y estabilidad para enfrentarse a las demandas ambientales.

Los comportamientos acting-out- del paciente límite son tentativas de aliviar dolor depositándolo sobre alguien por ejemplo, culpando, criticando, haciendo acusaciones, llegando a ser físicamente violentos, y llegando al abuso verbal. También pueden mutilarse y culparse por los problemas que no son su responsabilidad. El suicidio es también una posibilidad (Kreger y Mason, 1998).

Estas características del TLP pueden asociarse con un déficit de asertividad al analizar los rasgos de una persona inasertiva que carece de habilidad para comunicarse, demandar sus derechos y afrontar las demandas ambientales, pueden ser personas demasiado pasivas o personas agresivas con una interacción social inapropiada. El déficit en las habilidades interpersonales que los pacientes límite tienen pueden ser un indicador de un bajo nivel de asertividad, por lo cual no pueden responder adecuadamente a situaciones sociales.

Comprobar si los pacientes con TLP tienen un bajo nivel de asertividad, será relevante para instrumentar una intervención mediante el entrenamiento asertivo y explorar su efectividad en éste tipo de población.

En el próximo capítulo se hace una revisión del concepto de asertividad y los distintos tipos de respuesta, con la finalidad de conocer también la conducta no asertiva, que parece ser una característica del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad.

ASERTIVIDAD

La mayoría de las personas requieren tener patrones de interacción social más apropiados, para lograr exponer sus opiniones y deseos de una forma socialmente aceptada, una forma de lograrlo es siendo asertivos, la asertividad es importante para el mantenimiento de relaciones interpersonales adaptativas en los individuos, está estrechamente vinculada con patrones de comunicación interpersonal adecuados.

La conducta asertiva implica ser capaz de expresar honesta, directa y oportunamente los deseos propios, opiniones, valores y sentimientos al establecer contacto con otras personas. Al igual que permitirse cometer faltas y saber soportar la crítica de los demás, rechazar peticiones ilógicas sin experimentar sentimientos negativos y saber decir no. La asertividad se logra con la manifestación adecuada, clara y sencilla de lo que la persona piensa, siente o cree. Haciendo valer sus derechos y cumpliendo con sus deberes, sin agredir a nadie. La manifestación directa y respetuosa de los sentimientos es lo que propicia la adecuación al medio que nos rodea (Rimm y Masters, 1980; Aguilar Kubli, 1987; Galassi, Galassi y Bastian, 1974; Gambrill, 1977 y Alberti y Emmons, 1974).

Debido a la importancia que tienen las relaciones interpersonales apropiadas y sanas entre los individuos la asertividad es un concepto que se ha creado para investigar cuales son los distintos tipos de interacción social y cual es la forma más adecuada de establecer relaciones interpersonales adaptadas, la asertividad empezó a ser estudiada a partir de finales de 1940 y principios de la década de los 50, en Estados Unidos.

Uno de los primeros autores que estudió la conducta asertiva aún sin llamarla así es Salter en 1949 con su obra *Conditioned reflex therapy* donde expone los primeros métodos para lograr respuestas adecuadas de interacción (citado por Rimm y Masters, 1980), posteriormente Wolpe en 1958 (citado por Flores y Díaz, 1995) acuña el concepto de asertividad y la define como la defensa de nuestros derechos.

En 1970, comienza un mayor interés por el concepto de asertividad que es estudiado desde diferentes perspectivas teóricas, la corriente humanista hace énfasis en que es un vehículo para la realización y desarrollo del potencial del individuo. El enfoque conductual expone que las figuras significativas sirven como modelo para el aprendizaje asertivo o no asertivo. Y por último la teoría cognitiva representada por Lange y Jakubowski en 1976 postulan que actuar asertivamente significa hacer valer los derechos expresando lo que uno siente, quiere y piensa en forma directa, honesta y de manera apropiada respetando los derechos de la otra persona (Flores y Díaz, 1995).

En México el concepto de asertividad ha sido ampliamente estudiado en distintas poblaciones, por ejemplo: en niños de 3er grado de primaria, en mujeres con trastorno de personalidad por dependencia, en enfermeras, en empleados, en parejas sexuales, en adolescentes, en alcohólicos y en trabajadoras domésticas con el objetivo de explorar si existe una relación entre el nivel de asertividad y un entrenamiento asertivo. Los resultados de estos estudios mostraron un incremento importante en los puntajes de las pruebas de asertividad y en los indicadores de asertividad que arrojaron los registros observacionales realizados después del tratamiento que consistió en un entrenamiento asertivo (Arriaga & Giles, 1983; Buitrón, 1991; Camargo, 1985; Cortes, 1984; Guerrero & Pacheco, 1983; Gutiérrez, 1994; Larios, 1982; Martínez, 1995 y Ordóñez, 1986).

Se han hecho varias investigaciones, como las mencionadas arriba, para definir cuales son los patrones conductuales de interacción más adaptativos con el objetivo de ayudar a los individuos a obtener estrategias conductuales y cognitivas que les faciliten una comunicación y convivencia satisfactoria con sus semejantes, basándose en el concepto de asertividad.

DEFINICIONES

Para comprender que es la asertividad es necesario saber como la definen diferentes autores, a continuación se presentan algunas conceptualizaciones que se han propuesto sobre este termino:

Aserción proviene del latín *asserti-tionis*. Que es la acción y efecto de afirmar una cosa, es la proposición en la que se confirma o se da por cierto alguna cosa (Gran enciclopedia Larousse 1997).

La asertividad pretende decrementar la ansiedad y la hostilidad, incrementar el entendimiento interpersonal y la habilidad para establecer relaciones cercanas y significativas (Dawley y Wenrich, citado por Gutiérrez, 1994).

Bartolome, Carreroles, Costa y Del ser (1979) se refieren a la asertividad como la conducta de aquellos individuos capaces de expresar directa o adecuadamente sus opiniones y sentimientos tanto positivos como negativos en situaciones sociales e interpersonales (Flores y Díaz, 1995).

Para Rimm y Masters (1980) la conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos.

Aguilar Kubli (1987) señala que ser asertivo implica actuar bajo la plena convicción de que se tiene el derecho a ser uno mismo y de expresar los propios sentimientos y pensamientos, en tanto se respeten los derechos de los demás.

Guerra en 1996 realiza una revisión de las distintas definiciones de asertividad que se han propuesto y dice que ha sido un problema para los investigadores precisar un concepto de asertividad libre de valores abstractos y vagos, que siempre representan un obstáculo en la evaluación en el contexto clínico. Menciona las siguientes definiciones:

Galassi, Galassi y Bastian (1974) consideran que la asertividad es la expresión de sentimientos positivos hacia las demás personas (amor, cariño, admiración, etc.). La expresión de sentimientos negativos justificados (mal humor, enfado, desacuerdo, etc.). La inexistencia de conductas de autonegación que implican disculparse en exceso ante los demás, una preocupación por los sentimientos de otras personas, etc.

Gambrill (1977) señala que la conducta asertiva se define como la habilidad tanto para emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente y para no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por otros. Esta definición que puede parecer muy conductual fue conciliada con elementos cognitivos y una postura interactiva, según la cual, las conductas típicamente asertivas se componen de un elemento emocional (ausencia de la incomodidad subjetiva) y de la manifestación conductual propiamente dicha.

Gambrill también incluye las siguientes entre las respuestas asertivas: rechazar peticiones, responder a las críticas, aceptar cumplidos, iniciar y mantener conversaciones, halagar a otros, terminar interacciones desagradables, pedir un cambio en la conducta de otra persona, expresar desacuerdo, resistir interrupciones y pedir disculpas.

Caracterizar las conductas asertivas como conductas aprendidas y relacionar el aspecto emocional y conductual son los aciertos de Gambrill y Richey.

Gambrill también dice que la conducta asertiva es situacionalmente específica, es decir, una persona puede experimentar dificultad para comportarse asertivamente en algunas situaciones y no en otras.

El carácter situacional de las respuestas asertivas puede verse afectado por: 1) el grado de confianza con las personas con las que se interactúa, 2) si se trata de expresar sentimientos positivos o negativos, 3) características relevantes de las personas tales como posición social, edad y sexo, 4) la posición percibida de la persona (situación de igualdad, de subordinación ante una autoridad, etc.) y 5) el número de personas presente, entre otras.

Según Ullrich y Ullrich (1978) la asertividad engloba cuatro áreas conductuales: permitirse cometer faltas y saber soportar la crítica de los demás. Saber expresar exigencias propias, permitirse tener deseos propios y saber llevarlos a la práctica. Establecer contacto con otras personas y saber mantenerlo. Y saber rechazar peticiones ilógicas de los demás sin experimentar posteriormente sentimientos negativos (culpabilidad excesiva, preocupación, etc.). Éste punto implica saber decir no.

También en una recopilación hecha por Flores (1994) se citan las siguientes conceptualizaciones:

Wolpe (1958) formuló su definición donde la conducta asertiva es la expresión adecuada dirigida a otra persona de cualquier emoción que no sea la de ansiedad.

Lazarus (1973) define a la conducta asertiva en términos de sus componentes que pueden dividirse en cuatro patrones de respuesta especificados y separados: la habilidad de decir "no", la habilidad para pedir favores y hacer demandas, para expresar sentimientos positivos y negativos y para iniciar, continuar y terminar conversaciones generales.

Por su parte Alberti y Emmons (1974) consideran que la asertividad es la conducta que permite a una persona actuar para implantar su propio interés, defenderse a sí mismo sin ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los derechos de otros.

Rich y Schroeder (1976) dicen que la funcionalidad de la asertividad se establece como una habilidad, la conducta asertiva es la habilidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal, a través de la expresión de sentimientos y deseos.

Jakubowski y Lange (1978) postulan que la asertividad involucra la declaración de derechos personales expresando pensamientos, sentimientos y creencias, que no viola los derechos de otras personas.

El mensaje básico de la asertividad es: esto es lo que pienso, esto es lo que yo siento, ésta es la forma en la que yo veo la situación, este mensaje expresa "quien es la persona" y lo dice sin dominar humillar o degradar a la otra persona. Así mismo plantean cuatro tipos de conducta asertiva: básica, empática, escalar y confrontativa.

La asertividad básica se refiere a la simple expresión de asentar los derechos, las creencias y los sentimientos personales. Esto no implica o involucra otras destrezas o habilidades sociales, tales como la empatía, confrontación, persuasión, etc. La asertividad básica también implica la expresión de afecto o aprecio a otra persona.

La asertividad empática se da cuando la persona quiere más que una simple expresión de sentimientos o necesidades y transmite sensibilidad a otras personas. Este tipo de asertividad implica la transmisión de reconocimiento de la situación o de los sentimientos de la persona.

La asertividad escalar implica comenzar con un mínimo de respuesta asertiva que puede ir acompañada de emoción negativa y posibilidad de consecuencias negativas. Cuando un mensaje asertivo es ignorado por una persona que se encuentra amenazando alguno de nuestros derechos la respuesta asertiva debe incrementarse y ser firme, sin llegar a la agresión.

Cuando las palabras de una persona contradicen sus actos, se debe utilizar la asertividad confrontativa, la cual consiste en describir objetivamente a la persona lo que dijo y lo que hizo para confrontarlo a los hechos.

DERECHOS ASERTIVOS

Sucede que las personas presentan problemas de poca asertividad porque durante el proceso de socialización, se les enseñó a no decir lo que sentían o querían. Muchos no son capaces de decirle no a alguien por miedo de ofenderlos.

En el pasado, muy a pesar de lo que creíamos, nos obligaban a pensar como lo hacía nuestro abuelo o nuestro padre, pues diferir en las opiniones con ellos o decir que no a una petición era considerado como una falta de respeto, grosería, mala educación o un acto de rebeldía, que en la mayoría de los casos, debía ser castigado. Hoy los padres siguen aplicando el viejo código, a pesar de no ser tan rígido como antes.

Cuando obligamos a un niño, a saludar o a sonreír a las visitas, cuando no quiere hacerlo, es solo un ejemplo de ello. Se nos enseña a decir sí cuando queremos decir no y las pocas veces que decíamos no, nos hacían y nos hacen sentir culpables. De esta manera, nos convertimos en seres incapaces de manifestar abiertamente lo que queremos, por lo que, vivimos actuando de manera inadecuada y poco asertiva, con el agravante de que nos cargamos de problemas innecesarios y nos ganamos la desconfianza de quienes nos rodean (Aguilar, 1987).

La mayor parte del tiempo a las personas se les dificulta reconocer ante los demás sus sentimientos, especialmente si estos son de miedo, temor, cólera o sufrimiento pues piensan que esto es signo de vulnerabilidad. También les inquieta reconocer sus errores y no aceptan que el ser humano con frecuencia se equivoca, pero que siempre tiene la posibilidad de corregir sus errores, tampoco consideran que todas las personas en algún momento tienen sentimientos negativos ante diferentes circunstancias y no por ello son reprochables.

Para que los individuos se comporten asertivamente requieren ante todo saber que pueden expresar honestamente sus sentimientos, que en determinado momento se pueden equivocar y que todas las personas experimentan sentimientos negativos en ciertas ocasiones, reconocerlo, lleva a la persona a conocer sus derechos asertivos y aprender a imponerlos, Smith (1983) postula que los derechos asertivos básicos son:

Ser su propio juez.

Decir simplemente "no".

No dar razones o excusas para justificar su comportamiento.

A ser feliz.

Definir su propia responsabilidad en problemas ajenos.

Decir "no me importa".

Decir "no lo entiendo".

Cambiar de parecer.

Tomar decisiones ajenas a la lógica.

Cometer errores y ser responsable por ellos.

Actuar sin aprobación de otros.

Decir "no lo sé".

Rehusar peticiones sin sentirse culpable o egoísta.

COMPONENTES VERBALES Y NO VERBALES

Algunos autores señalan una variedad de componentes verbales y no verbales como características de las respuestas asertivas. Algunos estudios se han realizado para conocer los componentes no verbales y paralingüísticos de la asertividad, como el contacto visual, fluidez del discurso, tono de voz, etc. (Rimm y Masters, 1979).

Estos autores señalan que es necesario investigar sobre los aspectos lingüísticos de la aserción tales como la semántica y sintaxis propiedades que producen un profundo impacto en la conducta asertiva.

En general el discurso asertivo debe ser corto y conciso "si la meta no está expresada en una oración simple, el asertivo entonces está probablemente confundido" (Booraem y Flowers, 1978, citado por Flores, 1994).

TIPOS DE COMUNICACIÓN

Vargas (1997) expone que las relaciones adecuadas descansan sobre una comunicación, asertiva, pero para entender ésta, antes se tienen que mencionar y discutir otros tipos de comunicación no funcionales que son:

La comunicación pasiva que describe como: un estilo de comunicación donde no son expresados adecuadamente los pensamientos o sentimientos de la persona. Lo que persigue esta comunicación es evitar el conflicto, pero las consecuencias pueden ser nefastas, pues estos pensamientos o sentimientos no expresados pueden aparecer en la forma de problemas físicos o emocionales, además de afectar negativamente las relaciones interpersonales.

Ejemplos de esta comunicación pasiva serían: Siempre decir que sí; decir "me gusta tu compañía", cuando en realidad no queremos estar con la persona y decir "no tengo coraje", cuando en realidad estamos enojados.

La comunicación Pasivo-Agresiva encierra una agresión oculta, la hostilidad no expresada, no abiertamente. El mensaje aunque hiriente, se expresa a través de un mensaje amoroso.

El impacto que tiene el receptor es nocivo, hiriente, humillante. Las personas que utilizan este estilo de comunicación no se sienten bien con ellas mismas. Ejemplos de la conducta pasivo-agresiva podrían ser el sabotaje, o sea, impedir el buen funcionamiento de una persona mediante los chismes, hablar de una persona a sus espaldas, los "olvidos intencionales", los "malentendidos intencionados" y el llegar tarde a propósito.

La comunicación agresiva ocurre cuando las personas se sienten vulnerables, inseguras e impotentes. La amenaza que ellos perciben en el mundo exterior, los hace comunicarse en esta forma para protegerse a sí mismos. Ejemplos de esta comunicación son: "Te ves muy mal"; "Que feo traje llevas"; "Tu tienes la culpa de que nuestra relación ande mal".

Tanto el pasivo, el pasivo-agresivo como el agresivo pagan el precio de que jamás podrán establecer relaciones adecuadas con los demás. El único estilo que aumentará las posibilidades, no sólo de mejorar nuestra interacción con los demás, sino de hacer que nos sintamos bien con nosotros mismos, es la asertividad (Vargas, 1997). En la tabla 4 se muestra el modelo de estilos de respuesta.

La asertividad es la expresión de ideas, sentimientos, deseos y necesidades, respetándose a sí mismos primero y a los demás; aún cuando esa expresión envuelva el riesgo al fracaso. El asertivo es una persona que se ama a sí misma y entiende que los demás son importantes y hay que respetarlos. El asertivo es antes que nada una persona segura de sí misma.

Vargas también da algunos ejemplos de conducta asertiva: al utilizar el pronombre, no ponemos a la otra persona a la defensiva, porque no estamos hablando de ella, estamos hablando de nosotros; preguntarle a la otra persona su parecer u opinión; declarar nuestro sentimiento. Al describir nuestro sentimiento específico, le estamos dando información a la otra persona y así no habrá malas interpretaciones; atrevemos a decir no, y saber dar y recibir cumplidos.

Modelo de estilos de respuesta		
<u>PASIVO</u>	<u>ASERTIVO</u>	<u>AGRESIVO</u>
Demasiado poco, demasiado tarde, nunca.	Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto.	Demasiado, demasiado pronto, demasiado tarde.
CONDUCTA NO VERBAL		
Ojos que miran hacia abajo, voz baja, vacilaciones, gestos desvalidos, negando importancia a la situación, postura hundida, puede evitar tolerantemente la situación, se retuerce las manos, tono vacilante o de queja, risitas "falsas".	Contacto ocular directo, nivel de voz convencional, habla fluida, gestos firmes, postura erecta, mensajes en primera persona, honesto, verbalizaciones positivas, respuestas directas a la situación, manos sueltas.	Mirada fija, voz alta, habla fluida y rápida, enfrentamiento, gestos de amenaza, postura intimidatoria, deshonesto, mensajes impersonales.
CONDUCTA VERBAL		
"Quizás...", "supongo...", "me pregunto si podríamos...", "importaría mucho...", "solamente...", "no cree que...", etc.	"Pienso...", "siento...", "Quiero...", "te hagamos...", "cómo podemos resolver esto", "¿qué piensas...?", "¿qué te parece si...", etc.	"Harías mejor en...", "haz...", "ten cuidado...", "debes estar bromeando...", "Si no lo haces...", "no sabes...", "deberías...", etc.
EFFECTOS		
Conflictos interpersonales, depresión, desamparo, imagen pobre de uno mismo, hacerse daño a sí mismo, pierde oportunidades, tensión, se siente sin control, soledad, no se gusta ni a sí mismo ni a los demás, se siente enfadado.	Resuelve los problemas, se siente a gusto con los demás, se siente satisfecho, se siente a gusto consigo mismo, relajado, se siente con control, crea y fabrica la mayoría de las oportunidades, se gusta así mismo y a los demás, es bueno para sí y para los demás.	Conflictos interpersonales, culpa, frustración, imagen pobre de sí mismo, hace daño a los demás, pierde oportunidades, tensión, se siente sin control, soledad, no le gustan los demás, se siente enfadado.

Tabla 4. Modelo de estilos de respuesta (Caballo, 1991).

El marcado interés sobre la conducta asertiva y sus correlatos con habilidades sociales, a llevado a la necesidad de establecer formas adecuadas de medición del fenómeno (Arrindell y Ende, 1985). Lo cual a tenido como resultado la proliferación de inventarios sobre asertividad, que se hacen mediante un autoreporte; algunos de ellos son: Assertiveness Questionnaire Wolpe - Lazarus (1966), Action Situation Inventory Frietman (1968), Lawrence Assertive Inventory (1970), Constriction Scale Bates y Zimmerman (1971), College Self - Expression Scale Galassi (1974), Assertiveness Schedule Rathus (1973) y El inventario de asertividad de Gambrill y Richey (1975) (Flores, 1994).

En México los estudios acerca de las características psicométricas de asertividad han sido insuficientes, entre los pocos trabajos realizados sobre este tema está el que hizo Guerra (1996), sobre la estandarización de la prueba de Gambrill y Richey para la población de la ciudad de México.

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

El Inventario original de Asertividad de Gambrill y Richey es una escala de autoreporte. Consta de dos subescalas (grado de incomodidad, GI y probabilidad de respuesta, PR) que incluyen cuarenta reactivos que presentan situaciones de interacción con extraños, amigos, compañeros de trabajo y personas íntimamente relacionadas, dichas situaciones se engloban en ocho categorías:

1. Rechazar peticiones.
2. Admitir limitaciones personales.
3. Iniciar contactos sociales.
4. Expresar sentimientos positivos.
5. Realizar conductas asertivas en lugares públicos.

6. Discrepar de las opiniones de otros.
7. Afrontar la crítica de los demás.
8. Expresar sentimientos negativos.

Y en 11 factores que son los siguientes:

1. Iniciar interacciones.
2. Confrontación.
3. Dar retroalimentación negativa.
4. Responder a las críticas.
5. Rechazar peticiones.
6. Manejar situaciones de servicio.
7. Resistir la presión de otras personas.
8. Involucrarse en conversaciones agradables.
9. Halagar a otros.
10. Admitir deficiencias personales.
11. Manejar una situación molesta.

Las autoras elaboraron los reactivos a partir de reportes de estudiantes y pacientes así como de una amplia revisión de la literatura para determinar cuales eran las situaciones que con mayor frecuencia se asocian con la falta de asertividad.

Guerra (1996) estandarizó este instrumento, traduciéndolo al español respetando el sentido original de los reactivos, las escalas de respuesta y el formato de columnas.

Se aplicó la versión traducida a 1127 sujetos, hombres y mujeres, que tenían entre 16 y 65 años, residentes de Cd. de México. Obteniendo coeficientes alfa y de consistencia interna mayores a 0.85, considerando estos valores puede afirmarse que la estandarización del inventario es altamente confiable.

TÉCNICA DEL ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

Hay técnicas que permiten el desarrollo de conductas asertivas que se rigen por el principio de que las habilidades sociales pueden ser aprendidas o modificadas, la explicación la da el modelo conductual que expone que los patrones de respuesta se aprenden desde la niñez a partir del modelamiento que realizan las figuras significativas, las respuestas sociales son reforzadas o castigadas, lo que hace que aumenten, se modifiquen, disminuyan o desaparezcan, de esta forma es posible que un adulto realice un reaprendizaje de las habilidades sociales.

Precisamente mediante el modelamiento conductual y el reforzamiento social. Este tipo de entrenamiento comprende una serie de habilidades específicas más que una única capacidad.

Es necesario aclarar que el concepto de entrenamiento asertivo es el mejoramiento de las relaciones interpersonales. El fundamento del entrenamiento asertivo se basa en que las conductas asertivas y no asertivas son conductas sociales aprendidas y por lo tanto susceptibles de ser modificadas. El modelo conductual que subyace al entrenamiento asertivo enfatiza la capacidad de los sujetos de identificar las situaciones específicas problemáticas, adquirir nuevos patrones de conductas e incorporarlos a su repertorio conductual.

Considera también que la conducta asertiva es situacionalmente específica, es decir una persona puede experimentar dificultad para comportarse asertivamente en algunas situaciones y en otras no.

Se han diseñado múltiples programas de entrenamiento asertivo, atendiendo a las necesidades particulares de los pacientes, los diversos diseños de tratamiento combinan por lo general los mismos elementos terapéuticos, estos son:

- **Ensayo de la conducta:** consiste en que el paciente y el terapeuta representen interacciones personales pertinentes. Durante algunos ensayos el paciente representa su propio papel y el terapeuta representa a una persona importante en la vida del paciente. Posteriormente se invierten los papeles.

- **Modelamiento:** permite al observador ver el patrón entero de conducta y aprender cualidades de conducta no verbal, se trata de ofrecer un modelo adecuado, del cual es sujeto pueda copiar conductas, ensayarla en forma sistemática, repetirlas en diferentes contextos e incorporarlas de manera definitiva a su repertorio conductual.

- **Retroalimentación:** ofrece información al paciente de su propio proceso de cambio, la más utilizada es la retroalimentación positiva, resaltando los progresos y evitando las críticas u observaciones negativas.

- **Reforzamiento:** Los refuerzos sociales resultan económicos, disponibles y pueden adecuarse con precisión a las necesidades y valores de cada paciente. Esto puede ser una sonrisa o una expresión gutural.

- **Tareas:** asignar ejercicios relacionados con los déficits conductuales de cada participante, se utiliza el inicio de la sesión para evaluar las tareas y estas incrementan su dificultad de manera progresiva, dependiendo del sujeto.

- **Modificación cognitiva:** la integración de los derechos básicos en el sistema de creencias del paciente y la modificación directa de cogniciones desadaptativas que inhiben o interfieren en la conducta social. Se utiliza también elementos de la terapia racional emotiva.

Antes de empezar el entrenamiento, es importante informar al paciente sobre la naturaleza del entrenamiento, asertivo, los objetivos a lograr y lo que se espera que él haga, el entrenamiento asertivo requiere de una participación activa del paciente, lo que hace necesaria una buena motivación, en ocasiones es necesario enseñar al sujeto a relajarse antes de abordar la situación problema, la reducción de la ansiedad permite la actuación socialmente adecuada y la adquisición de nuevas habilidades.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

La terapia racional emotiva parte de la teoría del aprendizaje cognoscitivo y social, hace hincapié en las variables de la personalidad que intervienen en la conducta, pero de manera especial en sus determinantes cognoscitivos.

Este método postula que se puede ayudar a las personas a llevar su vida satisfactoriamente, enseñándoles a organizar y a disciplinar su mente, es decir a ayudarles a pensar racionalmente.

Uno de los máximos exponentes de la terapia racional emotiva (TRE) es Albert Ellis quien considera que en el ser humano se dan cuatro procesos básicos: percepción, movimiento, pensamiento y emoción; los cuales están interrelacionados en forma integral.

Ellis (1989) afirma que es importante demostrar al paciente cuáles son, en general, las principales creencias irracionales que suele seguir y qué pensamientos más racionales pueden sustituirlas, pues de lo contrario el individuo acabaría adoptando otro conjunto de ideas ilógicas.

Conceptos básicos.

· Imagen humana: la TRE propone la idea de que el conocimiento se ve influido en gran parte por las valoraciones personales que los hombres imponen a sus propias percepciones, de manera tal, que el conocimiento no existe en forma absoluta o final.

· Importancia de los valores: la TRE subraya la importancia de los valores, al afirmar que la personalidad está constituida en gran parte por creencias, fundamentos o actitudes.

Creencias racionales e irracionales: las creencias racionales son evaluadas tanto por su adaptabilidad como por ser manifestaciones personales no absolutas. las creencias irracionales son cuestiones de significación personal que se afirman en términos no adaptables en absoluto con respecto al acontecimiento activador; las emociones que acompaña a este tipo de creencias pueden expresarse como depresión, cólera y culpabilidad, las creencias irracionales más frecuentes son:

- Las personas deben ser amadas y aprobadas.
- Hay justificación para creer que se es víctima y que no se puede hacer mucho frente a la suerte de la vida.
- Todos lo problemas tienen solución y de no ser así se siente culpable.
- Los individuos tienen muy poco control sobre sus propias emociones y sentimientos.
- Comportamientos racional e irracional: cuando una persona se dice que es "racional", se quiere señalar que ésta ha decidido o elegido vivir con felicidad por aceptar lo que en verdad existe en el mundo "real"; el comportamiento irracional o el sentir y actuar de modo inapropiado consiste en interferir sin justificación en la vida de alguien o en causarse daño sin necesidad alguna.

- Oraciones no expresadas: las verbalizaciones internas, al no estar en la consciencia inmediata de la persona se encuentran incompletas por carecer de la parte no expresada; lo cual impide el manejo a la persona debido a que reacciona y actúa basándose sólo en información parcial o distorsionada, respondiendo con frecuencia a situaciones de manera automática, sin percibirlas.
- Teoría del A - B - C de la TRE: Ellis hace una estructura para conceptualizar los problemas psicológicos de sus pacientes; el punto "A" (experiencia activante) acontecimientos desencadenantes o activadores; "B" (creencia irracional absolutista) con respecto de los acontecimientos; "C" (consecuencia emocional) denota las respuestas emocionales y conductas que son consecuencias derivadas de las creencias y valoraciones propias de "B".

Ellis menciona que si la percepción e interpretación que hace una persona de un acontecimiento es incorrecta, la experiencia emocional puede resultar del todo inapropiada. Las más comunes son:

Sobregeneralización.- se extrae una conclusión injustificable de una cosa sencilla.

Pensamiento "todo o nada".- separa los acontecimientos en clases de "todo o nada", sin grados de verdad como de deseo, etc.

Descripción e interpretación en vez de descripción.- ya que los estímulos perceptivos activan asociaciones previas, el proceso de percepción incluye la interpretación; sin embargo los elementos cognoscitivos que se agregan pueden distorsionarla al grado de convertirla en una interpretación más que en una percepción.

Correlación confundida con causalidad.- dos cosas que ocurrieron juntas o una después de la otra, se relacionen como causa efecto.

Después de haber revisado la literatura pertinente a continuación se presenta la metodología de este estudio.

METODO

Justificación y planteamiento del problema.

El propósito de este estudio fue conocer el perfil de personalidad de pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad mediante el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota - 2 y evaluar su nivel de asertividad, comparándolos con personas que no presentan ningún diagnóstico psiquiátrico.

Es importante obtener este perfil de personalidad para determinar las características que predominan en los pacientes con TLP, y ver si existe diferencia entre el nivel de asertividad y el perfil de personalidad de individuos sin diagnóstico psiquiátrico y este tipo de pacientes.

Los pacientes con TLP tienen particular dificultad en sus relaciones interpersonales y debido a que en México no se han hecho mediciones de asertividad en estos pacientes es un tópico relevante a explorar. Mediante esta investigación se busca encontrar respuesta al siguiente planteamiento:

¿Cuál es el perfil de personalidad y el nivel de asertividad en pacientes diagnosticados según los criterios del DSM - IV (1995) con Trastorno Límite de la Personalidad y saber si existen diferencias significativas con un grupo control de personas sin diagnóstico psiquiátrico?

Hipótesis.

Hi: Los pacientes diagnosticados según los criterios del DSM-IV (1995) con Trastorno Límite de la Personalidad tienen un bajo nivel de asertividad en comparación con personas sin diagnóstico psiquiátrico.

Ho: Los pacientes diagnosticados según los criterios del DSM-IV (1995) con Trastorno Límite de la Personalidad no tienen un bajo nivel de asertividad en comparación con personas sin diagnóstico psiquiátrico.

Hi: Los pacientes diagnosticados según los criterios del DSM-IV (1995) con Trastorno Límite de la Personalidad presentan una puntuación alta en el perfil de personalidad en comparación con personas sin diagnóstico psiquiátrico.

Ho: Los pacientes diagnosticados según los criterios del DSM-IV (1995) con Trastorno Límite de la Personalidad no presentan una puntuación alta en el perfil de personalidad en comparación con personas sin diagnóstico psiquiátrico.

Definición conceptual de variables.

Asertividad: es la característica de una persona que expresa con fluidez y sin ansiedad sus opiniones, intereses y emociones de una forma correcta y empática, sin negar los de los demás (Ferre y Lacheras, 1999).

Trastorno Límite de la Personalidad: Es un trastorno de personalidad que se caracteriza por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto imagen y la afectividad, y una notable impulsividad. Las personas que lo padecen realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado. En casos extremos expresan comportamientos de autoagresividad y amenazas suicidas; su inestabilidad afectiva les provoca episodios de ansiedad y disforia, que suelen durar poco tiempo. Involuntarios por sentimientos crónicos de vacío, controlan la ira muy difícilmente (DSM-IV, 1995).

Personalidad: es un patrón profundamente incorporado que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos periodos de tiempo. Hay dos procesos situados en el centro de la personalidad: 1) como interactúa el individuo con las demandas del medio ambiente y 2) como se relaciona el individuo consigo mismo (Millon y Everly, 1985).

Definición operacional de variables.

Nivel de asertividad: Respuestas que los participantes den en el Inventario de Asertividad de Gambrill y Rychey.

Trastorno Límite de la personalidad: Diagnóstico realizado por un psiquiatra de acuerdo a los criterios del DSM-IV (1995).

Perfil de personalidad: Respuestas obtenidas del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota – 2 (MMPI –2)

El tipo de estudio es exploratorio de campo con un diseño transversal descriptivo.

Sujetos.

La muestra quedo integrada por 20 pacientes, hombres y mujeres entre 18 y 50 años, que supieran leer y escribir, diagnosticados según los criterios del DSM-IV (1995) con Trastorno Límite de la Personalidad y 20 personas hombres y mujeres entre 18 y 50 años que supieran leer y escribir y que no presentaron algún diagnóstico psiquiátrico.

Muestreo.

El muestreo es no probabilístico accidental por cuota.

Instrumentos.

El Inventario de Asertividad de Gambrill y Rychey (versión estandarizada por Guerra, 1996.). Es una escala de autoreporte, que consta de dos subescalas (grado de incomodidad, GI y probabilidad de respuesta, PR) tiene 40 reactivos que presentan situaciones de interacción interpersonal.

Los coeficientes alfa de consistencia interna de este instrumento son mayores a 0.85, considerando estos valores puede afirmarse que la estandarización del inventario es altamente confiable.

El Comité de Reestandarización del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI - 2) designado por la Universidad de Minnesota en 1995 cita que el MMPI - 2 proporciona una evaluación objetiva de algunas de las principales características de la personalidad y describe el instrumento de la siguiente manera: consta de 567 afirmaciones que el sujeto debe leer y responder en la hoja de respuestas si es verdadero o falso. Este instrumento contiene cuatro escalas de validez (no lo puedo decir, L , F y K), que son indicadores de la aceptabilidad de una prueba dada. Son utilizados aislados o en combinaciones.

En el MMPI – 2 incluye también otros indicadores de validez, el INVAR., INVER y la F posterior. Las puntuaciones en las escalas del MMPI – 2 proporcionan descripciones claras y validas sobre las siguientes características de personalidad, que se determinan por el nombre de las escalas las que se dividen por básicas, de contenido y suplementarias Puede ser autoaplicable.

Escalas Básicas: Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación Psicopática (Dp), Masculinidad feminidad (MF), Paranoia (Pa), Psicastenia (PT), Esquizofrenia (Es), Manía (Ma) y Extroversión Introversión (Is).

Escalas de Contenido: Ansiedad (ANS), Miedos (MIE), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Preocupación por la Salud (SAU), Pensamiento Delirante (DEL), Enojo (ENJ), Cinismo (CIN), Prácticas Antisociales (PAS), Personalidad tipo A (PTA), Baja Autoestima (BAE), Incomodidad Social (ISO), Problemas Familiares (FAM), Dificultad en el Trabajo (DTR) y Rechazo al Tratamiento (RTR).

Escalas Suplementarias: Ansiedad (A), Represión (R), Fuerza del yo (Fyo), Alcoholismo de MAC – ANDREW (A – MAC), Hostilidad Reprimida (Hr), Dominancia (Do), Responsabilidad Social (Rs), Desajuste profesional (Dpr), Género Masculino (GM), Género Femenino (GF), Escalas de desorden de estrés postraumático (EPK) y (EPS).

Para la última estandarización en México se utilizó una muestra obtenida al azar, de 1920 estudiantes de la UNAM de diferentes carreras, 813 de sexo masculino y 1107 de sexo femenino, en un rango de edad de 17 a 36 años. Se realizó la aplicación en forma grupal, utilizándose la versión elaborada por Lucio y Reyes en (1992). Los coeficientes de confiabilidad alfa resultaron bastante altos en la población Mexicana estudiada.

Procedimiento.

Muestra 1: la muestra psiquiátrica se conformó con pacientes del Instituto Mexicano de Psiquiatría seleccionando a 20 pacientes diagnosticados en el eje II según los criterios del DSM-IV, (1995) con trastorno límite de la personalidad, hombres y mujeres entre 18 y 50 años, que supieran leer y escribir.

Para fines de este estudio, no se tomaron en cuenta los diagnósticos restantes de la evaluación multiaxial del DSM-IV, (1995), ya que el diagnóstico del eje I estaba en remisión, el diagnóstico de eje III estaba controlado médicamente y el eje IV se manifiesta en las características propias del TLP, es importante mencionar que no necesariamente los pacientes presentaban diagnóstico en todos los ejes de la clasificación.

Se les informó sobre la investigación y se les invitó a participar, a aquellos pacientes que aceptaron se les pidió consentimiento escrito de conformidad.

Muestra 2: Se buscó a 20 personas hombres y mujeres entre 18 y 50 años que supieran leer y escribir y que no presentaron algún diagnóstico psiquiátrico los situamos en escuelas, domicilios particulares y lugares de trabajo en diferentes zonas del D.F.

A continuación se aplicaron a ambas muestras los instrumentos, en dos sesiones con una duración aproximada de 60 min. cada una. En la primera sesión se les aplicó el Inventario de Asertividad de Gambrell y Rychey y en la segunda el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota -2. La aplicación fue de forma individual, al momento de las aplicaciones se les pidió leer las instrucciones que vienen escritas en los instrumentos, al no tener ninguna duda se les indicó que procedieran a contestarlos y al terminar se les agradeció su participación.

Se procedió a la codificación de los inventarios y al procesamiento de los datos.

Análisis estadístico

Estadística descriptiva: se realizó el análisis de las características demográficas de la muestra total sexo, edad, nivel escolar, ocupación, edo. civil y diagnóstico psiquiátrico.

Estadística inferencial: se realizó una prueba "t" para comparar escalas vs. Diagnóstico psiquiátrico, de manera tal que se buscaron diferencias entre las 2 muestras. Finalmente se hizo un análisis cualitativo en base a una interpretación clínica de las escalas del MMPI - 2 en las cuales se encontraron diferencias.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra

La muestra se integro por un total de 40 personas de estas 20 fueron diagnosticadas con el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) de acuerdo con los criterios del DSM -IV el que se llamara grupo 1 y las otras 20 personas no presentaron ningún diagnostico psiquiátrico se les denominara Grupo 2.

Aunque a todas las personas se les aplicaron ambos instrumentos; el inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota - 2 y el inventario de Asertividad de Gambrell y Richey; A un paciente con TLP y un sujeto sin diagnostico psiquiátrico se les invalido la prueba MMPI - 2 debido a que no cumplieron los criterios de validez en la calificación de la prueba, por lo tanto las aplicaciones que se consideraron como validas para el análisis estadístico en el grupo de sujetos sin diagnostico fueron 19 y de pacientes con TLP 19.

Para conocer la distribución de la muestra se hicieron análisis de frecuencias y porcentajes. De la muestra total de cuarenta participantes el porcentaje de mujeres fue 70% y de hombres 30% véase Fig.1. La edad vario entre 18 y 50 años y se distribuyeron como sigue: de 18 a 28 años = 55%, 29 a 35 años = 25% y 40 a 50 años = 20% véase Fig..2. La ocupación predominante fue estudiante = 40%, seguida de ama de casa = 17.5%, desempleado = 10%, empleado = 7.5%, comerciantes = 7.5%, costurera = 2.5%, ingeniero mecánico = 2.5%, electromecánico = 2.5%, psicólogo = 2.5%, abogado y mecánico = 2.5% véase Fig. 3.

El estado civil de los participantes se distribuyó así: soltero = 55%, casado = 25%, unión libre = 7.5%, separado = 7.5% y divorciado = 5% véase Fig..4. El nivel de escolaridad que los sujetos dijeron tener: Bachillerato = 40%, profesional = 35%, secundaria = 20% y primaria = 5% véase Fig.. 5.

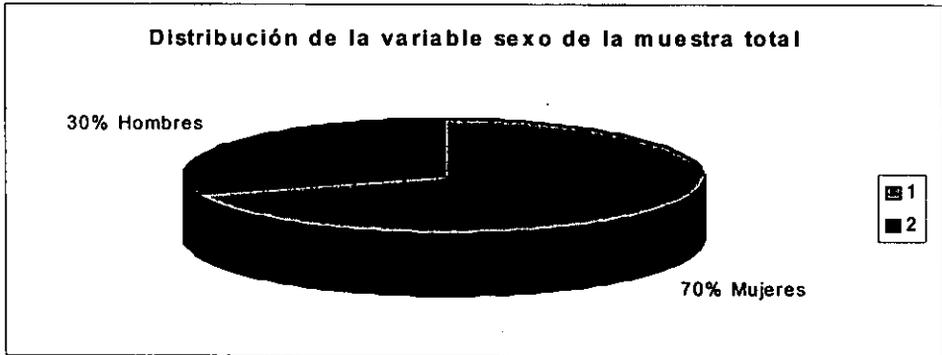


Fig.. 1 Muestra que participaron un mayor número de mujeres en el estudio que hombres.

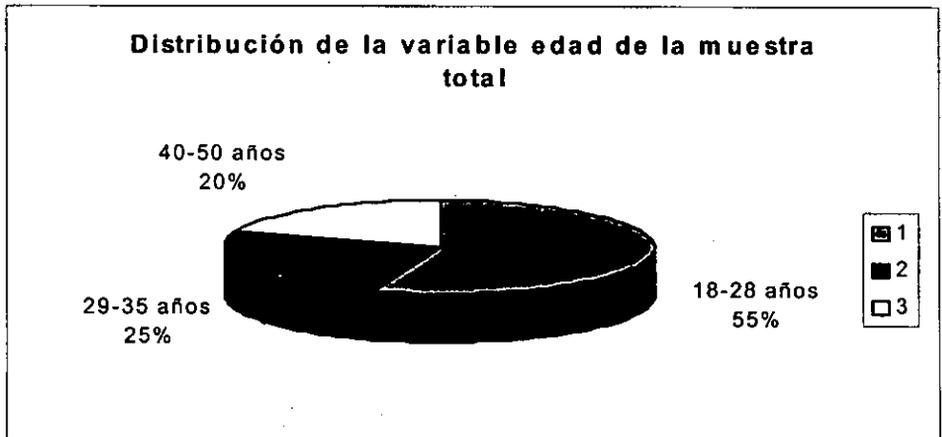


Fig..2. Muestra que hubo un mayor número de participantes en el rango de edad entre 18-28 años y que de 29-50 años la distribución de las edades fue mas equitativa.

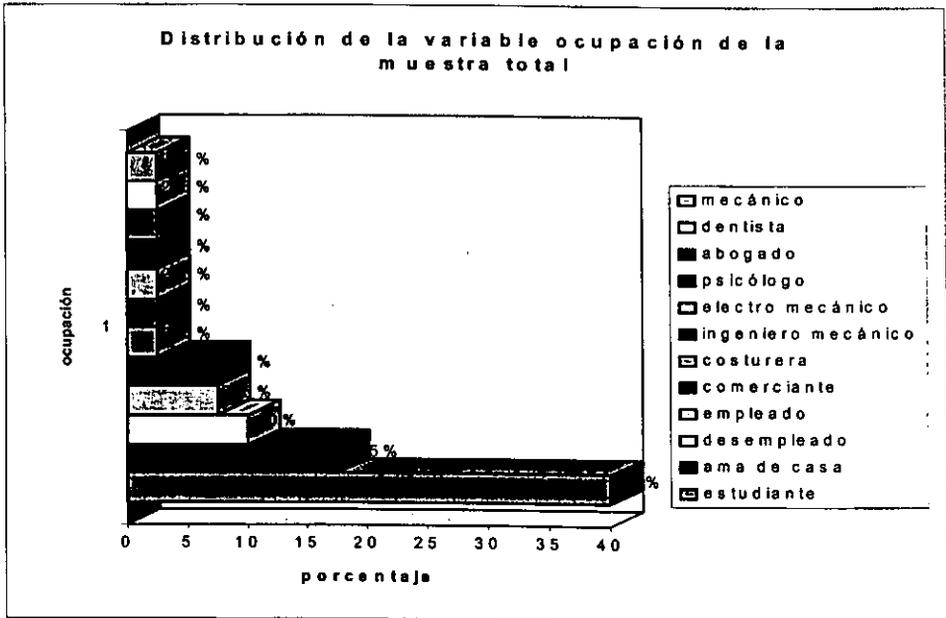


Fig. 3. Muestra que participaron en el estudio un mayor número de estudiantes, seguido por amas de casa y que las ocupaciones restantes representan un bajo porcentaje de la muestra total.

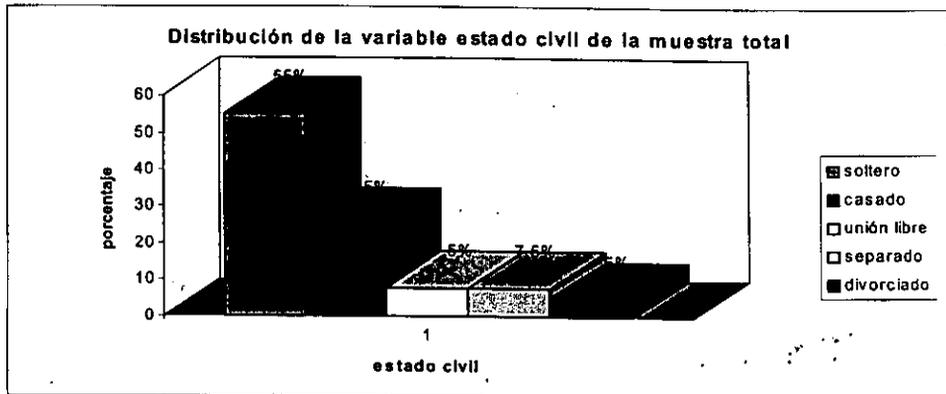


Fig.4. Indica que la mayor parte de la muestra fueron personas solteras y casadas.

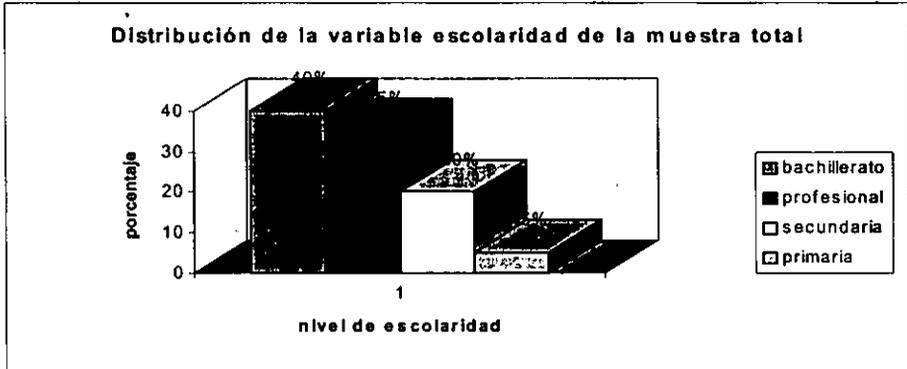


Fig. 5. Indica que el mayor porcentaje de la muestra tiene un nivel medio superior de escolaridad.

Dado que el objetivo principal del presente estudio fue determinar las diferencias entre pacientes con TLP y sujetos sin diagnóstico en las escalas del MMPI - 2 y en el inventario de Asertividad de Gambrell y Richey, primeramente se presentaran las escalas del MMPI - 2 donde hubo diferencias significativas entre los dos grupos, dichas escalas se presentaran en el siguiente orden; validez, básicas, contenido y suplementarias:

Los grados de libertad "g" es de 28 para todos los valores "t" que a continuación se presentan.

Escalas de validez.

Para la escala de infrecuencia (F) el promedio de calificación en el grupo de límites fue de 84.21 ± 26.29 puntos y en el grupo de personas sin diagnóstico el promedio fue de 61.94 ± 17.90 puntos ($t = -3.05$; $p < 0.005$) véase (Fig.6).

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

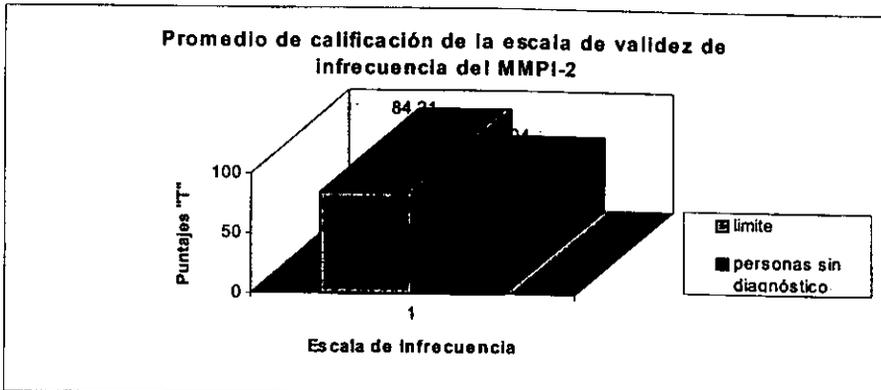


Fig. 6. Indica que los pacientes limite presentan mayores puntajes de calificación en la escala de validez infrecuencia del MMPI - 2 que las personas sin diagnóstico.

Escalas Básicas.

Para la escala de depresión (D) el promedio de calificación en el grupo de límites fue de 69.31 ± 15.53 puntos y en el grupo de personas sin diagnóstico el promedio fue de 47.84 ± 8.10 puntos ($t = -5.31; p < 0.000$). Para la escala de desviación psicopática (Dp) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 73.31 ± 14.16 puntos y en el grupo normal el promedio fue de 53.26 ± 10.35 puntos ($t = -4.98; p < 0.000$). La escala de esquizofrenia (Es) tuvo un promedio de 80.73 ± 21.22 puntos en los pacientes límite y de 56.52 ± 13.58 puntos en el grupo 2 ($t = -4.19; p < 0.000$). En la escala de histeria (Hi) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 69.00 ± 13.94 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 48.21 ± 8.37 puntos ($t = -5.57; p < 0.000$). El promedio en la calificación de la escala hipocondriasis (Hs) en los pacientes con TLP fue de 73.78 ± 23.09 puntos y en el grupo dos, el promedio fue de 54.05 ± 12.71 puntos ($t = -3.26, p < 0.005$).

En la escala de introversión social (Is) el promedio de calificación en el grupo de límites fue de 62.21 ± 12.96 puntos y en el grupo de personas sin diagnóstico el promedio fue de 47.84 ± 12.90 puntos ($t = -3.42$; $p < 0.005$). En la escala de paranoia (Pa) el promedio de calificación en el grupo de límites fue de 72.68 ± 18.43 puntos y en el grupo de personas sin diagnóstico el promedio fue de 53.31 ± 13.52 puntos ($t = -3.69$; $p < 0.001$). Para la escala de psicastenia (Pt) el promedio de calificación en el grupo de límites fue de 67.84 ± 19.17 puntos y en el grupo de personas sin diagnóstico el promedio fue de 51.00 ± 13.10 puntos ($t = -3.16$; $p < 0.005$) véase (Fig.7).

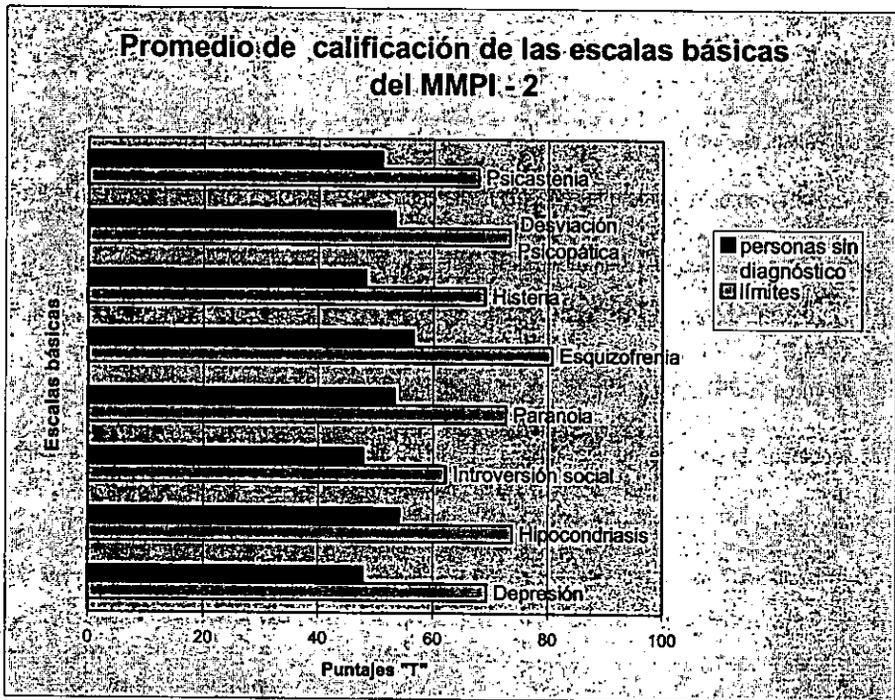


Fig. 7. Indica que los pacientes límite presentan mayores puntajes de calificación en las escalas básicas del MMPI - 2 que las personas sin diagnóstico, excepto en la escala de masculinidad-feminidad donde se observan puntajes menores lo que indica que los pacientes límite son más apegados a los roles de género convencionales.

Escalas de Contenido.

En la escala de ansiedad (ANS) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 70.52 ± 12.37 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 55.52 ± 10.89 puntos ($t = -3.97$; $p < 0.000$). El promedio en la escala de baja autoestima (BAE) en los pacientes con TLP fue de 74.47 ± 15.76 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 53.36 ± 12.41 puntos ($t = -4.58$; $p < 0.000$). En la escala de pensamiento delirante (DEL) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 70.73 ± 17.86 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 58.36 ± 13.80 puntos ($t = -2.39$; $p < 0.05$). En la escala de depresión (DEP) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 81.21 ± 17.77 puntos y en el grupo normal el promedio fue de 55.05 ± 11.66 puntos ($t = -5.36$; $p < 0.000$). El promedio en la calificación de la escala de dificultad en el trabajo (DTR) en los pacientes límite fue de 73.15 ± 13.88 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 56.36 ± 12.31 puntos ($t = -3.94$; $p < 0.000$). En la escala de problemas familiares (FAM) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 68.36 ± 11.94 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 59.31 ± 9.73 puntos ($t = -2.56$; $p < 0.05$). En la escala de incomodidad social (ISO) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 58.42 ± 12.37 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 48.26 ± 13.51 puntos ($t = -2.42$; $p < 0.05$). En la escala de obsesividad (OBS) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 68.10 ± 11.45 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 57.89 ± 11.72 puntos ($t = -2.73$; $p < 0.01$). En la escala de rechazo al tratamiento (RTR) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 73.10 ± 18.45 puntos y en el grupo normal el promedio fue de 56.78 ± 10.98 puntos ($t = -3.31$; $p < 0.005$).

Para la escala preocupación por la salud (SAU) el promedio de calificación en el grupo de límites fue de 77.84 ± 17.02 puntos y en el grupo de personas sin diagnóstico el promedio fue de 55.52 ± 9.76 puntos ($t = -4.96$; $p < 0.000$) véase (Fig. 8).

Promedio de calificación de las escalas de contenido del MMPI-2

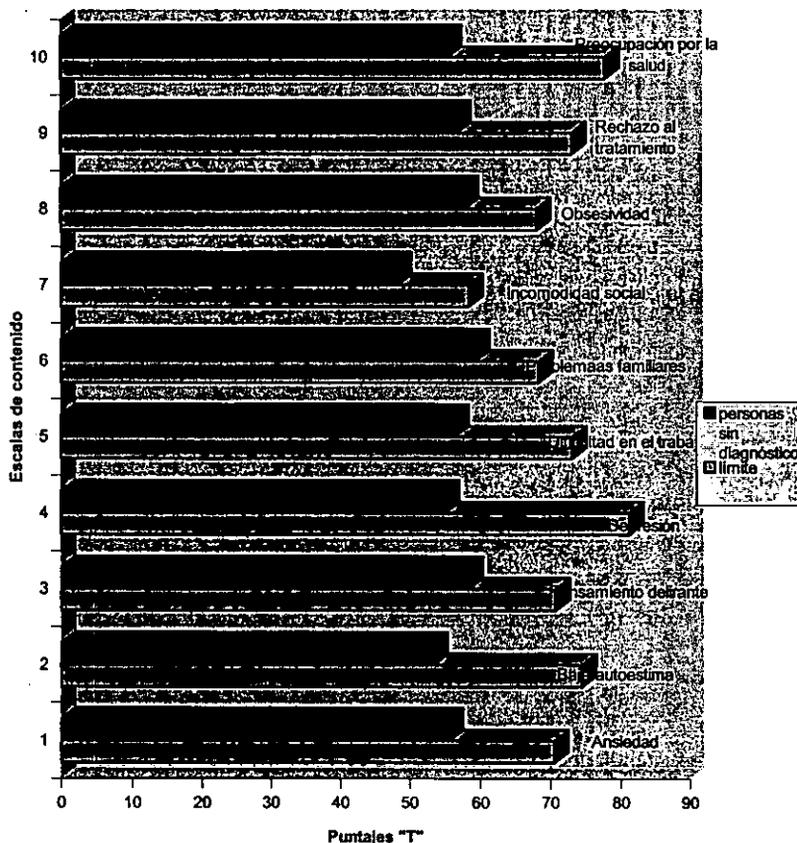


Fig. 8. Indica que los pacientes límite presentan mayores puntajes de calificación en las escalas de contenido del MMPI - 2 que las personas sin diagnóstico.

Escalas Suplementarias.

Para la escala de ansiedad (A) el promedio de calificación en pacientes fue de 70.78 ± 12.93 puntos y en el grupo dos el promedio fue de 55.00 ± 10.56 puntos ($t = -4.12$; $p < 0.000$). En la escala de dominancia (Do) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 38.26 ± 7.64 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 44.31 ± 7.88 puntos ($t = 2.40$; $p < 0.05$). En la escala de desajuste profesional (Dpr) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 71.42 ± 12.95 puntos y en el grupo normal el promedio fue de 52.15 ± 8.59 puntos ($t = -5.40$; $p < 0.000$). En los sujetos diagnosticados con TLP el promedio de la calificación total en la escala de estrés postraumático de Keane (EPK) fue de 80.21 ± 18.23 puntos y en el grupo normal el promedio fue de 54.84 ± 12.08 puntos ($t = -5.06$; $p < 0.000$). El promedio de calificación para la escala de estrés postraumático de Schlenger (EPS) fue de 79.15 ± 16.07 puntos y en el grupo normal fue de 56.68 ± 11.42 puntos ($t = -4.97$; $p < 0.000$). Para la escala fuerza del yo (Fyo) el promedio de calificación en pacientes fue de 32.89 ± 4.68 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 49.00 ± 18.62 puntos ($t = 3.66$; $p < 0.001$). En la escala de represión (R) el promedio de calificación en el grupo 1 fue de 50.63 ± 10.85 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 43.89 ± 8.11 puntos ($t = -2.17$; $p < 0.05$) véase (Fig. 9).

Promedio de calificación de las escalas suplementarias del MMPI-2

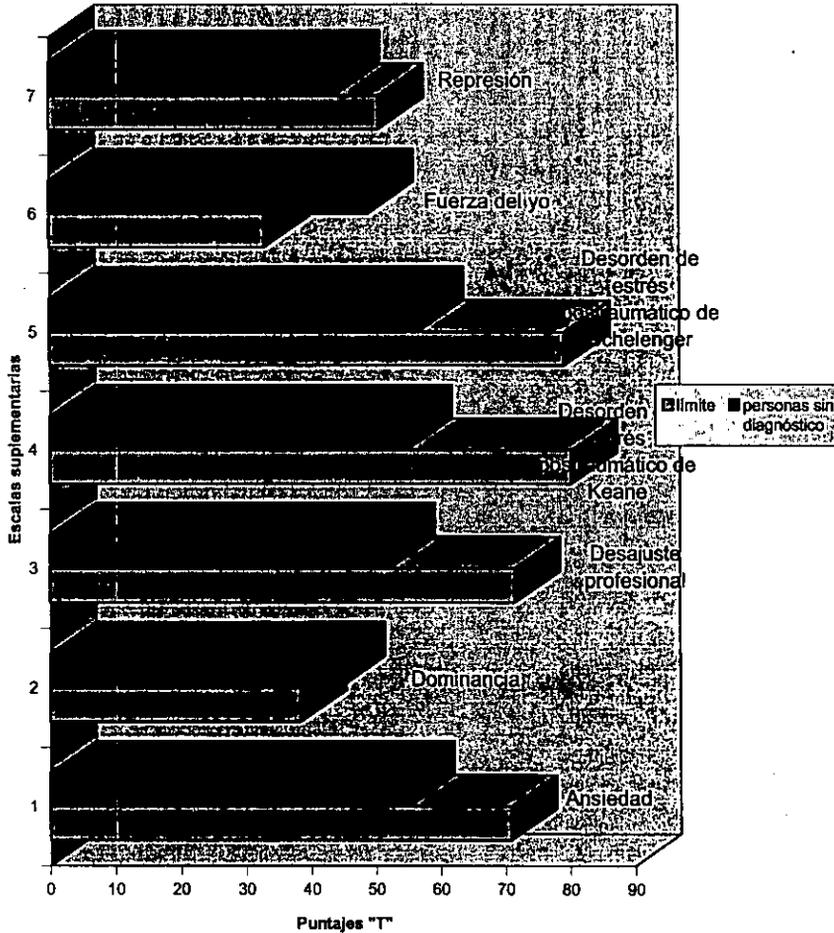


Fig.9. Indica que los pacientes límite presentan mayores puntajes de calificación en las escalas suplementarias del MMPI - 2 que las personas sin diagnóstico, excepto en las escalas de fuerza del yo y de dominancia donde se observa que estos pacientes tienen menores recursos psicológicos que las personas sin diagnóstico.

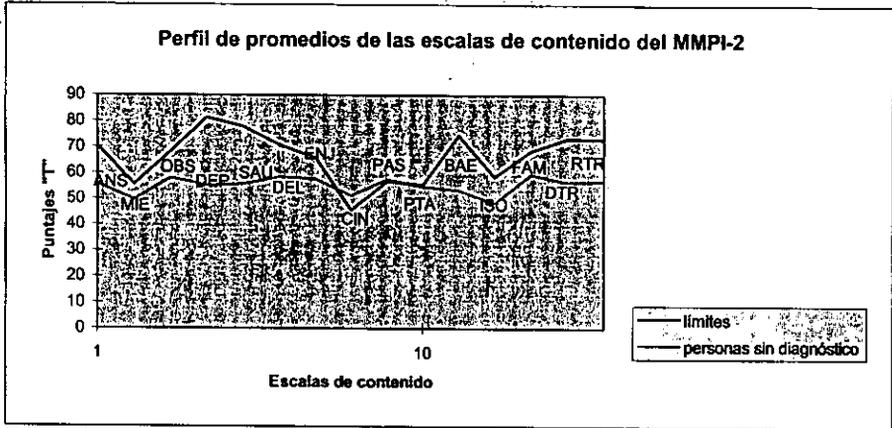


Fig.11 Se observa que los pacientes límite presentan mayores puntajes en las escalas de contenido del MMPI - 2 que las personas sin diagnóstico, aunque solo algunas escalas muestran diferencias.

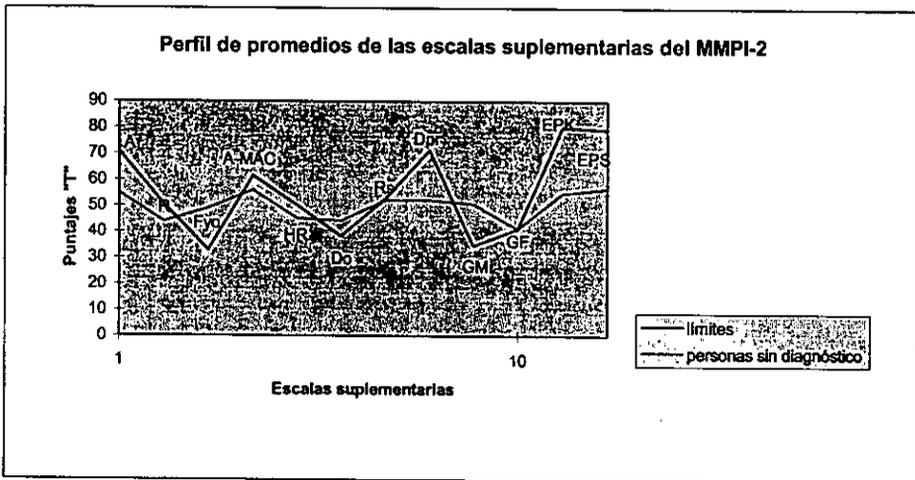


Fig.12 Se observa que los pacientes límite presentan mayores puntajes en la mayoría de las escalas de contenido del MMPI - 2 que las personas sin diagnóstico, excepto en las escalas de fuerza del yo, dominancia, responsabilidad social y en género masculino que no tuvieron diferencias significativas.

Tal como se señaló al inicio de los resultados el otro instrumento utilizado es el Inventario de Asertividad de Gambriil y Richey, usualmente dicho inventario, además de arrojar una puntuación global de Asertividad, se puede agrupar en factores, en este estudio se procedió a determinar las diferencias entre ambos grupos para cada factor y en la codificación global, y se presentan aquellos donde resultaron diferencias significativas entre los dos grupos.

El promedio de calificación global en la subescala de grado de incomodidad en pacientes límite fue de 113.85 ± 33.65 puntos y en el grupo normal el promedio de calificación global fue 88.90 ± 26.84 ($t = -2.59; p < 0.05$). En la subescala de probabilidad de respuesta el promedio de calificación global en el grupo 1 fue 110.50 ± 26.74 puntos y el promedio en el grupo 2 fue 90.70 ± 22.83 puntos ($t = -2.52; p < 0.05$) a mayor puntaje en la subescala de probabilidad de respuesta se indica menor probabilidad de respuesta. véase Fig.13.

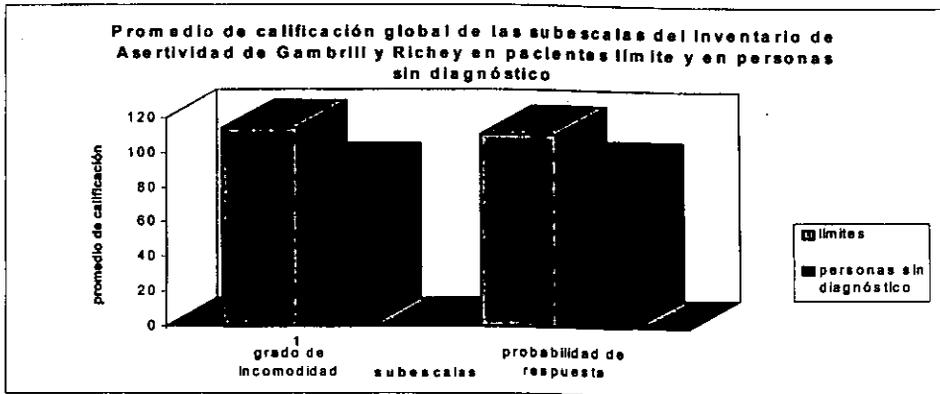


Fig. 13. Muestra que los pacientes límite presentan mayores puntajes de calificación en las subescalas del Inventario de Asertividad de Gambriil y Richey que en personas sin diagnóstico, lo que indica que tienen un mayor grado de incomodidad y una menor probabilidad de respuesta (a mayor puntaje menor probabilidad de respuesta) en manejar situaciones asertivas que miden los factores, por lo tanto son personas inasertivas y las personas sin diagnóstico son personas asertivas.

Para el factor de grado de incomodidad en rechazar peticiones el promedio de calificación en el grupo de límites fue de 12.40 ± 3.95 puntos y en el grupo de personas sin diagnóstico el promedio fue de 9.60 ± 3.67 puntos ($t = -2.32$; $p < 0.05$). El grupo 1 en el factor de grado de incomodidad en dar retroalimentación negativa tuvo un promedio de calificación de 15.15 ± 5.48 puntos y en el grupo 2 el promedio de calificación fue de 11.55 ± 4.62 puntos ($t = -2.24$; $p < 0.05$). En el factor de grado de incomodidad en confrontación el promedio de calificación en el grupo de límites fue de 18.10 ± 6.44 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 13.80 ± 5.01 puntos ($t = -2.35$; $p < 0.005$).

Para el factor de grado de incomodidad en involucrarse en conversaciones agradables el promedio de calificación en el grupo de límites fue de 5.10 ± 2.42 puntos y en el grupo e personas sin diagnóstico el promedio fue de 3.45 ± 1.98 puntos ($t = -2.35$; $p < 0.05$). En el factor de grado de incomodidad en manejar situaciones de servicio en el grupo de pacientes límite el promedio de calificación fue de 8.95 ± 3.53 puntos y el promedio de calificación en personas sin diagnóstico psiquiátrico fue de 6.50 ± 3.23 puntos ($t = -2.29$; $p < 0.05$) véase Fig. 14.

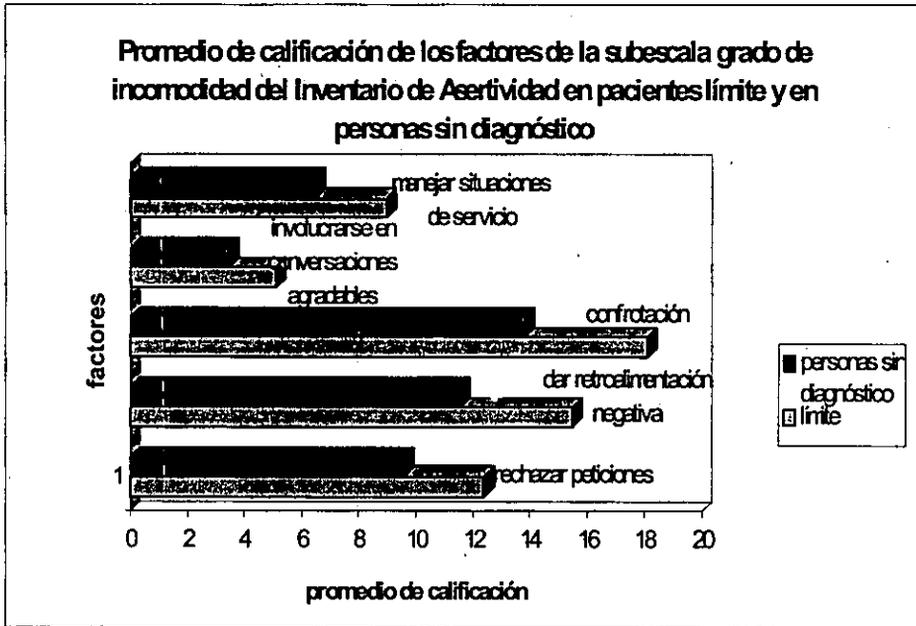


Fig. 14. Muestra que los pacientes límite presentan mayor grado de incomodidad en las situaciones que indican los factores del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey que las personas sin diagnóstico.

Para el factor de probabilidad de respuesta en resistir la presión de otras personas el grupo 1 tuvo un promedio de calificación de 5.90 ± 2.15 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 4.25 ± 2.19 puntos ($t = -2.40$; $p < 0.05$). En el factor de probabilidad de respuesta en involucrarse en conversaciones agradables el promedio en el grupo 1 fue de 5.70 ± 2.36 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 3.75 ± 1.80 puntos ($t = -2.93$; $p < 0.05$). El promedio de calificación en el grupo 1 en el factor de probabilidad de respuesta en manejar situaciones de servicio fue de 7.50 ± 3.0 puntos y en el grupo 2 el promedio fue de 5.15 ± 2.05 puntos ($t = -2.89$; $p < 0.05$) véase Fig. 15.

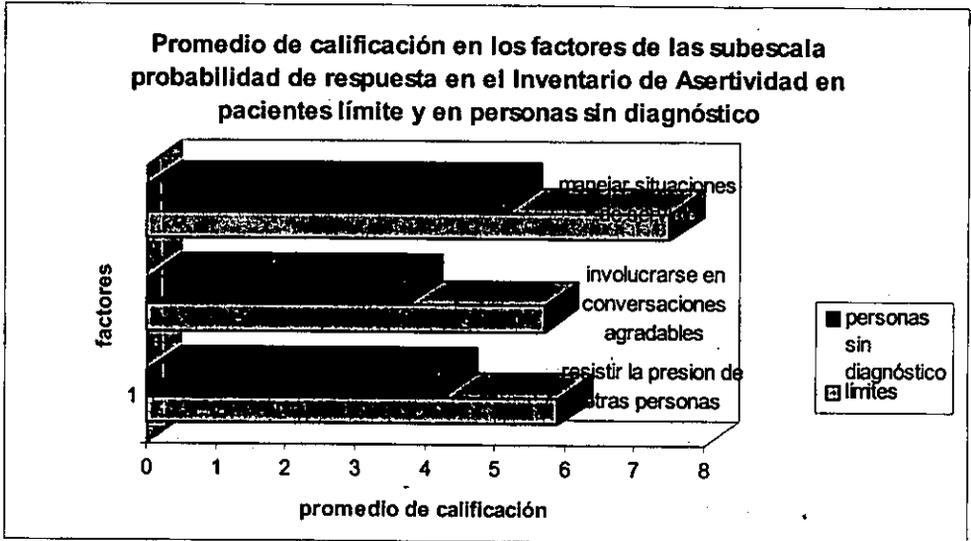


Fig. 115. Muestra que los pacientes límite presentan menor probabilidad de respuesta (a mayor puntaje, menor probabilidad de respuesta) en las situaciones que indican los factores del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey que las personas sin diagnóstico.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados encontrados en esta investigación concuerdan con lo referido en la bibliografía internacional (Kernberg, 1975; Millon y Everly, 1985; Paris, 1994; DSM – IV, 1995; Linehan, 1995; Kreger y Mason, 1998) y son únicamente descriptivos debido a que se pretende dar una aproximación en México al problema de investigación, porque a pesar de que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) ha sido ampliamente estudiado, al igual que la asertividad; el objetivo de este estudio fue relacionar un déficit de asertividad con las características del TLP y en la literatura revisada no se encontró un estudio que integrara estos conceptos.

Las escalas que resultaron elevadas en el MMPI – 2 concuerdan con las características que se atribuyen al Trastorno Límite de la Personalidad en la literatura (Kernberg, 1975; Millon y Everly, 1985; Paris, 1994; DSM – IV, 1995; Linehan, 1995; Kreger y Mason, 1998). Se observó que de acuerdo al Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota – 2, existen importantes diferencias entre las personas que se les diagnostica con el TLP y aquellas que carecen de este diagnóstico psiquiátrico; los pacientes límite presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en las siguientes escalas: ansiedad en la cual los puntajes altos reflejan inconformidad, malestar emocional y angustia, las personas con un alto nivel de ansiedad parecen ser inseguras e incapaces de tomar decisiones, lo que sustenta lo que postula el Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program en 1999, de que los pacientes con TLP tienen mayor dificultad para tolerar los niveles de ansiedad.

En este estudio se muestra que los pacientes límite obtuvieron valores significativos altos en las escalas de MMPI-2 como son: baja autoestima, ansiedad, depresión, desajuste profesional, etc; que concuerdan con lo que se cita en la literatura de Paris (1994), de Kreger y Mason (1998), del DSM – IV (1995) y Linehan (1995) que los pacientes límite tienen una baja autoestima, que se caracterizan por tener una imagen negativa de sí mismos, sentirse poco agradables, carecen de confianza, tienden a devaluarse constantemente y están convencidos de que no cuentan con las habilidades necesarias para enfrentarse a las exigencias del medio, lo cual les provoca una mayor vulnerabilidad emocional.

Los pacientes límite obtuvieron una puntuación elevada en la escala de infrecuencia (F) que refleja su psicopatología, los síntomas de estrés postraumático, hipocondriasis, esquizofrenia, paranoia, estas escalas se pueden relacionar con algunos síntomas psicóticos que en ocasiones llegan a presentar este tipo de pacientes como lo refieren Kernberg, (1975) y el DSM-IV (1995).

Las calificaciones altas en las escalas de depresión caracterizan a personas con una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesta de tristeza y un patrón prolongado de extrema sensibilidad a la percepción de rechazo interpersonal, disminución del interés en todas o casi todas las actividades, sentimientos de culpa, pensamientos de muerte e ideas suicidas, este indicador se relaciona con la investigación de Santoro, Tisbe y Katsarakis (1997) donde observan que el 13% de varones y el 7 % de mujeres con TLP se suicidan.

Las escalas de desorden de estrés postraumático en las que también mostraron puntajes altos se pueden asociar con el abuso sexual, que es común en historias de la niñez de los pacientes límite (Kreger y Mason, 1998) y con las tentativas de suicidio que los caracterizan.

Los puntajes altos en la escala de desviación psicopática, en el grupo de pacientes con TLP pueden indicar divergencia que tienen respecto a los valores aceptados por la sociedad, estas personas se distinguen por su impulsividad e irresponsabilidad, búsqueda constante de sensaciones y el quebrantamiento de normas sociales, también pueden presentar adicciones. Son incapaces de planificar el futuro y se irritan con facilidad, estas características del TLP se han descrito en la mayor parte de la literatura internacional (Kernberg, 1975; Paris, 1994; DSM – IV, 1995; Kreger y Mason, 1998).

Las puntuaciones en la escala de desajuste profesional son útiles en la identificación de problemas emocionales en el nivel profesional y las personas con puntuaciones altas en esta escala parecen estar poco adaptadas, además de ser generalmente ineficientes, pesimistas y angustiadas (Lucio, 1995). El Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program en 1999, refiere que algunos pacientes con TLP no pueden trabajar, ya que la enfermedad los incapacita y a veces tienen que estar largos periodos de tiempo hospitalizados. Lo cual está también relacionado con una calificación alta en la escala de dificultad en el trabajo que indica conductas o actitudes que probablemente contribuyan a un desempeño pobre. Algunos de los problemas se desarrollan con una pobre confianza en sí mismos y dificultades para concentrarse así como actitudes negativas hacia los colaboradores.

Los puntajes altos en la escala de esquizofrenia y paranoia no necesariamente indican estas enfermedades, sino los síntomas psicóticos que en ocasiones desarrollan estos pacientes, como lo indican Kernberg en 1975, Paris en 1994 y el DSM – IV en 1995.

Dos de las escalas en la que los pacientes límite muestran puntajes menores que las personas sin diagnóstico son en la de fuerza del yo que es para evaluar específicamente la capacidad de un individuo para beneficiarse de una psicoterapia individual o de grupo. Es una medida tanto de adaptación y entereza como de recursos personales y del funcionamiento eficiente de un sujeto. Y la escala de dominancia, donde las puntuaciones altas se asocian con el equilibrio, la confianza, la seguridad en sí mismo y la iniciativa social. Son también un buen indicador general de salud psicológica (Lucio, 1995), en la literatura revisada se mostró que estos pacientes tienen mayor dificultad para beneficiarse de un tratamiento psicológico.

Los sujetos límite de esta muestra también obtuvieron calificaciones altas en la escala de rechazo al tratamiento que indica que se trata de individuos con actitudes negativas hacia los médicos y al tratamiento relacionado con la salud mental. Los individuos que puntúan alto en esta escala no creen que alguien pueda entenderlos o ayudarlos. Tienen problemas ya que no se sienten cómodos discutiendo con nadie. Por otro lado, estas personas prefieren darse por vencidas que enfrentarse a las crisis o dificultades (Lucio, 1995).

Kernberg (1975) menciona que en el TLP las personas utilizan como defensas la negación y la disociación, en esta investigación los pacientes presentaron mayores puntajes en la escala de histeria que se presenta en personas que utilizan como defensas la negación y la disociación, en donde el sujeto puede tener poca capacidad de insight y ser demandante e histriónico.

Los pacientes límite mostraron altos puntajes en la escala de hipocondriasis que indica que las personas pueden maximizar su problemática, ser pesimistas, darle demasiada importancia a los problemas físicos y quejarse constantemente. Los individuos con puntuaciones altas en la escala de preocupación por la salud muestran inquietud por síntomas físicos que desarrollan por una posible patología médica. Estos individuos se alarman por su salud y se perciben con mayores alteraciones fisiológicas que las otras personas (Lucio, 1995). Probablemente los puntajes altos en estas dos escalas se deban a los efectos colaterales de los psicofármacos, con que estos pacientes son controlados, ya que todos los pacientes de esta muestra estuvieron en tratamiento farmacológico. Así mismo como a la idea que ellos mismos tienen de ser "enfermos".

El grupo límite mostró altas calificaciones en la escala de psicastenia y obsesividad que indica que pueden ser sujetos angustiados, intranquilos e indecisos, con baja tolerancia a la frustración y exageradamente escrupulosos (Lucio, 1995).

Como lo refiere el Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program en 1999 la familia del paciente con TLP nunca sabe qué esperar de su familiar enfermo, ya que el TLP se caracteriza por: amenazas y tentativas del suicidio, automutilación, arrebatos de rabia y de recriminación, uniones impulsivas, divorcios, embarazos y abortos, lo que se refleja en la puntuación alta de problemas familiares que tienen los pacientes límite.

Las escalas de introversión social e incomodidad social también resultaron con diferencias significativas lo que indica que los pacientes límite probablemente se ven a si mismos como personas tímidas y tienen dificultades para establecer interacciones sociales, lo que se apoya también con los resultados del Inventario de Asertividad de Gambriell y Richey, que a continuación se analizan.

A pesar de que se invalidaron dos aplicaciones del MMPI – 2 se consideraron las aplicaciones correspondientes del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey para el análisis estadístico y los resultados apoyaron la hipótesis de que los pacientes diagnosticados según los criterios del DSM – IV (1995) con Trastorno Límite de la Personalidad tienen un bajo nivel de asertividad en comparación con personas sin diagnóstico psiquiátrico y se encontró que en Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey los pacientes con TLP presentaron mayor grado de incomodidad y menor probabilidad de respuesta en situaciones asertivas que la mayoría de las personas. Por ejemplo, los pacientes límite presentan mayor incomodidad y menor probabilidad de respuesta en involucrarse en conversaciones agradables.

También muestran mayor grado incomodidad y menor probabilidad de respuesta en manejar situaciones de servicio, como resistir la insistencia de un vendedor, reclamar un servicio por el cual hayan esperado sin ser atendidos, en un restaurante o devolver productos defectuosos, por ejemplo en una tienda. También tienen mayor dificultad para resistir la presión de otras personas, sufren ansiedad y es poco probable que lo hagan. Tienen un mayor grado de incomodidad para rechazar peticiones, negarse a hacer algo que no desean. También se les dificulta dar retroalimentación negativa, decirle a otra persona que les molesta algo que dice o hace y manifiestan incomodidad al tener que confrontar a otras personas, por ejemplo, expresar una opinión contraria a la de las personas con las que convive o discutir abiertamente.

Anteriormente se mencionó que el deterioro de las relaciones interpersonales que caracteriza a los pacientes límite puede ser indicador de un bajo nivel de asertividad, en este estudio se ha comprobado la hipótesis de que el paciente con TLP tiene un bajo nivel de asertividad por lo cual no pueden responder adecuadamente a situaciones sociales.

Esto es relevante para instrumentar una intervención mediante el entrenamiento asertivo y explorar su efectividad en este tipo de población.

Una limitación de este estudio está relacionada con el pequeño tamaño de la muestra, debido a las dificultades que los investigadores tienen en trabajar conjuntamente con las instituciones de salud mental que tienen contacto con este tipo de población, queda para las futuras investigaciones ampliar la muestra para que se puedan hacer generalizaciones de los resultados.

En general, la mayor parte de los resultados aportados y discutidos tratan de ofrecer un perfil de personalidad de los pacientes con TLP medido mediante un instrumento psicométrico que servirá como apoyo a la observación clínica, es importante abrir la posibilidad de nuevas líneas de investigación orientadas a que el MMPI - 2 sea más frecuentemente utilizado como un instrumento de diagnóstico de este padecimiento.

Considerando los resultados de este estudio; el bajo nivel de asertividad y las características de personalidad del pacientes límite, la intervención que se propone es una terapia con un enfoque cognitivo - conductual integral que contemple una evaluación diagnóstica mediante la entrevista cognitivo - conductual y la aplicación de instrumentos psicométricos como pueden ser el MMPI-2 y el Inventario de Asertividad de Gambрил y Richey, para determinar el perfil de personalidad y su nivel de asertividad.

Con esta evaluación se pretende determinar déficits, excesos conductuales, trastornos emocionales y creencias irracionales. Posteriormente implementar un programa de tratamiento que se integre de la siguiente manera:

1. Proveer de información al paciente y a la familia sobre las características del Trastorno Límite de la Personalidad, para que el paciente y los que lo rodean comprendan la enfermedad.
2. Aplicar técnicas de reestructuración cognitiva donde se identifiquen y modifiquen cogniciones desadaptativas del paciente, determinando su carácter perjudicial sobre la conducta y sus emociones, y promoviendo la búsqueda de interpretaciones alternativas a las cogniciones distorsionadas para incidir en la baja autoestima, la ansiedad, depresión, hipocondriasis, preocupación por la salud, la inestabilidad afectiva y la ideación suicida.
3. Dar un entrenamiento asertivo para propiciar la adquisición de nuevos repertorios de conductas o habilidades de interacción social y modificar su patrón de relaciones interpersonales inestable, para su dificultad en el trabajo y desajuste profesional.
4. Enseñar técnicas de relajación y autocontrol que permitan al paciente controlar o modificar su conducta impulsiva, autolesiva, su dificultad para controlar su ira y el manejo de los síntomas de estrés postraumático.
5. Entrenar al paciente en técnicas de resolución de problemas con el objetivo de que analice las situaciones, formule objetivos, genere y valore alternativas, escoja la más adecuada y que valore los resultados. Así se desarrollará la independencia del paciente y habrá un mayor control de impulsos sobre todo en lo que se refiere a los intentos suicidas.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados encontrados en este estudio se concluye que los pacientes diagnosticados según los criterios del DSM – IV (1995) con Trastorno Límite de la Personalidad, tienen un bajo nivel de asertividad y que también presentan puntuaciones altas en el perfil de personalidad que se obtiene mediante el MMPI – 2 en comparación con personas sin diagnóstico psiquiátrico, lo que indica que estos pacientes tienen un grado importante de psicopatología.

Considerando los resultados de este estudio sobre el nivel de asertividad en pacientes límite, se propone que en otras investigaciones se implemente una intervención que incluya entrenamiento asertivo y terapia cognitivo – conductual integral en este tipo de población.

El MMPI-2 es un instrumento útil para diagnosticar el TLP y se puede complementar con el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey para evaluar déficits en habilidades sociales.

REFERENCIAS

Aguilar, K. (1987). Asertividad: sé tu mismo sin sentirte culpable. México: Pax.

Arrindall, W. y Ende, J. (1985). Cross - sample invariance of the structure of self reported distress and difficulty in assertiveness. Advances of Behavior Research Therapy, 7, 207 - 243.

American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1a. ed., pp. 645-650, 666- 671) (T. F. Formenti & J. M. Ronquillo & J. T. Trallero & C. U. Abelló & J. T. Torres, Trads.). D.F, México. : Masson. (Trabajo original publicado en 1994).

Ariaga, L. Y Giles, A. (1993). Programa de entrenamiento asertivo en el área educativa. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM. D.F., México.

Boeree G. C. (1999). Theories of Personality. En menú Personality Theories [En red]. Disponible en: {"<http://www.ship.edu/~cgboeree/perscontents.html>"}

Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program (1999). Overview of Borderline Personality Disorder. En menú: The Personality Disorders Institute [En red]. Disponible en: {"<http://www.mandrivier.com/linedisorders/public.html>"}

Buitrón, E. (1991). Entrenamiento asertivo, para el trastorno de la personalidad por dependencia. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México. D.F., México.

Camargo, J. L. (1985). La asertividad, el reforzamiento y la extinción aplicadas por enfermeras en un área médica. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM. D.F., México.

Corelli, R. J. (1999). Borderline Personality Disorder. En menú Borderline Personality Disorder [En red]. Disponible en: http://www.toddlerstime.com/menu_borderline_personality_diso.htm

Cortés, S. (1984). Entrenamiento asertivo en el ambiente laboral. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad Psicología, UNAM. D.F., México.

Dicaprio, N.(1989). Teorías de la personalidad. México: Mc Graw/Hill.

Ellis, A. (1989). Practica de la terapia racional emotiva. España: Descleé de Brovmer.

Ferré, M.; Lacheras, G. (1999) Diccionario de Psicología. Ed. Océano. Barcelona, España. pp. 352.

Flores, M, y Díaz, R. (1995). Desarrollo y valoración de una Escala Multidimensional de Asertividad para Estudiantes. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2), 133 -144.

Flores; M. (1994). Asertividad: conceptualización medición y su relación con otras variables. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad Psicología, UNAM. D.F., México.

Fuentes S., Barragán J., Valero C. (1999). Trastornos de la Personalidad. En menú Centro de Salud Mental de Villena [En red]. Disponible en: {<http://www.medired.com/spcv/papeles/colaboraciones/colabora39.htm>}

Gambrill, E. y Richey, C. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. Behavior Therapy, 6, 550 - 561.

Gran diccionario Larousse (1994). México. : Larousse.

Guerra; R. (1996). Estandarización del inventario de asertividad de Gambrill y Richey para la población de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad Psicología, UNAM. D.F., México.

Guerrero, G. y Pacheco, e. (1993). Entrenamiento asertivo como medio para mejorar las relaciones sexuales en la pareja. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM. D.F., México.

Gutiérrez, R. (1994). Asertividad, herramienta para mejorar la calidad de vida. Tesina de Licenciatura en Psicología. Facultad Psicología, UNAM. D.F., México.

Hannig, J. P. (1999). Borderline Personality Disorder. En menú Borderline Personality Disorder [En red]. Disponible en: http://www.toddlerstime.com/menu_borderline_personality_diso.htm

Health Center: Personality Disorders (1999). Borderline untitled. En menú: Borderline [En red]. Disponible en: {<http://www.health-center.com/english/brain/personality/borderline.htm>}

Jaffe, D.J. (1999). Borderline Personality Disorder. En menú Borderline Personality Disorder [En red]. Disponible en: {http://www.toddlerstime.com/menu_borderline_personality_diso.htm}

Kernberg, O. F. (1987). Trastornos Graves de la Personalidad. Estrategias psicoterapéuticas. D.F. México: Manual Moderno.

Kreger, R. (1998) Specializing in Borderline Personality Disorder. En menú: BPD Central, Programs and Therapists [En red].]. Disponible en : {<http://www.bpdcentral.com/>}

Kreger, R. y Mason, P. (1998). What is Borderline Personality Disorder (BPD)?. En menú: BPD Central, Programs and Therapists [En red]. Disponible en: {"<http://www.bpdcentral.com/>"}

Larios, T. (1982). Entrenamiento asertivo en sujetos alcohólicos. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM. D.F., México.

Linehan, M.M. (1993). Cognitive – Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. [Terapia Cognitivo – Conductual del Trastorno Límite de la Personalidad]. New York, EE. UU: The Guilford Press.

Linehan, M.M. (1993). Skill Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. [Manual de Entrenamiento de Habilidades para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad]. New York, EE. UU: The Guilford Press.

Lucio, E. (1995). Manual para la administración y calificación del MMPI-2. Adaptación al español, Ed. Manual Moderno, México.

Mahari (1999). Borderline Personality Disorder. En menú Borderline Personality Disorder [En red]. Disponible en: {"<http://www.soulselfhelp.on.ca/borderpd.html>"}

Martínez, I. (1995). La influencia de la autoestima y asertividad en un programa de educación sexual en la actitud hacia la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad Psicología, UNAM. D.F., México.

Mental Health: Borderline Personality Disorder (1999). Borderline Personality Disorder. En menú Borderline Personality Disorder [En red]. Disponible en: {"<http://www.studyweb.com/mental/medbdp.htm>"}

Millon, T; Everly, G. (1985). La personalidad y sus trastornos. España: Martínez Roca.

Murphy, E, Gunderson, J, y Murphy (1999) A promising treatment for borderline personality. En menú: McLean Hospital Psychiatry [En red]. Disponible en: {"<http://www.mcleanhospital.org/psychupdate/psyupl-3.htm>"}

Ordoñez, A. (1986). Implementación de un entrenamiento asertivo para trabajadoras domésticas. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM. D.F., México.

Ortiz, M. (1997). Adaptación de la Entrevista Estructurada el SCID II para la población que solicita atención psicológica. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad Psicología, UNAM. D.F., México.

Paris, J. (1994). Borderline Personality Disorder a Multidimensional Approach. [Una Aproximación Multidimensional al Trastorno Límite de la Personalidad]. Washington, DC, EE.UU. : American Psychiatric Press.

Rimm, D. Y Masters, J. (1980). Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. (A. Flores. Trad.) México D.F: Trillas.

Santoro, J., Tisbe, M. y Katsarakis, M. (1997). Intitulado : En menú Borderline Personality Disorder [En red]. Disponible en: {"<http://www.aaets.org/arts/art20.htm>"}

Smith, M. (1983). Cuando digo no me siento culpable. México, D.F: Grijalbo.

Soto R. M. (1990). Estudios sobre algunos rasgos de personalidad del paciente suicida. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. D.F. México.

Stringer, K. (1999). Borderline Pathology and Treatment. En menú Borderline Personality Disorder [En red]. Disponible en: {"http://www.toddlerstime.com/menu_borderline_personality_diso.htm"}

Vargas M.S. (1997). Compartiendo contigo... En Menú El Politécnico. Universidad Politécnica de Puerto Rico [En red]. Disponible en: {"http://www.pupr.edu/news/a4_ed10/comp.htm"}

Wolman B. B. (1960). Teorías y Sistemas contemporáneos en Psicología. México D.F: Planeta.