



315011 ^A

UNIVERSIDAD SALESIANA A.C. 

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE PSICOLOGIA

EVALUACION DE PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE
PERSONALIDAD A TRAVES DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA
WECHSLER PARA ADULTOS (WAIS)

T E S I S

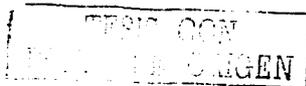
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

LUIS GERARDO SEPULVEDA SANCHEZ

ASESOR,
LIC. MARIA ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ

MEXICO, D. F.,

2003





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.

B

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo intelectual.

NOMBRE: Luis Gerardo Sepúlveda Sánchez

FECHA: 27 Marzo 2003

FIRMA: [Firma]

*“Los tiempos felices en la humanidad
son páginas vacías en la historia”*
Leopold Van Ranke

*“Para conocer acerca de la virtud,
primero hay que familiarizarse
con el vicio”*
Sade

*“Algunas veces se demuestra la
mayor comprensión no
entendiendo”*
Baltasar Gracián

UNAM
BIBLIOTECAS
SERGEN

9

Agradecimientos

*A Dios por la existencia en este
momento de mi vida.*

*A las personas que conformaron esta muestra,
pues, sin su valiosa presencia
no sería posible este trabajo.*

*A Elizabeth Ramirez por los conocimientos
de toda la carrera
y el entusiasmo suministrado
para este y... muchos trabajos más.*

*A Laura Palomino por todos
sus conocimientos, experiencias
compartidas... y aquellas horas
de charla extramuros.*

*A Jorge García por el apoyo
brindado, aún desde
antes de la carrera*



D

*Al Psic. Javier Torres Torija
por el apoyo y motivación,
brindados en todo momento;
por su cálida y afectuosa
enseñanza y al
Departamento de Psicoterapia
del Instituto Nacional de Psiquiatría:
Psic M. Biagini, Psic. R. Kuri,
Dra. C. Aruffo, Dr. Jorge Cárdenas
por enriquecer mis conocimientos
durante el tiempo de
estancia en el Instituto.*

*Al Dr. Jaime López por
los importantes aportes
y sugerencias, fundamentales
para este trabajo,
así como la disponibilidad,
y el tiempo siempre brindado.*

*A Francisco Rodríguez por negarse
en todo momento a la complicidad.*

*A mis maestros de la universidad,
por la formación que de ellos recibí.*

*A todos aquellos quienes colaboraron
en este trabajo... y que llegase a olvidar.*

INSTITUTO NACIONAL DE PSYQUIATRIA
SECRETARIA DE SALUD
MEXICO

E

Dedicatorias

*A la memoria de
los años de mi infancia.*

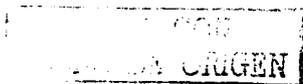
*A mi mamá por su afecto
y amor día a día.*

*A Mary Carmen por compartir
tu vida conmigo.*

*A Sandra mi amiga del alma
y de la nostalgia,
a la amistad de
su familia.*

*A mi padre a quien una difícil
y complicada historia de vida
introdujo al exilio.*

*A mis tíos y primos, compañeros
de muchas experiencias.*



INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1 "TEORIA DE LAS RELACIONES OBJETALES"	
1.1 Melanie Klein.....	6
1.1.1 Analisis de niños y la técnica del juego.....	9
1.1.1.1 Hipótesis sobre superyó temprano y complejo de edipo temprano.....	10
1.1.1.2 Superyó terrorífico y superyó benevolente.....	12
1.1.1.3 Complejo de Edipo temprano.....	12
1.1.2 Teoría de las posiciones.....	13
1.1.2.1 Posición esquizo - paranoide.....	13
1.1.2.2 Mecanismos de defensa en la posición esquizo - paranoide.....	14
1.1.2.3 Posición depresiva.....	16
1.1.2.4 Defensas maniacas.....	17
1.1.3 Teoría de la envidia.....	17
1.2 Donald Winnicott.....	18
1.2.1 Importancia del sostenimiento (<i>holding</i>).....	20
1.2.2 Falso self y verdadero self.....	21
1.2.3 Fenómenos y objetos transicionales.....	23
1.2.4 Desarrollo emocional primitivo.....	24
1.3 Margaret Mahler.....	27
1.3.1 Psicosis infantiles.....	30
1.3.1.1 El síndrome autista.....	33
1.3.1.2 El síndrome de la psicosis simbiótica.....	33
1.3.2 Las cuatro hipótesis de M. Mahler acerca del desarrollo emocional del ser humano.....	35
1.3.3 Las fases del desarrollo.....	36
1.4 Heinz Kohut.....	39
1.4.1 Perturbaciones del self.....	41
1.4.2 Trastornos del área narcisista de personalidad.....	41
1.4.3 Desarrollo del self.....	43
1.4.4 Psicopatología y psicología del self.....	43
1.4.5 Complejo de Edipo en la psicología del self.....	46
1.4.6 ¿Cómo cura el análisis?.....	47
1.5 Otto Kernberg.....	47
1.5.1 Pacientes con trastornos límite o frontezo de la personalidad.....	48
1.5.1.1 Aspectos clínicos o fenoménicos.....	49
1.5.1.2 Aspectos estructurales.....	50
1.5.1.3 Aspectos genético - dinámicos.....	52
1.5.2 Desarrollo normal y patológico.....	53
CAPITULO 2 "PSICOLOGIA DEL YO. NIVEL FENOMENOLOGICO DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD"	
2.1 Heinz Hartmann.....	56
2.1.1 Aspectos generales.....	57
2.1.2 El "área sin conflictos del yo".....	59
2.1.3 Desarrollo del yo.....	59
2.1.4 Concepto de adaptación.....	61
2.1.5 El narcisismo en la psicología del yo.....	62
2.1.6 Diferencia entre pulsión e instinto.....	62
2.2 Asociación Psiquiátrica Americana.....	63
2.2.1 Criterios diagnósticos para un trastorno de personalidad.....	63
2.2.2 Criterios diagnósticos del trastorno antisocial de la personalidad.....	65
2.2.3 Criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad.....	66

G

2.2.4	Criterios diagnósticos del trastorno histriónico de la personalidad	67
2.2.5	Criterios diagnósticos del trastorno narcisista de la personalidad	68
2.3	Organización Mundial de la Salud	69
2.3.1	Trastornos específicos de la personalidad	69
2.3.2	Trastorno disocial de la personalidad	70
2.3.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	71
2.3.3.1	Tipo impulsivo	71
2.3.3.2	Tipo límite (borderline)	72
2.3.4	Trastorno histriónico de la personalidad	72
2.3.5	Criterios provisionales para ciertos trastornos	73
2.3.5.1	Trastorno de personalidad narcisista	73

CAPITULO 3 "TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD"

3.1	Definiciones de personalidad	75
3.1.1	Diferencias entre personalidad, temperamento y carácter	76
3.1.2	Parámetros de personalidad normal y anormal	76
3.2	Trastorno Límite de Personalidad	79
3.3	Elementos para elaborar un diagnóstico presuntivo	91
3.3.1	Nivel Sintomático	91
3.3.1.1	A) Ansiedad	91
3.3.1.2	B) Neurosis polisintomática	92
3.3.1.3	C) Tendencias sexuales perverso polimorfas	93
3.3.1.4	D) Estructuras clásicas de la personalidad prepsicótica	94
3.3.1.5	E) Neurosis impulsivas y adicciones	94
3.3.1.6	F) Desórdenes caracterológicos de nivel inferior	94
3.3.1.6.1	I) Personalidad histérica y personalidad infantil	94
3.3.1.6.2	II) Personalidad narcisista	97
3.3.1.6.3	III) Estructuras caracterológicas <i>depresivo - masoquistas</i>	100
3.3.2	Nivel Estructural	104
3.3.2.1	A) Manifestaciones no específicas de labilidad del yo	104
3.3.2.2	B) Desviación hacia el pensamiento primario	105
3.3.2.3	C) Defensas específicas en la organización límite de personalidad	106
3.3.3	Nivel Genético - Dinámico (conflictos instintivos)	111
3.4	Trastorno histriónico y narcisista de la personalidad, enfoque psicodinámico	113
3.4.1	Trastorno histriónico y narcisista de la personalidad	113
3.4.2	Personalidad histérica en las mujeres	114
3.4.3	Personalidad histérica en los hombres	116
3.4.4	Personalidad histriónica en las mujeres	117
3.4.5	Personalidad histriónica en los hombres	118
3.5	Trastorno antisocial y narcisista de la personalidad	119
3.5.1	Trastorno antisocial de la personalidad	119
3.5.2	Narcisismo maligno	122
3.5.3	Trastorno narcisista de la personalidad con conducta antisocial	123
3.5.4	Otros trastornos graves de la personalidad con rasgos antisociales	123
3.5.5	Trastornos neuróticos de personalidad con rasgos antisociales	123
3.5.6	Conducta antisocial como parte de una neurosis sintomática	124
3.5.7	Reacción disocial	124

CAPITULO 4 "ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER PARA ADULTOS"

4.1	La Escala de Bellevue	126
4.2	Fundamento del diagnóstico de la inteligencia	130
4.3	Funciones subyacentes y aspectos explorados del WA I S	131
4.3.1	Subtestes esencialmente verbales	132
4.3.2	Grupo de atención y concentración	138

4.3.3 Grupo de coordinación visomotora.....	140
4.3.4 Grupo de organización visual.....	145
CAPITULO 5 "METODOLOGIA"	
5.1 Planteamiento del problema.....	148
5.2 Hipótesis.....	149
5.3 Objetivo.....	150
5.4 Definición de variables.....	151
5.5 Definición conceptual de variables.....	151
5.6 Diseño de la investigación.....	152
5.7 Selección y tamaño de la muestra.....	152
5.8 Criterios de inclusión.....	153
5.9 Criterios de exclusión.....	153
5.10 Muestreo.....	154
5.11 Instrumentos.....	154
5.12 Procedimiento.....	154
5.13 Análisis estadístico.....	155
5.14 Resultados.....	156
5.15 Análisis cualitativo y discusión de resultados.....	178
5.16 Descripción de los perfiles obtenidos en la escala de WAIS.....	181
5.16.1 Perfil de WAIS obtenido por la muestra de pacientes TLP.....	182
5.17 Descripción de la Escala de WAIS por edades.....	185
5.17.1 Perfil de WAIS grupo de pacientes edad 18 - 19 años.....	185
5.17.2 Perfil de WAIS grupo de pacientes edad 20 - 24 años.....	187
5.17.3 Perfil de WAIS grupo de pacientes edad 25 - 34 años.....	189
5.17.4 Perfil de WAIS grupo de pacientes edad 35 - 44 años.....	191
5.18 Perfil de la Escala WAIS por escolaridad.....	193
5.18.1 Perfil de WAIS escolaridad bachillerato ó carrera técnica.....	193
5.18.2 Perfil de WAIS escolaridad licenciatura trunca.....	194
5.18.3 Perfil de WAIS escolaridad licenciatura.....	194
CAPITULO 6 "CONCLUSIONES"	
SUGERENCIAS	205
LIMITACIONES	207
APENDICE I	209
APENDICE II	210
APENDICE III	211
REFERENCIAS	212

21



INTRODUCCION

Actualmente los cuadros psicopatológicos diagnosticados con trastorno límite de personalidad, representan una de las entidades más difíciles de tratamiento para los profesionales de la salud mental. En la literatura sobre este trastorno comúnmente se encuentran reportes acerca de las frecuentes distorsiones cognitivas ocurridas tanto en las sesiones de psicoterapia como en la vida diaria de éstos sujetos (O'Leary, 1991).

A lo largo de varias décadas la literatura clínica de orientación predominantemente psicoanalítica ha encontrado enormes dificultades para el esclarecimiento de los síntomas diagnósticos diferenciales del trastorno límite de personalidad con respecto a otras entidades psicopatológicas.

Kernberg (1987), citó a diferentes autores, los cuales a través de sus trabajos psicoterapéuticos encontraron similitudes entre los trastornos límite de personalidad y otros cuadros psicopatológicos, como los trastornos de tipo esquizoide, a pesar de ello los rasgos distintivos entre una y otra entidad son notorios, principalmente al sobreponer al trastorno límite de personalidad con otros trastornos de evolución crónica, tales como la esquizofrenia.

A pesar de lo anterior, el diagnóstico de trastorno límite demuestra su diferencia con la esquizofrenia en el sentido de que los pacientes límite conservan la prueba de realidad relativamente intacta, (entre otros síntomas diagnósticos) — la cual se caracteriza por ser vulnerable y susceptible de presentar alteraciones — a pesar de que dicha prueba se encuentra presente, tienen características muy específicas de comportamiento que se manifiesta por la presencia de relaciones interpersonales caóticas, conductas impulsivas, conductas autolesivas, además de ser considerados como potencialmente regresivos, entre otros rasgos clínicos distintivos (Miller, 1990).

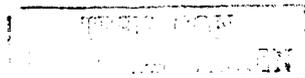
Aunque en el trastorno límite se conserva la prueba de realidad, es común que exista una pobre diferenciación entre el self y el objeto, presentándose escasa capacidad en los límites junto con experiencias de disociación. En estos casos las conductas autolesivas como la automutilación tienen la finalidad de disminuir la angustia provocada por las conductas antes mencionadas, ó, como una manera (inconsciente) de expiar el sentimiento de ser profundamente malo. En tales situaciones la presencia de ideas paranoides, se presentan a manera de mitigar la sensación de soledad (Wheelis, 1998).

Por otra parte las relaciones interpersonales de los pacientes límite se distinguen por ser intensas e inestables, junto con la presencia de afecto lábil, histriónico y demandante de atención; junto con estas conductas los intentos o amenazas suicidas manipuladas tienen la intención de evitar el abandono (real o imaginario) de las personas cercanas a dichos sujetos (DSM – IV, 1995).

Por su parte Stevenson (1992), en sus trabajos psicoterapéuticos con pacientes límite, se ha referido a que éstos presentan disfunciones o fallas en la capacidad empática, las cuales son manifestadas a través de afectos negativos como la ansiedad, pensamiento lineal, orientación hacia eventos del mundo externo, cambios en el estado del *sí mismo* como podrían ser la devaluación y la grandiosidad, así como la presencia de fenómenos transferenciales.

Debido a la presencia de estas conductas los pacientes con trastorno límite tienden a abandonar de manera prematura los procesos de psicoterapia, en los cuales, por lo general, presentan pobres logros psicosociales y clínicos (Budman, 1996).

El interés creciente que han generado en la actualidad los trastornos de personalidad ha permitido que dicha entidad patológica sea reconocida por los

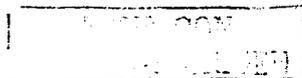


profesionales de la Salud Mental, dichos trastornos se encuentran incluidos en los manuales de diagnóstico como el DSM – IV y la CIE – 10.

Por otra parte a pesar de que los sujetos diagnosticados con trastorno límite de personalidad tienden a ser excesivamente sociables, dichas relaciones se encuentran cargadas de afectos ambivalentes, los cuales afectan de manera significativa la vida de estos sujetos.

Puesto que desde hace ya varias décadas las conductas de tales pacientes han llamado la atención desde los diversos enfoques psicoterapéuticos; el enfoque psicométrico y específicamente el enfoque neuropsicológico, no se han mantenido ajenos a investigar lo que ocurre con el trastorno límite de personalidad, por lo que autores como O'Leary (1991), realizaron investigaciones con la prueba de WAIS y una batería de pruebas neuropsicológicas, intentando descubrir los déficits cognoscitivos particulares en las áreas de percepción, aprendizaje, y memoria en los pacientes con el trastorno de personalidad fronterizo, dicha investigación fue llevada a cabo con 16 pacientes ambulatorias femeninas con el trastorno límite de personalidad las cuales fueron diagnosticadas de acuerdo a los criterios del DSM III – R, por medio de entrevistas y por su conducta; los resultados arrojaron datos importantes, las pacientes límite tuvieron un daño significativo en comparación con el grupo normal.

En la prueba de memoria requirieron la repetición del material recientemente aprendido, por otra parte se observó que las señales dadas parcialmente en una tarea de memoria auditiva corrigieron ese déficit. Los resultados de las pacientes límite también mostraron un daño significativo en varias pruebas de percepción visual, éstos déficits no parecen haber sido atribuibles a los problemas de atención, deterioros psicomotores, depresión mayor actual, o historia de abuso del alcohol.



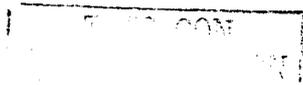
Por su parte Swirsky-Sacchetti (1993), intentaron evaluar la posibilidad de algún daño orgánico mediante la aplicación de la prueba de WAIS - R, los pacientes límite obtuvieron resultados significativamente bajos en la escala verbal, la escala de ejecución, y por tanto en el CI total del WAIS - R; además de otros daños significativos en las habilidades motoras, memoria, integración visomotora compleja, inteligencia social. Dicho estudio concluyó que los déficits de estos pacientes se encuentran en las regiones fronto - temporales de la corteza, aunque los factores orgánicos pueden ser operativos en algunos pacientes pero no en todos.

Es entonces a partir de las observaciones psicoterapéuticas realizadas en el *setting*, y de las evaluaciones neuropsicológicas, que se tienen datos controlados a través de diversas investigaciones de que los sujetos con trastorno límite de personalidad presentan dificultades en algunas funciones mentales superiores, como lo son el juicio, la anticipación y planeación, impulsividad, poca tolerancia a la frustración; lo que indudablemente incide en sus pautas de relaciones interpersonales.

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar a través de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS), a un grupo de 20 pacientes internas diagnosticadas con trastorno límite de personalidad de acuerdo a los criterios del DSM - IV y la CIE - 10, para que a partir de los resultados obtenidos sea posible describir las puntuaciones de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS), y a partir de estos resultados en las diferentes subescalas se pueda detectar las posibles alteraciones, el interés principal estuvo centrado en describir por medio de la Escala de WAIS los procesos de juicio lógico, la anticipación, planeación, memoria a corto plazo y memoria de trabajo, la abstracción, análisis, síntesis, destreza visomotora.

En el capítulo 1 se exponen diferentes teorías acerca de las relaciones objetales, y la manera como se va constituyendo la personalidad del sujeto. En el

capítulo 2 se describe el nivel fenomenológico del trastorno límite de personalidad, así como un apartado de la psicología del yo. En el capítulo 3 se realiza una amplia descripción del trastorno límite de personalidad y sus características sobresalientes. En el capítulo 4 se presenta una breve historia de la construcción de la Escala psicológica empleada en la presente investigación, así como los criterios para su interpretación. En el capítulo 5 se muestra la metodología empleada en la investigación. Finalmente en el capítulo 6 se enumeran las conclusiones generadas a partir de los resultados obtenidos, así como las sugerencias y limitaciones.



CAPITULO 1

TEORIA DE LAS RELACIONES OBJETALES

Las Relaciones de Objeto u Objetales han sido definidas desde el enfoque psicoanalítico por Laplanche como "... el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una solución más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes" (1981).

Partiendo de esta definición se expondrán a continuación las teorías de algunos importantes teóricos con enfoque psicoanalítico los cuales desde sus puntos de vista han hipotetizado sobre la manera en que se va constituyendo la personalidad y la formación de mecanismos de defensa en las personas desde las primeras etapas del desarrollo; la importancia de dichos elementos es que a partir de ellos estará determinado el tipo de vínculo que el sujeto establecerá con los (sus) objetos de su entorno inmediato.

1.1 Melanie Klein

Melanie Klein fue una psicoanalista inglesa autora de una obra muy controvertida cuyo interés estuvo centrado principalmente en las fantasías inconscientes de los pacientes que acuden a tratamiento psicoanalítico, para lo cual se basó principalmente en la descripción de las situaciones que van surgiendo a lo largo del análisis; pero sobretudo en la relación que se construye a partir del vínculo entre el paciente y el analista, en cuya relación, según plantea la autora, existe una gran cantidad de angustia y fuertes sentimientos por parte del paciente los cuales incluyen al analista. Melanie Klein, en la definición de una de sus principales hipótesis se interesó sobretudo en las relaciones de objeto del niño con su madre, las cuales serán fundamentales en el desarrollo del psiquismo y la personalidad.



Melanie Klein supuso que con los niños era posible llevar a cabo un análisis similar al de los adultos, para lo cual inventó una ingeniosa práctica que fue la técnica del juego infantil con la que lograba tener acceso a las fantasías y conflictos infantiles. A partir del trabajo con esta técnica pudo observar que la angustia está presente en los seres humanos desde el principio de la vida, y es a partir de la angustia que se echa a andar el desarrollo de la psique humana, aunque al mismo tiempo sea generadora de la psicopatología mental.

Los aportes fundamentales de la teoría kleiniana son diversos, pero básicamente están centrados en torno al desarrollo de la psique del infante, a partir de la cual se va conformando la personalidad del individuo, en dicho proceso el infante se relaciona de un modo parcial con los *objetos* externos siendo el primero de ellos "el *pecho*" de la madre, dicho *objeto parcial* se puede tomar en bueno o malo; pareciera pues que la teoría de Melanie Klein se basa principalmente entre la lucha de dos pulsiones: el odio y el amor. Partiendo del desarrollo de la teoría de Melanie Klein el infante tiene contacto con el mundo externo paulatinamente, a partir de dicho contacto, comienza a relacionarse con *objetos parciales*, los cuales adquieren un matiz de "buenos" o "malos", es decir son completamente excluyentes uno del otro; conforme prosigue el desarrollo de la psique, el infante atraviesa por procesos en los cuales aparecen mecanismos de defensa, en cuya resolución no exitosa pueden presentarse patologías específicas sobre todo por la presencia de la agresión desde las etapas tempranas del desarrollo.

Los conceptos teóricos de Melanie Klein por tanto aportan importantes esclarecimientos de los aspectos de índole dinámica con respecto a las personalidades "fronterizas", en cuyas personalidades existe una estrecha relación en los conflictos de tipo pregenital, lo que produciría serias repercusiones en la etapa depresiva.



Por otra parte en las personalidades "fronterizas" se conjuntan una serie de conflictos de tipo genital, así como de tipo pregenital, los cuales suceden dentro de un temprano desarrollo de los conflictos edípicos. Puesto que es frecuente encontrar en los pacientes "borderline" historias de vida cargadas de intensa frustración y agresión desde las primeras etapas de la vida, dicha agresión (pregenital y oral), es proyectada, dando como resultado distorsiones paranoides de las figuras parentales, sobre todo de la madre, quien, debido a las proyecciones de tipo sádico - oral, y sádico - anal, es percibida como potencialmente peligrosa, extendiéndose, en consecuencia, el odio a ambos padres. Lo anterior trae como consecuencia una imagen padre - madre combinada, la cual adquiere un matiz de peligrosa, por lo que a partir de dicha imagen las relaciones sexuales son percibidas como hostiles, cargadas de agresión.

Entonces el desarrollo prematuro de tipo genital fracasa en el intento por neutralizar la rabia y los temores orales a consecuencia de la agresión pregenital, cuya presencia se extiende a las tendencias genitales lo que da como resultado marcadas consecuencias patológicas.

A partir de la explicación anterior acerca de la manera como aparece la agresión desde etapas tempranas del desarrollo surgen en el sujeto importantes mecanismos de defensa como la idealización, la disociación, la identificación proyectiva, entre otros, como un intento de que los "objetos malos" no dañen a los "objetos buenos", resultando entonces imposible la integración de dichos aspectos, los cuales son muy importantes para la comprensión de las personalidades fronterizas.

A continuación se presentarán los aspectos más importantes de la teoría de Melanie Klein, las cuales están constituidas por tres partes principalmente, la primera de ellas es la que habla sobre el análisis de niños y la

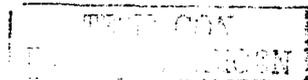
técnica del juego; la siguiente de sus teorías es la de las posiciones y la última es la teoría de la envidia; a continuación se explican cada una.

1.1.1 Análisis de niños y la técnica del juego

Esta teoría propuesta por Melanie Klein surge a partir de la "técnica psicoanalítica del juego infantil", en la cual todo el material presentado por los niños es muy importante, pues éste permite el acceso a las fantasías de tipo inconsciente.

Klein se percató entonces durante la práctica del análisis infantil, que los niños presentan una intensa ansiedad persecutoria, por lo que cree conveniente hacer interpretaciones junto con las defensas que aparecen ante dicha angustia, observa también que los personajes que aparecen en el material del análisis son simbolismos de los objetos internos del niño. Ya en 1955 mencionaba Klein en su artículo "La técnica psicoanalítica del juego: su historia y su significación" la importancia de realizar las interpretaciones de ansiedades, sentimientos y las fantasías que se expresaban mediante el juego; también comentó en el mismo artículo que sobretodo las fantasías de tipo agresivo no deben ser reprimidas, sino más bien permitir su aparición, y en caso de que por esta situación el juego del niño estuviese inhibido habría que explorar las causas. Suponía además que el origen de la psicopatología infantil estaba determinada a partir de inhibiciones en su desarrollo.

Klein supuso que la neurosis de transferencia en el niño se iba desarrollando de la misma manera que en el adulto y que lo único que variaba era el tipo de comunicación; por lo que el analista sólo debería interpretar el material analítico; dentro de este material a interpretar estaban las transferencias positivas y negativas, la ansiedad y la culpa.



1.1.1.1 Hipótesis sobre superyó temprano y complejo de edipo temprano

Klein propuso dos hipótesis con relación al superyó temprano y al complejo de edipo temprano; en la primera de sus hipótesis menciona que en el niño está presente un superyó, el cual en un principio piensa que está situado alrededor de los dos y tres años de edad, mismo que sitúa posteriormente en el momento de iniciar la vida psíquica.

En la segunda de sus hipótesis la autora habla de un complejo de edipo ubicado en las etapas pregenitales. Para explicar estas dos hipótesis, la autora se basó en los siguientes aspectos teóricos:

1) Mencionó que la agresión está presente desde los primeros años de vida psíquica, además de que dicha agresión acompañará al sujeto a través de su vida. Observó principalmente los estadios preverbales en los cuales se presentan una gran cantidad de fantasías inconscientes. Posteriormente parte del concepto de sadismo máximo ubicado alrededor de los seis meses de edad cuando ocurre la dentición y el destete. Después la agresión la sitúa en los inicios de la vida, pero independiente de procesos biológicos, es decir la relaciona con procesos puramente psicológicos como la fantasía inconsciente. "Este aporte de Klein es de gran importancia para la comprensión de las patologías graves, psicóticas y borderline". (Bleichmar, 1999).

2) Klein difiere del concepto de fase libidinal al descubrir que en los niños pequeños existen pulsiones orales, anales y genitales superpuestas desde las primeras relaciones de objeto. Lo anterior por supuesto traería como consecuencia un adelanto en la triangulación edípica, es decir un edipo temprano, en el que la sexualidad al contener agresión producirá culpa, dolor, ansiedad, lo que a su vez se relaciona con un superyó temprano. A partir de este descubrimiento Klein prefiere usar el término de "posición" en lugar del de fase libidinal.

3) En esta etapa Klein habla del término *fase femenina* en el cual explica que el niño tiene fantasías inconscientes en las que dirige la agresión hacia el cuerpo de la madre; deseando penetrar dicho cuerpo mediante un ataque sádico. La ansiedad sobreviene pues, debido a que en la fantasía todo el contenido es destruido. Supone entonces que la sexualidad está mezclada con sadismo como contenido primario. Es en esta etapa donde se puede desarrollar un edipo directo e invertido tanto en niños como en niñas.

4) Como ya se había mencionado por medio del juego infantil el niño elabora fantasías, las cuales se proyectan al exterior, en dichas fantasías se encuentran presentes ansiedades persecutorias junto con el cuerpo de la madre así como el interior de éste; debido a que anteriormente pudo haberse vivido la fantasía de la destrucción del cuerpo materno, el yo del niño busca en el exterior objetos como una forma para calmar la ansiedad que esto produce. Buscar objetos externos simboliza en el niño el cuerpo materno; lo cual es el punto de partida para las relaciones con el mundo externo, con la realidad y además tiene gran importancia en la formación de simbolismos. (Klein, 1930).

5) Klein piensa que las niñas desde una edad muy corta tienen sensaciones vaginales, y que tanto en los niños como en las niñas están presentes las fantasías del coito parental; además de que desde las primeras etapas de la vida, es decir desde la fase oral están presentes en los niños y en las niñas deseos sexuales, los cuales son dirigidos hacia el padre o la madre respectivamente; lo que establecerá más adelante las características del edipo temprano, ya sean positivas o invertidas.

6) Por último Klein menciona que existe un conjunto de fantasías en el niño desde una edad muy temprana acerca de la escena primaria; en las cuales el niño tiene la fantasía de que sus padres están unidos ya que el pene del padre está dentro del cuerpo de la madre, y además comparten satisfacciones diversas de tipo oral, anal y genital. Puesto que en el niño aparecen tanto celos como

envidia surge el deseo de atacar el cuerpo de la madre, lo cual ocasiona la formación de imágenes persecutorias por medio de la proyección ya que además el pene del padre está dentro de este cuerpo materno, lo cual genera gran ansiedad. A todo este proceso Klein lo llamó "figura combinada de los padres", y a raíz del cual, también se generan las fantasías de la madre fálica.

1.1.1.2 Superyó terrorífico y superyó benevolente

Melanie Klein a partir de las observaciones que hizo en los niños pequeños que analizaba mencionó que existía un superyó temprano que se encuentra alrededor de los dos años de edad, por lo cual es más cruel y sádico que el superyó freudiano; cree que está formado por las tempranas identificaciones del niño con el objeto materno, el cual de acuerdo al desarrollo es introyectado canibalísticamente.

Partiendo de lo anterior Klein piensa que el superyó se forma al inicio del complejo de edipo, siendo este superyó temprano el que determinará el final de la fase edípica, el desarrollo del yo y del carácter. (Klein, 1928)

Posteriormente Klein (1935), menciona que el superyó está presente desde los inicios de la vida, y se forma al momento de introyectar dos objetos contradictorios, es decir el objeto parcial idealizado, a partir del cual se forma el ideal del yo y el objeto parcial persecutorio; el primero tiene características protectoras benevolentes y el segundo características punitivas. Este superyó deberá integrarse al atravesar por un proceso de desarrollo, y dicha integración dependerá del curso de la posición depresiva.

1.1.1.3 Complejo de Edipo temprano

Klein, como se mencionó anteriormente difiere de las teorías freudianas acerca del Edipo, e incluso las modifica; primero ubica al Edipo, alrededor del

primer año de vida del niño; y segundo, el curso de este Edipo se prolonga durante el desarrollo infantil, organizando las pulsiones genitales.

1.1.2 Teoría de las posiciones

1.1.2.1 Posición esquizo – paranoide

Klein durante sus trabajos observó que los niños pequeños empleaban un mecanismo llamado disociación (*splitting*) por medio del cual eran capaces de disociar los objetos, separando los aspectos correspondientes a la parte totalmente buena, o totalmente mala de una persona, en tales disociaciones podían colocarse sólo uno de estos aspectos en otras personas.

Klein (1946), formuló una organización de los procesos primitivos que están presentes en esta etapa, planteó que alrededor de los tres meses de edad existen tres aspectos los cuales son fundamentales en la organización de la vida mental. Tales aspectos son: la ansiedad persecutoria, la relación de objeto parcial con el pecho bueno y malo y los mecanismos de defensa tales como disociación, identificación proyectiva, introyección y negación en contra de la angustia; los que según Klein son de naturaleza psicótica.

La ansiedad persecutoria es percibida por el yo como un ataque hostil, el cual tiene un origen interno (pulsión de muerte) y otro externo (trauma del parto), el primero es proyectado al pecho de la madre, es decir en el primer objeto externo, iniciándose la relación del yo – objeto malo externo; mientras que las pulsiones de vida se proyectan en el pecho bueno.

En esta etapa el niño tiene fantasías sádicas - anales inconscientes de destruir el pecho y el cuerpo de la madre y atacarlo con heces fecales; y a la vez de devorarlos con fantasías de tipo oral - sádico. El cuerpo de la madre, pues, es distorsionado con tales fantasías; el niño ha fragmentado por medio de la disociación el mundo externo y a sí mismo en dos partes las cuales no se pueden

unir, colocando en el objeto idealizado todo aquello que es gratificante y en el objeto persecutorio las frustraciones.

Debido a los mecanismos de introyección y proyección se crea un objeto bueno interno y un objeto malo interno, a partir de dichos mecanismos se realizarán, introyecciones y proyecciones de objetos, situaciones, impulsos y fantasías. Conforme el proceso de desarrollo sigue su curso habrá momentos de integración de los objetos disociados, y gracias a los objetos buenos que fueron introyectados en el yo, éste en consecuencia, se habrá fortalecido, tolerando así la ansiedad y evitando que ésta sea proyectada; dando como resultado que la ansiedad persecutoria vaya disminuyendo, favoreciéndose así la integración y dando paso a la posición depresiva.

Las fantasías del niño distorsionan las imágenes de los objetos externos e internos, dando como resultado que el pecho bueno externo e interno, sea el proveedor y gratificador, mientras que el pecho malo ocuparía los objetos persecutores tanto externos como internos, lo cual refuerza los mecanismos esquizoides del niño, dificultando la integración. (1952 a)

1.1.2.2 Mecanismos de defensa en la posición esquizo – paranoide

Klein pensó que los mecanismos de defensa del niño son procesos extremos, intensos y con características omnipotentes a los cuales consideró como mecanismos psicóticos, que anulan la ansiedad persecutoria y organizan el pensamiento arcaico del niño.

Proyección: (1946), contrarresta la amenaza de destrucción interna al expulsarla al exterior del sujeto; permite la consolidación del pecho bueno y pecho malo.

Disociación: (1946), a partir de este mecanismo se logra la primera escisión bueno – malo de los objetos externos e internos, así como lo interno de lo

externo, y la realidad de la fantasía, lo que favorecerá las estructuras arcaicas mentales del niño; protegiendo también al yo del niño de la ansiedad persecutoria, lo cual dará como resultado el primer objeto bueno interno en el yo y superyó.

Conforme la ansiedad persecutoria va disminuyendo, la disociación también disminuye, lográndose las primeras integraciones del yo y de los objetos; lo anterior permite el paso a la posición depresiva.

Si la disociación no resulta exitosa se tendrá como consecuencia un desarrollo patológico en esta posición es decir fragmentación y desintegración, causa de enfermedades psicóticas.

Introyección: (1946), es el mecanismo que permite la formación del yo y del superyó a través de la construcción de objetos internos, los cuales cabe señalar, han sido deformados por la proyección.

Identificación proyectiva: (1946), es un mecanismo por medio del cual el sujeto coloca en el exterior una parte de sí mismo (aspectos buenos y malos), identificándose con lo que no colocó fuera de sí mismo, es decir con lo no proyectado.

Esto puede manifestarse como fenómenos normales como sería lograr una empatía con los demás; pero también pueden ser fenómenos patológicos como entrar forzosamente en los otros objetos temiendo por lo tanto una reintroyección lo que podría traer como resultado, estados paranoides, ansiedades claustrofóbicas, impotencia. (1952 a).

Idealización: (1957), es un mecanismo por medio del cual se resaltan características a los objetos buenos, o se le agregan cualidades que no posee, de nuevo como una defensa ante la ansiedad persecutoria, y como una búsqueda de

perfecta gratificación, dicha situación deberá resolverse en la posición depresiva, cuando el yo se percata de que los objetos no son ni tan buenos ni tan malos.

Negación: Es un mecanismo primitivo por medio del cual los objetos persecutorios son disociados y colocados en el exterior; identificándose el yo con objetos internos que han sido idealizados.

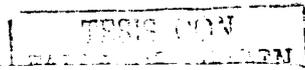
1.1.2.3 Posición depresiva

Klein (1935), sitúa esta etapa entre los tres y los seis meses de edad; en esta etapa ocurren aspectos importantes como la sensación de culpa del yo del niño por haber dañado con sus impulsos agresivos al objeto de amor; incremento de la integración del niño al poderse vincular con la madre "total" tanto en aspectos buenos como aspectos malos; una gran preocupación por los objetos internos y externos en donde el principal mecanismo de defensa es el de reparación.

En el conflicto depresivo de esta etapa está presente una lucha entre amor y agresión, para entonces los mecanismos defensivos han dejado de ser omnipotentes, siendo el más importante el de reparación el cual trata de "reparar" el daño a los objetos dentro del sí mismo del niño.

En la posición depresiva se tolera mayor dolor psíquico, en la cual ya es posible aceptar la dependencia hacia los padres. En esta etapa los vínculos con el exterior se caracterizan por ser más realistas y se pueden integrar sus aspectos bueno – malo; además de ser el momento determinante para las enfermedades maniaco – depresivas.

La neurosis infantil por tanto queda resuelta cuando las defensas de tipo maniaco y obsesivas se van decrementando. Existe además un proceso de simbolización que está directamente relacionado con el proceso de duelo, por



medio del cual se logra una recreación del objeto dentro del sí mismo. Bajo los enfoques kleinianos cada pérdida reactiva el duelo por el pecho perdido. Ante las pérdidas en la posición depresiva, el yo activa defensas maniacas, las cuales constituyen una negación omnipotente de la realidad psíquica, caracterizadas por triunfo, control y desprecio de las relaciones objetales; es decir hay un control de los objetos que evita el sufrimiento por la pérdida de éstos.

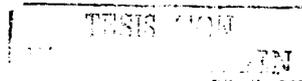
1.1.2.4 Defensas maniacas

Las defensas maniacas ocurren durante la posición depresiva en el momento en que el yo se enfrenta a los sentimientos de pérdida y culpa. Se presentan principalmente a consecuencia de una negación omnipotente de la realidad psíquica cuyas características sobresalientes son: *triunfo, control omnipotente y desprecio* dirigidos a las relaciones de objeto. En estos casos las fantasías de omnipotencia por dominar y controlar a los objetos tienen la función de evitar el sufrimiento por la pérdida de los mismos.

Tales defensas son consideradas como normales durante el proceso de desarrollo, principalmente para enfrentar los sentimientos depresivos; por lo que si llegase a ocurrir una falla en el proceso de elaboración de la posición depresiva, ocasionando su fracaso, y por consecuencia presentándose la imposibilidad de reparar los objetos, se producirá una regresión a la fase esquizo – paranoide, o se suscitara el punto de fijación de los estados maniacos.

1.1.3 Teoría de la envidia

Klein (1957), mencionó que en el bebé existen impulsos agresivos hacia el pecho materno con el fin de destruirlo y dañarlo, a lo que la autora denominó como envidia primaria pues se vincula con el primer objeto "parcial" con el que el bebé se relaciona, dicha envidia no es comparable a la frustración porque no proviene del objeto materno sino del interior del niño, esta envidia es reactivada



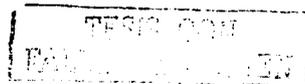
cuando el niño se siente gratificado; lo cual indica que la envidia es debida a la intolerancia que provoca lo ajeno en el sujeto, a pesar de ser el beneficiario.

Klein enfatizó la importancia de diferenciar aspectos como la envidia, que se presenta en objetos parciales; los celos, que surgen en una relación de objeto total y la voracidad, pues estos tres elementos interfieren de manera directa en la introyección del objeto bueno. Cabe destacar que una envidia intensa puede afectar directamente en la posición esquizo – paranoide, específicamente al proceso de disociación en el cual se confunde el objeto bueno (objeto ideal) y malo (objeto persecutorio), afectándose severamente los procesos de introyección del objeto bueno; lo que posteriormente ocasionará inadecuadas introyecciones y reactivará la envidia, lo que a su vez dificultará la integración de los objetos en la posición depresiva.

1.2 Donald Winnicott

Donald Winnicott fue un pediatra inglés que inició su trayectoria como médico en 1923. Durante su práctica profesional pediátrica junto con su análisis personal surge en él la idea de que muchos de los problemas de índole emocional, incluidos algunos cuadros psicopatológicos en los seres humanos estaban determinados por los primeros años de vida y la relación con el medio ambiente. A partir de estos aspectos Winnicott desarrolló los postulados de su teoría sobre el desarrollo.

La teoría de Donald Winnicott, indudablemente tiene influencia directa de Melanie Klein, – psicoanalista con quien trabajó y de quien recibió tutoría a partir de una recomendación de James Strachey –, por tal situación y además de su especialidad médica, no sería de extrañar que su teoría se centrara principalmente en el desarrollo de los primeros años de vida del ser humano.

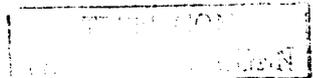


A través del método observacional de la conducta generada entre el vínculo entre el infante y su madre, Donald Winnicott ya advertía que el origen de innumerables patologías, como los trastornos psicóticos, los trastornos psiconeuróticos, el trastorno antisocial, y los trastornos de la alimentación encontraban su etiología en torno a la fase del complejo de edipo; período en el cual según sus postulados teóricos existe una estrecha relación con los aspectos de índole emocional.

Por otra parte, y con relación a las personalidades "fronterizas", Kernberg (1975), señaló que a causa de las dificultades en la integración superyoica, ocurren una serie de fenómenos que afectan al superyó, los cuales repercuten de manera directa en la adecuada integración del "sí mismo", además de las *imágenes objetales*, tal situación incide considerablemente en la evaluación real de los objetos del *mundo externo*, activándose, pues, las imágenes introyectadas como completamente buenas, en forma defensiva debido a la amenaza de las imágenes completamente malas.

Es entonces a partir de los postulados teóricos de Donald Winnicott, que fue posible la comprensión de lo expuesto por Kernberg, pues Winnicott, ha señalado en su teoría, que en las personalidades "fronterizas" existe una seria dificultad en el acatamiento de las demandas de tipo social a consecuencia de una falla en la adecuada integración del "sí mismo" y del superyó, por lo que las estructuras del superyó se ven directamente influenciadas por precursores sádicos provenientes de la agresión pregenital, así como de la fusión de imágenes arcaicas ideales del "sí mismo" y los objetos; por lo que la omnipotencia en el sujeto es reforzada.

Dicha situación permite comprender la dificultad que presentan algunos sujetos para mostrar capacidad de empatía en los vínculos al momento de contactar con otras personas (objetos), a quienes experimentan como distantes, en tales casos es posible que exista un modo *funcional* en las relaciones



interpersonales siempre y cuando no este presente un compromiso emocional con dichos objetos, pues al momento en que el compromiso emocional incrementa, la incapacidad para mostrar empatía hacia los objetos se ve disminuida.

La superficialidad emocional en éstos casos tiene fines defensivos relacionados con instintos libidinales y agresivos por una parte, y por la otra, incapacidad para experimentar culpa e interés hacia los "otros" significativos. Por otra parte Donald Winnicott dio gran importancia a la presencia del medio ambiente, señalando que las fallas del mismo repercutían en la etiología de diversas patologías.

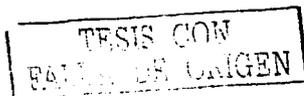
A continuación se exponen los postulados teóricos de Donald Winnicott.

1.2.1 Importancia del sostenimiento (*holding*)

Al inicio de su teoría Winnicott (1936) suponía que el recién nacido creaba su propio ambiente, por lo cual consideró de suma importancia las fantasías del mismo; posteriormente Winnicott fue cambiando de parecer, a modo de convencerse que el modo en que el medio ambiente influía en el recién nacido, era de gran importancia hasta del punto de ser un aspecto determinante de su temprano psiquismo.

Posteriormente el autor (1960), reconoce el importante papel de la madre y su influencia en el desarrollo emocional del sujeto por medio del "sostenimiento" el cual dice Winnicott "...comprende en especial el hecho físico de sostener la criatura en brazos y que constituye una forma de amar". (1960 a).

Debido a que el niño nace como un ser indefenso el principal papel del sostenimiento es proporcionar un adecuado soporte al desarrollo para que éste se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles; es decir organiza importantes



funciones como la percepción, movimientos e instintos; además de facilitar en el niño su desarrollo para una posterior integración.

Winnicott plantea de otra manera que el sostenimiento es similar a toda la serie de cuidados que se proporcionan al niño durante el día y la noche, los cuales serán de gran importancia en su desarrollo psicológico.

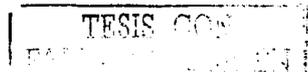
La consecuencia de proporcionar adecuadamente dichos cuidados al niño no solo lo favorecerán fisiológicamente, sino que además promoverán la integración del sí mismo, de los demás y de los estímulos. Se puede mencionar entonces que el niño vive una "continuidad existencial", consecuencia de un sostenimiento exitoso; caso contrario traería como resultado amenazas provocadas por experiencias subjetivas las cuales obstaculizarían el desarrollo. En todo este proceso, la madre funge como "yo auxiliar" en tanto el niño logra desarrollar algunas capacidades como integración y síntesis.

Lo anterior es posible, debido a la "preocupación maternal primaria", la cual, según Winnicott, es adquirida hacia el final del embarazo y durante las primeras semanas posparto, lo que le permite a la madre identificarse con las necesidades del niño. Esta preocupación decrece conforme el niño avanza en su desarrollo.

1.2.2 Falso self y verdadero self

Anteriormente se mencionó la importancia de que la madre proporcione un "yo auxiliar" adecuado, el cual permite en el niño la organización de importantes funciones corpóreas como la percepción, el movimiento y los instintos; además de las nuevas capacidades relacionadas con la motilidad y el ambiente.

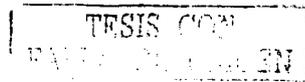
Cuando este "yo auxiliar" que proporciona la madre no es suficiente, el niño construye su propio "yo auxiliar", que en la teoría winnicottiana es conocido



como falso self; si esto sucede dicha insuficiencia del "yo auxiliar" ocasionará en el niño una vivencia similar a la amenaza de su continuidad existencial, provocando a su vez la sensación de que todas sus actividades sean únicamente respuestas al mundo hostil al que se enfrenta; el niño fabrica entonces su propia protección como si creara sobre sí una cáscara en la cual se desarrollará su propio self, desarrollándose pues el niño más bien como parte de la cáscara que del núcleo, siendo por lo tanto una extensión del medio hostil. Luego el núcleo de la cáscara, es decir, el verdadero self queda escondido por el falso self. En cuanto a la manera en como se constituye el falso self Winnicott (1960 b); comenta: "La madre que 'no es buena' es incapaz de cumplir la omnipotencia del pequeño, por lo que repetidamente deja de responder al gesto del mismo; en su lugar coloca su propio gesto, cuyo sentido depende de la sumisión o acatamiento del mismo por parte del niño. Esta sumisión constituye la primera fase del ser falso y es propia de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del pequeño".

En tanto que para la constitución de un verdadero self el autor menciona: "La madre 'buena' es la que responde a la omnipotencia del pequeño y en cierto modo le da sentido. Esto lo hace repetidamente. El ser verdadero empieza a cobrar vida a través de la fuerza que la madre, al cumplir las expresiones de omnipotencia infantil, da al débil ego del niño". (1960 b).

Con relación a lo anteriormente mencionado, falso self y verdadero self, Winnicott consideró que el primero estaba directamente relacionado con algunos trastornos psicopatológicos severos como los trastornos psiconeuróticos, los trastornos psicóticos, los trastornos psicósomáticos o antisociales; aunque con el paso del tiempo se dio cuenta que el falso self está presente siempre en los seres humanos pero en diferentes grados, incluso en ocasiones es necesario la presencia de este falso self, sobre todo cuando actúa protegiendo al verdadero self; pero nunca sin llegar a reemplazarlo, como sería en los casos más próximos a la salud; necesario incluso, dice Winnicott "...para la organización de la actitud social cortés y bien educada..." (1960 b).



1.2.3 Fenómenos y objetos transicionales

Winnicott observó que los niños, sobre todo los más pequeños, estimulaban la zona oral con la mano, el puño o el pulgar, ante lo cual Winnicott y otros autores consideraron que dicha conducta no tiene como único objetivo la estimulación oral, sino que con esto además se ponen en juego otras funciones como la delimitación del propio cuerpo y de lo externo. Algunos meses después, en el niño puede surgir la necesidad de apego a algún muñeco de peluche, juguete, ó pedazo de tela.

A estos objetos a los que el niño mostraba una necesidad de apego Winnicott les dio el nombre de "fenómenos y objetos transicionales", los cuales son muy importantes para el desarrollo del niño ya que representan la "primera posesión no – yo"; dichos objetos también funcionan como un puente entre el mundo interno del niño y su mundo externo.

Para explicar la manera como se constituye el objeto transicional, Winnicott cree que existe una estrecha relación entre el primer vínculo del niño y su mundo externo, es decir, el pecho materno; cuando el pecho es acercado al niño, éste podría tener la vivencia de ser omnipotente pues no logra hacer la diferenciación entre él y el objeto externo (pecho materno); posteriormente cuando el niño va siendo frustrado poco a poco, esta frustración, proveniente de la madre deberá brindar al niño la sensación de pertenencia del pecho, pero con el reconocimiento de que no es suyo.

Winnicott consideró que el objeto transicional ocupa un espacio al que llamó ilusión, este objeto transicional representa a la madre y por lo tanto será el niño quien decida la distancia entre él y el objeto, además de que la madre debe ser vivenciada como un objeto bueno, pues si el objeto materno está dañado en la psique del niño, lo más común es que no recurra a este objeto.

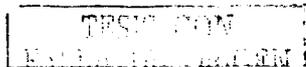


Winnicott mencionó algunas características comunes que debe tener el objeto transicional; el niño brinda afecto, amor y ama al objeto, pero también lo mutila; tiene derechos hacia dicho objeto los cuales respetan los adultos; solamente el niño decide cuando debe cambiar el objeto; para el niño el objeto debe tener la sensación de que tiene realidad propia, movimiento, textura; el niño reconoce que el objeto no es una alucinación pero además no le es claro que provenga del interior. La característica más importante que debe tener el objeto transicional es que debe sobrevivir a la agresión, pues sólo de ésta manera podrá neutralizar la agresión y se constituirán objetos buenos internos; una vez internalizado un objeto bueno, posteriormente debe ocurrir un alejamiento del objeto transicional, por medio de la consecución de diferentes objetos; cuando ha sido posible abandonar el primer objeto transicional queda una huella en el individuo que representará un espacio entre lo interno y lo externo, en cuyo espacio es posible llevar a cabo la creatividad, incluso el análisis.

El objeto transicional, puede tener un deselance patológico, producido según Winnicott (1951), por las fallas maternas, y el vínculo afectivo; los tres cuadros patológicos son el fetichismo "...en términos de la persistencia de un objeto específico... que data de la experiencia infantil dentro del campo transicional, enlazada con la delusión de un falo materno"; adicción que es "...una regresión a la fase precoz en que los fenómenos transicionales no son disputados"; y el robo que representa "...la necesidad inconsciente y apremiante que siente el individuo de tender un puente sobre la laguna de la continuidad de la experiencia con respecto al objeto transicional". Estos cuadros patológicos representan un sustituto del primer objeto transicional.

1.2.4 Desarrollo emocional primitivo

Winnicott en sus teorías comentó acerca de la trayectoria que sigue un ser humano a través de su desarrollo desde el momento de su nacimiento y hasta los primeros meses de vida, tal período es de importancia fundamental en el



aspecto emocional de desarrollo en el niño. A continuación se mencionan las etapas a las que el autor se refiere.

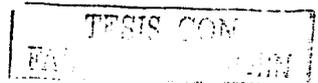
La integración y la personalización

En esta etapa aparecen principalmente dos procesos los cuales se dan al mismo tiempo, en el primero de ellos el papel de la madre es fundamental, pues a partir de los cuidados que la madre brinda al niño le da a éste la sensación de integrarse dentro de ella, dicho de otra manera, la madre junta el yo fragmentado del niño. En el segundo proceso están implicadas las experiencias entendidas como instintivas las cuales se encargan de "...reunir la personalidad en un todo..." (1945).

Posterior a estos procesos, sobreviene un momento de crisis o dificultad para el niño, ya que al mundo exterior lo puede experimentar como hostil, que lo amenaza y persigue; por tal razón de nuevo es importante el papel materno, quien ante tales circunstancias protegerá al niño por medio de los cuidados brindados ante dicha hostilidad.

En cuanto a lo que a personalización se refiere Winnicott cree que es el momento en que el niño tiene la sensación de que su persona "...se halla en el cuerpo propio". (1945).

Por otra parte el autor plantea que a partir de lo anteriormente mencionado es posible tener como logro el esquema corporal, al que denominó "unidad psiquesoma". Por último en la teoría de Winnicott se menciona que existe una estrecha relación entre la no - integración y la disociación; además de mencionar también que no sólo en los estados psicóticos se presentan alteraciones en esta primera etapa del desarrollo emocional.



Adaptación a la realidad

En esta etapa el logro más importante será la adaptación a la realidad por parte del niño, cabe destacar que de nuevo el papel de la madre es muy importante sobre todo al proporcionar al niño elementos de realidad para que construya la imagen del mundo exterior.

El niño tiene entonces fantasías, las cuales pueden ser incluso alucinadas en un primer momento, pero cumplidas posteriormente por la madre, como lo sería en los casos en que la madre presenta el pecho al niño. Aquí lo más importante será el tipo de vínculo temprano existente entre la madre y el niño; es decir existe primero una alucinación infantil, la cual será enriquecida por la ilusión creada por la madre.

Se puede suponer, pues, que los elementos de realidad infantil que la madre pueda proporcionar y la alucinación infantil nunca llegarán a ser perfectos, pero una parte de la personalidad del niño puede "llenar" ese espacio vacío entre la alucinación infantil y la realidad; a lo anterior Winnicott lo llamó "la mente"; la cual, dicho en otras palabras, permite la transformación de un ambiente suficiente en uno perfecto.

Crueldad primitiva

En esta etapa lo más importante que deberá lograr el niño será la integración de las distintas imágenes fragmentadas que hasta ahora tiene en un todo, pero principalmente deberá lograr la integración de su madre; a pesar de que en esta etapa el niño muestra una carga elevada de agresividad, en ocasiones esta agresión será volcada contra sí mismo, aunque esto no será suficiente para que siga existiendo el objeto externo, pudiendo además resultar dañada la imagen de su madre en su fantasía.

Por otra parte debido a que la madre es quien recibirá toda la agresión que expresa el niño, lo que sucederá es que el niño expresará agresión y ante la

agresión expresada recibirá amor, confirmándose a sí mismo que la madre es otro ser diferente por una parte; y por otra confirmará que la madre ha sobrevivido a dicha agresión, esto le permite paulatinamente acercar dentro de su mente a la madre que brinda cuidados y a la madre que ha sido agredida, para después entonces poderse ver como objeto total que busca su propio bienestar.

En el caso en el que la madre no pudiese brindar los cuidados necesarios en esta etapa, las consecuencias podrían ser fatales, pues en la mente del niño quedaría una madre escindida (dañada y amorosa); fragmentando su mundo interno y su mundo externo; además de que al no sentir inquietud el niño no sería capaz de realizar actividades reparatorias, que son fundamentales para las actividades creativas (fantasías), las cuales a su vez son de suma importancia en el adulto sano, pues la realidad es al mismo tiempo la que gratifica y frustra.

1.3 Margaret Mahler

Margaret Mahler fue Médica y pediatra nacida en Austria; durante la época de la Segunda Guerra Mundial viajó a Estados Unidos donde realizó la mayor parte de sus trabajos psicoanalíticos.

Mahler realizó su teoría siguiendo las teorías de otros psicoanalistas contemporáneos a su época como Donald Winnicott, los estudios de Mahler partieron sobre la base de enfermedades neurológicas en infantes; considerando posteriormente los problemas psicológicos.

Luego, Margaret Mahler tuvo interés en otros temas relacionados con la infancia, los cuales serían ejes principales de sus teorías, como los cuadros psicóticos de la infancia.

El interés de Margaret Mahler por estos temas surgió en los años 40's cuando realizó trabajos como consultante del Servicio Infantil del Instituto



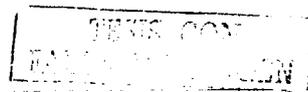
Psiquiátrico del estado de Nueva York y de la Universidad de Columbia; en ambos lugares realizó reportes de casos de infantes los cuales eran semejantes a cuadros reminiscentes de adultos y adolescentes esquizofrénicos, pero en ese entonces la psiquiatría únicamente reconoció estos cuadros como "autismo infantil temprano", el cual Kanner en 1944, ya había descrito.

Pero Margaret Mahler durante sus trabajos observó que el "autismo infantil temprano" no era el único cuadro psicótico que se presentaba en la etapa infantil, advertía entonces sobre otro cuadro, el cual visto bajo los enfoques psicodinámicos y genéticos podía ser clasificado junto con el "autismo infantil temprano", al que denominó: "psicosis simbiótica".

Mahler (1968), notó que los niños que presentaban cuadros de psicosis infantil mostraban claras características diferenciales de enfermedades orgánicas, como "...una interacción un tanto bizarra, pero aún así, en su mayor parte, fue una interacción de adhesión definida y realista con el adulto...", "...inhabilidad sorprendente, de parte del niño psicótico, para poder siquiera ver el objeto humano en el mundo externo, no se diga interactuar con él como una entidad separada".

Mahler entonces se propuso explicar las diferencias entre uno y otro cuadro, así como su origen, pues las diferencias eran muy notorias, los niños con autismo infantil carecían de capacidad para establecer relaciones significativas de objeto, así como una gran dificultad para interactuar con los "otros" seres humanos, tal incapacidad podría ocurrir durante el primer año de vida y además coincidir con una "falta por parte del infante de una 'esperanza normal' de rescate de, o de gratificación de hambre de afecto por parte de su madre" (1968).

En tanto que los cuadros de psicosis simbiótica presentaban repentinamente un deterioro durante el transcurso de desarrollo del infante, dicho deterioro podía identificarse del segundo al quinto año de vida, durante este



segundo período, "la apersonación de la madre, hasta ahora narcisista, ya no era suficiente, para actuar en contra de la predisposición abrumadora de angustia en estos niños" (1968).

La autora entonces, basándose en un enfoque psicodinámico supuso que durante este período de vida algo ocurría con el infante, lo que desencadenaba un estado psicótico, tal hipótesis es elaborada por Mahler a partir de las observaciones de sus trabajos, la cual explica de la siguiente manera: "Fue la separación emocional de la simbiosis con la madre lo que actuó como disparo inmediato para desconectarse psicóticamente de la realidad" (1968).

Una vez que Mahler tuvo conocimiento de los cuadros de autismo infantil y psicosis simbiótica, demostró que el desarrollo del infante ocurría a través de distintas fases, en las cuales estaba presente la ansiedad de separación con respecto a la madre; entonces mediante estudios clínicos de investigación determinó que en la fase que nombró como separación – individuación, se encontraba el origen de la psicosis simbiótica.

Como consecuencia de estos conocimientos, la actitud del terapeuta siguiendo la teoría mahleriana, debería ser lo más similar posible a "...una experiencia simbiótica correctora, en relación de uno a uno con un terapeuta, que condujera a la reconstrucción de una relación más parecida a la simbiótica con la madre misma" (1968).

Por tanto los postulados teóricos de Margaret Mahler señalan que la etiología de diversas patologías ocurre desde las primeras etapas del desarrollo del ser humano; siguiendo entonces, esta línea de pensamiento, se puede decir que aunque Mahler se enfocó principalmente a los trastornos de tipo psicótico, y en el autismo infantil, el cual tiene una elevada correlación con el componente genético, las etapas ulteriores a la fase de autismo normal (simbiosis normal, separación – individuación, diferenciación) serán fundamentales en la



comprensión de las personalidades fronterizas, así como de otras patologías, pues como ha señalado el DSM – IV (1995), los pacientes fronterizos presentan ansiedad crónica, además de sensaciones reales o imaginarias de abandono (entre otros signos diagnósticos); lo que visto desde la óptica de Mahler tiene estrecha relación con la fase de separación – individuación. Por lo tanto el marco de referencia para explicar lo que ocurre con éstos pacientes estará determinado a partir de dicha fase. Es por ello que la propuesta teórica de Margaret Mahler se enfoca "básicamente" a corregir o a establecer nuevamente una relación simbiótica con el terapeuta a modo de que éste provea al paciente de aquellos aspectos "*emocionales*" de los cuales careció en el "allá y entonces", fortaleciendo así el "yo" del paciente. A continuación se expone de manera más detallada la teoría de Margaret Mahler.

1.3.1 Psicosis infantiles

1.3.1.1 El síndrome autista

Margaret Mahler partió de los trabajos de Kanner en 1944 para la explicación de este síndrome; comentó que algunas características comunes del autismo infantil están directamente relacionadas con la manera en como el infante establece contacto con el ambiente.

El autismo infantil primario puede ser explicado como una fijación o una regresión al tipo de vida extrauterino, conocido también como fase autista normal.

En ocasiones uno de los síntomas más evidentes es que la madre parece no ser percibida como objeto externo y por lo tanto no puede ser una guía en el mundo externo real; además el infante es incapaz de discriminarse a sí mismo de los objetos inanimados que están presentes en su ambiente externo, es decir no se diferencia; a partir de ésto podría pensarse que tales conductas serían entendidas como una defensa adquirida en contra de la madre.

Una característica fundamental en estos niños es que tienden a apearse a objetos que carecen de vida.

Las madres de estos niños describen que desde el momento del nacimiento tuvieron algunas dificultades con sus hijos, sobre todo para establecer vínculos, algunas de ellas describen tales conductas como "Nunca pude llegarle a mi bebé", "Nunca me sonrió", "Desde el momento en que pudo caminar, ella se alejó de mí", "... nunca lloró y ni siquiera se dio cuenta cuando abandoné su cuarto" (1968). Pareciera que en estos niños existiera un alto grado de indiferencia hacia los seres humanos que constantemente les rodean.

Ante tal situación Mahler comenta: "Todo el patrón de conducta y de sintomatología del síndrome autista infantil toma forma alrededor del hecho de que el niño o infante autista no puede utilizar las funciones y/o ejecutivas auxiliares de la compañera simbiótica: la madre, para orientarse a sí mismo en el mundo externo o interno. Las modalidades más básicas de la materia permanecen, por tanto, en una forma no inteligible para él y tiene que crear modalidades sustitutivas de orientación con el fin de hacerles frente a los estímulos de dentro y de fuera" (1968).

Tal actitud podría interpretarse como una alucinación negativa, es decir "el niño alucina la ausencia de las personas que le rodean como si viera a través de ellas" "...los utilizan como una extensión mecánica de su cuerpo, es decir como seres inanimados o casi inanimados". (Bleichmar, 1999).

El infante entonces se encierra en su pequeño y limitado mundo, preocupándose principalmente por algunos objetos inanimados de una manera estereotipada; por lo tanto estos niños son demasiado susceptibles a cualquier cambio y carecen de una capacidad para tolerar cualquier modificación del entorno que los rodea, "...la falta de algún juguete en el lugar en el que

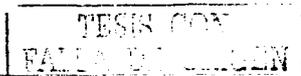
habitualmente se encuentra ... puede despertar una intensa crisis de angustia" como una sensación de omnipotencia. (Bleichmar, 1999).

Los niños autistas presentan un grado muy elevado de omnipotencia, sobre todo cuando se les permite vivir dentro de ellos mismos, controlando por tanto su mundo inanimado; en otras ocasiones sólo se comunican con "compañeros fetiches inanimados", u otros objetos inanimados; pero dicha comunicación es llevada a cabo únicamente por medio de gesticulaciones. Si estos niños emplean el lenguaje, éste no es funcional, sirviendo los adultos solo como un modo de extensión mecánica.

Pareciera entonces que las características mencionadas en los niños autistas cumplen una función defensiva, anulando la guía de orientación emocional de la madre, quien fungiría como objeto amoroso; dando como resultado que ésta no exista; es decir no catectizan.

El autismo puede explicarse entonces como "un intento de indiferenciación y de inanimación". En niños autistas pareciera que la característica que sobresale principalmente es una "lucha espectacular en contra de cualquier demanda de contacto humano social" (1968).

En los niños autistas hay una ausencia de actividades autoeróticas de las superficies del cuerpo, lo que sería similar a la capacidad relativamente baja de la catexis corporal, por medio de la cual podría explicarse su poca sensibilidad a los estímulos dolorosos. Contrastante con la poca capacidad de catexis corporal, y las casi nulas actividades autoeróticas, hay una predominancia de actividades autoagresivas cargadas con una mezcla de componentes orales, anales, fálicos; como sería morderse, golpearse la cabeza, mutilarse; dichas actividades tendrían como propósito "...limitar la catexis de una economía de la libido distorsionada y desordenada, lo cual constituye un intento patológico de sentirse vivo y entero"



(1968); quizá también como una forma de minimizar los límites entre el ser y el objeto.

1.3.1.2 El síndrome de la psicosis simbiótica

Existe una diferencia entre el yo del niño autista y el yo del niño que está en la fase de simbiosis normal con la madre, dicha fase por la cual según Mahler todo individuo atraviesa a lo largo de su desarrollo y es normal, pues en ésta última ya están presentes algunos indicios de diferenciación, con respecto a lo que dicha autora llamó separación – individuación.

En la fase simbiótica hay una indiferenciación de libido y agresión, en este período el niño no logra por tanto hacer una diferenciación entre él y su madre, es decir, ambos forman una totalidad omnipotente, en donde los estímulos desagradables son proyectados al exterior, al respecto Mahler comenta: "El rasgo esencial de la simbiosis es una fusión alucinatoria o ilusoria, somatopsíquica omnipotente con la representación de la madre y, en particular, la ilusión de un límite común de los dos, los cuales en realidad y físicamente son dos individuos separados. Este es el mecanismo al cual regresa el yo en los casos de disturbios más severos de la individuación y la desorganización psicótica", la cual Mahler (1968), describió como simbiosis psicótica infantil.

Mahler supone que la psicosis simbiótica es una fijación, o una regresión a una etapa en la cual hay una mayor diferenciación en el desarrollo de la personalidad que la autista; es decir a la fase simbiótica, fase del objeto parcial y del satisfactor de la necesidad.

En estos niños pareciera que existe un aumento en la sensibilidad de sus acciones, dicha sensibilidad está directamente relacionada con las frustraciones, presentan además una vulnerabilidad excesiva a cualquier

frustración por menor que sea; un ejemplo sería renunciar a la marcha locomotriz por haber sufrido una caída.

Estas situaciones ocurren porque el niño las percibe como una sensación de pánico de separación y aniquilamiento y son emitidas ante situaciones cotidianas de separación con la madre.

"En la psicosis simbiótica infantil, la representación mental de la madre permanece, o se funde regresivamente, es decir, no se separa del ser" (1968).

A menudo en los niños con psicosis simbiótica la omnipotencia se ve amenazada sobre todo por el desarrollo psicosexual del niño, lo cual es un motivo suficiente para generar pánico, esto ocurre sobretodo durante la etapa edípica, ó en el tercer o cuarto año de vida, por lo cual el ambiente es percibido como agresivo y hostil, pues de alguna manera junto con el desarrollo presionan al niño a separarse de su madre, lo que da como resultado severas reacciones de pánico; las cuales pueden ser seguidas por "producciones restitutivas que sirven para mantener o restaurar la función narcisista, la ilusión de la unidad con la madre o con el padre" (1968).

En las psicosis infantiles, no está claramente delimitado el ser del no ser, de hecho se podría incluso decir que fracasó la fase de separación - individuación, continuándose aún la fusión simbiótica.

En este síndrome hay una disparidad en los niveles de crecimiento del desarrollo físico y la evolución emocional, el infante que muestra dificultades para separarse de su madre no podrá avanzar más allá de la fase simbiótica, a pesar de que su desarrollo físico se lo permita, sobreviniendo entonces reacciones de pánico, al respecto comenta Mahler (1968), "Si la tasa de crecimiento de las funciones autónomas del yo es mayor que aquella de la diferenciación emocional de la madre, la frágil estructura yoica de estos niños se fragmenta, es decir la

madre proporciona al niño un yo auxiliar, el cual es susceptible de fragmentarse, sobreviniendo entonces la reacción de pánico.

1.3.2 Las cuatro hipótesis de M. Mahler acerca del desarrollo emocional del ser humano

Fase normal de separación – individuación

En esta fase el planteamiento de Mahler es que los individuos deben superar la fase simbiótica en su desarrollo, para comprender esto la autora hizo observaciones sobre experiencias cenestésicas, preverbales, por, medio de las cuales comienza la formación de límites durante los dos primeros años de vida. Lo que en esta fase importa es como se da el proceso de "ruptura del cascarón".

Fase de ansiedad de separación

En esta etapa el infante ha logrado una maduración de sus habilidades locomotrices, pero no una maduración emocional, debido a que el infante todavía se encuentra en el estadio preverbal, no puede comunicar la ansiedad a su madre, es decir no usa al otro como yo auxiliar, resultando entonces la fragmentación del yo.

Desarrollo del sentimiento de identidad

"Una tercera hipótesis establece que la separación – individuación normal es el primer prerrequisito crucial para el desarrollo y el mantenimiento del 'sentimiento de identidad' ". (Mahler, 1975). Lo anterior se podría explicar, diciendo que en la simbiosis existe una indiferenciación entre yo y no – yo, es decir, no están claramente definidos los límites entre el niño y su madre.

Función catalizadora de la maternación normal

Al observar a los niños psicóticos Mahler propuso otra hipótesis, acerca de que los infantes con psicosis simbiótica carecían de la capacidad de emplear a la madre como un objeto real que fungiera como base a partir de la cual lograra

un sentimiento estable de separación del mundo de la realidad y de relación con él. (Mahler, 1975); para lo cual Mahler realizó una investigación con infantes de 3 a 36 meses, en los cuales observaba sus formas de interacción con la madre y viceversa, sus conductas con otros adultos, y sus secuencias verbales.

1.3.3 Las fases del desarrollo

Primera fase: Autismo normal (0 – 1 mes)

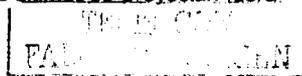
Durante esta etapa predominan en el infante estados de somnolencia más que de vigilia, similar a un sistema monádico cerrado, en el cual existe una "realización alucinatoria de deseos". Durante esta fase no está presente la catectización de objetos, y la investidura libidinal es prácticamente visceral, en la cual los procesos fisiológicos predominan más que los procesos psicológicos.

Durante esta etapa, el infante atraviesa por una fase de desorientación alucinatoria en la cual hay una autosatisfacción de necesidades omnipotente y autística; es decir el recién nacido no es capaz de diferenciar que el satisfactor proviene de un objeto externo, y para él cualquier satisfacción corporal brinda equilibrio homeostático, dicho equilibrio homeostático paulatinamente desencadenaría un desplazamiento de la libido del cuerpo hacia el exterior. Lo que permite que el infante salga de este estado es una dotación genética por medio de la cual logra una apertura al medio ambiente a través de una vinculación con la madre llamada *ser matema*. (Mahler 1968).

En tanto que los cuidados que brinda la madre a este infante preparado genéticamente se les denomina *maternación*.

Segunda fase: Simbiosis normal (1 mes – 4,5 meses)

En esta fase, el infante al haber madurado neurofisiológicamente, establece una diada con la madre de tipo omnipotente. En esta fase comienzan a percibirse estímulos placenteros y displacenteros; éstos últimos se proyectan fuera.



de la díada para que sea preservada. La clasificación estímulos placenteros y displacenteros es lo que permite al infante lograr la delimitación del "yo corporal".

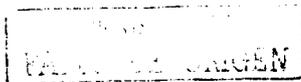
El logro más importante en ésta fase es la catexis de la madre, aunque al inicio de la misma todavía de manera parcial, al término habrá establecido el infante una relación objetal con la madre. Es importante que en este momento la madre proporcione adecuados cuidados al infante para que la agresión sea neutralizada al proyectarse fuera del núcleo simbiótico. Al término de ésta fase el infante habrá catectizado la relación sombiótica con su madre de una manera omnipotente.

Tercera fase: Separación – individuación (5 meses – 36 meses)

Mahler (1975), planteó que estos dos procesos se dan al mismo tiempo, en el primero están presentes "...la evolución intrapsíquica, la percepción, la memoria, la cognición, la prueba de realidad..."; en tanto que el segundo proceso es el de "...la separación, que sigue la trayectoria de la diferenciación, distanciamiento, la formación de límites la desvinculación con la madre".

Primera subfase: Diferenciación (5 meses – 7,8 meses)

Para que esta etapa se pueda llevar a cabo primeramente el niño debe haber catectizado a su madre como objeto libidinal, lo cual es manifestado por la sonrisa del bebé ante el rostro de la madre o su voz, y segundo la posibilidad de periodos mayores de vigilia, los cuales son posibles debido a la maduración neurofisiológica, junto con otras habilidades motrices. Posteriormente el niño se aleja poco a poco de su madre, lo que le permite hacer diferencias entre su madre y su sí mismo. El nivel de angustia ante la presencia de extraños dependerá directamente de la manera como se haya establecido la simbiosis. Mahler a través de sus observaciones señaló que tanto una madre que tiene ansiedad en que su hijo se separe, como una madre envolvente pueden promover una diferenciación tardía aunque también precoz, ambas problemáticas para el infante.



Segunda subfase: Ejercitación locomotriz (8 meses – 15 meses)

Mahler divide esta subfase en dos etapas ejercitación temprana, en la cual por medio del gateo, el niño se aleja por momentos de su madre, aunque posteriormente regresa a ella para tomar una "recarga emocional", y posteriormente se aleja de nuevo, lo importante para que esta primera etapa sea exitosa es la disponibilidad de la madre, lo que le permite libidinizar su ejercitación y así poder pasar a al siguiente etapa de ésta subfase que es la ejercitación propiamente dicha, para la cual ya se ha dirigido la investidura libidinal a las habilidades motrices lo que le permite al niño sentir dichas habilidades como placenteras, posteriormente las catexias que habían sido depositadas en las habilidades motrices se van desplazando al yo autónomo. Existe placer por lograr la separación de la simbiosis; y aquí es el momento de finalización del narcicismo infantil.

Tercera subfase: Acercamiento (15 meses – 24 meses)

Mahler (1975), dividió esta subfase en tres etapas:

1) Comienzo del acercamiento (15 – 18 meses); en esta etapa el niño regresa con su madre, ya no para recargarse emocionalmente sino para mostrarle sus logros, en este momento el infante logra percatarse de la diferencia entre él y su madre lo que puede provocarle ansiedad; es en este momento cuando el padre adquiere importancia para el infante.

2) La crisis de acercamiento (18 – 20 meses); en esta etapa se producen dos aspectos; el primero sería el *seguimiento de su madre* ante la necesidad de ayuda debida a su deambulación lo que pondría en duda su omnipotencia; y el segundo aspecto es *la huida* de la madre, lo que provocaría en el infante temor a una simbiosis a destiempo, así como temor ante la pérdida de su autonomía manifestada por su capacidad para la deambulación. En esta etapa, en un primer momento el infante emplea dos mecanismos de defensa para mitigar la angustia, la escisión y la proyección, posteriormente el infante ocupa

mecanismos de defensa más organizados como identificarse con alguno de sus padres.

3) Moldeamiento de la distancia óptima (20 – 24 meses); es una etapa importante, pues el infante se percató de la diferencia entre los sexos, el varón descubre su pene, lo que le proporciona identificación con su padre, en tanto que la niña se ve castrada, ante lo cual manifiesta cólera hacia la madre por no haberle dado el pene; el varón pues, tiene mayores recursos de identificación. La zona genital queda fuertemente investida, lo que en un futuro posterior será de suma importancia para la formación del superyó. Las condiciones para esta etapa son un adecuado manejo y desarrollo del lenguaje, comienzo de procesos de internalización tanto de objetos buenos como de normas, capacidad de expresar fantasías mediante la simbolización del juego.

Cuarta subfase: Logro de la constancia objetal emocional (24 meses – 36 meses)

Mahler planteó tres aspectos para que la constancia objetal pueda ser llevada a cabo en el niño; que exista intrapsíquicamente un objeto disponible en el niño, que el objeto esté investido con energía libidinal o neutralizada, es decir que no esté cargado de energía agresiva, y que sea un objeto total el que este disponible, es decir que haya escisión.

1.4 Heinz Kohut

Heinz Kohut fue un neurólogo vienés, que durante la Segunda Guerra Mundial viajó a Chicago, donde ingresó al Instituto Psicoanalítico de dicha ciudad, en el cual desarrolló su teoría clínica: la psicología del self; para la cual Heinz Kohut enfatizó principalmente en dos aspectos que consideró fundamentales en psicoanálisis: la empatía y la introspección. A partir de estos elementos Heinz Kohut se percató de la existencia de una entidad patológica que no había sido descrita anteriormente a la cual denominó *trastorno narcisista de la personalidad*.



la cual se diferenciaba de las neurosis típicas por el tipo de transferencia que presentaban los pacientes con este trastorno, en cuya transferencia los pacientes percibían al analista como parte de sí mismos.

El trastorno narcisista de la personalidad descrito por Heinz Kohut sería una entidad patológica ubicada entre las psicosis y el trastorno límite de personalidad, en cuyo trastorno, Kohut pensó que la etapa de narcisismo de la infancia no quedaba resuelta evolucionando pues, a la par de la libido objetal, pero de manera independiente con ésta, recurriendo a objetos de su medio ambiente para lograr su maduración, a dichos objetos Kohut los llamó objetos del self.

Heinz Kohut propuso a través de sus observaciones clínicas en el setting diferentes tipos de transferencia las cuales eran presentadas por los pacientes afectados con el trastorno narcisista, de acuerdo al tipo de transferencia que presentasen los pacientes – y de acuerdo a la teoría de Kohut – se podía inferir que tan arcaica estaba constituida la personalidad del paciente; en cuyos casos se activaba el *"sí mismo grandioso"* así como los *"objetos del self"*.

Para Heinz Kohut un factor de gran importancia para que se constituya el trastorno narcisista de personalidad estriba en la ausencia de una actitud empática materna, la cual incide de manera directa en el sí mismo grandioso infantil provocando fijaciones, y afectando los procesos de idealización.

La importancia de la teoría propuesta por Heinz Kohut radica en la descripción dinámica que realiza acerca de la manera como el sujeto emplea "sus objetos (del self)" ya sea como una manera defensiva o como una forma de "complementar" aspectos de los cuales carece su personalidad a consecuencia de una falla en la actitud empática materna. Por otra parte el trastorno narcisista de la personalidad – descrito en el DSM – IV (1995) – tendría estrecha relación con el trastorno límite de personalidad, pues en numerosos casos es muy posible que el trastorno narcisista de personalidad evolucione a un trastorno límite de

personalidad, presentándose los rasgos narcisistas en este último. A continuación se menciona con más detalle la teoría propuesta por Heinz Kohut.

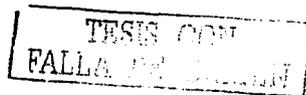
1.4.1 Perturbaciones del self

Kohut mencionó la diferencia entre self, al cual entiende como el sí mismo, en tanto que el yo forma parte de una de las tres instancias de la mente, por lo tanto el self forma parte del aparato psíquico, pero no de las instancias. Dicho self está formado a partir de la internalización de objetos específicos con los que el sujeto crea vínculos narcisistas "...al servicio del self y de la preservación de su investidura instintiva o bien son vividos como parte del self" (1971), a estos objetos Kohut les dio el nombre de objetos del self; los cuales son objetos externos como las figuras parentales, u objetos significativos a través del desarrollo del sujeto.

Los objetos del self pueden tener dos características; la primera de ellas proporciona metas y ambiciones, o sea el self grandioso; y la segunda, que debido a su internalización aparecen los ideales del self: la "imago parental idealizada". Entre estas dos características Kohut supuso que existía un área intermedia donde se encuentran "las aptitudes y los talentos" (1977).

1.4.2 Trastornos del área narcisista de personalidad

Kohut (1971), describió que los pacientes narcisistas mostraban síntomas específicos en el área sexual, en la esfera social, en su personalidad manifiesta y preocupación sobre su salud física que se manifestaba en la esfera psicológica. A partir de estas observaciones el autor planteó que durante el proceso analítico los pacientes con trastornos narcisistas desarrollaban transferencias muy peculiares, dichas transferencias son la transferencia especular, transferencia idealizadora, y la transferencia alter - ego o gemelar.



Transferencia especular

En este tipo de transferencia se reactiva el objeto del self grandioso, a través de fantasías omnipotentes, mediante las cuales el niño alimenta dicho self grandioso. En tal caso los demás sólo existen en la medida en que puedan reflejar la grandiosidad y el exhibicionismo del niño. El self grandioso se apropia de todo lo bueno, en tanto que vuelca en el exterior todas sus imperfecciones. En este tipo de transferencia el analista actúa o sirve como espejo reflejando la imagen del paciente, proporcionándole cohesión por medio de la continuidad temporal; base de la autoestima.

Transferencia idealizadora

Aquí se reactiva la imago parental idealizada (objeto del self) que brinda calma y seguridad, es decir felicidad en el objeto que se ha idealizado; es por esto que se busca una continuidad sin interrupción en la unión, de lo contrario sobrevendrán sensaciones de vacío e impotencia.

Transferencia alter – ego o gemelar

En esta transferencia se reactivan vivencias en los vínculos de los objetos del self, donde se tienen metas en común; es decir se reviven las relaciones de la etapa de latencia.

El origen de estas afecciones podría determinarse a partir de una escisión de los polos de grandiosidad y exhibicionismo (el self no está cohesionado) relacionados con los objetos del self. Dichas fallas en la cohesión del self tienen su origen en la falta de empatía de los padres (objetos del self). Siendo por lo tanto un objeto del self empático, aquel que permite el reflejo especular de la grandiosidad, es decir que se deja idealizar, seguido de una frustración que permitirá en el niño una desidealización del sí – mismo grandioso.



1.4.3 Desarrollo del self

Cuando el niño nace tiene un self que es muy rudimentario, dicho self inicia su desarrollo en el momento en que se establece el primer contacto del niño con la madre, con lo que se empieza a establecer el sí – mismo del niño. En dicha relación, los objetos del self deberán mostrarse empáticos ante el niño, resaltando el sí – mismo grandioso y la imago idealizada así como sus habilidades, (1977).

Posteriormente vendrán una serie de frustraciones tolerables lo cual una vez internalizados los objetos del self, permitirá una sustitución de éstos por las funciones del self autónomo. Las expectativas de los padres son de suma importancia, pues estimularán ciertas habilidades del niño, en tanto que con otras habilidades esto no ocurrirá; repercutiendo de manera directa la cohesión del self de los padres.

Si existiera una falla en uno de los objetos del self uno de los polos quedaría debilitado, el niño entonces, puede sobrecatectizar el otro polo del sí – mismo para lograr su cohesión, si tal evento es llevado a acabo de manera exitosa, dará como resultado una "estructura compensatoria". (1977).

1.4.4 Psicopatología y psicología del self

Kohut (1977), basándose en las observaciones realizadas dentro del setting analítico clasificó a las enfermedades mentales en dos categorías: alteraciones primarias y alteraciones secundarias del self.

Alteraciones primarias del self

En este tipo de alteraciones quedan incluidas las psicosis, desórdenes fronterizos, trastornos esquizoides, trastornos paranoides y los trastornos narcisistas; en cuyos casos ocurre un debilitamiento o distorsión del sí – mismo. (1977).

En las psicosis y en los desórdenes fronterizos se presentan estructuras defensivas, las cuales pueden sucumbir ante la presencia de fuertes tensiones, quedando de manifiesto la frágil cohesión que el self pudo lograr a través de los quiebres psicóticos. En tanto que en las personalidades esquizoides y paranoideas ocurre un distanciamiento emocional en las primeras y una muestra de hostilidad en las segundas, lo cual es como un mecanismo defensivo para evitar que en el self ocurra una fragmentación o distorsión del sí - mismo. La etiología de estos cuadros psicopatológicos según Kohut (1977), encuentran su origen cuando "...la psique del bebé tuvo que protegerse contra la penetración nociva de la depresión, la hipocondría, el pánico, etc., del objeto del sí - mismo"; es decir una falla provocada por los padres que propició éste tipo de defensas en el niño.

En las alteraciones primarias del self (1978), - incluidos los trastornos narcisistas - está presente la ausencia empática de los padres en momentos importantes - y por consecuencia determinantes - para el desarrollo los sujetos con un sí - mismo carente de autoestima originado por una estimulación inadecuada por parte de los padres de la infancia. Estos pacientes a menudo muestran fatiga, apatía, depresión y aburrimiento; compensan entonces estas situaciones mediante actividades que ponen en riesgo su vida, mediante el empleo y abuso de sustancias tóxicas, promiscuidad, polimorfismos perversos; todo esto como una vía para sentirse vivos.

En otros casos durante la infancia pudo haberse dado una sobreestimulación en uno de los dos polos o en ambos; cuando dicha sobreestimulación se da en el polo grandioso el sujeto mostrará serias dificultades para aceptar el éxito, pues evitará a toda costa ser el centro de atención, con el fin de evitar despertar fantasías de grandeza de origen arcaico, lo que produce vergüenza y angustia. Si por el contrario hubo un exceso de estimulación en el polo ideal, el sujeto buscará fusionarse con un objeto ideal de tipo externo como un mecanismo para enfrentar la amenaza al equilibrio del self, lo que daría como resultado una incapacidad para el goce de metas y triunfos; (1978): En estos

pacientes se encuentra presente una percepción amenazante y hostil del mundo, la cual sería aún más perturbadora si alguno de los padres, o ambos impidieron una fusión omnipotente y tranquilizadora. (Bleichmar, 1999).

Alteraciones secundarias del self

En este tipo de trastornos, Kohut (1977), incluye a las psiconeurosis clásicas, resultado de un self cohesionado adecuadamente, por medio del cual es posible experimentar emociones tolerables como alegría, rabia, desilusión. Estas psiconeurosis permiten por lo tanto la aceptación de fracasos o éxitos sin que por ello se vea afectada de manera significativa la personalidad del sujeto. Cuando en este tipo de alteraciones se produce una ruptura de la estabilidad emocional desembocando en un trastorno narcisista, significa que las condiciones para que dicho trastorno apareciera se encontraban presentes, pero de un modo latente.

Conductas relacionadas con la estructura del self

Kohut y Wolf (1978), describieron otros tipos de personalidades basándose en el tipo de transferencia que establecen, dichas personalidades son las siguientes:

Personalidades hambrientas de espejo

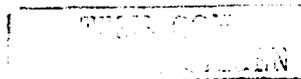
Son aquellas que tienden a exhibirse delante de los demás con el fin de evitar la falta de valor y autoestima que sienten.

Personalidades hambrientas de ideal

Son personalidades que únicamente pueden sentir su propio valor cuando están cerca de objetos del self en quienes admiran aspectos diversos como poder, belleza, prestigio, inteligencia.

Personalidades alter – ego

Son aquellas personalidades que confirman la existencia de su propio self mediante la vinculación con objetos del self similares a sí mismos, los cuales coinciden con sus metas, ideales, valores de su self.



Personalidades hambrientas de fusión

En dichas personalidades los sujetos sienten al otro como una extensión de sí mismos, por lo tanto esta presente la necesidad de controlar sus objetos del self como una necesidad de estructura.

Personalidades que evitan el contacto

Son sujetos, los cuales al sentir gran necesidad de los otros sienten temor de unirse a ellos por el miedo de que puedan absorber y destruir los restos del núcleo de su personalidad, siendo por lo tanto muy sensibles al rechazo.

1.4.5 Complejo de Edipo en la psicología del self

Kohut (1977), mencionó que el temor a la castración no es el principal trauma al que se enfrenta el niño, sino que más bien existía un temor profundo a un objeto del sí mismo que no fuera empático, o sea "psicológicamente distorsionado". Las pulsiones sexuales las consideró en un segundo plano, pues eran la consecuencia de síntomas de un self poco cohesionado. Posteriormente Kohut (1984), comentó que debido a la manera en como se llevó cabo la estructuración de los objetos del self arcaicos será la resolución de los conflictos edípicos.

El autor plantea que la ansiedad de castración será casi inexistente o nula siempre y cuando los objetos del self hayan sido lo más posiblemente empáticos, es decir sanos; y por otra parte comentó que más allá de que la mayor ansiedad sea la de castración brinda mayor peso a la ansiedad de desintegración, consecuencia de una falta de actitud empática de los objetos del self durante la infancia, dicha falta de actitud empática no logra neutralizar la ansiedad de desintegración.



1.4.6 ¿Cómo cura el análisis?

Kohut (1984), en su teoría planteó que más allá de que la cura en el proceso analítico fuera producto del conocimiento de los conflictos, más bien era resultado de la actitud empática del analista, el cual fungiría como un objeto del self. Durante el proceso analítico es importante la abstinencia y la comprensión, pues se reviven etapas infantiles; ocupando, pues, el analista el lugar de las figuras parentales traumatizantes de la infancia. La interpretación jugará un papel importante, pues será la prueba más evidente para el paciente de que fue comprendido, produciéndose posteriormente una frustración óptima, dando como resultado la internalización transmutadora. En resumen el análisis es para el sujeto una segunda oportunidad para obtener madurez y autonomía.

1.5 Otto Kernberg

Otto Kernberg nacido en Viena, estudió medicina en Chile, país en donde posteriormente realizó también estudios en psicoanálisis. Se dedicó a estudiar básicamente dos aspectos: la teoría de las relaciones objetales, y los trastornos de la personalidad, para lo cual partió de los postulados teóricos de importantes psicoanalistas como Melanie Klein, Herbert Rosenfeld, Margaret Mahler y Heinz Kohut, entre otros; a pesar de que estos autores con anterioridad ya habían descrito numerosos aspectos psicodinámicos de una entidad psicopatológica denominada trastorno límite de personalidad, es de destacar la labor realizada por el autor, pues a pesar de que no todas las ideas que expone en sus textos fueron elaboradas por Él, realizó una vasta recopilación de información, a partir de la cual estableció niveles de diagnóstico como el fenomenológico, el estructural y el genético – dinámico de la personalidad.

Para ello estudió el tipo de transferencia y los mecanismos de defensa arcaicos que comúnmente presentan las personalidades fronterizas; Otto Kernberg también ha sugerido un tipo de tratamiento psicoterapéutico para estas

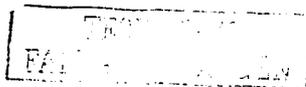
entidades patológicas (del cual no se hará referencia en la presente investigación), el cual procede del psicoanálisis y cuyo objetivo es analizar y clarificar principalmente los conflictos preedípicos a través de la transferencia; además ha puesto énfasis en el papel que ocupan las instituciones de salud con respecto al trastorno límite.

A continuación se exponen de manera general los aspectos bajo los cuales Kernberg estudió a los trastornos de personalidad, aunque dicha teoría será abordada con mayor amplitud en el capítulo 3.

1.5.1 Pacientes con trastornos límite o fronterizo de la personalidad

Estas alteraciones son consideradas como un conjunto de cuadros psicopatológicos, las cuales se caracterizan por síntomas como el uso de mecanismos de defensa arcaicos, alteraciones en la internalización de las relaciones objetales, rasgos genético - dinámicos. Los pacientes límite pueden desarrollar episodios similares, pero no iguales a los estados psicóticos, sobre todo en momentos en los cuales existe intensa tensión emocional; más sin embargo dichos pacientes pueden lograr una funcionalidad aparentemente normal; además de que en las alteraciones límite de la personalidad no existe un estado transitorio libre entre la neurosis y psicosis.

Los estados fronterizos de la personalidad pueden ser estudiados en tres aspectos principalmente: descriptivo, en el cual se incluirían aspectos clínicos o fenoménicos; el siguiente aspecto sería el estructural en cuyo aspecto quedarían incluidos las características del yo así como sus mecanismos de defensa; el último aspecto sería el correspondiente al nivel genético - dinámico en el que se intenta básicamente identificar los orígenes de la patología fronteriza a lo largo del desarrollo del individuo. A continuación se explicarán cada uno de estos tres aspectos.



1.5.1.1 Aspectos clínicos o fenoménicos

Kernberg (1975), menciona que el trastorno fronterizo debe ser caracterizado por dos o más de los siguiente síntomas:

- a) Ansiedad difusa, flotante y crónica
- b) Neurosis polisintomática expresada con elementos fóbicos, obsesivo - compulsivos, histéricos, combinados frecuentemente.
- c) Tendencias sexuales perverso - polimorfas, caóticas y múltiples, las cuáles pueden manifestarse como sado - masoquismo, actuaciones homosexuales; quedando excluidas las conductas estables perversas, como una relación homosexual única de varios años.
- d) Estructuras de personalidad tipo esquizoide, paranoide, ciclotímico ó hipomaniaco.
- e) Desórdenes de carácter de nivel inferior.

Kernberg (1976 a), partiendo de su teoría de las relaciones objetales elaboró una clasificación de los trastornos del carácter, a los cuales denominó de nivel inferior, intermedio y superior.

Nivel superior

En este nivel las relaciones objetales son estables, lo que permite en los sujetos fronterizos la presencia de preocupación y culpa. Presentan un superyó punitivo y sádico, siendo su principal mecanismo de defensa una excesiva represión, cuya presencia altera el contacto con el medio ambiente. Debido a la presencia de conflictos edípicos intensos los impulsos genitales son vivenciados en niveles infantiles; este nivel abarcaría los caracteres histéricos, los obsesivo - compulsivos, así como los depresivos.



Nivel intermedio

Las relaciones objetales son ambivalentes y conflictivas; existe la presencia de un superyó el cual se encuentra integrado parcialmente, lo que limita la capacidad para sentir culpa. En este nivel los pacientes acuden al uso de mecanismos de defensa tales como la proyección, formación reactiva en combinación con mecanismos más desarrollados como la represión, lo cual propiciaría tendencias paranoides. Quedarían incluidos en este grupo personalidades infantiles, algunas desviaciones sexuales con vínculos más o menos estables, personalidades sado - masoquistas.

Nivel Inferior

Son sujetos con pobres relaciones objetales internalizadas, por cuya internalización los objetos son percibidos de manera polarizada, es decir, completamente buenos o completamente malos; siendo sus principales mecanismos de defensa muy primitivos como la escisión, identificación proyectiva, idealización primitiva, omnipotencia y la negación, mecanismos por medio de los cuales los objetos internalizados buenos se mantienen separados de los malos, permitiendo un control de la depresión y la extrema ansiedad que su acercamiento provocaría. Muestran muy poca capacidad para sentir culpa. Quedarían incluidas en este grupo personalidades narcisistas, desórdenes fronterizos, caracteres caóticos, personalidades de tipo infantil, personalidades "como si"; además de algunos caracteres psicóticos, en los cuales es evidente la pérdida del sentido de realidad, así como una difusión del yo.

1.5.1.2 Aspectos estructurales

Kernberg (1975), mencionó como principales mecanismos de defensa en los pacientes fronterizos, la escisión, la identificación proyectiva, la idealización primitiva y la negación.



La escisión además de mantener separados aspectos buenos y malos de los objetos, es una defensa contra la ansiedad, pero con la consecuencia de una percepción distorsionada de la realidad y la presencia de objetos parciales.

La identificación proyectiva, la negación y la idealización primitiva son mecanismos que en cierta medida dependen de la escisión; pues, la identificación proyectiva coloca en los objetos externos, aspectos del sí mismo intolerables, dando como resultado un conflicto en el vínculo con dicho objeto.

La idealización primitiva mantiene principalmente una disociación entre objetos buenos y malos, colocando los aspectos buenos en objetos externos e internos, los cuales quedan desprovistos de las características frustrantes e intolerables.

La negación en los pacientes fronterizos, tiene como principal función lograr una percepción de los pensamientos y de los sentimientos, de forma completamente opuesta a lo que tienen en diferentes momentos.

Otros mecanismos de defensa como la desvalorización del objeto y la omnipotencia, serían complementarios de la idealización primitiva descrita por Melanie Klein (1946).

Kernberg, mencionó además que la integración del yo en los pacientes fronterizos es dificultada debido al empleo de mecanismos de defensa de tipo arcaicos, además de labilidad del yo; a partir de estos datos el autor señala otras características que se pueden observar en éste tipo de pacientes como poca tolerancia a la ansiedad, capacidad disminuida en el control de sus impulsos, funcionamiento inadecuado de los canales de sublimación; y una notoria desviación del funcionamiento en el pensamiento hacia procesos primarios.

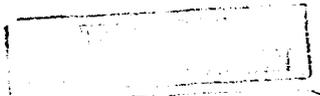


1.5.1.3 Aspectos genético - dinámicos

Kernberg (1975), supuso que la mente del ser humano se estructuraba partiendo de la internalización de objetos importantes en la vida del bebé; el vínculo del estado afectivo es introyectado a la par de la imago del objeto. En un primer momento el recién nacido disocia impulsos libidinosos y agresivos, por lo cual, los objetos externos serían percibidos en forma parcial dependiendo del estado afectivo en específicos momentos; tales internalizaciones formarían un "estado yoico", por lo que la mente humana quedaría formada por diferentes estados yoicos disociados en los que sería posible identificar objetos, vínculos, afectos predominantes.

Conforme transcurre el desarrollo del ser humano, en dichos estados yoicos deberá ocurrir una integración; dicha integración no se lleva a cabo en los pacientes fronterizos, es decir está presente una disociación primitiva en su mente. Kernberg se percató que en los pacientes fronterizos estaban presentes experiencias frustrantes extremas, así como agresión intensa en los primeros años del niño. Comenta que - principalmente - la agresión oral pregenital, al ser proyectada distorsiona las figuras parentales, sobre todo la materna; ocurre pues una proyección de impulsos sádico - orales y sádico - anales, lo que propicia que la madre sea vista peligrosa potencialmente, extendiéndose el odio también a la figura del padre, quienes más tarde formará un "grupo unido", resultando entonces una imagen sexual combinada de padre - madre en la que "...todas las relaciones sexuales son vistas después como peligrosas e infiltradas de agresión" (1975).

Este sería el origen del mecanismo de la escisión, por el cual se construyen representaciones idealizadas y persecutorias que explicarían el motivo por el cual los pacientes fronterizos tienen dificultades para establecer vínculos realistas y empáticos con los demás.



1.5.2 Desarrollo normal y patológico

Kernberg (1976 a), propuso una división del desarrollo del ser humano en cinco etapas; para lo cual se basa en autores como Margaret Mahler, Melanie Klein, Hartmann, entre otros.

Primera etapa

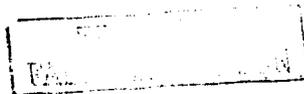
La primera de estas etapas es la de "autismo normal", tal como la describió Mahler en 1968, la cual transcurre durante el primer mes de vida, en la cual el sí – mismo no se ha constituido.

Segunda etapa

Esta etapa sería la de "simbiosis normal", aunque Kernberg incluye en esta etapa la fase de "diferenciación" que Mahler propuso hasta el siguiente período. Dicha etapa según el autor concluye cuando "...las imágenes del sí – mismo ... y las del objeto se han diferenciado de manera estable a partir del núcleo de la representación conjunta 'buena' sí – mismo – objeto ... la representación indiferenciada inicial 'buena' sí – mismo – objeto se constituye bajo la influencia de experiencias placenteras y gratificantes vividas por el lactante en su relación con la madre. Simultáneamente con el desarrollo de esta representación, se forma otra representación primaria indiferenciada sí – mismo – objeto, que integra experiencias frustrantes y dolorosas, conformando la representación conjunta 'mala' sí – mismo – objeto centrada en un tono afectivo primitivo y doloroso" (1976 a).

Tercera etapa

En esta etapa deberá ocurrir una diferenciación entre el sí – mismo y las representaciones objetales, en la cual el mecanismo defensivo más importante es la escisión, así como el vínculo con objetos – hasta ahora – parciales. Para la explicación de esta etapa Kernberg se apoya en las teorías de Klein, cuando



postula que las experiencias malas del sí – mismo son proyectadas al exterior del objeto, mientras que la representación buena formará parte del núcleo del yo.

Es importante que para esta etapa el niño haya adquirido adecuadas habilidades cognoscitivas, mismas que le permitirán el acceso a un amplio conocimiento de la realidad. También en esta etapa los límites yoicos se van conformando gradualmente, pudiendo presentarse retrocesos a etapas de indiferenciación sobre todo ante la presencia de importantes frustraciones. Es importante mencionar que "los pacientes fronterizos ... tendrían una fijación o regresión a este período de desarrollo" (Bleichamar, 1999).

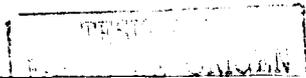
Posteriormente vendrá el logro de la diferenciación entre *self* y objeto; así como el poder integrar tanto las autoimágenes "buenas", como las "malas" en un sí – mismo "total"; además de una integración de las imágenes parciales de los objetos.

Cuarta etapa

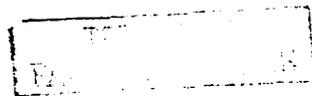
Esta etapa ocurre al mismo tiempo que el período edípico, en el cual los mecanismos de defensa son todavía arcaicos, los cuales vendrán a ser sustituidos por defensas más desarrolladas como lo sería la represión; al término de esta etapa el sujeto contará con un yo, un *ello* y un *superyó* en su psiquismo, además de la capacidad para percibir "objetos totales", lo cual en definitiva le dará la capacidad de sentir culpa y depresión.

Quinta etapa

El objetivo de esta etapa será la consolidación del *superyó* y del yo, lográndose una disminución de la tensión entre dichas instancias; resultando, pues, una forma madura de respuesta ante los fracasos y conflictos, además de la integración de aspectos sádicos y benignos yoicos, necesarios para la exitosa finalización de esta etapa.



Hasta este momento se han expuesto importantes teorías, cuyo enfoque está basado en la teoría de las relaciones objetales de las personas las cuales se establecen desde las primeras etapas de la vida, tales observaciones y trabajos de corte psicoanalítico son realizados principalmente en el setting. A pesar de que cada autor brinda mayor importancia a diferentes aspectos como podrían ser el ambiente, los vínculos, cuidados maternos, etc; la importancia de dichos enfoques teóricos reside en que estos constructos brindan un amplio panorama teórico – conceptual el cual permite a través del desarrollo psicosexual y de los tipos de relaciones (con los objetos) conocer como se constituye la personalidad a través de diferentes etapas del desarrollo, así mismo permiten ubicar a las diferentes psicopatologías que se pueden ir instaurando en la personalidad de los sujetos dependiendo del momento de desarrollo en que ocurran eventos específicos los cuales en muchos casos determinarán la psicopatología y el grado de severidad de la misma. El objetivo del presente capítulo ha sido hacer una revisión de las diferentes teorías como un ejercicio para intentar comprender en forma amplia e integral el desarrollo de la personalidad.



CAPITULO 2

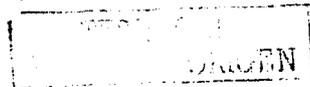
PSICOLOGIA DEL YO. NIVEL FENOMENOLOGICO DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD

El nivel fenomenológico o descriptivo es una clasificación empleada principalmente por la psiquiatría para clasificar a las enfermedades o los trastornos que tienen que ver principalmente con la salud mental, dicha clasificación es posible encontrarla en los manuales de diagnóstico como el DSM – IV y la CIE – 10. Para poder emitir un diagnóstico basado en éstas clasificaciones existen una serie de criterios o ítems los cuales deben coincidir con los síntomas y signos presentados por el sujeto al cual se está diagnosticando. En este capítulo se presentarán dichos criterios de clasificación para los trastornos de personalidad correspondientes al tema de la presente investigación.

También se ha incluido un apartado correspondiente a la "psicología del yo", basado en los desarrollos de la teoría de Heinz Hartmann, pues dicha corriente teórica postula que existe un "yo" (instancia psíquica), pero también un "yo catexiado" (sí mismo), en el cual es posible que se lleven a cabo algunas funciones psicológicas así como procesos intelectuales, en este *espacio* es posible encontrar lo que en la psicología del yo se conoce como "áreas libres de conflicto" cuya ausencia tendrían estrecha relación con los criterios empleados por los manuales de diagnóstico antes mencionados.

2.1 Heinz Hartmann

Heinz Hartmann es considerado el más importante autor de los muchos analistas europeos que, durante la segunda guerra mundial emigraron a los Estados Unidos, los cuales formaron parte de la psicología del yo, teoría que se ha incluido en el nivel fenomenológico de este capítulo debido a los planteamientos originales que formuló con respecto a las funciones del "yo".



Uno de los principales aportes de dicha corriente teórica es que realizó una reformulación acerca del término conocido como *narcisismo*, – el cual autores como Otto Kernberg y Heinz Kohut emplearon en sus postulados teóricos – cabe destacar que además la psicología del “yo” hizo una diferenciación entre el “*si mismo*” y el “yo”, teniendo el primero la función de organizar las funciones del “yo”, entre las cuales se encuentran la prueba de realidad, integración y síntesis por mencionar algunas; las cuales en un “yo” considerado *sano* ó *fuerte* significaría que dichas funciones estarían disponibles en caso de ser requeridas.

En éste sentido se hace referencia a la presencia de la capacidad para mantener una función observadora del “yo” la cual Palacios (1999), considera como una función psicológica, la cual no puede ser demostrable de forma directa, siendo por lo tanto “...la función por virtud de la cual el ‘yo’ es capaz de observarse a sí mismo”.

Palacios además supone que existe un “yo” que observa, y un “yo” que experimenta, considerando al primero como un “*yo objetivo*”, el cual contrasta con el segundo: el “*yo subjetivo*”; al respecto Palacios menciona que el “yo” observador no solo es una función sino una subestructura del “yo”; de la explicación anterior es posible entender que se susciten por lo tanto conflictos entre el yo y el ello, así como entre el yo y el superyó.

A continuación se describen los postulados teóricos más importantes de la teoría de Heinz Hartmann.

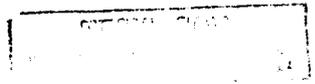
2.1.1 Aspectos generales

Los postulados básicos de la psicología del yo estuvieron basados principalmente en los trabajos de la segunda tópica freudiana sobre el *ello*, el *yo* y el *superyó*, explicaciones económicas de la metapsicología freudiana, las defensas y la teoría de las fases libidinales (Bleichmar, 1999), por lo que los

conflictos son interpretados como problemas entre las tres instancias, y a su vez entre éstas con la realidad; la psicología del yo tuvo dos aspectos principales: el primer aspecto fue el teórico, el segundo fue el práctico. El primero pretendía introducir en el psicoanálisis algunas funciones de tipo mental como la conducta, el conocimiento, la inteligencia, el pensamiento; el segundo aspecto, fue motivado por elementos de tipo práctico, los cuales les permitieran a los psicólogos del yo tener acceso al medio institucional, donde era necesario emplear un lenguaje entendible para todo el personal relacionado con la salud mental.

Hartmann (1964), planteó algunas hipótesis por medio de las cuales se pudiese investigar al yo, algunos de sus mecanismos, la relación con las instancias y la realidad; tales hipótesis son las siguientes:

- ✓ Interés por la psicología del yo en que el psicoanálisis pueda convertirse en una psicología general por medio de la cual se logre comprender los fenómenos mentales.
- ✓ Debido a que primero fue descubierta la psicología del ello, posteriormente deberá desarrollarse la psicología del yo, en la que estarán involucradas la memoria, la capacidad de asociación, la percepción, motricidad. Por otra parte se menciona la existencia del "área libre de conflictos", la cual está compuesta por aquellas áreas del yo que al no estar inmersas en conflictos entre realidad interna y realidad externa son autónomas.
- ✓ En ocasiones algunas funciones del yo originadas por conflictos entre ello y realidad externa, pueden desprenderse del conflicto que las originó al punto de lograr una autonomía llamada secundaria.
- ✓ Hartmann cree que el yo contiene varias subestructuras que se forman a lo largo del desarrollo; dicha situación podría extenderse a al ello y al superyó, resultando estructuras de mayor complejidad.
- ✓ Hartmann propone hacer una diferenciación entre catexias del yo y catexias del self, ésta última es la que relaciona directamente con el narcisismo.



- ✓ Hartmann – partiendo del enfoque económico – menciona que cuando las catexias son neutralizadas se involucran tanto las energías libidinales como las agresivas; siendo erróneo suponer que a mayor neutralización por parte del yo de la energía su funcionamiento será más exitoso; pues alguna porción de la energía que el yo emplea es primaria y autónoma.

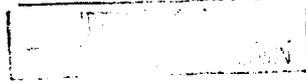
2.1.2 El "área sin conflictos del yo"

Hartmann, al referirse al área libre de conflictos comentó: "Propongo que adoptemos el término provisional de área sin conflicto del Yo para aquel conjunto de funciones que, en un momento determinado, tienen efecto fuera del campo de los conflictos mentales. No deseo ser mal entendido: no me refiero a una provincia de la mente, cuyo desarrollo está en principio inmune a los conflictos, sino más bien a aquellos procesos que en un individuo dado, permanecen empíricamente fuera de la esfera del conflicto mental" (1939). El área libre de conflictos no es estable, es decir, se va modificando con paso del tiempo dependiendo de los intensos impulsos en diversas circunstancias.

El autor comenta que el ser humano nace con una serie de funciones innatas como memoria, percepción, motricidad (entre otras); que son independientes de los impulsos; además de que dichas funciones son auxiliares del yo y que además le son útiles en la resolución de conflictos con el ello y la realidad. Por otra parte el autor cree que las capacidades innatas a través del desarrollo estarán al servicio del yo, y que dependiendo de que tan disponible se encuentre el yo para recurrir a dichas capacidades se tendrá un "yo fuerte".

2.1.3 Desarrollo del yo

Hartmann (1950), mencionó que el yo se forma a partir de una matriz indiferenciada entre el yo y el ello, dicha matriz contiene elementos pulsionales con distintas funciones, que al cursar a través del desarrollo serían



homogeneizados por el yo. El autor se cuestiona que es lo que impulsa el desarrollo del yo partiendo de la matriz indiferenciada; los elementos de esta matriz más tarde serán reconocidos por la instancia psíquica correspondiente.

Hartmann (1950), supuso que el primer factor que interviene en la diferenciación entre el yo y el ello es el factor hereditario, el cual incluye a las capacidades innatas o autónomas del yo; además de que este primer factor se relaciona directamente con tres elementos; las influencias de los impulsos instintivos, los condicionamientos de la realidad externa, la imagen corporal. Además empleó el término "sexualización" o "agresivización de la función" para designar a los impulsos del yo, presentes desde el inicio de la vida como unidad indiferenciada y que siguen un desarrollo separado; los cuales posteriormente "serán autónomos en relación a la esfera pulsional, pero que pueden ponerse al servicio de determinados conflictos" (Bleichmar, 1999). En forma inversa también es posible que funciones que actúan como defensa a determinados impulsos, se separen del conflicto que las originó, desexualizándose y como resultado formen parte de la esfera libre de conflictos del yo.

Hartmann (1950), planteó que la necesidad de supervivencia es lo que hace que el yo se diferencie de los impulsos, teniendo el principio del placer como importante función promover la maduración del mismo. En cuanto a los mecanismos de defensa el autor comenta que éstos dependerán de la manera como el yo pueda moldear los diferentes mecanismos a utilizar, y que las catexias pueden ser provenientes, ya sea del yo o del ello.

Por otra parte los sujetos deberán tener una capacidad innata para poder adaptarse, dicha capacidad tendrá que transformarse en adaptación como se conocería en los adultos; la cual por una parte impulsa la diferenciación y por la otra le proporciona al sujeto un ajuste a su medio. Una adecuada adaptación favorecerá las diversas funciones, lo cual es importante en el equilibrio interno del yo, la relación con otras instancias psíquicas así como la relación con la realidad.



De lo anterior se puede decir que un sujeto tendrá estabilidad emocional y adaptación cuando haya logrado una resolución equilibrada entre el yo, el ello, el superyó y la realidad; además de una exitosa relación entre las funciones del yo.

2.1.4 Concepto de adaptación

Para la psicología del yo, el concepto de adaptación tiene gran importancia, además de que es resultado de los aspectos teóricos y prácticos como énfasis en "...la realidad objetiva y externa del sujeto, importancia de los modelos biológicos para pensar al ser humano, y su adaptación al medio y finalmente, influencia del pensamiento positivista" (Bleichmar, 1999). Además es importante señalar que uno de los importantes objetivos de la adaptación es la autoconservación, pero en ocasiones encuentra un conflicto con el principio del placer.

En cuanto a la adaptación o inadaptación de una conducta, Hartmann (1939), consideró que con relación a un hombre la primera está presente si tanto la productividad, la habilidad para tener un goce de la vida, y el equilibrio mental no se encuentran dañados o perturbados. Lo mencionado anteriormente podría presentar amplios parámetros subjetivos los cuales podrían implicar juicios de valor dependiendo del observador; ante dicha situación se postuló que es importante realizar una valor del funcionamiento interno y externo del sujeto a examinar. Además de que un grado adecuado de adaptación estará en relación directa con la función sintético integradora. Dicho de otra manera, para que exista una adecuada adaptación en un sujeto, será necesaria la presencia del equilibrio entre las necesidades pulsionales, la realidad y las metas propuestas.

En la psicología del yo existen tres formas de adaptación; la primera cuando el sujeto logra un cambio en si mismo para adaptarse al ambiente, la segunda cuando pretende lograr modificar el medio para adecuarlo a sí mismo y la última cuando decide cambiar de ambiente.

En cuanto al modo para obtener adaptación Bleichmar comenta: "Si para obtenerla debemos desarrollar nuevas funciones, estamos haciendo una adaptación progresiva. Si, por el contrario, volvemos a estadios ya superados del desarrollo, se trata de una adaptación regresiva" (1999).

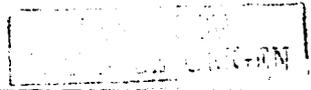
La autonomía secundaria del yo surge de aquellas actividades que en un primer momento surgieron como un fin de adaptación pero que posteriormente se desprendieron de la situación donde encontraron su origen; dicha situación es importante en las condiciones normales y patológicas. Hartmann (1939) señaló que la orientación a la realidad en el ser humano se encuentra íntimamente ligada con las gratificaciones.

2.1.5 El narcisismo en la psicología del yo

Hartmann (1950), propuso hacer una diferenciación entre las catexias del yo y las catexias del self, éstas últimas relacionadas con el narcisismo. Dicho de otra manera sería que el sí – mismo o el self incluiría al ello, al yo y al superyó – entre otras subestructuras –; por otra parte no es posible determinar en que instancia se colocó la catexia del sí – mismo; por lo que podría plantearse que el narcisismo está presente en el ello, el yo y el superyó. Esto da como resultado que la catexia libidinal no sea del yo, sino del sí – mismo.

2.1.6 Diferencia entre pulsión e instinto

Hartmann (1948), enfatizó la diferencia entre pulsión e instinto, sobre todo para evitar confusiones entre aspectos que impulsan a la conducta y que son concernientes a la biología, de aquellos relacionados con la psicología. Los primeros (índole biológica), tienen mayor importancia en los animales; en tanto que la pulsión o impulsos están involucrados en los procesos mentales del psiquismo humano, el cual guarda considerable distancia con el funcionamiento fisiológico.



Además, debido a que sería difícil hacer una adecuada diferenciación entre ambos conceptos, Hartmann (1948), aclaró que durante los primeros momentos de la vida no es posible determinar cuales impulsos corresponden al yo y cuales al ello, pues, todas las instancias tienen características dinámicas y energéticas. Esta situación la ejemplifica comparando la conducta adaptativa del hombre en contraste con la rigidez de los animales inferiores; dicha capacidad en el hombre permite una mayor capacidad de aprendizaje.

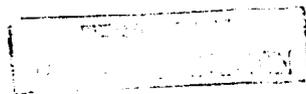
2.2 Asociación Psiquiátrica Americana

La Asociación Psiquiátrica Americana (1995), realizó una valoración multiaxial, es decir, varios ejes en los cuales se incluyeran diversas áreas de información para el clínico, dicha clasificación tiene como principal objetivo ser de gran utilidad en la planeación del tratamiento, sin restar importancia a la predicción de los resultados; los cinco ejes que incluye el DSM – IV son los siguientes:

- Eje I Trastornos clínicos.
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II Trastornos de la personalidad.
Retraso mental.
- Eje III Enfermedades médicas.
- Eje IV Problemas psicosociales.
- Eje V Evaluación de la actividad global.

2.2.1 Criterios diagnósticos para un trastorno de personalidad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV) propuso en 1995 criterios generales de diagnóstico para un trastorno de la personalidad, dichos criterios son:



- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes:
- 1) Cognición.
 - 2) Afectividad.
 - 3) Funcionamiento interpersonal.
 - 4) Control de los impulsos.
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

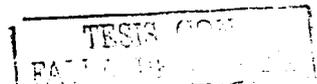
En el eje II el DSM – IV incluye once categorías de trastornos de personalidad que son:

Grupo A

Trastorno paranoide de la personalidad.

Trastorno esquizoide de la personalidad.

Trastorno esquizotípico de la personalidad.



Grupo B

Trastorno antisocial de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad.

Trastorno histriónico de la personalidad.

Trastorno narcisista de la personalidad.

Grupo C

Trastorno de la personalidad por evitación.

Trastorno de la personalidad por dependencia.

Trastorno obsesivo – compulsivo de la personalidad.

Trastorno de la personalidad no especificado.

Debido a que los trastornos de personalidad del grupo B, son la clasificación central en el presente trabajo, se enumerarán a continuación los ítems que el DSM – IV emplea como criterios diagnósticos.

2.2.2 Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad [301.7]

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
2. Dishonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

- B. El sujeto tiene al menos 18 años.
- C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

2.2.3 Criterios para el diagnóstico de F60.31 Trastorno límite de la personalidad [301.83]

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen el criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables, e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción

temeraria, atracones de comida). **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen el Criterio 5.

5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

2.2.4 Criterios para el diagnóstico de F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad [301.50]

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

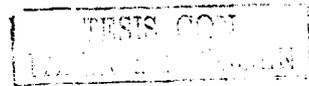
1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.

5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

2.2.5 Criterios para el diagnóstico de F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad [301.81]

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto *status*.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus metas.



7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

2.3 Organización Mundial de la Salud

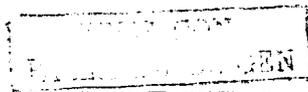
Los criterios diagnósticos para un trastorno de personalidad propuestos por la Organización Mundial de la Salud (CIE – 10), en 1993 son:

2.3.1 F60 Trastornos específicos de la personalidad

G1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y de comportarse, se desvían en su conjunto o se salen de los límites, de las normas aceptadas y esperadas en la propia cultura. Esta desviación debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas:

- 1) Cognición (esto es, en la forma de percibir e interpretar las cosas, las personas y los acontecimientos del mundo y en la manera de desarrollar las actitudes o crear la imagen propia y de los demás).
- 2) Estado de ánimo (rango, intensidad y adecuación de la afectividad y de la respuesta emocional).
- 3) Control de los impulsos y de las necesidades de gratificación.
- 4) Relaciones con los demás y estilo de relación interpersonal.

G2. La desviación debe ser persistente, en el sentido de manifestarse como un comportamiento rígido y desadaptativo o interferir con las actividades en una amplia gama de situaciones sociales y personales (es decir, la disfunción no se limita a un estímulo o situación específica desencadenante).



G3. Presencia de malestar personal o una repercusión negativa en el ambiente social, claramente atribuibles al comportamiento referido en B.

G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, habiéndose iniciado en la infancia tardía o en la adolescencia.

G5. La desviación no puede ser explicada como una manifestación o una consecuencia de otros trastornos mentales del adulto, aunque pueden coexistir o superponerse otros trastornos episódicos o crónicos de las secciones F00 a F59 ó F70 a F79 de esta clasificación.

G6. Se deben excluir como posible causa de la desviación las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes (cuando están presentes, debe usarse el código F07).

Los trastornos de personalidad que el DSM – IV (1995), considera en el grupo B, son clasificados por la CIE – 10 (1993), de la siguiente manera:

Trastorno disocial de la personalidad.

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

Trastorno histriónico de la personalidad.

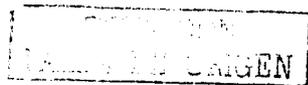
Trastorno de personalidad narcisística.

2.3.2 F60.2 Trastorno disocial de la personalidad

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los siguientes deben estar presentes:

- 1) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.



- 2) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y desprecio de las normas, reglas y obligaciones sociales.
- 3) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
- 4) Muy baja tolerancia a la frustración, con un bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a comportamientos violentos.
- 5) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
- 6) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles de los comportamientos conflictivos.

2.3.3 F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

2.3.3.1 F60.30 Tipo impulsivo

- A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
- B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):
 - 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
 - 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.
 - 3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
 - 4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
 - 5) Humor inestable y caprichoso.

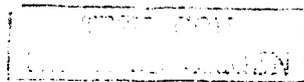


2.3.3.2 F60.31 Tipo límite (borderline)

- A. Debe cumplir los criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:
 - 1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).
 - 2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales.
 - 3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
 - 4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
 - 5) Sentimientos vacíos de vacío.

2.3.4 F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

- A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
- B. Al menos cuatro de los criterios siguientes deben estar presentes:
 - 1) Representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.
 - 2) Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
 - 3) Afectividad lábil y superficial.
 - 4) Búsqueda imperiosa de emociones y actividades en las que ser el centro de atención.
 - 5) Conducta o apariencia inapropiadamente seductora.
 - 6) Preocupación exagerada por parecer físicamente atractivo.

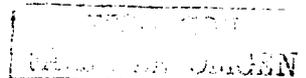


2.3.5 Criterios provisionales para ciertos trastornos

2.3.5.1 Trastorno de personalidad narcisística

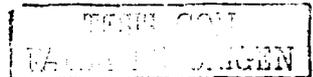
- A. Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad (F60).
- B. Por lo menos deben presentarse cinco de los siguientes requisitos en el paciente:
- 1) Tener un sentido grandioso de su importancia (p. ej., el paciente exagera éxitos y valía o espera ser reconocido como superior sin nada que lo avale).
 - 2) Estar preocupado con fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza o amor ideal.
 - 3) Creer que es "especial" y único y que solamente puede ser entendido por, o solo se puede relacionar con, otras personas (o instituciones) especiales de alto nivel.
 - 4) Necesitan ser admirados con exceso.
 - 5) Tener un sentido exacerbado de sus derechos; esperar, de forma no razonable, ser tratado de manera especialmente favorable o que se cumplan de forma automática sus deseos.
 - 6) Explotar a las otras personas aprovechándose de ellas para conseguir sus propios fines.
 - 7) Presentar una falta de empatía, estando poco inclinado a reconocer las necesidades de los otros o a identificarse con sus deseos.
 - 8) Sentir con frecuencia envidia de los demás o pensar que los demás le envidian.
 - 9) Ser arrogante, en sus comportamientos o en sus actitudes.

En este capítulo se han expuesto los criterios empleados por los manuales de diagnóstico para descartar o confirmar la presencia de un trastorno



de personalidad, la inclusión de tales criterios cobra importancia en el sentido de que fueron empleados por el psiquiatra adscrito, quien diagnosticó a las pacientes de la muestra en la presente investigación; debido a que no fue posible conocer cuales fueron los criterios diagnósticos específicos basados en los manuales de diagnóstico para cada una de las pacientes se han expuesto de manera completa las cuatro categorías del eje II cluster b.

Por otra parte se incluyeron las teorías de la "psicología del yo" mencionadas por Hartmann, quien en sus aportes teóricos señala la existencia de un yo catexiado, el cual es de gran importancia para el desarrollo de las funciones psicológicas y los procesos intelectuales.



CAPITULO 3

TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD

3.1 Definiciones de personalidad

Antes de hacer referencia al trastorno limite de personalidad, es conveniente mencionar algunas definiciones de personalidad.

En el diccionario (1994), la personalidad es definida como el "conjunto de características, rasgos, etcétera, que constituyen y diferencian a una persona"; otra definición (1999), señala a la personalidad como el "conjunto de los componentes que constituyen la individualidad".

Millon (1994), definió el término personalidad como aquella que "... representa un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos periodos de tiempo. Estos rasgos emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial. Hay dos procesos situados en el centro de la personalidad: 1) como actúa el individuo con las demandas del medio ambiente, y 2) como se relaciona el individuo consigo mismo".

Papalia (1987), definió la personalidad como " el conjunto de las formas relativamente consistentes de relacionarse con la gente y las situaciones que ponen un sello de individualidad en cada uno de nosotros". Comentó además que la individualidad está constituida por las actitudes, valores, opiniones y las emociones del sujeto; por otra parte sostiene que el estilo de comportamiento presentado en estos estados mentales determina lo que las personas verían como personalidad.

El DSM - IV (1995), señaló que "los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”.

3.1.1 Diferencias entre personalidad, temperamento y carácter

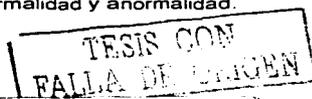
Es importante señalar las diferencias, entre temperamento y carácter, pues en ocasiones son usadas de manera indistinta.

Millon (1994), mencionó que el temperamento puede ser considerado como “... una parte biológicamente determinada de la personalidad”, postuló que a partir de diversas observaciones que se han llevado a cabo con recién nacidos, éstos son muy distintos entre sí desde el momento en que nacen; dichas diferencias se han verificado mediante estudios electroencefalográficos, actividad del sistema nervioso central y umbrales sensoriales. Por tanto, el temperamento es considerado “... como el material biológico en bruto desde el cual la personalidad finalmente emerge”, en el cual están incluidos los substratos neurológicos, endocrinológicos y bioquímicos.

Por otra parte el carácter, según lo señalado por Millon, “... puede ser considerado como la adherencia de la persona a los valores y las costumbres de la sociedad en que vive”, en otras palabras implica la capacidad del sujeto para poder ajustarse y manifestarse de acuerdo a las costumbres, la ética y las tradiciones sociales; es una consecuencia de las diversas influencias ambientales. Cabe señalar que “tiene un alcance más amplio que el temperamento, pero más reducido que la personalidad” (1994).

3.1.2 Parámetros de personalidad normal y anormal

En lo que a personalidad concierne Millon ha comentado que un problema frecuente y común al que se enfrentan las áreas afines de la salud mental se centra en determinar las diferencias entre normalidad y anormalidad.



Para ello se han empleado dos criterios; el estadístico, que señala como conducta anormal "... cualquier conducta que se desvíe de la norma esperada o aceptada" (1994), es decir, este criterio se basa principalmente en análisis de tipo cuantitativo. El segundo criterio es el que abarca la esfera cualitativa, el cual al referirse a salud mental, señala como normalidad "*la capacidad de funcionar autónoma y competentemente, la tendencia a adaptarse al entorno social de forma efectiva y eficiente, una sensación subjetiva de satisfacción y eficiencia y la habilidad de autorrealizarse o de alcanzar las propias potencialidades*" (1994).

Partiendo de los dos criterios anteriores Millon (1994), consideró que la normalidad y anormalidad pueden ser representadas en un gradiente o *continuum*, y no necesariamente como categorías nominales discretas.

Millon (1994), identificó tres criterios por medio de los cuales es posible identificar la presencia de un patrón anormal de personalidad, dichos criterios son los siguientes:

1. "Inflexibilidad adaptativa. 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 de individuo para adaptarse a los acontecimientos, sino que además esta 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. "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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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".

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".

Papalia (1987), por su parte consideró a los trastornos de la personalidad como aquellos "trastornos mentales caracterizados por patrones de comportamiento desadaptados que aparecen a temprana edad, que se hacen más persistentes con el paso del tiempo y no son considerados anormales por la persona que los sufre".

En los manuales de diagnóstico como el DSM - IV (1995), se han señalado algunas características, que pueden ser indicadoras de un trastorno de personalidad como lo son experiencias de comportamiento que difieren con la cultura del sujeto afectándolo en importantes áreas de su vida como el área cognoscitiva, afectiva, interpersonal y de control de los impulsos; dicha experiencia de comportamiento se presenta como inflexible, además de encontrar su origen en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, presentándose como estable y de larga duración, no es debida a un trastorno mental, a los efectos de consumo de sustancias, o debida a enfermedad médica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2 Trastorno Límite de Personalidad

El trastorno límite de personalidad es un trastorno que puede presentarse frecuentemente en las personas, el cual propicia un deterioro bastante significativo en la vida de los individuos, además el término "límite" se ha utilizado de muy diversas maneras, las cuales difieren del significado de "trastorno límite de personalidad" en algunos manuales de diagnóstico como el DSM IV. Por otra parte la terminología "límite" ha tenido muchos y muy diversos usos a través de la historia clínica, en algunas ocasiones el clínico empleaba el término cuando carecía de un diagnóstico seguro, sobre todo porque los pacientes manifestaban síntomas neuróticos y psicóticos; es decir se decía que estos pacientes se encontraban entre la frontera psicótica y neurótica. (Beck, 1995).

Por su parte el DSM – IV (1995), reporta para el trastorno antisocial de la personalidad una prevalencia del 3% en los varones y del 1% en las mujeres, según muestras aproximadas de la población general. Para el trastorno límite de personalidad la prevalencia se estima en un 2% para la población general, aproximadamente del 10% de los sujetos atendidos en centros ambulatorios de salud mental, y en torno al 20% de los pacientes psiquiátricos que han ingresado. Cabe señalar que en las poblaciones clínicas diagnosticadas con algún trastorno de personalidad, el trastorno límite se coloca entre un 30% y 60%. El trastorno histriónico de personalidad ocupa entre un 2% y 3% de la población general, aunque mediante evaluaciones estructuradas se han encontrado tasas que oscilan entre un 10% y 15% en centros de salud mental, ya sean hospitalarios o ambulatorios. Por último el trastorno narcisista de personalidad presenta una prevalencia que oscila entre 2% y 16% dentro de las poblaciones clínicas, mientras que en la población general ocupa un 1%.

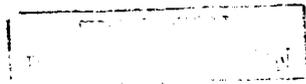
Por otra parte, Ordaz y Villegas (2000), hicieron alusión a lo que el Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program mencionó en 1999 con respecto al trastorno límite de personalidad; dicho Instituto relata que la

LIBROS DEL SAJE
FACULTAD DE PSICOLOGIA

sociedad europea recluía a la gente "loca o insana" en asilos o la trasladaba de ciudad en ciudad. Es a partir del siglo XVIII cuando algunos médicos realizaron investigaciones con los sujetos de los asilos, descubriendo que muchos de ellos conservaban la razón, es decir, tenían la capacidad de juicio para discriminar entre lo verdadero y aquello que no lo era, se percataron además que esas personas padecían angustia emocional la cual calificaban de terrible, impulsividad, y serias dificultades de autocontrol; lo que los hizo suponer que tales personas se situaban entre la locura absoluta y el comportamiento normal, tal situación desconcertó a los psiquiatras durante los siglos posteriores. Era pues, en esa "frontera" donde la psiquiatría y la sociedad colocaron a sus criminales, alcohólicos, gente suicida, gente emocionalmente inestable, así como a aquellos considerados conductualmente imprevisibles.

Además el Borderline Disorder Institute Cornell Psychotherapy Program, considera que la característica más sobresaliente de una personalidad límite se centra en la "inestabilidad". Estas personalidades oscilan entre pensamiento inestable, racional y claro, el cual en otras ocasiones es francamente psicopático. El comportamiento de las personalidades limítrofes puede presentar episodios donde la conducta puede calificarse como altamente eficiente, alternada con conducta infantil. Estos estados de inestabilidad aparecen acompañados de ansiedad, culpa, y autodevaluación.

Tarnopolsky y Berelowitz (1987), comentaron que el término "personalidad límite" se ha considerado carente de validez; y que dicha validez es muy incierta. Además señalaron características diferenciales entre el trastorno límite de personalidad y otras patologías como la esquizofrenia y los desórdenes afectivos. A través de la literatura revisada desde hace varios años, éstos autores plantean nuevos criterios por medio de los cuales se lleve a cabo la diagnosis de la personalidad limítrofe debido a la presencia de tópicos poco claros.



Desde hace varias décadas numerosos autores reportaron a través de sus trabajos terapéuticos características frecuentemente presentadas por los pacientes con trastorno límite de personalidad, por ejemplo Otto Kernberg (1987); se refirió a los trabajos de Fairbairn en 1954 y a los de Rey en 1979, quienes enfatizaron en los pacientes límite cuyos rasgos esquizoides de personalidad son característicos de los trastornos esquizoide y esquizotípico como lo señalan los criterios del DSM – III; también hizo referencia a Mahler en 1971, quien también trabajó con pacientes limitrofes, los cuales presentaban rasgos muy similares a los pacientes límite anteriormente descritos.

Otto Kernberg (1987), también se refirió a los trabajos terapéuticos de algunos autores que trabajaron con personalidades limitrofes, como Rinsley en 1980 y Masterson durante 1976, 1977, 1980, quienes llevaron a cabo trabajos con pacientes que presentaban personalidad infantil; dichos pacientes corresponden a la definición de Gunderson en 1977 y 1982, sobre el trastorno límite de personalidad y lo que el DSM – III empleó como criterios diagnósticos para el trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad.

Rosenfeld realizó estudios enfocados en aspectos narcisistas de la personalidad, en los cuales incluyó estructuras narcisistas, neuróticas y trastornos de carácter, supuso que en el narcisismo se activan defensas contra todo aquello que implique separación, lo que a su vez provocaría sensaciones de dependencia y por consecuencia ansiedad (1964).

Más tarde Kernberg (1987), señaló los trabajos de Rosenfeld en 1979 con pacientes límite en cuyos casos predominaban rasgos narcisistas y paranoides, comparables con los criterios que el DSM –III empleó para dicha clasificación.

Beck (1995), citó autores de orientación psicodinámica como Gunderson y Singer en 1975; Kernberg en 1975 y 1977; Masterson en 1978 para

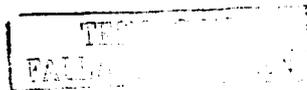
describir las características de los pacientes límite; este último consideró que los pacientes límite se caracterizan por "una pobre integración de la identidad", "defensas primitivas", "límites relativamente firmes entre el objeto y el sí - mismo", y una prueba de realidad relativamente intacta".

Por otra parte Winnicott (1960) y Bion 1967 (citado en Kernberg 1987), mencionaron características del terapeuta que realiza trabajos con pacientes límite, el cual deberían tener habilidad para integrar aspectos cognoscitivos y emocionales comprendiendo la situación terapéutica, a lo cual Bion enfatizó como aspecto cognoscitivo ("contenedor"), diferente del énfasis de Winnicott, aspecto emocional ("de sostén"), ambos aspectos serían maneras de representar los cuidados maternos básicos.

Rutter (1987), mencionó que los sujetos con un trastorno de personalidad muestran dificultades en el mantenimiento y establecimiento adecuado de sus relaciones sociales.

Gunderson y Zanarini (1987), plantearon que los pacientes con un trastorno de personalidad presentan un bajo nivel de aprovechamiento, gran impulsividad o intentos suicidas manipulados, afectividad exacerbada, experiencias psicóticas moderadas, alta socialización y perturbadas relaciones interpersonales cercanas como un síndrome clínico distintivo.

Además éstos autores señalaron otras características clínicas que observaron a través de investigaciones empíricas y que presentan en orden de importancia de acuerdo a sus criterios: a) relaciones interpersonales intensas e inestables, b) conductas autodestructivas persistentes, c) sentimientos crónicos de abandono, d) afectos crónicos disfóricos, e) distorsiones cognitivas, f) impulsividad, g) escasa adaptación social.



Por otra parte los pacientes con trastornos de personalidad manifiestan conductas disruptivas, tienen demandas de atención exclusiva, tendencias paranoides, una constante orientación hacia el sostén (apoyo) de su autoestima así como un bajo nivel de logros personales; según lo mencionó Horwitz, (1987).

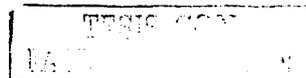
Akiskal (1985), ha hipotetizado el término límite como un desorden afectivo; a diferencia de autores como Frances y Widiger (1986); quienes lo consideran como una protección de la afectividad y del desorden patológico de la personalidad; dicho término es contrastante con el enfoque de Abend (1983), quien prefirió emplear el término límite como "indefinido y como una categoría de depósito de desechos".

Perry y Cooper (1986), indicaron que los individuos con desórdenes de personalidad antisocial no utilizan las defensas de escisión e identificación proyectiva, como lo menciona el DSM III - R.

Kohut (1984), Brandchaft y Storlow, (1987), mencionaron que el concepto límite ha sido relacionado con la atenuación de enfermedades psicóticas en particular la esquizofrenia, además de considerarlo como indicador en las ocasiones cuando no existe empatía terapéutica.

Beck (1995), comentó que las personas con trastorno límite de personalidad muestran como característica principal una "disfunción de la regulación emocional", en cuyos casos reportó la aparición de dramáticas reacciones, así como actos impulsivos.

Otra hipótesis paralela a esta situación es que durante los procesos de desarrollo los individuos límite tienen experiencias intensas con otras personas significativas, las cuales les insisten en mostrar una actitud positiva sin tomar en cuenta su malestar, ante dicha situación resulta, en estos pacientes ya proclives fisiológicamente a respuestas emocionales desproporcionadas, que reciban una



educación inadecuada con respecto a la manera de regular sus emociones, propiciando que asuman actitudes despectivas y autopunitivas, lo anterior suscita intolerancia a las emociones intensas, principalmente en las relacionadas con pérdidas significativas. Como consecuencia se observa incapacidad para ser asertivos al momento de solicitar ayuda, razón por la cual buscan dicha ayuda de maneras sutiles e indirectas; aunque por otra parte las fuertes respuestas emocionales impiden la búsqueda sutil de la ayuda que se comentó anteriormente.

Beck (1995), señaló que los individuos con trastorno límite de personalidad, muestran distorsiones cognitivas, sobre todo una muy importante la cual el autor ha denominado como "pensamiento dicotómico"; a partir de este tipo de pensamiento los individuos límite evalúan la realidad con categorías que son mutuamente excluyentes, es decir bueno – malo, lealtad – traición; en donde no existe un punto intermedio, dando como resultado respuestas emocionales y actitudes extremas.

Kagan en 1986 (citado en Beck, 1995); comentó que los sociópatas presentan un retraso en el desarrollo de su madurez moral, así como en su funcionamiento cognitivo, como lo señala Kohlberg en su segundo nivel de epistemología; el cual es muy similar a lo que Piaget denominó operaciones concretas. Debido a lo anterior, dichos sujetos no pueden reemplazar lo real por lo posible, siendo su manera de relacionarse personal, más no interpersonal, es decir no pueden entender el rol de las otras personas, ni ponerse en su lugar; trayendo como consecuencia la satisfacción de sus propias necesidades únicamente, debido a sus limitaciones cognitivas.

Algunas de las supuestas dificultades que presentan las personas con trastorno antisocial de la personalidad son que los demás no son capaces de aceptarlos, y por tanto su libertad se ve restringida. (Beck, 1995). En estos sujetos hay una creencia constante de que lo que ellos hacen es lo correcto, por tanto es difícil hacer un cuestionamiento de sus acciones; buscan entonces satisfacciones



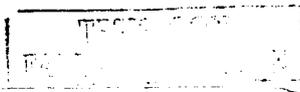
personales inmediatas y personales sin tomar en cuenta las consecuencias posteriores.

Beck (1995), mencionó autores de diferentes líneas de pensamiento, como Marmor, 1953; Kernberg, 1975; Zetzel, 1968; quienes describieron rasgos histéricos que son predominantemente orales, y no fálicos. Sin embargo autores como Baumbacher y Amini, 1980 – 1981; han discriminado principalmente tres grupos en el trastorno histriónico de la personalidad: 1) neurosis caracterológica histérica, asociada con problemas típicos en la triada edípica; 2) trastornos histéricos de personalidad en el inicio de la fase fálica en donde hay una fijación diádica; 3) organización límite de personalidad con rasgos histriónicos y defensas primitivas.

Otros autores como Standge, Bilsbury, Jain y Smith, también citados por Beck (1995); llegaron a la conclusión de que las mujeres con trastorno histriónico de personalidad, tienen una capacidad deteriorada en la percepción y evaluación de su propia conducta, en contraste con la percepción de otras personas de su medio ambiente.

Es importante comentar que los pacientes con trastorno histriónico de personalidad pueden ser muy sociables y amistosos, pero durante el transcurso de una relación interpersonal van adoptando conductas en las que se observan exigencias y necesidades de un apoyo constante, por lo que la asertividad sería una forma muy directa de pedir ayuda y estaría el riesgo constante de un rechazo, por esta razón utilizan diversas formas de obtener aprobación y aceptación como la manipulación, intimidación, coerción, labilidad afectiva y amenazas suicidas.

Estos pacientes son muy influenciados por las impresiones más que por las reflexiones, lo cual trae como consecuencia una tendencia al pensamiento dicotómico; pueden parecer cálidos, encantadores y seductores, pero sus sentimientos carecen de profundidad y/o autenticidad.

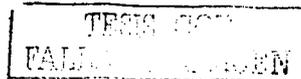


En cuanto al trastorno narcisista de la personalidad Beck (1995), hizo referencia a algunos autores como Kernberg en 1970, quien planteó que en estos sujetos existe una "rabia oral" patológica en el desarrollo de la libido, la cual es originada por una carencia emocional de una *madre crónicamente indiferente* o con una *malevolencia encubierta*; también se refirió a Horwitz en 1975, que señaló la existencia de un procesamiento defectuoso de la información, en el cual se pone mucha atención a los elogios y a las críticas, las cuales convergen de manera subjetiva en incertidumbre y necesidad de confirmación.

Kohut (1971), mencionó que el narcisismo patológico surge cuando el "sí mismo grandioso" y la "imagen parental idealizada" no están integradas de una forma adecuada; lo que puede ser provocado por una madre que no confirma de una manera suficiente las respuestas emocionales del niño; o por otra parte no permite que el niño aprecie sus límites reales.

Millon (1994), señaló que los sujetos con trastorno límite de personalidad se caracterizan por ser impulsivos, desarrollar crisis inesperadas, mostrar ansiedad al momento de contactar con ellos. Su comportamiento interpersonal puede ser considerado como paradójico, impredecible, manipulativo y contrariante, lo que causa confusión en los demás, por lo que son rechazados y evitados.

Por otra parte, presentan ansiedad crónica que se origina por el temor a ser abandonados, aunque al mismo tiempo experimentan rabia hacia las personas de quien dependen por promover dicha dependencia. A menudo tienen trastornos de identidad, carecen de seguridad sobre quiénes son y hacia dónde dirigen su vida. La falta de fuerza para enfrentar las adversidades puede encontrar su origen en los problemas de identidad sexual, planeación de actividades, valores de tipo duradero y las alianzas.



Papalia, basándose en la clasificación del DSM – III – R definió el trastorno de la personalidad límite como la "alteración caracterizada por la inestabilidad en diversas áreas, incluyendo el estado de ánimo, la imagen corporal y las relaciones con los demás". Así mismo mencionó definiciones para los restantes trastornos del eje II cluster b, las cuales se mencionan a continuación.

El trastorno narcisista de la personalidad es un "trastorno caracterizado por fantasías de grandeza y éxito ilimitado, ansias de atención constante, con un sentimiento de rabia, vergüenza o indiferencia activa frente a la crítica o al fracaso, expectativas de favores especiales, desconsideración de los derechos de los demás, falta de empatía".

El trastorno de la personalidad histriónica, está "...caracterizado por un comportamiento muy dramático"; en tanto que el trastorno antisocial de la personalidad, se distingue "...por comportamientos que violan los derechos de los demás" (1987).

Ordaz y Villegas (2000), señalaron las características de los pacientes con personalidad limítrofe descritas por Kreger y Mason en 1998, las cuales se dividen en pensamientos, sensaciones y conductas; además mencionan algunas razones por las cuales las mujeres son diagnosticadas con mayor frecuencia que los hombres con trastorno límite de personalidad. A continuación se describen tales características.

Pensamientos

- ▼ Tienen a ver la gente sin defectos o malvada, tienen dificultad para recordar las cosas buenas de una persona a la que han etiquetado como mala.
- ▼ Encuentran imposible recordar cualquier aspecto negativo en la persona a la que han asignado el papel de buena.
- ▼ Perciben a la gente como totalmente a favor o totalmente en contra de ellos.
- ▼ Perciben las situaciones como desastrosas o ideales.

- ▼ Oscilan entre verse a sí mismos sin valor o sin defectos.
- ▼ Creen que los demás están totalmente en lo correcto o completamente en lo incorrecto.
- ▼ Cambian sus opiniones dependiendo de la persona con quien estén.
- ▼ Recuerdan las situaciones de manera muy distinta al resto de la demás gente.
- ▼ Cree que los otros son responsables de sus actos o se sienten responsables de las acciones de los otros.
- ▼ No están dispuestos a admitir cuando se han equivocado o sienten que todas sus acciones son erróneas.
- ▼ Buscan su creencia en sus sensaciones más que en hechos reales.

Sensaciones

- ▼ Ante la provocación más ligera manifiestan sensaciones intensas.
- ▼ Tienen cambios extremos del estado de ánimo en minutos o en horas.
- ▼ Presentan dificultad para manejar sus emociones.
- ▼ Son desconfiados y tienen tendencia a sospechar de los demás.
- ▼ Gran parte del tiempo experimentan sensaciones de ansiedad o irritabilidad.
- ▼ Se sienten ignorados cuando no son el foco de atención.
- ▼ Presentan expresiones inadecuadas de su enojo y/o dificultad para expresarlo.
- ▼ Sienten que nunca consiguen suficiente amor, afecto o atención.

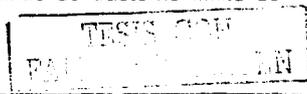
Conductas

- ▼ Muestran dificultad para respetar los límites de los otros y para definir los propios.
- ▼ Presentan actos impulsivos que son potencialmente perjudiciales para sí mismos, por ejemplo gastos excesivos, conductas sexuales de alto riesgo, peleas, abuso de drogas o alcohol, conducen imprudentemente, robo, desórdenes de alimentación.
- ▼ Se automutilan cortando o quemando su piel.
- ▼ Amenazan con matarse o llevan acabo tentativas reales de suicidio.

- ▼ Cambian sus expectativas de manera tal que experimentan la sensación de nunca poder hacer bien las cosas.
- ▼ Abusan físicamente de otras personas, por ejemplo al darles una palmada, golpearlos o rasguñarlos.
- ▼ Presentan una forma de vida muy caótica.
- ▼ Llevan a cabo actos imprevisibles.
- ▼ Presentan estados que alternan entre querer estar cerca de las personas y posteriormente distanciarse de las mismas.
- ▼ Oscilan entre tener bajo control algunas situaciones pero extremadamente fuera de control otras.
- ▼ Abusan verbalmente de otros, criticándolos y culpándolos.
- ▼ Son verbalmente abusivos hacia las personas que conocen muy bien, mientras que dan una imagen encantadora para alguien desconocido.
- ▼ Acusan a los otros de hacer cosas que no hicieron, de tener sensaciones que no sienten, o de creer cosas que no creen.

Razones para diagnosticar a las mujeres con mayor frecuencia que a los hombres con trastorno límite de personalidad.

- ▼ El abuso sexual, que es común en la historia 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 trastorno límite de personalidad porque las educan para ser más dependientes y más sensibles al rechazo.
- ▼ Los estudios han demostrado que los profesionales de salud mental tienden a diagnosticar el trastorno límite de personalidad 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 trastorno límite de



personalidad 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 los reclusorios.

Por otra parte, Kernberg (1976 b), señaló que los sujetos con algún trastorno de personalidad tienen 4 características principales:

a) Muestran manifestaciones no específicas de debilidades del yo, debilidades en las que se incluyen poca capacidad de tolerancia a la ansiedad, al control de impulsos o al desarrollo social productivo donde canalizar energía (sublimación).

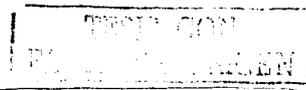
b) Tendencia a desplazarse hacia un pensamiento irracional (fantasía) en el contexto de una capacidad intacta de juicio de realidad.

c) Predominancia de menor desarrollo de maduración de las defensas psicológicas; los mecanismos de defensa más usados son la proyección y la identificación proyectiva.

d) Difusión de la identidad y patología específica relacionada con las relaciones objetales internas, tal como la representación mental de los otros seres importantes que son fragmentados y están fuertemente cargados de bueno - malo.

En el concepto de Kernberg sobre los límites se incluye un rango de desorden de personalidad como la personalidad infantil, la personalidad narcisista, personalidad antisocial, la personalidad "como sí", personalidad esquizoide.

Kernberg (1975), concluía que el término límite debería emplearse para los sujetos que presentasen una organización caracterológica crónica, la cual no es posible clasificarla como neurótica o psicótica; tal organización se



caracteriza por " 1) constelaciones sintomáticas típicas, 2) constelación típica de maniobras defensivas del yo, 3) patología típica de las relaciones objetales internalizadas, y 4) rasgos genético – dinámicos típicos".

3.3 Elementos para elaborar un diagnóstico presuntivo

Kernberg (1975), comentó que los pacientes límite pueden manifestar de manera superficial síntomas neuróticos típicos; aunque a pesar de ello tales síntomas neuróticos aunados a una patología caracterológica muestran signos de una organización límite de personalidad.

Debido a que no se puede considerar patognomónico por sí solo alguno de los síntomas, cuando hay presencia de dos o específicamente tres de los síntomas posteriormente mencionados, se consideran fuertes indicadores de la presencia de una personalidad límite subyacente. Es importante señalar que un diagnóstico definitivo podrá emitirse tomando en cuenta las características de la patología yoica y no únicamente los síntomas descriptivos. A continuación se describen los niveles sintomático y estructural (Kernberg, 1975); y el nivel genético – dinámico (Kernberg, 1987).

3.3.1 Nivel Sintomático

3.3.1.1 A) Ansiedad

En las personalidades límite se encuentra presente "...una ansiedad flotante, crónica y difusa, que adquiere especial significación cuando está presente toda una variedad de otros síntomas o rasgos patológicos del carácter " (1975). La ansiedad posee un "carácter más definitorio", en comparación con los otros síntomas o rasgos de carácter, excepto en las reacciones crónicas de ansiedad, que están relacionadas con específicos significados de síntomas conversivos;



aunque lo más común es que esto sea detectado solamente durante el proceso analítico.

3.3.1.2 B) Neurosis polisintomática

En los pacientes límite es posible encontrar varios síntomas neuróticos, por lo que se considera de importancia cuando existan dos o más de los síntomas a continuación mencionados.

a) Fobias múltiples. Es importante considerar las fobias que causan graves impedimentos o limitaciones en la vida del sujeto; tienen importancia también aquellas fobias relacionadas con la apariencia personal o el cuerpo, o aquellas que están relacionadas con objetos externos; también son de importancia las fobias relacionadas con elementos de transición hacia una neurosis obsesiva. Finalmente las fobias múltiples, sobre todo aquellas que sean evidencia de tendencias paranoides las cuales provoquen inhibiciones sociales significativas son características de personalidades límite.

b) Síntomas obsesivo – compulsivos. Se deben considerar los síntomas obsesivo – compulsivos con aparición secundaria que se han vuelto sintónicos con el yo, y que a consecuencia de esto las acciones y pensamientos del carácter se sobrevalúan. En estos casos la prueba de realidad se encuentra presente en el sujeto, pero quiere librarse de los actos y pensamientos absurdos que tiene aunque al mismo tiempo muestra tendencias a racionalizar dichos actos y pensamientos.

c) Síntomas conversivos elaborados o grotescos. La aparición de éstos síntomas, sobre todo si son crónicos, o las reacciones conversivas monosintomáticas graves con evolución de varios años de duración; por otra parte los síntomas conversivos elaborados próximos a alucinaciones corporales o en los

que se presenten secuencias o sensaciones de movimientos extraños es común encontrarlos en las personalidades límite.

d) Reacciones disociativas. Se consideran los llamados "estados de penumbra" o fugas histéricas, así como las amnesias que tienen que ver con alteraciones de la conciencia.

e) Hipocondría. En el trastorno límite esta patología está relacionada en la medida que se presenta una excesiva preocupación por la salud acompañada de un crónico miedo a la enfermedad; manifestándose con síntomas de tipo crónico, rituales de salud, y un alejamiento de la vida social a causa de enfocarse en su estado de salud. Queda excluida la ansiedad intensa con tendencias hipocondríacas moderadas a causa de la ansiedad misma.

f) Tendencias paranoides e hipocondríacas asociadas con neurosis sintomática. Se toman en cuenta específicamente las tendencias paranoides definidas y con relativa intensidad, además de notables rasgos hipocondríacos que no sean consecuencia de reacciones intensas de ansiedad.

3.3.1.3 C) Tendencias sexuales perverso polimorfas

Son aquellas desviaciones sexuales manifiestas con tendencias perversas como promiscuidad heterosexual u homosexual, acompañadas de elementos sádicos, exhibicionistas, masoquistas, etcétera. Pacientes con inhibición completa de la conducta sexual manifiesta, con fantasías masturbatorias conscientes en las cuales son indispensables las tendencias perversas para la gratificación sexual. Perversiones con manifestaciones primitivas de agresión o sustitución primitiva de objetivos genitales por eliminatorios como micción y defecación. Quedan excluidos los casos en donde hay una desviación sexual estable la cual además, puede asociarse con relaciones objetales constantes.

3.3.1.4 D) Estructuras clásicas de la personalidad prepsicótica

Corresponden a la personalidad paranoide, personalidad esquizoide, personalidad hipomaniaca y organización ciclotímica de la personalidad con marcadas tenencias hipomaniacas.

3.3.1.5 E) Neurosis impulsivas y adicciones

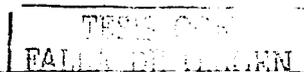
Se incluyen las patologías graves de carácter que de modo crónico y repetitivo irrumpen impulsos que gratifican necesidades instintivas, de modo tal que "...fuera de los episodios impulsivos resulta distónicos con el yo" (1975), en tanto que dentro del contexto de dichos episodios es sintónico con el yo provocando gran placer. La adicción al alcohol, a las drogas, algunas formas de obesidad psicógena y la cleptomanía se pueden considerar como algunos ejemplos de esta categoría.

3.3.1.6 F) Desordenes caracterológicos de nivel inferior

Kernberg (1975), consideró que las típicas estructuras histéricas, las personalidades obsesivo - compulsivas, la personalidad depresiva y las personalidades masoquistas mejor integradas no caen dentro de la organización límite de la personalidad. Sin embargo gran cantidad de personalidades infantiles, las típicas personalidades narcisistas, las personalidades "como si", las personalidades antisociales se encuentran dentro del espectro de la organización límite de la personalidad. A continuación se describen características de la personalidad histérica, infantil y narcisista.

3.3.1.6.1 I) Personalidad histérica y personalidad infantil

En la personalidad histérica se observa una integración yoica y superyoica mayor, extensión más amplia de las áreas libres de conflicto



relacionadas con las funciones y estructuras del yo, los conflictos edípicos prevalecen sobre los de tipo oral y la conflictiva sexual encuentra su origen en la etapa genital más que en la pregenital.

La personalidad infantil muestra predominancia de conflictos genitales, específicamente orales, en estas personalidades hay una importante afección de la capacidad para mantener relaciones objetales estables, las fantasías sexuales primitivas con tendencia polimorfa son consecuencia del fracaso de la barrera represiva. Además mediante la conducta "dependiente" se expresan demandas de tipo oral con elementos de agresividad. Debido a que en éstas personalidades se encuentra de trasfondo la incapacidad de depender de los "otros", se ha llegado a suponer que es debido a las graves distorsiones sufridas en sus relaciones objetales internalizadas.

A continuación se mencionan algunos rubros distintivos entre la personalidad histérica e infantil.

a) *Labilidad emocional.* La personalidad histérica emplea la *seudohiperemocionalidad* como una defensa que incrementa la represión, y que se manifiesta ante la intensidad provocada por las áreas conflictivas en el compromiso sexual, dicha defensa también se manifiesta en la transferencia. En áreas que no son conflictivas, estas pacientes mantienen una relativa estabilidad emocional mostrando reacciones adecuadas. Sin embargo en la personalidad infantil la labilidad emocional es difusa y generalizada, con muy pocas áreas libres de conflicto, lo que da como resultado gran inadecuación social; la falta de control de impulsos se encuentra de manera muy generalizada.

b) *Excesivo compromiso.* La personalidad histérica presenta un exagerado compromiso en la relación con los demás, lo que impresiona como adecuado; por otra parte la constante proximidad y el aferramiento infantil, ambos selectivos sobre todo en un contexto de tipo heterosexual, es más bien una



defensa en contra de temores genitales. La extraversion, la identificación con fantasías emocionales, la superficial resonancia intuitiva, el arte y la literatura son debidos a un consolidado pensamiento secundario junto con una adecuada evaluación de la realidad inmediata. En tanto que en la personalidad infantil está presente una excesiva identificación en la cual se aprecian características desesperadas e inadecuadas, donde es posible encontrar un error bastante amplio en la manera de interpretar las motivaciones y la vida interna de las personas. Las relaciones que llegan a ser más duraderas se caracterizan por la presencia tendencias a la agresión oral con componentes regresivos e infantiles.

c) *Necesidad de dependencia y exhibicionismo.* En la personalidad histérica se encuentra la necesidad de ser el centro de atención y atracción, necesidad de ser amado, pero dentro de un contexto sexual; mientras que en las personalidades infantiles las necesidades de ser el centro de atracción tienen elementos básicamente orales, siendo por lo tanto inadecuadas las demandas que se expresan, con la aparición de sensaciones de indefensión; además el exhibicionismo que presentan las personalidades infantiles aparece como "frio", característica próxima al narcisismo de tipo primitivo.

d) *Seudohipersexualidad e inhibición sexual.* En la personalidad histérica es común encontrar provocación sexual de nivel superficial combinada con inhibición sexual debajo de ese nivel (frigidez); también los vínculos sexuales están fuertemente matizados de componentes edípicos (compromisos crónicos con personas de edad mucho mayor con quien no es posible consolidar una relación), dichos vínculos con la pareja sexual pueden ser estables, siempre y cuando las demandas neuróticas sean satisfechas. Por otra parte en la personalidad infantil hay menor disimulo en los atractivos sexuales, siendo por lo tanto muy directos y carentes de sutileza, por medio de los cuales se pone de manifiesto una pobre y deficiente capacidad en la adaptación social con tendencias exhibicionistas y demandas orales, más que la búsqueda de un encuentro sexualizado con el sexo opuesto. También es posible encontrar en este

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

tipo de personalidades vínculos de tipo objetal poco estables aunados a promiscuidad, así como fantasías primitivas sexuales perverso – polimorfas consecuencia de una represión difusa. Cabe señalar que la promiscuidad sexual en la personalidad histérica es mucho menos frecuente en contraste con la personalidad infantil.

e) *Tendencias competitivas con hombres y mujeres.* En las personalidades histéricas hay una clara diferencia entre la competencia con el propio sexo y con el sexo opuesto. Cuando la competencia es con los hombres (con el fin de negar la inferioridad sexual) los patrones caracterológicos se desarrollan de manera estable; mientras que en la competencia con las mujeres está subyacente la rivalidad edípica, la cual prevalece sobre las posibles causas de las actividades competitivas. En cambio en las personalidades infantiles hay una menor diferenciación en el comportamiento con hombres y mujeres, las conductas competitivas son menos crónicas, donde se manifiesta una alternancia rápida de sentimientos positivos y negativos; la alternancia puede presentarse también en situaciones de sometimiento o imitación de tipo infantil con lapsos de gran oposición empedernida.

f) *Masoquismo.* La personalidad histérica corresponde dinámicamente a rasgos de carácter de "nivel superior", en los cuales está presente un superego punitivo y rígido. La personalidad infantil corresponde a un masoquismo de "nivel medio" o "nivel inferior", dicho masoquismo se caracterizan por disminución en la culpa e interpretación de manera directa de las características sádicas y masoquistas.

3.3.1.6.2 II) Personalidad narcisista

Freud (1914), fue uno de los primeros autores que habló acerca del narcisismo, al cual definió como "...el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

una dosis a todo ser vivo". En dicho trabajo Freud propuso que en el narcisismo los vínculos eróticos hacia personas y cosas han sido cancelados, aunque son conservados en la fantasía, el sujeto, pues, ha substituido los objetos reales por objetos imaginarios en su recuerdo, y por otra parte ha renunciado a la empresa de acciones motrices que le permitiría obtener los fines en esos objetos. Al hablar acerca de los parafrénicos, Freud señaló que del mundo exterior se sustrajo la libido y se condujo al yo, lo que denotaría la conducta conocida como narcisismo.

En el narcisismo es posible observar oposición entre la libido yoica y la libido de objeto, pues "...cuanto más gasta una, tanto más se empobrece la otra". Freud concluye diciendo que "...la diferenciación de las energías psíquicas, que al comienzo están juntas en el estado del narcisismo y son indiscernibles para nuestro análisis grueso, y sólo con la investidura de objeto se vuelve posible diferenciar una energía sexual, la libido, de una energía de las pulsiones yoicas". Por último Freud comentó que para un mayor estudio del narcisismo se debería considerar la enfermedad orgánica, la hipocondría y la vida amorosa de los hombres y las mujeres.

Kernberg (1975), al referirse a las personalidades narcisistas opinó que también son consideradas dentro de una organización límite de personalidad. Sin embargo existen sujetos que muestran dificultades en la apreciación de sí mismos, estas dificultades están directamente relacionadas con perturbaciones de sus relaciones objetales.

Por otra parte las personalidades narcisistas no parecen ser muy regresivas, y en la mayoría de las veces presentan una capacidad adecuada en su funcionamiento social, donde el control de impulsos comparado con la personalidad infantil es mucho mejor.

La forma de interacción de estas personalidades con las demás personas se encuentran en referencia a sí mismos, muestran una excesiva

TESIS CON
FALLA DEL ORIGEN

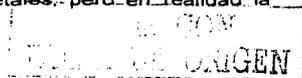
necesidad de admiración y de ser amados; es posible observar una contradicción entre el autoconcepto muy sobrevalorado junto con una gran necesidad de recibir "tributos" de otros.

En las emociones de estos sujetos hay una gran carencia de profundidad, escasa capacidad para empatizar con los sentimientos de los demás; por lo general, mas allá de los homenajes recibidos por los otros o sus fantasías de grandiosidad tienen escasos motivos para disfrutar de la vida; a menudo sienten inquietud y hastío cuando no encuentran fuentes externas que nutran su autoestima. Envidian a los "otros", en las personalidades narcisistas hay una marcada tendencia a idealizar a aquellos sujetos específicos de quienes pueden recibir y esperar gratificaciones de tipo narcisista, aunque también devalúan a otros sujetos (los ídolos anteriores) de quienes ya no pueden esperar nada más.

El tipo de relaciones que establecen con otras personas se caracterizan por ser explotadoras e incluso parasitarias, experimentando la sensación de ejercer derecho de control y posesión de las demás personas para poder explotarlos sin presencia de culpa; manifiestan una superficial y aparente simpatía, la cual es encantadora, y a partir de la cual se logra percibir un carácter frío y despiadado.

Frecuentemente se ha llegado a pensar que las personalidades narcisistas tienen una gran dependencia hacia los demás debido a la constante búsqueda de elogios, gratificaciones narcisistas, tributos y amor; pero en realidad carecen de capacidad para depender de nadie a causa de una profunda desconfianza que experimentan por todos.

Por medio del trabajo analítico se ha corroborado en repetidas ocasiones que el comportamiento de grandiosidad, controlador y altanero es una defensa ante los rasgos paranoides relacionados con la rabia oral que presentan. Aparentemente hay una ausencia de relaciones objetales, pero en realidad la



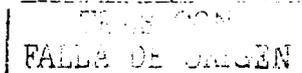
forma de interacción de éstas personalidades muestra de forma subyacente relaciones objetales internalizadas de forma demasiado intensas, primitivas, atemorizantes y con la imposibilidad para recurrir a objetos buenos internalizados.

Kernberg (1975), consideró a la personalidad antisocial como una entidad incluida dentro de la categoría de la personalidad narcisista, pues los rasgos de carácter son básicamente los mismos, pero en la personalidad antisocial se agregan considerables patologías del superyó.

3.3.1.6.3 III) Estructuras caracterológicas *depresivo – masoquistas*

Kernberg (1994), señaló que el trastorno depresivo – masoquista se caracteriza principalmente por tres aspectos de rasgos caracterológicos que son: "1) aquellos que reflejan un superyó intransigente, 2) los que reflejan una dependencia excesiva del apoyo, el amor y la aceptación de los otros, y 3) los que reflejan dificultades en la expresión de la agresión". Cuando éstos sujetos no logran cumplir sus expectativas y normas elevadas suelen deprimirse; en circunstancias de excesiva exigencia pueden crearse una inconsciente tendencia a la búsqueda de circunstancias que induzcan sufrimiento o explotación, creando incluso, de forma inconsciente una realidad perpetua por medio de la cual se justifique el ser maltratados, rebajados o humillados.

Freud (1924), abordó el tema del masoquismo refiriéndose a aspectos de placer – displacer, comentó que el masoquismo puede presentarse de tres maneras, a) como una condición a la que se sujeta la excitación sexual: en el cual la libido se ha enfrentado con la pulsión de muerte, la función de la primera es evitar la pulsión destructora, y lo hace desviando gran cantidad de dicha destrucción a los objetos del mundo exterior; aunque por otra parte un sector de la pulsión de destrucción (muerte) se ha puesto al servicio de la función sexual, quedando a su cargo el sadismo. Otro sector de la pulsión de destrucción permanece dentro del organismo, el cual se liga libidinosamente por medio de la



coexistación sexual, éste proceso explicaría el masoquismo erótico (primario). En ocasiones el sadismo que ha sido colocado al exterior (proyectado), puede introyectarse de nuevo, lo que daría por resultado masoquismo secundario, que se añade al masoquismo originario; b) masoquismo como expresión de la naturaleza femenina: donde se puede interpretar que el masoquista busca ser tratado como niño desvalido y dependiente, es decir busca colocarse en una situación femenina, ser castrado, poseído sexualmente (por el padre). En las fantasías masoquistas pueden estar implícitos sentimientos de culpa por el supuesto de que la persona afectada infringió algo, situación que debe ser expiada a través de los rituales dolorosos, lo que conlleva a la tercera forma de masoquismo, c) masoquismo como norma de conducta en la vida; en este tipo de masoquismo moral la condición de partir de la persona amada junto con la tolerancia por orden de ella ha desaparecido, en tal caso lo que importa es el padecimiento, siendo irrelevante que sea infringido por la persona amada o por una persona indiferente. Freud señaló que una forma de reconocer este masoquismo, es mediante la *reacción terapéutica negativa*, donde la culpa inconsciente es la ganancia de la enfermedad. Hay una lucha entre el yo y el superyó, el primero siente angustia por no cumplir los ideales del segundo, que encuentra su origen cuando los primeros objetos con componentes libidinosos del ello se introyectaron al yo, siendo desexualizado este vínculo (con la pareja parental), pero el superyó conservó rasgos esenciales de los objetos introyectados: poder, severidad, tendencia al castigo y a la vigilancia, por lo que el superyó (conciencia moral), se vuelve duro, cruel y despiadado hacia el yo, que se encuentra al cuidado del superyó. Existe, pues, una diferencia entre la moral inconsciente y el masoquismo moral, en la primera, el sadismo aumentado del superyó se dirige sobre este mismo, al cual el yo se somete; mientras que en la segunda recae sobre el auténtico masoquismo del yo, el cual pide castigo, por lo que el superyó sádico junto con el yo masoquista se complementan el uno al otro. Entonces "su peligrosidad se debe a que desciende de la pulsión de muerte, corresponde a aquel sector de ella que se ha sustraído a su vuelta hacia fuera como pulsión de destrucción...", y a pesar de

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

que el valor psíquico es considerado como un componente erótico "...ni aún la autodestrucción de la persona puede producirse sin satisfacción libidínosa".

A continuación se describen los tópicos de la personalidad depresivo – masoquista del trabajo de Kernberg (1975).

a) *Personalidad depresiva*. Se considera como patología compleja la estructura de carácter depresivo – masoquista; aunque por otra parte en la personalidad depresiva podría ejemplificarse de manera adecuada un "nivel superior" cuya representación está caracterizada principalmente por las formaciones reactivas. A pesar de ello sus orígenes se sitúan predominantemente en los conflictos pregenitales, y desde un enfoque de tipo estructural se encuentran próximos al carácter histérico y obsesivo – compulsivo. Es importante considerar en una secuencia las diferencias que surgen en la organización masoquista, por ejemplo en las personalidades histéricas los rasgos masoquistas estarían simbolizando la actuación de la culpa que genera la genitalidad.

b) *Carácter sadomasoquista*. El carácter sadomasoquista quedaría ubicado en un punto "medio", en este punto se incluirían bastantes "quejosos que rechazan ayuda", también en algunas personalidades infantiles es posible encontrar estas características. En estos pacientes es común encontrar rasgos sádicos y masoquistas de manera combinada, las características depresivas típicas parecen no estar presentes, en tanto que los instintos sádicos se dirigen de manera directa hacia los impulsos. Algunos sujetos con estas características tienen una organización límite de personalidad, mientras que la personalidad depresiva correspondería al "nivel superior".

c) *Autodestructividad primitiva*. Los caracteres masoquistas de nivel inferior se caracterizan por una sexualidad muy primitiva de necesidades masoquistas, posiblemente también estén presentes tendencias de tipo perverso – masoquistas con descargas de agresión tanto al mundo externo como al propio



cuerpo. Dentro de este grupo se incluirían a los sujetos con una bien definida autodestructividad carentes de un superyó bien integrado, y de capacidad para sentir culpa. Como ejemplos podrían considerarse a aquellos sujetos que alivian inespecíficamente su ansiedad hiriéndose, automutilándose, con intentos suicidas impulsivos, los cuales son llevados a cabo con un monto considerable de rabia y sin depresión alguna. En estos cuadros psicopatológicos hay una prevalencia de conflictos preedípicos, en los cuales ocurre fusiones y defusiones muy primitivas de impulsos de tipo agresivo y sexual. En la gran mayoría de estos sujetos subyace una organización límite de personalidad.

d) *Depresión sintomática.* Ante la presencia de síntomas depresivos es necesario considerar la cualidad de la depresión, los factores cuantitativos, así como el nivel de organización depresivo – masoquista. Además es importante tomar en cuenta que la depresión como síntoma no puede considerarse únicamente como indicador de organización límite de personalidad. La depresión en exceso como la ausencia de ésta puede ser indicadora de un "nivel inferior" en la organización caracterológica; por lo que el nivel cuantitativo es tan importante como el cualitativo.

La cualidad de la depresión como síntoma debe determinarse, pues cuanto más está asociada con remordimiento, sentimientos de culpa, preocupación por sí mismo se considera que hay una mayor integración del superyó. Por otra parte cuando los síntomas depresivos se aproximan a rabia impotente, confusión, desesperanza, indefensión, a consecuencia de la caída del autoconcepto idealizado; se considera que hay una menor integración del superyó.

Por último, es importante conocer la cantidad de depresión como síntoma, las consecuencias de desorganización en las funciones del yo. Una depresión intensa que se acerca a un grado psicótico y que provoca desorganización del yo manifestada como "despersonalización depresiva", puede ser indicadora de una organización límite de personalidad. En tales situaciones el

TRABAJO CON
EVALUACIÓN DE ORIGEN

yo no es capaz de tolerar un superyó demasiado sádico y severo debido al "intacto funcionamiento yoico".

3.3.2 Nivel Estructural

3.3.2.1 A) Manifestaciones no específicas de labilidad del yo

Este rubro se refiere a tres características, a) falta de tolerancia a la ansiedad, b) falta de control de impulsos, c) insuficiente desarrollo de los canales de sublimación; a continuación se describen cada uno.

a) *Falta de tolerancia a la ansiedad.* Es considerada como una ansiedad mayor a la que se experimenta comúnmente, la cual desencadena síntomas nuevos, regresión del yo, y actitudes aloplásticas. Es importante señalar que en éstos casos no importa la intensidad de la ansiedad, sino la reacción que muestra el yo ante la ansiedad adicional. Por otra parte cuando no hay presencia de ansiedad no puede considerarse como indicador de que el paciente tiene capacidad para tolerarla.

b) *Falta de control de impulsos.* Es necesario llevar a cabo una diferenciación entre falta de control de impulsos generalizada e inespecífica, y la falta de control de impulsos manifestada como forma de defensa del carácter. La falta de control se puede verificar a través de situaciones como la expresión de impulsos en fases de conducta impulsiva, la cual es sintónica con el yo; repetición constante de falta de control en las mismas áreas; carencia de unión emocional entre la personalidad participante del paciente y las vivencias del yo; y ligera negación que posteriormente actúa defendiendo la "irrupción disociada". Por otra parte en la personalidad infantil, la falta de control de impulsos es de tipo inespecífica, la cual se caracteriza por ser errática e impredecible y que denota un aumento de la ansiedad u otro derivado de tipo instintivo. Su finalidad es más bien

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

diluir las tensiones intrapsíquicas, más que la reactuación de específicos sistemas de identificación disociados.

c) *Insuficiente desarrollo de los canales de sublimación.* La evaluación de la sublimación es difícil llevarla a cabo pues se deben tomar en cuenta nivel intelectual, capacidades del paciente, potencialidades y logros. En sujetos con estructura límite de personalidad provenientes de un medio estimulante con elevado nivel cultural puede disimularse la falta de creatividad y de goce debido a la necesidad de adaptación a un ambiente considerado óptimo. Sin embargo los sujetos que se encuentran en ambientes sociales poco estimulantes y carentes pueden parecer débiles, sin capacidad de creatividad y de goce; aunque su incapacidad de sublimación no sea tan grave. Las metas y la capacidad de goce son considerados como indicadores precisos de áreas libres de conflicto del yo; por lo que si no se encuentran presentes en un sujeto son señal de labilidad del yo.

3.3.2.2 B) Desviación hacia el pensamiento primario

La evidencia clínica más importante, que puede ser un indicador de una organización límite de personalidad es la tendencia hacia el pensamiento primario. Generalmente los pacientes con una organización límite de personalidad no tienen alteraciones en sus procesos de pensamiento. A través de pruebas proyectivas y por medio de respuestas a estímulos inestructurados surgen hipótesis del pensamiento primario, en el cual existen fantasías primitivas, formas especiales de verbalización.

Kernberg se cuestionó si la tendencia al proceso primario de pensamiento puede significar una manera de regresión del yo, característicos de una organización límite de personalidad, como ejemplo menciona "a) la reactivación de relaciones objetales patológicas precocemente internalizadas, conectadas con primitivos derivados instintivos de tipo patológico; b) la

reactivación de tempranas operaciones de defensa, en particular mecanismos generalizados de disociación o escisión, que afectan la integración de los procesos cognitivos; c) la refusión parcial de primitivas imágenes del sí mismo y del objeto, que disminuyen la estabilidad de los límites yoicos, y d) la regresión hacia primitivas estructuras cognitivas del yo a causa de alteraciones inespecíficas en el equilibrio carga – contracarga" (1975).

3.3.2.3 C) Defensas específicas en la organización límite de personalidad

En las personas con estructura límite de personalidad se puede observar de manera constante, tendencias de tipo agresivas y autoagresivas de importante intensidad, las cuales están directamente relacionadas con imágenes arcaicas del sí – mismo y de los objetos.

La escisión permanece como mecanismo de defensa y su objetivo esencial es no permitir la difusión de ansiedad en el yo, además de ser una protección a las introyecciones e identificaciones positivas. Otros mecanismos de defensa se activan para proteger al self "bueno", las imágenes de objeto buenas y los objetos buenos externos del peligroso self malo y de imágenes de objeto totalmente malas.

Freud (1927), fue quien primeramente habló acerca del mecanismo de la escisión cuando se refirió al fetichismo, en este trabajo comunicaba que el fetiche simbolizaría el sustituto de un pene con gran significatividad en la primera infancia, perdido más tarde, el cual debería ser resignado posteriormente, aunque en realidad la función del fetiche será de preservarlo del sepultamiento; en otras palabras "...el fetiche es el sustituto del falo de la mujer (de la madre) en que el varoncito ha creído y al que no quiere renunciar – sabido es por qué –". Freud ya dilucidaba en este trabajo la actitud bi – escindida del fetichista ante el problema de la castración de la mujer; y mencionaba que en otras situaciones la bi – escisión mostraba lo que el sujeto hace en la realidad o la fantasía con su fetiche.



Por otra parte Freud (1940), planteaba conflictos entre la exigencia de las pulsiones frente al veto de la realidad objetiva, en cuyo caso el infante realiza las dos de manera simultánea (equivalente a no realizar ninguna); aunque las dos reacciones sean contrapuestas, resultan a fin de cuentas válidas y eficaces. Así, "la pulsión tiene permitido retener la satisfacción, y a la realidad objetiva se le ha tributado el debido respeto". De tal forma que la consecuencia de las dos reacciones contrapuestas ante el conflicto será una escisión en el núcleo del yo.

A continuación se describen algunos mecanismos de defensa empleados por las personalidades límite de personalidad; es importante señalar que algunos de estos mecanismos se asocian a organizaciones neuróticas de personalidad más que organizaciones límites por lo que su contra parte se considera menos patológica (Kernberg 1975).

a) *Escisión*. Es una defensa principal en la personalidad limítrofe, cuya función es separar las introyecciones de investidura emocional opuesta con el fin de neutralizar la agresión producida por instintos libidinales. Cuando la escisión se presenta en exceso, trae como consecuencia una insuficiente neutralización de la agresión que hace fracasar el crecimiento del yo.

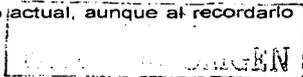
La escisión propicia labilidad yoica, y un frágil yo es proclive a emplear este mecanismo, por lo que ocurre un refuerzo entre ambos. Por otra parte, a partir del mecanismo de la escisión se puede originar una selectiva falta de control en los impulsos que se manifiesta a través de impulsos primitivos sintónicos con el yo (como en las neurosis impulsivas y adicciones).

Otra de las formas en que se manifiesta la escisión – e incluso la más conocida – es la tendencia a fraccionar los objetos en "completamente buenos" o "completamente malos", asociada la situación de que un objeto oscile en éstos extremos, con reversiones de los sentimientos. El mecanismos de la escisión puede aparecer junto con uno o más de los siguientes mecanismos.

b) *Idealización primitiva.* "Es la tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos para poder contar con su protección contra los objetos 'malos' y para reasegurarse de que no habrán de ser contaminados, dañados o destruidos por la agresión propia o la proyectada en otros objetos" (1975). Este mecanismo hace que el sujeto se cree para sí mismo imágenes de los objetos con características netamente buenas, las cuales por mucho se encuentran bastante lejos de la realidad, lo que afecta de forma negativa al ideal del yo, al superyó y el desarrollo de ambos. En el objeto idealizado se deposita la identificación omnipotente, además, la grandeza de dicho objeto representa una forma de protección contra la agresión; también el objeto idealizado actúa como gratificante de las necesidades narcisistas.

c) *Formas de proyección tempranas.* Se incluye principalmente la identificación proyectiva. El objetivo principal de este mecanismo es colocar en el exterior los aspectos agresivos del self y de los objetos que son considerados como completamente malos, este proceso da lugar, por lo tanto a la aparición de objetos "peligrosos", ante los cuales se busca protección. La intensidad de la proyección aunada a la labilidad del yo provoca que los límites del yo se vuelvan frágiles con relación a la forma como se proyecta la agresión, causando mayor temor por la agresión que se ha proyectado; por lo que muestran ataques al objeto antes de que éste lo haga.

d) *Negación.* Frecuentemente este mecanismo se presenta en dos áreas emocionales, las cuales son independientes de la conciencia, lo que refuerza a la escisión. Las personalidades límite al emplear este mecanismo se percatan de que lo que han pensado, percibido y sentido sobre sí mismos y los demás es totalmente contrario en otros momentos; a pesar de ello los recuerdos no tienen consecuencias emocionales, por lo que no es posible que se modifique la forma de pensar del sujeto. Lo más probable es que el sujeto regrese después a su estado yoico anterior y entonces niegue el estado actual, aunque al recordarlo



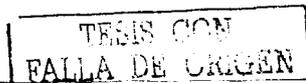
presente una total incapacidad para realizar una conexión emocional entre ambos estados.

En situaciones bajo presión, es posible que las personalidades limítrofes reconozcan de manera intelectual lo que han negado, a pesar de ello no es posible que realicen una integración con la experiencia emocional. Cabe señalar que el sujeto reconoce aquello que ha sido negado en otra parte de su conciencia, por lo tanto niega emociones que anteriormente experimentó, las cuales incluso recuerda, entonces niega a sí mismo reconocer la parte emocional de una situación real, donde el paciente fue consciente e incluso puede serlo de nuevo.

Esta forma de negación es diferente a la descrita por Freud (1925), donde planteó que "la negación es un modo de tomar noticia de lo reprimido; en verdad, es ya una cancelación de la represión, aunque no, claro está, una aceptación de lo reprimido", en ésta situación, la función intelectual actúa de manera separada frente al proceso afectivo, y por medio de dicha negación se "endereza" sólo una de las consecuencias de dicho proceso de represión, es decir, el objetivo es que el contenido de la representación no acceda a la conciencia.

Niveles "intermedios" de negación se presentan frecuentemente en las personalidades limítrofes, y son aquellos casos donde se niega una emoción opuesta a la experimentada al momento actual (típica negación mágica de la depresión); en este caso solamente se ha negado una emoción, pero las tendencias maniacas y depresivas movilizan relaciones de objeto patológicas; por lo que se emplean afectos contrarios y extremos donde la posición del yo se refuerza contra una parte del sí mismo que amenaza.

e) *Omnipotencia y desvalorización.* Estos dos mecanismos también se encuentran muy relacionados con la escisión, son consecuencia del uso de introyecciones e identificaciones primarias en forma defensiva. Generalmente los



pacientes que emplean tales mecanismos oscilan entre relaciones de aferramiento con exigencias al objeto idealizado, por una parte, y por la otra manifiestan conductas y fantasías que expresan sentimientos de la propia omnipotencia; lo que representa la identificación con los objetos "completamente buenos", poderosos e idealizados a manera de protección ante objetos "malos", persecutorios. En estos casos no existe una dependencia auténtica de amor y preocupación hacia el objeto idealizado, más sin embargo frente a dicha situación subyace un trato despiadado y posesivo hacia el objeto idealizado, quien es percibido como extensión del propio sujeto.

A pesar de que las personas con organización límite de personalidad manifiestan conductas de sometimiento aparente frente al objeto idealizado, éstas conductas no son más que la representación de un control omnipotente a manera de fantasía en el paciente. Por otra parte, detrás de la inseguridad, autocrítica e inferioridad en estos sujetos, se encuentran presentes tendencias omnipotentes, mediante las cuales se expresan de forma inconsciente las gratificaciones excesivas y el trato como personas privilegiadas y especiales por parte de los demás.

Además, la desvalorización de objetos externos forma parte de la omnipotencia, pues un objeto externo es abandonado al dejar de brindar protección y gratificación debido a que el sujeto carece de capacidad para amar dicho objeto. Pero también existen otras razones por las cuales surge la desvalorización; la primera de ellas es la "destrucción vengativa del objeto que frustró las necesidades del paciente" (específicamente la voracidad oral); la segunda es la desvalorización como defensa ante los objetos, para no permitirles que se vuelvan persecutorios, odiados y provoquen temor. Por último desvalorizar objetos del pasado que fueron significativos trae consecuencias demasiado perjudiciales en las relaciones de objeto que ya han sido internalizadas pero principalmente en la formación e integración del superyó (1975).

TECIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3.3 Nivel Genético – Dinámico (conflictos instintivos)

En la organización límite de personalidad se conjuntan una serie de luchas de origen instintivo genital y pregenital, en las cuales existe una predominancia pregenital; lo que explica los inapropiados impulsos sexuales bizarros, dependientes y agresivos; es decir, la constante presencia de formas caóticas de los temores e impulsos primitivos y la pansexualidad representan maneras patológicas de brindar solución a éstos conflictos. En la organización limitrofe y narcisista de personalidad es común encontrar historias de desarrollo temprano frecuentemente vacías, caóticas y hasta engañosas las cuales se pueden reconstruir de manera genética interna y contrastarla con las "verdaderas experiencias pasadas del paciente" después de años de tratamiento. (Kernberg, 1987).

En éste mismo trabajo, Kernberg describió algunas características de los conflictos instintivos en los sujetos con organización limitrofe de personalidad, éstas características fueron descubiertas a través de la psicoterapia psicoanalítica intensiva y del trabajo psicoanalítico.

Primera característica. Es una elevada formación agresiva en el complejo de edipo, de modo que el rival edípico es percibido como aterrador, peligrosos y destructivo, lo que a su vez da como consecuencia una excesiva ansiedad de temor a la castración, y envidia al pene; las normas del superyó frente a las relaciones sexualizadas se tornan primitivas, salvajes, con tendencias de tipo masoquista graves y con proyecciones paranoides, como precursores del superyó.

Segunda característica. Las formas de idealización de objetos de amor edípicos positivos y de los objetos de amor edípicos negativos se tornan excesivos, siendo tal idealización una defensa contra la rabia primitiva. Coexiste, pues, la idealización irreal de los objetos de amor, con un anhelo por los mismos, pero ésta situación puede desencadenar un posible y rápido colapso en la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

idealización, ocasionando entonces un retorno de la relación positiva a la negativa (o viceversa) de forma abrupta y total en la relación de objeto. El resultado será idealizaciones excesivas y frágiles con la posterior consecuencia, sobre todo en las personalidades narcisistas, donde ocurren fácilmente devaluaciones hacia el objeto que fue idealizado, acompañadas de un completo aislamiento.

Tercera característica. A partir del rival edípico amenazante y del idealizado existen imágenes condensadas de padre – madre, lo que revela características parciales en la relación con ambos padres. A pesar de que permanecen las diferencias sexuales en las relaciones de objeto, tales relaciones en la fantasía, con cada objeto son primitivas e irreales, lo que refleja la condensación de relaciones idealizadas o amenazantes procedentes de situaciones edípicas y preedípicas, y un oscilante cambio de manera rápida en las "...relaciones libidinales y agresivas desde un objeto paternal a otro" (1987).

Cuarta característica. Las luchas de tipo genital que se presentan en sujetos con predominio de desarrollos preedípicos dan lugar a funciones pregenitales que adquieren importancia. Por ejemplo, el pene puede semejarse a la madre que brinda alimento, – y adquirir tales características – que retiene o que ataca; en tanto que la vagina puede fungir como una "boca hambrienta, alimentadora o agresiva" (1987); tales situaciones del desarrollo pueden suceder con funciones anales y urinarias. La presencia de éstas características, aunadas con una elevada formación de agresión en las funciones libidinales de tipo pregenital, es común que la presenten sujetos con organización límite de personalidad.

Quinta característica. En los sujetos con organización límite de personalidad puede encontrarse lo que Kernberg llamó "edipización prematura de sus complejos y relaciones preedípicas" lo que constituiría una forma defensiva del desarrollo, y que se manifestaría en la clínica como la edipización de la transferencia, debido a éstas situaciones puede ocurrir una forma de retorno a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

caóticas y graves patologías preedípicas, aunque al mismo tiempo manifiesta la organización defensiva de complejos edípicos ocasionales; en ocasiones este tipo de transferencia permanece durante varios años de tratamiento.

3.4 Trastorno histriónico y narcisista de la personalidad, enfoque psicodinámico

Kernberg (1994), partiendo de un enfoque psicodinámico mencionó algunas características importantes de la patología límite, en tales características hace una diferenciación entre el trastorno histérico y el trastorno histriónico de la personalidad, así como del trastorno antisocial y narcisista de la personalidad; con respecto a éstos dos últimos trastornos señaló que en ocasiones pueden aparecer conjuntamente en un sujeto dando lugar a diferentes clasificaciones acerca del narcisismo. A continuación se describen los trastornos antes mencionados.

3.4.1 Trastorno histérico e histriónico de la personalidad

Es importante señalar que desde hace varias décadas muchos autores han considerado que debe hacerse una diferenciación entre el trastorno histriónico y la personalidad histérica aún cuando ésta presente rasgos de carácter patológicos.

Kernberg (1994), señaló que el trastorno histérico de la personalidad se caracteriza "... por un sentido de la identidad esencialmente intacto, capacidad para mantener relaciones con los otros estables, discriminativas, emocionalmente ricas y empáticas...", en la cual es posible que las personas muestren tolerancia a la ambivalencia, y sus mecanismos de defensa están centrados básicamente en la represión.

Por otra parte el trastorno histriónico de personalidad correlaciona con lo que otros autores denominaron con el nombre de "trastorno infantil", "trastorno

histeroide", "trastorno histeroide disfórico", "trastorno emocionalmente inestable" e "histérico de los tipos 3 y 4 de Zetzel"; éste último en la cita de Kernberg (1994), plantea que en los síntomas histéricos del trastorno histriónico es posible encontrar una patología profunda, la cual corresponde a una organización límite de personalidad caracterizada por difusión de la identidad, defensas primitivas como la escisión y relaciones objetales perturbadas.

En la actualidad se plantea que las posibilidades de que un sujeto presente síntomas conversivos – considerados típicos de la historia de conversión – son mayores cuanto más severo es el trastorno dentro del espectro histérico; tales síntomas conversivos, así como reacciones disociativas o lo que se conoce como psicosis histéricas parecen agruparse dentro de un desorden límite. En tanto que en la personalidad histérica los síntomas antes mencionados aparecen de manera muy débil.

3.4.2 Personalidad histérica en las mujeres

Estas mujeres se caracterizan por la facilidad para socializar de manera pronta con los demás, muestran capacidad para establecer compromisos emocionales estables, presentan labilidad emocional, pero a pesar de ello sus emociones son auténticas, coherentes y su respuesta emocional no es considerada como impredecible; a pesar de que su actitud puede manifestarse de forma dramática o "histriónica", controlan los afectos que exhiben, y son adaptativas dentro de un contexto social. Su control emocional puede ser vulnerable con personas con quienes tienen conflictos sexuales y de competitividad principalmente.

Cuando las relaciones objetales de las mujeres histéricas tienen una relación directa con implicaciones sexuales es probable que muestren conductas regresivas de tipo infantil, sin que por ello carezcan de madurez; también la

conducta regresiva de tipo infantil puede aparecer en situaciones en las cuales sienten que las personas fungen roles de tipo parental.

En su extraversión social se pueden encontrar tendencias exhibicionistas, buscando ser el centro de atracción, principalmente en contextos donde estén implícitos aspectos sexuales; aunque es muy frecuente que aparezcan combinadas la seudohipersexualidad con la inhibición sexual, siendo provocativas sexualmente – que puede inducir respuestas masculinas de tipo sexual las cuales pueden experimentar de forma intrusiva lo que provocaría reacciones de miedo, rechazo e indignación – pero al mismo tiempo frías; sus compromisos sexuales se caracterizan por ser triangulares.

Las conductas regresivas de tipo infantil en la mujer histérica es una forma de defensa ante la culpa que provoca el compromiso sexual adulto. Hay mujeres que llegan a someterse a hombres a los cuales perciben como sádicos, siendo ésto una forma de mitigar los sentimientos de culpa y como cuota por el goce sexual. La personalidad histérica es competitiva con los hombres y con las mujeres por otros hombres, en la competitividad con los hombres pueden aparecer de manera consciente o inconsciente conflictos y temores de inferioridad ante ellos.

Por otra parte se ha observado clínicamente que las mujeres histéricas presentan sugestionabilidad, la cual aparece ante relaciones idealizadas, romantizadas, aferramiento dependiente; aunque tales características pueden tornarse rápidamente en suspicacia, rabia, coraje, terquedad, sobre todo cuando hay de por medio competitividad intensa con hombres o con mujeres. Además otra característica es el egocentrismo de tipo autocomplaciente, con conducta exhibicionista – por medio de la cual se pretende llamar la atención de los otros – cargado de vanidad y con gran susceptibilidad ante las respuestas de las demás personas; a pesar de que estas actitudes egocéntricas no correspondan a la capacidad real que tienen para establecer relaciones profundas. También en la

personalidad histérica puede presentarse dependencia excesiva pero únicamente en relaciones cargadas de gran intensidad, las cuales por lo general no son muchas.

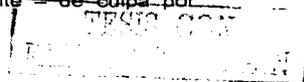
3.4.3 Personalidad histérica en los hombres

Los hombres con personalidad histérica suelen presentar dramatización emocional, labilidad afectiva, rabiets emocionales, conductas infantiles e impulsivas, éstas dos ultimas ante la presencia de un compromiso emocional íntimo, en tanto que su capacidad de conducta diferenciada no se ve afectada en la relación social común.

En las histerias masculinas se observan perturbaciones en la adaptación sexual, la cual puede manifestarse por una conducta pseudohipermasculina con una marcada conducta histriónica aceptada socialmente por medio de la cual se expresa "...independencia, y una actitud de dominio y superioridad sobre las mujeres combinada con enfurruñamiento infantil cuando esas aspiraciones no pueden alcanzarse". (1994).

Por otra parte son comunes las actitudes seductoras con un toque sutil femenino, infantilidad que puede ir combinada con coqueteo y promiscuidad de tipo heterosexual en la cual se muestra dependencia con relación a las mujeres. También suelen tener características de "Don Juan", con rasgos infantiles donde se mezcla marcado cuidado en la ropa y los estilos masculinos surgiendo de forma sutil conductas dependientes e infantiles; muestran gran tendencia a comprometerse en relaciones dependientes con mujeres dominantes, aunque de manera pasajera.

Durante el tratamiento psicoterapéutico ha podido constatarse que tanto en la histeria masculina de tipo afeminado como en la de tipo hipermasculino está presente una carga considerable — consciente o inconsciente — de culpa por



establecer vínculos profundos en la relación con las mujeres, además de gran dificultad para asumir el rol sexual masculino adulto en el acercamiento a la mujer, contrastante con las conductas superficiales.

3.4.4 Personalidad histriónica en las mujeres

Las mujeres con personalidad histriónica se caracterizan por conductas egocéntricas, autocomplacientes, coexistentes con un grado considerable de intensa dependencia de los otros.

En las personalidades histriónicas se aprecia mayor capacidad para los compromisos emocionales en comparación con los trastornos narcisistas de la personalidad, debido al "...aferramiento y la estabilidad de los compromisos altamente inmaduros" (1994).

Es común encontrar en los trastornos histriónicos "...labilidad emocional difusa, relaciones indiferenciadas con los otros significativos e investiduras emocionales inmaduras, egocéntricas" (1994).

La superficialidad emocional así como las dificultades en las relaciones objetales diferenciadas son causantes de conductas lábiles, emociones explosivas, dramatización e incoherencia de los afectos; proyectan además en otras personas sus intenciones fantaseadas y poco realistas, se les dificulta entender profundamente a los otros pero sobre todo a si mismas.

En el trastorno histriónico frecuentemente las necesidades exhibicionistas y dependientes se expresan de modo inapropiado mediante la conducta sexualizada; en comparación con la personalidad histérica la conducta promiscua es mayor, las inhibiciones de tipo sexual son menores, los rasgos represivos están disminuidos, en tanto que hay un aumento de los rasgos

disociativos que pueden manifestarse a través de la combinación de fantasías con compromisos sexuales divergentes mediante conducta sexual infantil polimorfa.

Las tendencias masoquistas pueden aparecer en este trastorno pero no se encuentran directamente relacionadas con la conducta sexual. Presentan impulsividad difusa causante de relaciones inestables e intensas en los vínculos con los otros, oscilaciones intensas en el estado de ánimo, enojo intenso e inapropiado. Tienen tendencia a fantasías e intentos suicidas con el fin de llamar la atención, la manipulación suicida es un aspecto más de la relación interpersonal con elementos de manipulación general. Las personalidades histriónicas frecuentemente mienten, presentan conducta de tipo antisocial así como seudología fantástica. También existe en éstas personalidades una fuerte tendencia hacia las sensaciones de despersonalización y síntomas psicóticos moderados en situaciones extremas.

3.4.5 Personalidad histriónica en los hombres

En estas personalidades se puede observar "...difusión de la identidad, relaciones objetales gravemente perturbadas, falta de control de los impulsos, conducta sexual promiscua, a menudo bisexual o perversa polimorfa, tendencias de tipo antisocial, y con frecuencia sorprendente, una explotación consciente o inconsciente de síntomas de origen orgánico o psicógeno" (1994). En los hombres con "neurosis de compensación" o hipocondría, frecuentemente aparece inmadurez generalizada, dramatización, afectividad superficial e impulsividad, típica del trastorno histriónico, además de la presencia de rasgos antisociales. En éstos casos es importante llevar a cabo un diagnóstico diferencial entre la personalidad narcisista y el trastorno antisocial de personalidad, sobre todo para el pronóstico y las acciones terapéuticas a seguir.

3.5 Trastorno antisocial y narcisista de la personalidad

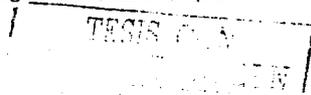
Kernberg (1994), supuso que los rasgos típicos del trastorno narcisista de personalidad se encuentran presentes también en el trastorno antisocial de la personalidad, sumándose una patología de las funciones del superyó (sistemas internalizados de moral), acompañado también de un considerable deterioro en sus relaciones objetales internalizadas; en esta clasificación no se incluye el síndrome de "esquizofrenia seudopsicopática" (este síndrome se presenta en los pacientes con esquizofrenia crónica en los cuales se presenta mejoría periódica con conducta antisocial durante esos períodos, la cual desaparece cuando el paciente vuelve a caer en estado psicótico).

También hay otra clasificación de pacientes que se ubican entre el trastorno narcisista y el trastorno antisocial, a estos pacientes Kernberg los denominó como síndrome de narcisismo maligno, este síndrome se caracteriza por combinar "1) un trastorno narcisista de la personalidad; 2) conducta antisocial; 3) agresión o sadismo yo – sintónico dirigido contra los demás o expresado en un tipo particular de automutilación triunfante o con intentos de suicidio; y 4) una fuerte orientación paranoide" (1994).

A continuación se describe una clasificación de trastornos de personalidad con rasgos antisociales de acuerdo a su severidad.

3.5.1 Trastorno antisocial de la personalidad

Lo más común es que el trastorno antisocial de personalidad se presente acompañado de un trastorno narcisista de personalidad, en el cual los síntomas clásicos del *autoamor patológico* son "autorreferencia y el excentrismo excesivos; la grandiosidad y las características derivadas del exhibicionismo; una actitud excesiva de superioridad, temeridad y ambición; dependencia excesiva de la admiración; superficialidad emocional y estallidos de inseguridad excesiva que



alternan con la grandiosidad". En el plano de *las relaciones objetales – caracterizadas por ser patológicas* – se presentan como síntomas envidia consciente o inconsciente de forma inmoderada, devaluación hacia los demás como defensa contra la envidia, explotación expresada como codicia, apropiación de las ideas o los bienes de otros, nula capacidad de dependencia en las relaciones recíprocas, incapacidad de empatía y compromiso con los demás. En el *estado básico del yo* presentan "sensación crónica de vacío, prueba de la incapacidad para aprender, una sensación de aislamiento, hambre de estímulos y una sensación difusa de la falta de sentido de la vida". En la *patología del superyó* se incluye "la incapacidad para experimentar tristeza autorrefleja, oscilaciones profundas del estado de ánimo, predominio de la vergüenza (contrastante con la culpa) en la regulación intrapsíquica de la conducta social y un sistema de valores más infantil que adulto; valoran la belleza física, el poder, la riqueza y la admiración de los otros en lugar de las capacidades, los logros, la responsabilidad y la relación con los ideales" (1994).

En el trastorno de personalidad propiamente dicho la patología del superyó es más severa, pues la conducta sociopática de estos sujetos abarca "la mentira, robos, la falsificación, la estafa y la prostitución"; los cuales se consideran rasgos del tipo pasivo – agresivo; además de "asalto, asesinato y robo a mano armada" (1994) correspondiente al tipo "agresivo". De lo anterior se infiere que de la conducta agresiva, sádica, paranoide del trastorno antisocial es posible llevar a cabo un diagnóstico diferencial clínico en comparación con el tipo pasivo, explotativo y parasitario.

Es importante comentar que algunos pacientes con un coeficiente intelectual elevado, provenientes de un medio económico y cultural desahogado pueden presentar el tipo de personalidad antisocial pasivo – parasitario, sobre todo cuando los antecedentes de la etapa infantil llegan a parecer ligeros e incluso inadvertidos; estos casos suelen aparecer en familias demasiado patológicas pero que consiguen un nivel socialmente adaptativo.

La diferencia más importante entre la conducta antisocial pasiva y agresiva que forma parte de un trastorno narcisista de personalidad, con respecto al trastorno antisocial de personalidad propiamente dicho es que en el último está ausente la capacidad para experimentar culpa y remordimiento, incluso posteriormente de haber enfrentado las consecuencias. Estos sujetos llegan a sentir vergüenza y manifiestan su culpa únicamente cuando han sido sorprendidos en contradicción, pero difícilmente pueden empatizar e imaginar cualidades éticas en las personas.

Las relaciones que establecen son transitorias, indiferentes y superficiales debido a que carecen de capacidad para investir relaciones que no sean explotativas; tampoco presentan investidura de tipo emocional, no tienen valores morales internalizados; son incapaces de tolerar el aumento de la angustia sin que desarrollen síntomas secundarios o conductas patológicas; no se enamoran ni logran sentir ternura durante el acto sexual.

Las personalidades antisociales no realizan planificación de su futuro, tampoco aprenden de la experiencia actual; y su conducta presente no la compraran con los ideales a los cuales pueden aspirar; las soluciones que plantean son sólo para los conflictos y malestares presentes por medio de las cuales reduce su estado de tensión para lograr sin demora los objetivos propuestos.

Debido a la tendencia a la manipulación, a la mentira patológica y a la racionalización endeble, estos sujetos crean una imagen escueta, incoherente de sí mismos durante el diagnóstico, la cual no concuerda con su pasado y su presente por lo que el entrevistador puede experimentar una perturbadora sensación de irrealidad.

En cuanto a la contratransferencia frente a éstos pacientes puede servir de guía, pues el terapeuta puede sentirse confuso, tentado a aceptar sin

cuestionar lo que el paciente propone, rechazarlo desde una contratransferencia paranoide, seudoneutralidad de protección tras la cual se esconde una desvaloración subyacente, deseo de huir de una situación percibida como intolerante ante alguien que atenta contra valores humanos. Kernberg (1994) cree que el terapeuta que experimenta sensaciones que van desde una actitud paranoide hasta preocupación por el paciente se deben considerar como respuestas sanas.

3.5.2 Narcisismo maligno

En estos pacientes se presenta un "trastorno narcisista de la personalidad, conducta antisocial, sadismo yo - sintónico o una agresión paranoide" (1994). A diferencia del trastorno antisocial de personalidad muestran capacidad de lealtad y se preocupan por las demás personas, además de que experimentan culpa; entienden los principios y convicciones morales de otras personas; toman en cuenta su pasado para realizar planificaciones realistas a futuro.

El yo - sintónico de estos sujetos se manifiesta de forma sádica mediante ideologías agresivas de autoafirmación, aunque también son muy comunes los intentos suicidas característicos del yo - sintónico crónico. Tales tendencias suicidas no encuentran su origen en síndromes depresivos, más bien durante periodos críticos emocionales mediante los cuales el quitarse la vida simboliza, ya sea consciente o inconscientemente, triunfo y sensación de ser superior al miedo y al dolor, que de otra manera podría traducirse como una forma de ejercicio sádico hacia los demás.

Los elementos sádicos que no se integraron en el yo actúan provocando una tendencia paranoide, la cual es observable en exagerar a los otros como ídolos, enemigos o tontos. Estas personas son proclives a presentar regresiones que se manifiestan por medio de episodios micropsicóticos de tipo

paranoides durante el transcurso de la psicoterapia intensiva. Es importante destacar que la combinación de imágenes idealizadas, ideas sádicas, yo – sintónico, conducta antisocial, pueden existir al mismo tiempo con lealtad hacia los camaradas.

3.5.3 Trastorno narcisista de la personalidad con conducta antisocial

Este trastorno se caracteriza por presentar una variedad de conductas antisociales parasitarias, con ligera conducta moral en algunas áreas, sin sadismo yo – sintónico ni tendencias paranoides; además tienen la capacidad de experimentar culpa, así como lealtad y preocupación hacia otros; son capaces de planear su futuro de manera realista. Muestran dificultad para comprometerse en relaciones de larga duración, está presente la conducta sexual promiscua, irresponsabilidad en el trabajo, explotación de manera económica y/o emocional a los demás; aunque pueden cuidar de otros en áreas específicas, pueden llevar a cabo responsabilidades sociales a través de relaciones distantes.

3.5.4 Otros trastornos graves de la personalidad con rasgos antisociales

Estos trastornos corresponden a los anteriormente mencionados pacientes con organización límite de personalidad, donde se incluyen el trastorno de personalidad infantil, histriónico, histeroide, y el trastorno paranoide. Además todos aquellos sujetos en los que se manifiesten síntomas, ya sean psicológicos y/o físicos como juego patológico, cleptomanía, piriomanía, simulación de enfermedades quedan incluidos en este grupo.

3.5.5 Trastornos neuróticos de personalidad con rasgos antisociales

En este rubro se incluyen a los sujetos criminales por sentimiento de culpa inconsciente, denominados por Freud en (1916), quien en sus trabajos analíticos, describió que algunas personas consideradas *honradísimas* le

revelaron actos ilícitos, como robos, fraudes, e incluso incendios. A través de dicho trabajo analítico Freud se percató de que los hechos cometidos, prohibidos por cierto, producían alivio psíquico para quien los cometía, pues el sujeto sufría de sentimiento de culpabilidad el cual le era desconocido, y era por medio del acto ilícito que se mitigaba la presión del mismo, "el sentimiento de culpabilidad quedaba así, por lo menos, adherido a algo tangible". Freud señaló que el sentimiento de culpa estaba presente antes del delito por lo que no procedía de él, "...siendo, por el contrario, el delito el que procedía del sentimiento de culpabilidad".

3.5.6 Conducta antisocial como parte de una neurosis sintomática

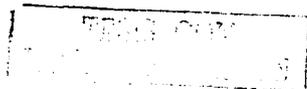
Quedan incluidas en esta categoría las conductas de rebeldía antisocial en los adolescentes, los trastornos de adaptación, y la presencia de un ambiente que promueva conductas antisociales como resolución de conflictos de índole psíquica.

3.5.7 Reacción disocial

Implica la forma de adaptación "normal" y/o neurótica a ambientes sociales considerados como anormales.

Con respecto a los trastornos narcisistas con características sociopáticas Kernberg (1994), hizo referencia al experimento de Milgram en 1963 quien comentó: "la realidad de la personalidad antisocial es la pesadilla de la persona normal; la realidad de persona normal es la pesadilla del psicópata".

En este capítulo se hizo una amplia descripción del trastorno límite de personalidad y algunas de sus clasificaciones, las características comúnmente presentadas en dicho trastorno, aspectos de personalidad, aspectos relacionados



con los orígenes de dicha personalidad, características de su desarrollo, así como sintomatología y aspectos dinámicos.



CAPITULO 4

ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER PARA ADULTOS

4.1 La Escala de Bellevue

La Escala de "Wechsler – Bellevue" fue desarrollada por David Wechsler en el año de 1939 durante su trabajo en el Hospital Bellevue de Nueva York en el Departamento de Psiquiatría (Morales, 1996; Zimmerman, 1997).

Esta escala fue creada con el fin de poder evaluar procesos de índole intelectual tanto de adolescentes como de adultos, surgió además como una opción ante las formas L y M del "Stanford – Binet", considerado en esa época poco adecuado para los adultos (Zimmerman, 1997).

La Escala de Wechsler – Bellevue fue presentada inicialmente en dos versiones La Forma I y la Forma II, ésta última, preparada cinco años después, la cual tenía el fin de servir como un retest cuando las circunstancias lo exigieran; es importante señalar que dicha versión careció del mismo éxito que la Forma I. La Forma II al ser modificada y adaptada dio como resultado en 1949 la "Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (W I S C)", que cubría edades de 5 a 15 años; modificándose así el objetivo inicial de Wechsler, construir una versión del Stanford – Binet que pudiese hacer una evaluación de la inteligencia en adultos (Zimmerman, 1997).

Posteriormente surgieron problemas al momento de utilizar la Forma I del Wechsler – Bellevue, pues gran parte de la aplicación del W I S C (Forma II) estaba incluida en el Wechsler – Bellevue (Forma I). Debido a estas situaciones en 1955 se llevó a cabo una revisión de la Forma I, surgiendo así una nueva escala específica para adolescentes y adultos, que incluyó edades de 16 años en adelante; y recibió el nombre de "Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos



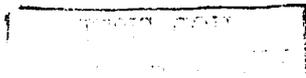
(WA I S)", dicha escala es una modificación de la Forma I de Wechsler — Bellevue (Zimmerman, 1997).

Zimmerman (1997), señaló que la primera muestra del WA I S estuvo constituida por 1081 sujetos, casi en su totalidad de raza blanca, en la que se emplearon "...técnicas de muestreo más perfectas; en contraste con la tipificación original...", posteriormente se empleó una muestra de 1700 sujetos para la reestandarización del WA I S.

Por su parte Morales, agregó que dicha muestra estuvo conformada por 850 hombres y 850 mujeres, con un rango de edades entre 16 y 64 años clasificados en 7 subgrupos. "La definición de la muestra se realizó en términos de raza, ocupación, zona urbana o rural, y nivel educacional" (1996).

Dicha reestandarización, según comenta Wechsler (1955), fue llevada a cabo junto con su participación como un proyecto a largo plazo con *The Psychological Corporation*; los 1700 sujetos fueron prorratedos y tomados de un muestreo nacional del censo de 1950 en los Estados Unidos de América, en dicha muestra se incluyó una amplia proporción de la población de color. La realización del muestreo se realizó en 18 centros de diferentes lugares de E U A, y se contó con la participación de examinadores supervisados por psicólogos profesionales en dichos centros; se contó también con 6 centros más que fueron supervisados por *The Psychological Corporation*, en dicho proyecto participaron alrededor de 77 examinadores expertos.

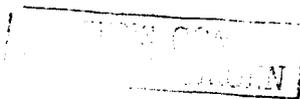
Morales (1996), señaló que Wechsler comenzó su trabajo definiendo el concepto de inteligencia de la siguiente manera "*la inteligencia es el agregado o capacidad global del individuo para actuar propositivamente, para pensar racionalmente y para conducirse adecuada y eficientemente con su ambiente*".



Partiendo de los estudios de Spearman (*), Wechsler supuso que en los procesos intelectuales debería existir un factor fundamental; además de que al llamar a la inteligencia agregado o capacidad global incluía en ésta habilidades que pueden diferenciarse de manera cualitativa a pesar de que no sean independientes en su totalidad, por lo que al evaluar dichas habilidades, finalmente se estaría evaluando la inteligencia, "...entendiendo que la inteligencia no es la mera suma de habilidades" (Morales, 1996).

Morales (1996), comentó que lo anterior fue fundamentado por Wechsler en tres aspectos que son los siguientes: "a) que los productos finales de la inteligencia no están sólo en función del número de habilidades, sino también de la forma en que se combinan para operar, es decir lo que él llama 'su configuración' b) que existen, en cierto sentido, otros factores independientes de las habilidades intelectuales, que influyen en la conducta intelectual, como son los incentivos y los impulsos o motivaciones, intenciones, etcétera, y c) el hecho de que en ciertas tareas se exija una mayor 'cantidad' de la habilidad intelectual específica no implica un 'aumento' en la efectividad o eficiencia de la conducta intelectual como un total".

(*) El interés de Spearman estuvo centrado en las habilidades humanas, dicho interés partió de la naturaleza de las relaciones entre las teorías psicológicas y los modelos matemáticos que estudiaron esas habilidades. Spearman planteó inicialmente la hipótesis de que estaba presente en la inteligencia un "factor general", en sus primeros trabajos ya concluía acerca de diferencias individuales en las pruebas de habilidades en las cuales consideraba un factor g y un factor específico (e). Posteriormente concluyó que el factor g no era lo suficientemente sólido para poder realizar correlaciones entre las pruebas de habilidades, incluyendo como necesaria la participación de los factores específicos o "factores de grupo". Luego supuso que era necesaria una forma más fina para poder evaluar el factor g , por lo que emprendió la tarea de determinar las tareas apropiadas para la medición de dicho factor g , proporcionando el peso correspondiente a cada tarea intelectual. La teoría de Spearman ha sido denominada entonces como *bifactorial* pues " sostiene la presencia del factor g y de factores específicos ", el primero es para Spearman un "tipo de 'energía mental'". El concepto de inteligencia para Spearman parte de las capacidades que tiene el individuo para establecer relaciones desde las más simples hasta las más complejas, como lo señala Morales (1996).



Rapaport (1965), describió la escala de Bellevue como una prueba compuesta por "once grupos homogéneos de pruebas denominadas subtests", los cuales Wechsler dividió en cinco subtests verbales, cinco subtests de ejecución y un subtest de vocabulario.

Las puntuaciones naturales son convertidas en puntuaciones normalizadas por medio de las tablas de Wechsler (1955), la suma de los puntajes normalizados de la escala verbal y de la escala de ejecución, se transforman por medio de dichas tablas en un C. I. verbal y un C. I. de ejecución; obteniéndose posteriormente un C. I. total.

Rapaport, señaló que el W A I S tiene dos grandes ventajas en su utilidad diagnóstica: a) la primera de ellas es que al estar compuesto por varios subtests homogéneos, cualquiera de éstos puede poner en juego una "función específica o un conjunto de funciones"; y b) que todas las puntuaciones naturales son transformadas en puntuaciones normalizadas, lo que permite que sean fácilmente comparables entre sí; por lo que una desviación significativa de las puntuaciones normalizadas "...de un sujeto ante determinada prueba, con respecto a la tendencia central evidenciada en los demás puntajes pesados constituye una desviación de la norma implícita en esos puntajes equiparados..." lo que permitirá detectar, por una parte adaptación y por otra índices de inadaptación (1965).

Por lo tanto las puntuaciones naturales (puntajes pesados como los llama Rapaport), son de utilidad para estudiar las desviaciones de puntajes entre subtests, dichas desviaciones el autor las denominó como *dispersiones* (1965).

Con respecto a las dispersiones, Rapaport, partiendo de su práctica clínica y de sus investigaciones las clasificó en tres: a) *Dispersión del vocabulario*, aquí se toma en cuenta la desviación de las puntuaciones de los subtests en relación con el subtest de vocabulario, puesto que en éste último los sujetos no muestran disminuciones significativas en su rendimiento; b) *Dispersión*

media, en la cual es comparada la desviación de las puntuaciones de los subtests verbales con respecto a su media, y de las puntuaciones de los subtests de ejecución con respecto a su media; c) **Puntajes pesados extremadamente altos y extremadamente bajos**, estos puntajes no son estrictamente considerados por el autor como medidas de dispersión, más bien "...sirven para establecer el patrón de dispersión" (1965).

4.2 Fundamento del diagnóstico de la inteligencia

Rapaport (1965), insistió en diferenciar el C. I. con el que una persona nace, - y que permanece a lo largo de toda su vida, al cual le dio el nombre de *inteligencia*; - de los supuestos empíricos que intervienen en la inteligencia. Los supuestos empíricos que Rapaport encontró útiles para la evaluación desde la perspectiva clínica de los tests son los siguientes:

1. Los individuos nacen con una capacidad latente la cual les permitirá un desarrollo intelectual, dicha capacidad se desenvuelve o materializa mediante un proceso de desarrollo, a la cual se le dio el nombre de "dotación natural".
2. El medio ambiente es un factor que interviene directamente sobre la dotación natural -- principalmente en los primeros años de la vida del sujeto -- ya sea para favorecer o para restringir dicha dotación mediante la riqueza o pobreza de los estímulos.
3. El proceso de maduración es un aspecto del desarrollo de la personalidad, por lo tanto será directamente influido de acuerdo al desarrollo emocional; inhibiéndose la dotación natural cuando la asimilación de conocimiento nuevo signifique una "amenaza"; y en sentido inverso cuando la asimilación de conocimiento signifique una "defensa" contra el peligro ocurrirá una aceleración del mismo.

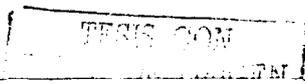
4. Durante el proceso de desarrollo es posible diferenciar por medio de los tests algunas funciones de la "dotación natural" que participan como factores de rendimiento.
5. Los desórdenes de tipo emocional o las lesiones cerebrales pueden provocar una disminución, detención o regresión del proceso madurativo de la dotación natural".
6. Las funciones desarrolladas sin ningún tipo de dificultad, tienen la capacidad de recoger y asimilar automáticamente del medio que brinda educación los hechos y las relaciones, organizándolos dentro de un marco de referencia para posteriores experiencias y producciones.
7. La instrucción actúa alimentando las funciones con un material de exposición sistemática, enriqueciendo el repertorio de hechos y relaciones a disposición del individuo.
8. Las experiencias de la última época de la adolescencia y de la edad adulta pueden enriquecer posteriormente dicho repertorio.
9. La preferencia cultural del individuo puede provocar en el sujeto fuentes ricas de información de los hechos y las relaciones.

4.3 Funciones subyacentes y aspectos explorados del W A I S

Rapaport (1965), con base en su experiencia clínica y en análisis estadísticos insistió en que la clasificación que Wechsler había realizado de los subtests del W A I S debería ser modificada, es decir hacer una subdivisión de los subtests verbales y de los subtests de ejecución en función de su vulnerabilidad.

La clasificación que Rapaport (1965), realizó fue de la siguiente manera:

- a) **Subtests esencialmente verbales.** Esta clasificación incluye Vocabulario, Información, Semejanzas y Comprensión; en este grupo de pruebas



es necesaria una "...explicación verbal de los problemas y la formulación verbal de las respuestas..." (1965); dichos subtests son los menos vulnerables.

b) **Subtests del grupo de atención y concentración.** Son incluidos los subtests de Aritmética y Retención de dígitos, pues la expresión verbal, sólo tiene la función de comunicar los resultados; más aún se encuentran involucradas otras funciones como la memoria, atención pasiva, capacidad para realizar operaciones aritméticas en forma mental, información adquirida anteriormente, etcétera; son los subtests verbales más vulnerables.

c) **Subtests del grupo de coordinación visomotora.** Dentro de esta clasificación se incluye los subtests de Diseño con cubos, Composición de objetos Símbolos y dígitos; debido a que detrás de su conducta al momento de resolverlos subyacen funciones motrices y visuales; son más vulnerables que los esencialmente verbales, aunque son más resistentes a las disminuciones de inadaptación que los dos subtests restantes de ejecución.

d) **Subtests del grupo de organización visual.** Por último, son considerados en este grupo los dos subtests restantes de la escala, Ordenamiento de dibujos y Completamiento de figuras, dichos subtests se consideran tan vulnerables como los de atención y concentración; es importante señalar que su función esencial no es la acción motriz, pues ésta queda en segundo término ante los procesos de organización visual.

A continuación se describe cada uno de los subtests del W A I S.

4.3.1 Subtests esencialmente verbales

Vocabulario. Este subtest evalúa principalmente los conocimientos adquiridos a través del curso de la maduración, los cuales forman parte de la "dotación natural", de la cual dependen directamente, así como de la riqueza del

medio ambiente educativo durante los primeros años de vida del sujeto (Rapaport, 1965); al respecto Zimmerman (1997) agregó como elementos complementarios la escolaridad, la capacidad receptiva del sujeto ante informaciones e ideas nuevas; así como la posibilidad de un almacenaje y reagrupación asociativa de éstas de acuerdo a la ocasión que se presenta. Cabe destacar la importancia que hace Rapaport (1965) al señalar que si la dotación natural no fue adecuada, o el medio educativo careció de suficiente riqueza, a modo de limitar el desarrollo del vocabulario, éste no podrá ser desarrollado ni con una adecuada instrucción ulterior.

Por otra parte refleja la capacidad para expresarse mediante palabras, además de que puede considerarse como "la mejor medida de inteligencia general", siendo este subtest el menos afectado por la edad del sujeto. Evalúa además el nivel cultural y el ambiente que ha tenido el sujeto; pues, al dar muestras del status y del ambiente se logra inferir el nivel de su pensamiento abstracto. Puntuaciones altas en este subtest reflejan esfuerzo intelectual, erudición; aunque es importante señalar que algunos grupos patológicos como los obsesivos, paranoides, depresivos, ansiosos y algunos tipos de esquizofrenia logran obtener puntajes altos (Zimmerman, 1997).

Información. Rapaport (1965) describió que en este subtest se evalúa la memoria en términos de la integración de las experiencias de palabras, objetos, y de las relaciones a través del curso del desarrollo y de los funcionamientos sin obstáculos; de acuerdo a las necesidades, afanes, intereses y afectos del sujeto. Similar al subtest de vocabulario son importantes los conocimientos adquiridos, pero la diferencia es que la información puede verse enriquecida mediante algún tipo de instrucción y de la experiencia. Disminuciones específicas en los puntajes corresponden al hecho de reprimir de la conciencia algunos acontecimientos relacionados con sentimientos que causan conflicto y perturbación en el sujeto.



Zimmerman (1997), mencionó que en este subtest también son evaluadas las áreas de intereses y las lecturas del sujeto, la memoria remota; siendo importantes los hábitos de lectura del sujeto, así como su comprensión auditiva, donde interviene factores como la curiosidad y la motivación. Por otra parte las variables aquí examinadas son, por lo general resistentes a influencias patológicas, pudiéndose detectar procesos premórbidos cuando exista la sospecha de algún deterioro.

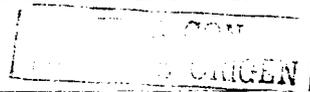
En este subtest la evocación de los recuerdos es automática y espontánea, por lo que tiene un mínimo margen para que la respuesta sea pensada; la función subyacente consiste en la "entrega de información a la conciencia la cual no es facilitada por el esfuerzo voluntario" (Rapaport, 1965).

Puede ser un indicador de los niveles de organización de la personalidad y de procesos intelectuales; las respuestas extrañas son significativas.

Puntuaciones altas son indicadoras de ambición intelectual; se puede además inferir tendencias a la intelectualización, esfuerzo y ambición. Cuando se presentan situaciones en que las respuestas contiene detalles minuciosos puede tomarse como un indicador de tendencias obsesivas que brinden "seguridad"; en tanto que las puntuaciones bajas están directamente relacionadas con sesgos culturales.

Cuando se presentan fracasos, éstos pueden deberse a actitudes represivas de defensa. Por otra parte los sujetos con mayor tendencia a la acción que a la reflexión, presentan dificultades para almacenar información necesaria, esencial para el éxito de este subtest.

Personas perfeccionistas obtienen puntajes bajos al vacilar al momento de esforzarse en exactitudes que no se les pide. En otras ocasiones la ansiedad



excesiva llega a provocar afecciones en la memoria al grado de provocar fracasos desde el desarrollo de la prueba.

Semejanzas. En este subtest se evalúa la formación de conceptos verbales; cuando al sujeto se le pide que mencione la semejanza entre dos cosas; está implícita la generalización de conceptos en la cual el individuo no necesita recurrir a las "cosas mismas" al momento de la resolución de los problemas. Rapaport (1965) con base en su experiencia observó que existen tres diferentes formas como los sujetos pueden emitir sus respuestas: en el plano concreto, en cuyo caso se toman únicamente rasgos específicos o comunes de las cosas, convirtiéndolo en contenidos relacionantes; en el plano funcional, en el cual quedarían incluidas las funciones que ambas cosas pueden cumplir, o lo que los sujetos hacen con dichas cosas; y el plano conceptual abstracto, en el que se emplearían términos genéricos en los que quedarían contenidas características esenciales, así como la relación entre ambas. Es importante señalar que por medio de la evaluación de este subtest, el examinador puede darse cuenta de la manera como el sujeto "mira el mundo, además de la relación entre las cosas".

Zimmerman (1997), también ha comentado que este subtest además de exigir de la memoria, también son importantes la comprensión y la capacidad de pensamiento asociativo. Conforme los estímulos van aumentando su grado de dificultad se pone en juego también el juicio conceptual, así como las cualidades de los procesos intelectuales cuya presencia es importante para diferenciar los aspectos esenciales de los no esenciales; por lo que las puntuaciones obtenidas en las respuestas serán indicadores en términos de rendimiento superior. Cuando en este subtest se observan buena capacidad del manejo abstracto y de la conceptualización; puede considerarse como un indicador de que la persona es inteligente.

Por otra parte este subtest está directamente relacionado con los éxitos académicos del sujeto, en el cual pueden observarse rasgos de sofisticación,

meticulosas y ostentación; donde además es posible establecer una relación con la capacidad creativa. Puntuaciones altas son obtenidas por sujetos que han estado internados por breves períodos en estancias clínicas; por obsesivos, los cuales al emitir diversas respuestas tienen mayores posibilidades de elevar su abstracción; puntuaciones bajas son obtenidas por sujetos negativistas, sujetos con un tipo de pensamiento multicompreensivo (los psicóticos), y por deficientes mentales.

Zimmerman (1997), señaló que cuando en este subtest las puntuaciones son más altas que el subtest de comprensión, puede ser un indicador de un sujeto *soñador*, que debido a sus persistentes abstracciones, excluya realizaciones pragmáticas.

Comprensión. En dicho subtest se evalúa el juicio, en el que estaría involucrada la libre evocación y sin esfuerzo de informaciones que permitan la emisión de apropiadas respuestas y pertinentes en situaciones específicas. En dicho subtest el término *juicio* implica – entre otros factores – orientaciones de tipo emocional para un correcto entendimiento de lo *apropiado* y de lo *pertinente* en las diversas situaciones; por lo que podría ser considerado como una frontera entre lo "intelectual" y lo "emocional". Es importante señalar que la estabilidad emocional y su equilibrio, son factores importantes en la adecuada selección de información que nos conduzca a un juicio bueno, el cual es directamente afectado por las dificultades en la adaptación. Este subtest es considerado como el más vulnerable en la clasificación de los *esencialmente verbales*, Rapaport (1965).

Zimmerman (1997), agregó además que en este subtest, otro aspecto explorado es el grado en que el sujeto ha internalizado la cultura, específicamente los juicios morales y éticos. Otra característica de la prueba es que no es directamente dependiente de la instrucción formal, y además la aptitud acertada del sujeto es determinante para el éxito de la misma; por lo que se pueden otorgar puntuaciones bajas a las personas que a pesar de tener una adecuada

comprensión muestren fallas en su expresión verbal, esta última probablemente debida a la pobre formación cultural.

El autor comentó también que la prueba es vulnerable a los estados de ánimo presentes en el sujeto al momento de su aplicación, además de tener la posibilidad de identificar tendencias antisociales o extravagantes como inflexibilidad, indecisión, pensamientos obsesivos o pensamientos impulsivos momentáneos. En cuanto a situaciones patológicas comenta Zimmerman (1997), que "... donde el grado de patología está enmascarado, la primera indicación del problema subyacente se muestra, frecuentemente, en una respuesta ilógica o extravagante a un elemento de Comprensión, y dentro de un conjunto de contestaciones nada destacable en otros aspectos".

En conclusión, en las respuestas de este subtest pueden observarse las diferentes formas de enfrentarse a la realidad, así como actitudes agresivas, negativas, hostiles, relacionadas con el juicio social. Para una exitosa resolución de la prueba será necesaria la presencia de pragmatismo en el sujeto y que sea socialmente convencional, sentido práctico y una amplia experiencia para poder prevenir las consecuencias.

Obtienen por lo general puntuaciones altas los sujetos con una adecuada capacidad para verbalizar, y que además son productivos en esta área; lo cual es un indicador de un "juicio correcto, sentido común, juicio social y competencia" (Zimmerman, 1997), pudiendo también examinarse la madurez y preocupación sociales; así como la posibilidad de organizar conocimientos prácticos.

Los puntajes bajos generalmente son obtenidos por personas concretas, rechazantes de premisas hipotéticas, con tendencias a la contradicción; pero además los que presentan necesidad de aprobación; individuos cargados de dudas (obsesivos), y sujetos con ansiedad crónica.

4.3.2 Grupo de atención y concentración

Retención de dígitos. Es considerado como un test que evalúa la memoria inmediata, aunque no existe una correlación directa con la eficacia de la memoria reciente o remota, es decir, ambas pueden ser excelentes y sin embargo puede no ocurrir lo mismo con el desempeño de la prueba al momento de la aplicación.

Para Rapaport, este subtest corresponde más bien a un test de atención, la cual es entendida como la "...aceptación indiscriminada, pasiva y sin esfuerzos, del estímulo" (1965), el autor partiendo de la experiencia, observó que un buen desempeño en la prueba será producto de la asimilación de las series de dígitos sin esfuerzo; por tanto los que se esfuerzan en escuchar y retener los dígitos son más susceptibles de cometer equivocaciones. "El esfuerzo voluntario no puede reemplazar la condición – óptima para este test – de la atención pasiva automática" (Rapaport, 1965); ya que ocurre una perturbación por "...ideas, ansiedades y afectos sobrecargados..." (1965).

Zimmerman (1997), comentó que además de la evaluación de los recuerdos de tipo auditivo, este subtest mide "atención, resistencia a la distracción y, especialmente, la resistencia a los procesos de pensamiento confusos y a los afectos poco corrientes".

Las puntuaciones altas, consecuencia de agrupaciones de números, son manifestaciones de la capacidad para adaptarse rápidamente a las exigencias de los estímulos, por medio de lo cual se puede inferir "la flexibilidad de adaptación".

Cuando existen diferencias en los puntajes de dígitos en orden progresivo y dígitos en orden inverso a favor de los primeros puede ser consecuencia de "escasa memoria auditiva, ansiedad, simple falta de atención, o

poca capacidad mental" (1997), además, si la diferencia de puntajes es de dos puntos mayor o más que orden inverso podría indicar que el sujeto evita acciones en las que requiere esforzarse, pensamiento concreto, pues se ha comprendido el concepto inversión. En el caso contrario cuando el puntaje es superior en dígitos en orden inverso, probablemente se deba a "la capacidad de resistencia a la tensión al manipular estímulos auditivos en una situación difícil o quizá señale tendencia a la oposición" (1997), o la concepción de las tareas como un reto, así como independencia de pensamiento o falta de rigidez.

Por otra parte con este subtest también es posible determinar la tolerancia a la frustración, por medio de series largas o en orden invertido; además cuando está presente la incapacidad para realizar tareas simples, estaremos frente a sujetos en los cuales el grado de pensamiento ha tenido afecciones por limitaciones o problemas, aunque éstos sean pasajeros.

Puntuaciones altas, son indicadoras de capacidad en el sujeto para realizar una tarea simple; como en situaciones de tipo histórico; por otra parte puntuaciones bajas serían indicadores de dificultad en los procesos de atención, además de que estados de ansiedad circunstancial afectan las puntuaciones, aún de sujetos "normales".

Aritmética. Rapaport consideró el subtest de aritmética, como una forma de evaluar la concentración, la cual el autor la define "como un esfuerzo voluntario para recibir el estímulo en forma discriminada y significativa, o bien para proyectarla hacia fuera desde patrones existentes en el interior" (1965).

La aptitud aritmética es representante del factor g de la inteligencia, en este subtest el sujeto emplea las cuatro operaciones aritméticas básicas, la capacidad de abstracción se pone en juego al momento de que los números y los cálculos se ponen a disposición de la conciencia, interviniendo la concentración al momento de volverse hacia dichos patrones ya interiorizados. La concentración es

TESIS COM

UNIVERSIDAD

forzada por la presión que puede sentir el sujeto, cuando el evaluador hace uso del cronometro, obligándolo a llegar a la resolución del problema lo más rápido que pueda.

Cabe señalar que en sus investigaciones Rapaport (1965), encontró que hay menor disminución de la concentración en comparación con la atención, en los sujetos que mantienen un contacto adecuado con la realidad.

Por su parte Zimmerman (1997), mencionó que mediante la prueba de aritmética se pueden obtener datos sobre el desarrollo intelectual de los conceptos abstractos del sujeto, y además de la manera como se relaciona con factores no cognitivos (atención y concentración).

Zimmerman ha definido la prueba de aritmética como "...una medida de un factor de concentración y resistencia a la distracción; los resultados vacilantes sugieren una ineficacia temporal en esta área" (1997).

El autor menciona que el éxito en esta prueba incluye una "atención meticulosa a la tarea" (1997), y comenta que en el caso de algunos sujetos realizan bien la prueba cuando hacen una combinación de rapidez con meticulosidad, beneficiándose aquellas personas que tienen un contacto más estrecho con el área de las matemáticas (ingenieros, contadores, etc); en tanto que en los fracasos en esta prueba pueden estar involucrados factores como simples errores de cálculo, ansiedad, despreocupación debida a la tendencia al fracaso, o la pérdida de la realidad, manifestada mediante la expresión de respuestas extravagantes.

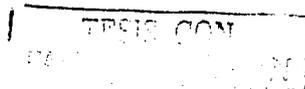
4.3.3 Grupo de coordinación visomotora

Composición de objetos. Este subtest se caracteriza porque el sujeto carece de la menor idea sobre la forma como finalmente ordenará las piezas,

además de que el orden de las mismas es inalterable en la figura total; por estos motivos la "organización visual", juega un papel muy importante al cumplir la función de *anticipación*. Ante dicha situación Rapaport comentó "Si la organización visual es nítida, la acción motriz parece ser la meta ejecución de una figura ya descubierta. Si falta la organización visual o ésta es vaga, comienza un proceso de acción motriz con arreglo a ensayo y error; el sujeto coloca las piezas al azar, buscando sus relaciones mutuas, lo cual proporciona una oportunidad al proceso de organización visual para 'descubrir' la forma buscada. En estos procedimientos puede observarse con toda claridad la progresiva organización y reorientación implicada por la coordinación visomotriz" (1965).

El trabajo mediante ensayo y error, permite dar como resultado la obtención de puntajes buenos, a pesar de que el sujeto no sea capaz de reconocer la figura, lo anterior es conocido como "coherencia de la figura" (1965); no siendo de gran importancia la velocidad motriz debido a la amplitud de los tiempos.

Zimmerman (1997), ha considerado que además de la anticipación y organización visual descritos por Rapaport (1965); están presentes importantes funciones como el análisis visual, aunado a la coordinación simple de ensamblaje; detectándose con ello que tan eficiente puede ser un sujeto al yuxtaponer unas partes con otras; además de la organización mental y la planeación. También se pueden hacer inferencias acerca del tipo de pensamiento de las personas, pues por un lado estarán sujetos que presentan una clara comprensión de la forma como se relacionan las partes entre sí y con el conjunto; y por otro lado se encontrarán los individuos que carecen de una completa comprensión del concepto; quedando en puntos intermedios los que no son capaces de logra un ensamblaje entre sí de las piezas y los que tardamente lo logran mediante la técnica de ensayo – error. También es posible analizar algunas funciones "...no intelectuales como la persistencia y cuidado frente a la negligencia e indiferencia"



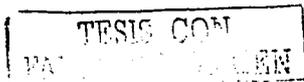
(Zimmerman, 1997), lo cual puede inclinarse como un favorecimiento hacia sujetos menos verbales.

Puntuaciones bajas pueden ser debidas a la ansiedad, provocando ensambles sin sentido; también la rigidez y la perseveración pueden afectar de manera significativa la ejecución de la prueba; y en algunos casos se puede detectar sujetos con respuestas a la presión, sobre todo en aquellos que no soportan ser observados al momento de realizar su trabajo.

Zimmerman comentó que esta subprueba es también un indicador de campos visuales reducidos cuando se dejan de lado algunas piezas ignorándolas; inteligencia baja cuando después de varios intentos de ensayo – error no se consigue éxito; así como de desorganización visual grave al colocar piezas alrededor de la periferia; y dificultades en el contacto con la realidad, al amontonar varias piezas. Por último puede ser indicador de preocupación por la automutilación y la integridad del cuerpo debido a que son "piezas cortadas".

Diseño con cubos. Este subtest es diferente de composición de objetos por dos razones principales "1) el modelo definitivo por construir es colocado delante del sujeto; 2) el modelo es construido con partes que, a diferencia de los de composición de objetos, son intercambiables " (Rapaport, 1965).

En el proceso de construcción de cubos los procesos analíticos y sintéticos están entrelazados, existiendo pues, una continuidad entre la interacción de los procesos de la formación de conceptos y el modelo presentado con las piezas disponibles. La organización visual juega un papel importante relacionado con la diferenciación progresiva del patrón visual; en tanto que el papel de la acción motriz es la yuxtaposición de las de las caras de los cubos, partiendo de la diferenciación visual previamente obtenida; permitiendo primero desglosar el modelo original para posteriormente volver a construirlo.



Los desempeños motores demasiado rápidos o demasiado lentos impiden a la organización visual descubrir las correctas combinaciones, o realizar posteriores diferenciaciones; por lo que en los casos en que "...la velocidad de la acción motriz se halla armonizada con la agudeza y velocidad de la organización visual ... se lograrán desempeños de tipo satisfactorio" (Rapaport, 1965).

De manera similar que ensamble de objetos puede haber presencia de la "coherencia con el modelo", y lo que esto implica.

Zimmerman (1997), mencionó que también es posible la examinación de factores no relacionados con el intelecto como cuidado excesivo, impulsividad o distracción. Debido a que solo existe una respuesta correcta no sirve de mucho la presencia de la creatividad en el sujeto; esta prueba además es útil como una medida de tipo no verbal del razonamiento, siendo sus puntuaciones similares a las verbales.

Puntuaciones altas pueden ser indicadoras de factores como "...experiencia con cubos de juguete durante la infancia, capacidad analítica y rapidez y precisión para abordar un problema" (Zimmerman 1997). El éxito en esta prueba puede obtenerse por enfatizar en los detalles, pensamiento flexible como en ensayo - error realizado de manera rápida.

Por otra parte las bajas puntuaciones pueden ser debidas a ejecuciones rápidas pero descuidadas; falta de reflexión antes de realizar la tarea; las tendencias compulsivas en sujetos capaces pueden afectar su rendimiento debido al trabajo lento y a que en repetidas ocasiones se detiene a comprobar su trabajo; la ansiedad al desorganizar e impedir una adecuada comprobación del trabajo; o una excesiva atención enfocada en detalles no esenciales y un exceso de necesidad compulsiva por los detalles (Zimmerman, 1997).

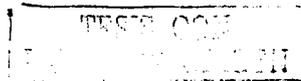
Soluciones extrañas como "...la realización de la tarea sobre la tarjeta modelo, pueden indicar dificultad con el contacto con la realidad; actitudes de recelo, las cuales reflejan tendencia al fracaso; incapacidad al utilizar los bloques con color en diagonal al ejecutar el modelo..." (1997), pueden ser útiles para diferenciar proceso intelectuales por debajo del promedio, o extraños.

Símbolos y dígitos. También es un subtest que requiere de la coordinación visomotriz, pero a diferencia de los dos subtests antes mencionados no se requiere de anticipación ni de análisis – síntesis; sino más bien de la imitación, adquiriendo mayor importancia la velocidad del sujeto; además de que la velocidad motriz está directamente relacionado con los movimientos oculares – al momento de localizar los símbolos – y con la mano.

El factor aprendizaje está presente de tres maneras, 1) los símbolos se tornan familiares como símbolos por emplear; 2) puede lograrse la asociación de un símbolo con el dígito correspondiente, aunque muchos sujetos desconfían de la memoria; 3) el último, y más frecuente ocurre cuando el sujeto logra aprender la posición de los dígitos y símbolos en la línea de muestra, por lo que se torna más rápida su ejecución (Rapaport, 1965).

Zimmerman (1997), describió que este subtest también puede evaluar la persistencia del sujeto ante una tarea no atractiva, rapidez en la ejecución, mide también el esfuerzo en una tarea de concentración; señaló que a algunas personas creativas les es desagradable dicha prueba por ser monótona a diferencia de los que presentan necesidades compulsivas, afectándose su puntaje a pesar de ser inteligentes.

Puntuaciones altas pueden indicar aptitudes o tolerancia de índole administrativas; las puntuaciones altas se ven beneficiadas por una buena memoria y cultura verbal.



Puntuaciones bajas corresponden a defectos visuales, dominancia, sujetos impulsivos o que no les agrada la tarea, perseveración en un mismo símbolo o realizar solo un símbolo (rigidez), lesiones cerebrales, los sujetos zurdos cuando en ocasiones cubren la línea modelo al momento de escribir, sujetos preocupados por la precisión, sujetos depresivos que presentan lentitud motora, sujetos que requieren constante comprobación debida a dudas, presencia de ansiedad, sujetos disociados, esquizofrénicos e hiperactivos (Zimmerman, 1997).

4.3.4 Grupo de organización visual

Ordenamiento de figuras. Zimmerman (1997), planteó que con esta prueba se puede realizar una evaluación de la percepción visual, la elaboración de síntesis de conjunto partiendo de un plan, la capacidad para detectar las relaciones de causa – efecto, indicaciones sobre las relaciones interpersonales y la capacidad para apreciar situaciones sociales del sujeto.

Sujetos que realizan adecuadamente esta prueba generalmente muestran capacidad de demora hasta haber percibido los detalles, evidenciando la presencia de pensamiento lógico y secuencial. También este subtest es un indicador del "...interés por los demás, la previsión, el planeamiento, la aptitud social y el estar atento a los aspectos sociales de las situaciones" (1997).

Por otra parte Rapaport consideró que en dicho subtest está presente la aptitud para anticipar y planear, la cual se manifiesta al momento de percatarse del significado de los dibujos. Es importante para el éxito en esta prueba "...la captación automática y atenta de lo esencial de las figuras, pasando por alto lo secundario" (1965). Puede ser afectado su rendimiento por una pobre organización visual, falta de atención y juicio; siendo importante señalar que la concentración no favorece su desempeño.

Puntuaciones bajas suelen deberse a atención inconstante, impulsividad, dificultad y fracaso en la conducción y análisis de la propia conducta; se puede también observar pensamientos extraños, y la presencia de ansiedad correspondiente a una incapacidad en la resolución exitosa cuando la persona revuelve aleatoriamente las tarjetas (Zimmerman, 1997).

Completamiento de figuras. Rapaport (1965), incluyó este test dentro de la concentración visual, en el cual no sólo se consideran los patrones interiorizados, sino además los factores externos colocados ante su vista. Para el éxito en esta prueba serán indispensables "el esfuerzo sistemático, voluntario y selectivo" (1965). La presión ejercida por el tiempo estimula la concentración del sujeto.

Para Zimmerman (1997), es importante para esta prueba que el sujeto conozca el objeto, situación presentada, la perspectiva, y las interrelaciones de los elementos visibles; y además que el sujeto posea la capacidad de concentrarse y resistirse a las distracciones cuando no logra identificar rápidamente el objeto que falta. Por medio de "...la ejecución de la prueba se pueden obtener datos valiosas indicaciones acerca de la integración de la personalidad del sujeto" (1997); es decir ocurre una distorsión de la realidad ante la presencia de pequeñas lagunas en el esbozo, dificultad para detectar simples objetos, y cuando se les clasifica de un modo extravagante.

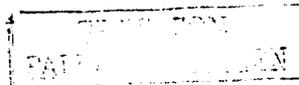
Puntuaciones altas son indicadoras de adecuada percepción, concentración e interés por el ambiente, capacidad para discriminar los elementos esenciales de los no esenciales; en ocasiones una atención de tipo obsesiva, así como una observación de tipo paranoide son características que favorecen los puntajes en esta prueba (Zimmerman, 1997).

Las bajas puntuaciones pueden ser causa de prestar atención solo a minuciosos detalles los cuales no es posible diferenciar, actitud negativista,

lesiones cerebrales, ansiedad que desemboca en distracción, respuestas absurdas (Zimmerman, 1997).

Por otra parte Sattler (1996), basándose en autores como Blatt y Allison en 1968; Freeman 1962; Glasser y Zimmerman 1967; Kaufman 1975; Rapaport, Gill y Schafer en 1968; y Searles 1975; también ha realizado algunas descripciones importantes las cuales deben considerarse al momento de hacer interpretaciones de las escalas de Wechsler, Sattler incluye en sus descripciones aspectos como la capacidad requerida para cada subtest, factores antecedentes, algunas implicaciones de puntuaciones altas y bajas, pero sobre todo implicaciones de instrucción; es importante señalar que este autor ha centrado principalmente sus trabajos en la evaluación infantil, aunque no por ello los factores que incluye para la interpretación de las escalas de Wechsler no sean los mismos para niños como para adultos; con relación a lo anterior es importante destacar que las implicaciones de instrucción son consideradas como actividades o sugerencias que se pueden llevar a cabo para desarrollar habilidades específicas en un infante que ha obtenido puntuaciones bajas en un subtest específico, dicho de otra forma, es una manera de estimular habilidades que no ha adquirido o desarrollado adecuadamente un infante a través de su desarrollo; mientras que en un adulto estas implicaciones podrían servir como indicadores de las áreas y habilidades específicas en las cuales existieron carencias de un medio ambiente enriquecedor o de una estimulación óptima durante los primeros años de vida.

En este capítulo se han expuesto una breve historia de la construcción de la Escala de Wechsler – Bellevue, algunas consideraciones acerca de la inteligencia, y una descripción de los aspectos más relevantes de cada una de las escalas evaluadas por dicha prueba, implicaciones de puntuaciones altas y bajas, así como parámetros para su interpretación.



CAPITULO 5 METODOLOGIA

TITULO: Evaluación de pacientes con trastorno límite de personalidad, a través de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS).

5.1 Planteamiento del problema

Desde hace varias décadas se han realizado diversos estudios con personas diagnosticadas con algún trastorno de personalidad y los resultados demuestran que son sujetos en los cuales existe gran dificultad en la percepción adecuada de su medio ambiente, así como en la manera en que se perciben las acciones de los otros significativos; no siendo ésta la única alteración pues además son personas con gran dificultad para llevar a cabo un adecuado control sobre sus impulsos y afectos, lo cual en muchas ocasiones, si no es que la mayoría de las veces, repercute de manera directa en sus relaciones interpersonales y sociales (Beck, 1995; DSM - IV, 1995; Horwitz, 1987; Kernberg, 1975).

Por otra parte algunas de sus funciones mentales superiores también se ven afectadas, como son los procesos de pensamiento y el juicio, no significando esto que los sujetos con algún trastorno de personalidad no logren ser funcionales en otras áreas de su vida.

A partir de lo anterior y la bibliografía revisada surge la pregunta de investigación: ¿Estarán afectados los procesos de juicio (subescala de comprensión, ordenamiento de dibujos); la anticipación de consecuencias (ordenamiento de dibujos); la conceptualización abstracta, análisis y síntesis (diseño con cubos); la síntesis de partes concretas en un todo con significado (ensamble de objetos); memoria de repetición y a corto plazo (repetición de dígitos); destreza visomotora, recuerdo visual, habilidad simbólico - asociativa

(claves); en pacientes con trastorno de personalidad cluster b evaluados por medio de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos?.

5.2 Hipótesis

Hi1: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de comprensión.

Ho1: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, no obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de comprensión.

Hi2: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ordenamiento de dibujos.

Ho2: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, no obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ordenamiento de dibujos.

Hi3: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de diseño con cubos.

Ho3: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, no obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de diseño con cubos.

TESIS CON
CUBOS

Hi4: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ensamble de objetos.

Ho4: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, no obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ensamble de objetos.

Hi5: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, no obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de repetición de dígitos.

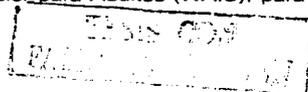
Ho5: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de repetición de dígitos.

Hi6: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, no obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de claves.

Ho6: Si a un grupo de sujetos diagnosticados con TP cluster B, se les aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, obtendrán puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de claves.

5.3 Objetivo

El objetivo de este estudio fue describir las puntuaciones obtenidas en las subescalas de comprensión, ordenamiento de dibujos, diseño con cubos, composición de objetos, retención de dígitos y claves por sujetos diagnosticados con trastorno de personalidad cluster B de acuerdo a los criterios del DSM – IV, y CIE – 10, mediante la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS), para



verificar en cuales de éstas subescalas existen alteraciones, y, a partir de estos conocimientos poder elaborar propuestas de tratamiento y posibles propuestas de rehabilitación a partir de los resultados obtenidos.

5.4 Definición de variables

Variable independiente: Sujetos con trastorno de personalidad en el eje II cluster b.

Variable dependiente: Puntuaciones normalizadas obtenidas en la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos.

5.5 Definición conceptual de variables

De acuerdo al DSM – IV (1995):

Trastorno de personalidad: Es un "patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto".

Los trastornos de personalidad incluidos en el cluster b, son definidos de la siguiente manera:

Trastorno antisocial de la personalidad: "Es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta".

Trastorno histriónico de la personalidad: "Es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención".

Trastorno narcisista de la personalidad: "Es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía".

Trastorno límite de personalidad: "Es un trastorno de personalidad que se caracteriza por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, y la afectividad, y una notable impulsividad. Las personas que lo padecen realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginario. En casos extremos expresan comportamientos de autoagresión y amenazas suicidas; su inestabilidad afectiva les provoca episodios de ansiedad y disforia, que suelen durar poco tiempo, invadidos por sentimientos crónicos de vacío, difícilmente controlan la ira".

Personalidad: Es un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos periodos de tiempo. Existen dos procesos situados en el centro de la personalidad 1) como actúa el individuo con las demandas del medio ambiente, y 2) como se relaciona el individuo consigo mismo (Millon, 1994).

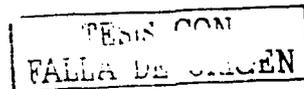
Inteligencia: "Es el agregado o capacidad global del individuo para actuar propositivamente, para pensar racionalmente y para conducirse adecuada y eficientemente con su ambiente". (Wechsler, citado en Morales, 1996).

5.6 Diseño de la investigación

Estudio de campo exploratorio con diseño transversal descriptivo.

5.7 Selección y tamaño de la muestra

La muestra para este estudio fue conformada por 20 pacientes internas de género femenino con un rango de edad entre 18 y 50 años diagnosticadas con



trastorno límite de personalidad cluster b, de acuerdo a los criterios del DSM – IV y CIE - 10 por un psiquiatra adscrito a la División de Servicios Clínicos del INP.

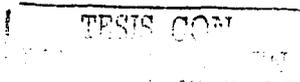
En este trabajo no se consideraron los demás diagnósticos de la evaluación multiaxial del DSM – IV (1995), debido a que el diagnóstico en el eje I se encontraba en remisión, el diagnóstico en el eje III, se controló farmacológicamente y en el eje IV se manifiestan las características del trastorno límite de personalidad.

5.8 Criterios de inclusión

1. Sujetos diagnosticados en eje II cluster B, de acuerdo a los criterios del DSM – IV y CIE – 10, por un psiquiatra adscrito a la División de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
2. Ser pacientes internos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muniz.
3. Tener un rango de edad entre 18 y 50 años.
4. Haber contestado completa la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos.

5.9 Criterios de exclusión

1. Sujetos que no sean diagnosticados en eje II cluster B, de acuerdo a los criterios del DSM – IV y CIE – 10.
2. Actividad homicida
3. Dependencia de sustancias.
4. Trastorno secundario a lesión cerebral de acuerdo a los criterios del DSM-IV
5. Trastorno secundario a causa médica de acuerdo a los criterios del DSM-IV



5.10 Muestreo

El muestreo fue no probabilístico, accidental por cuota.

5.11 Instrumentos

1. Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS).
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV).
3. Clasificación Internacional de las Enfermedades – 10 (CIE – 10).
4. Expedientes Clínicos del INPRFM.

5.12 Procedimiento

Para cada una de las pacientes que conformaron la muestra para la presente investigación se realizó el siguiente procedimiento:

1.- Las pacientes con trastorno del eje II cluster b, fueron localizados en los diferentes "tratamientos" (que son los lugares donde se encuentran las habitaciones de los pacientes) ubicados en el Instituto Nacional de Psiquiatría a través del psiquiatra a cargo de dicho tratamiento quien informaba cuáles de sus pacientes cubrían los criterios de inclusión.

2.- una vez dada esta información se procedió a revisar los expedientes clínicos para corroborar su inclusión.

3.- Posteriormente se contactó con las pacientes de manera personal y se les pidió su colaboración para responder una prueba psicológica, la cual consistía de once subescalas que miden habilidades en el ser humano, y sumadas esas once subescalas era posible obtener un CI. Se les mencionó también que las personas podían presentar mayor habilidad para desempeñar algunas actividades y menor habilidad para desarrollar otras actividades, por lo que era posible que

durante la aplicación de la escala su desempeño fuera variable en las diferentes subescalas, o que tuvieran mayor dificultad para desempeñar una subescala que otra y viceversa.

4.- Después de haberles mencionado lo anterior se les informó que la aplicación de dicha prueba formaba parte de un protocolo de investigación, en el cual era importante conocer el desempeño de las habilidades obtenidas y que dicha información sería manejada de manera confidencial.

5.- Posteriormente se les aplicó de manera individual la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS), en la estancia del tratamiento en que estuviera interna cada paciente.

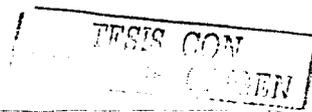
6.- Una vez completada la muestra de las 20 pacientes se procedió a calificarlas por 4 psicólogos con experiencia en la aplicación y calificación de la Escala, para que ésta tuviera mayor confiabilidad.

7.- Conocidas las puntuaciones normalizadas de la escala se procedió a realizar el análisis estadístico.

5.13 Análisis estadístico

Estadística descriptiva: se empleó para el análisis de las características demográficas de la muestra: edad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación antes del internamiento, motivo de internamiento.

Estadística inferencial: Se aplicó la prueba ANOVA bifactorial considerando sujetos y puntuaciones en las diferentes subescalas, para obtener la confiabilidad (rtt).



Se realizó también una prueba "t" para comparar los resultados obtenidos por las pacientes en las diferentes subescalas y verificar aquellas subescalas en las cuales existieran diferencias significativas con respecto a las medias propuesta por Wechsler.

5.14 Resultados

El rango de edad para la muestra en esta investigación fluctuó entre 18 y 50 años, y tuvo una media de edad de 29.15 años, siendo el 100% de la población pacientes del género femenino (Cuadro 1).

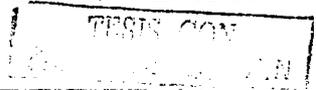
La muestra se distribuyó de la siguiente manera: entre 18 y 19 años 10%, (grupo 1); de 20 a 24 años 30%, (grupo 2); de 25 a 34 años 40%, (grupo 3); de 35 a 44 años 15%, (grupo 4); finalmente de 45 a 50 años 5%, (grupo 5). Cabe mencionar que estos rangos de edad son los correspondientes a las tablas de Wechsler (1955) para determinar C. I. en la Escala de WAIS (Cuadro 2).

El estado civil de la muestra, se distribuyó de la siguiente manera: soltera 50%, casada 25 %, divorciada 10%, unión libre 10%, y separada 5% (Cuadro 3).

La distribución del nivel de escolaridad quedó conformado de la siguiente manera: licenciatura trunca 40%, bachillerato o carrera técnica 25%, licenciatura 20%, posgrado 5%, secundaria 5%, y primaria 5% (Cuadro 4).

La ocupación que las pacientes dijeron tener antes del internamiento fueron las siguientes: empleada 50%, estudiante 25%, ama de casa 20%, desempleada 5% (Cuadro 5).

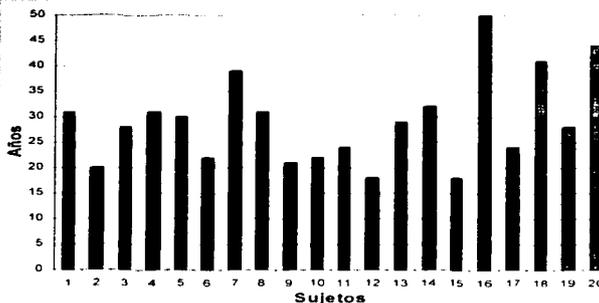
Los motivos de internamiento de las pacientes fueron Intento suicida 45%, Ideación suicida 30%, Síntomas depresivos 5%, Alteraciones



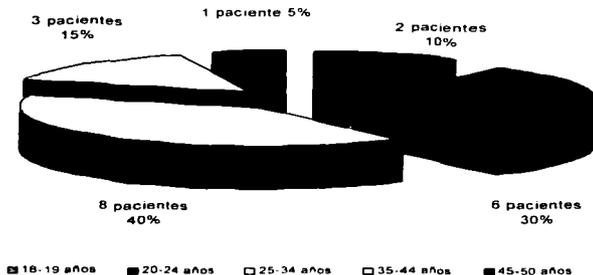
sensorio-perceptuales (escuchar voces) 5%, Trastornos de alimentación 5% (Cuadro 6). Esta información fue recabada a través de los expedientes clínicos del INP, y a pesar de que únicamente se señala el motivo principal del internamiento, las pacientes presentaron síntomas diversos como trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo moderado, sentimientos de tristeza, llanto fácil, insomnio, hipersomnias, anhedonia, adinamia, labilidad emocional, síntomas afectivos, ansiedad, culpa, sentimientos de minusvalía, síntomas neurovegetativos (palpitaciones, pánico), conductas purgativas, conductas restrictivas, conductas autolesivas, alucinaciones táctiles, alucinaciones auditivas, ideas delirantes, entre otros, y en algunos casos ingesta de alcohol, u otras sustancias como cannabis y marihuana ocasionalmente por algunas pacientes, y abuso sexual, el cual ocurrió en una paciente a los 15 años por un desconocido, en otra a los 7 años por abuelo materno y posteriormente a los 14 años por parte de un novio, en otra paciente se reporta un probable abuso sexual a los 15 años, y por último una paciente sufrió de violación multitudinaria a los 22 años. Por otra parte en cuanto a actividad sexual se refiere, una paciente mencionó tener múltiples parejas sexuales, otra paciente reportó 12 parejas sexuales, una más 8 parejas sexuales (las edades de estas pacientes son 50, 44 y 19 años respectivamente), además en 2 pacientes (18 años) se reportaron 3 parejas sexuales en ambos casos.

TESIS COM
2012

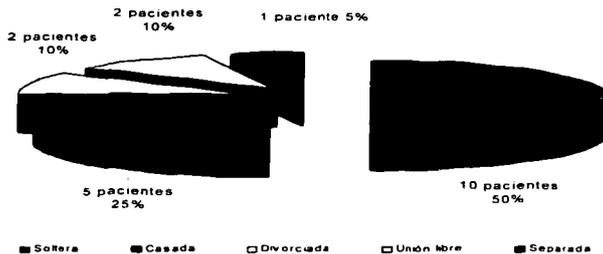
CUADRO 1
EDADES DE LA MUESTRA



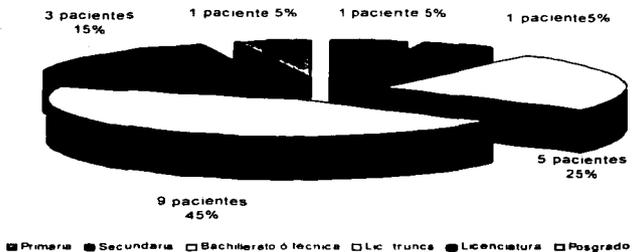
CUADRO 2
DISTRIBUCION DE LA VARIABLE EDAD DE LA MUESTRA



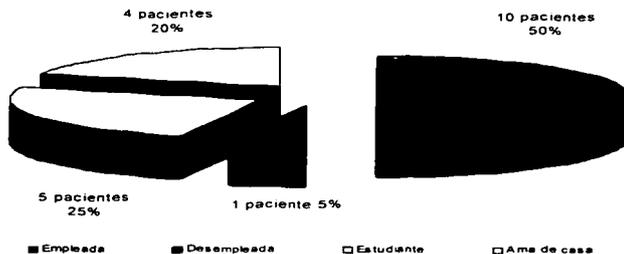
CUADRO 3
DISTRIBUCION DE LA VARIABLE ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA



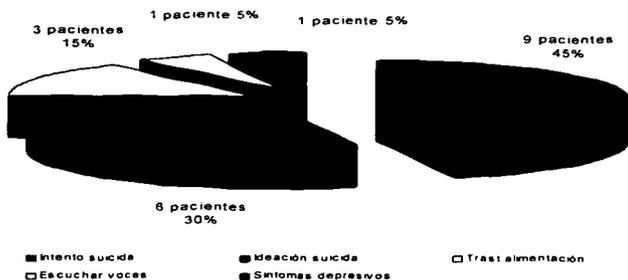
CUADRO 4
DISTRIBUCION DE LA VARIABLE ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA



CUADRO 5
DISTRIBUCION DE LA VARIABLE OCUPACION DE LA MUESTRA

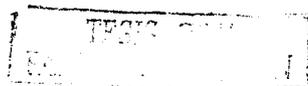


CUADRO 6
MOTIVO DE INTERNAMIENTO EN EL INP



Se realizó un ANOVA bifactorial considerando sujetos y puntuaciones normalizadas obtenidas por las pacientes en las diferentes subescalas, con lo cual se registró una confiabilidad (rtt) de 0.86.

Posteriormente para la muestra de las 20 pacientes, en la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos se realizó una prueba "t student" para cada una de las once subescalas de la muestra total a 19 grados de libertad, en la subescala de Semejanzas se obtuvo una media de 11.4, con una desviación estándar de 1.93, obteniéndose una puntuación t de 3.2, $p < 0.01$; en la subescala Repetición de dígitos la media fue de 8.05, con una desviación estándar de 2.63, registrándose una t de -3.3 , $p < 0.01$; para la subescala de Vocabulario la media fue de 11.5 con una desviación estándar de 1.73, obteniéndose una t de 3.9, $p < 0.01$. En la subescala de Ordenamiento de dibujos la media fue de 8.9 con una desviación estándar de 2.25, una t de -2.2 , $p < 0.05$. Para la subescala Ensamble de objetos la media fue de 7.2, con una desviación estándar de 2.26, registrando una t de -5.5 $p < 0.01$. En las subescalas restantes no se registraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 7).



CUADRO 7
MEDIAS MUESTRA TOTAL,
DESVIACIONES ESTANDAR, PUNTAJONES t.

SUBESCALAS MUESTRA TOTAL	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTAJACION t
INFORMACION	9.5	2.01	-1.1
COMPRESION	10.7	2.39	1.3
ARITMETICA	8.9	2.63	-1.9
SEMEJANZAS	11.4	1.93	3.2 **
REPETICION DIGITOS	8.05	2.63	-3.3 **
VOCABULARIO	11.5	1.73	3.9 **
CLAVES	10.1	2.78	0.2
FIGURAS INCOMPLETAS	10.8	1.83	2
DISEÑO CUBOS	9.75	2.84	-0.4
ORDENAMIENTO DIBUJOS	8.9	2.25	-2.2 *
ENSAMBLE OBJETOS	7.2	2.26	-5.5 **

* p < 0.05, ** p < 0.01

Por lo tanto los resultados para la muestra:

$$H_0 1: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 1: \chi^2 < 10$$

Hi1 se rechaza, es decir las pacientes de la muestra no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de comprensión de WAIS.

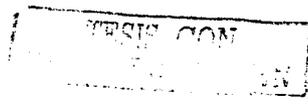
$$H_0 2: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 2: \chi^2 < 10$$

Hi2 se acepta al 5%, es decir las pacientes de la muestra obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ordenamiento de dibujos de WAIS.

$$H_0 3: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 3: \chi^2 < 10$$



Hi3 se rechaza, es decir las pacientes de la muestra no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de diseño con cubos de WAIS.

$$H_0 4: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 4: \chi^2 < 10$$

Hi4 se acepta al 1%, es decir las pacientes de la muestra obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala ensamble de objetos de WAIS.

$$H_0 5: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 5: \chi^2 > 10$$

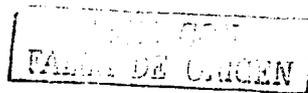
Hi5 se rechaza al 5%, es decir las pacientes de la muestra obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de repetición de dígitos de WAIS.

$$H_0 6: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 6: \chi^2 > 10$$

Hi6 se rechaza, es decir las pacientes de la muestra obtienen puntajes de calificación iguales a la media en la subescala de claves de WAIS.

También se aplicó la prueba "t" dividiéndose la muestra de acuerdo a los rangos de edad para determinar C. I. determinados por Wechsler (1955), obteniéndose los siguientes resultados. En el grupo 1 (18 - 19 años), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 8).



CUADRO 8
MEDIAS GRUPO 1 (18 - 19 AÑOS),
DESVIACIONES ESTANDAR, PUNTUACIONES L.

SUBESCALAS GRUPO 1	ME DIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTUACION
INFORMACION	7	1.41	-3
COMPRESION	10.5	3.54	0.2
ARITMETICA	7.5	0.71	-5
SEMEJANZAS	11	2.83	0.5
REPETICION DIGITOS	6	0	0
VOCABULARIO	12	1	2
CLAVES	8	1	-2
FIGURAS INCOMPLETAS	9.5	2.5	-0.2
DISEÑO CUBOS	8	1	-2
ORDENAMIENTO DIBUJOS	8	1	-2
ENSAMBLE OBJETOS	5.5	1.5	-3

En el grupo 1 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas, aunque las medias obtenidas en Repetición de Dígitos y Ensamble de Objetos son muy significativas clínicamente.

Por lo tanto los resultados para el grupo de edad 18 - 19 años:

$$H_0 1: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 1: \chi^2 < 10$$

Hi1 se rechaza, es decir las pacientes del grupo de 18 - 19 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de comprensión de WAIS.

$$H_0 2: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 2: \chi^2 < 10$$

Hi2 se rechaza, es decir las pacientes del grupo de 18 - 19 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ordenamiento de dibujos de WAIS.



$$H_0 3: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 3: \chi^2 < 10$$

Hi3 se rechaza, es decir las pacientes del grupo de 18 – 19 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de diseño con cubos de WAIS.

$$H_0 4: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 4: \chi^2 < 10$$

Hi4 se rechaza, es decir las pacientes del grupo de 18 – 19 años no obtienen puntajes de calificación *estadísticamente significativos* por debajo de la media en la subescala ensamble de objetos de WAIS.

$$H_0 5: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 5: \chi^2 > 10$$

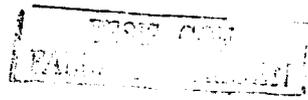
Hi5 se rechaza, es decir las pacientes del grupo de 18 – 19 años no obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de repetición de dígitos de WAIS.

$$H_0 6: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 6: \chi^2 > 10$$

Hi6 se rechaza, es decir las pacientes del grupo de 18 – 19 años no obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de claves de WAIS.

Para el grupo 2 (20 – 24 años) con 5 grados de libertad, se obtuvo en la subescala de Semejanzas una media de 11.5, con una desviación estándar de 1.38, obteniéndose una t de 2.67, $p < 0.05$. En la subescala de Vocabulario la media fue de 11.7, con una desviación estándar de 1.51, registrándose una t de 2.77, $p < 0.05$. En las subescalas restantes no se registraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 9).



CUADRO 9
MEDIAS GRUPO 2 (20 – 24 AÑOS),
DESVIACIONES ESTANDAR, PUNTUACIONES t.

SUBESCALAS GRUPO 2	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTUACIÓN t
INFORMACION	10.3	0.82	0.9
COMPRESION	11	1.79	1.37
ARITMETICA	10.3	2.07	0.36
SEMEJANZAS	11.5	1.38	2.67 *
REPETICION DIGITOS	8.83	2.93	-1
VOCABULARIO	11.7	1.51	2.77 *
CLAVES	10.2	1.94	0.25
FIGURAS INCOMPLETAS	11.7	1.75	2.38
DISEÑO CUBOS	11.8	2.93	1.51
ORDENAMIENTO DIBUJOS	10.2	2.93	0.17
ENSAMBLE OBJETOS	8	2.61	-1.9

* $p < 0.05$

Por lo tanto los resultados para el grupo de edad 20 – 24 años:

$$H_0 1: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 1: \chi^2 < 10$$

Hi1 se rechaza, es decir las pacientes de 20 – 24 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de comprensión de WAIS.

$$H_0 2: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 2: \chi^2 < 10$$

Hi2 se rechaza, es decir las pacientes de 20 – 24 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ordenamiento de dibujos de WAIS.



$$H_0 3: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 3: \chi^2 < 10$$

Hi3 se rechaza, es decir las pacientes de 20 – 24 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de diseño con cubos de WAIS.

$$H_0 4: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 4: \chi^2 < 10$$

Hi4 se rechaza, es decir las pacientes de 20 – 24 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala ensamble de objetos de WAIS.

$$H_0 5: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 5: \chi^2 > 10$$

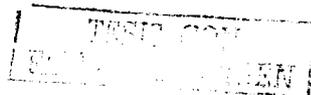
Hi5 se rechaza, es decir las pacientes de 20 – 24 años no obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de repetición de dígitos de WAIS.

$$H_0 6: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 6: \chi^2 > 10$$

Hi6 se rechaza, es decir las pacientes de 20 – 24 años obtienen puntajes de calificación iguales a la media en la subescala de claves de WAIS.

En el grupo 3 (25 – 34 años) con 7 grados de libertad, se registró en la subescala de Ensamble de objetos una media de 7.5, con una desviación estándar de 2.27, y una t de -3.1, $p < 0.05$. En las subescalas restantes no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 10).



CUADRO 10
MEDIAS GRUPO 3 (25 – 34 AÑOS),
DESVIACIONES ESTANDAR, PUNTAJONES t.

SUBESCALAS GRUPO 3	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTAJONES t
INFORMACION	9	1.69	-1.7
COMPRESION	10.5	3.16	0.45
ARITMETICA	8.75	3.15	-1.1
SEMEJANZAS	10.8	2.38	0.95
REPETICION DIGITOS	7.88	3	-2
VOCABULARIO	10.9	2.1	1.21
CLAVES	11.5	3.16	1.34
FIGURAS INCOMPLETAS	10.8	1.49	1.52
DISEÑO CUBOS	9.5	2.78	-0.5
ORDENAMIENTO DIBUJOS	9.25	1.16	-1.8
ENSAMBLE OBJETOS	7.5	2.27	-3.1*

* $p < 0.05$

Por lo tanto los resultados para el grupo de edad 25 – 34 años:

$$H_0 1: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 1: \chi^2 < 10$$

Hi1 se rechaza, es decir las pacientes de 25 – 34 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de comprensión de WAIS.

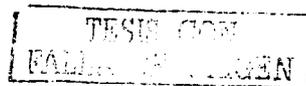
$$H_0 2: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 2: \chi^2 < 10$$

Hi2 se rechaza, es decir las pacientes de 25 – 34 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ordenamiento de dibujos de WAIS.

$$H_0 3: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 3: \chi^2 < 10$$



Hi3 se rechaza, es decir las pacientes de 25 – 34 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de diseño con cubos de WAIS.

$$H_0 4: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 4: \chi^2 < 10$$

Hi4 se acepta al 5%, es decir las pacientes de 25 – 34 años obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala ensamble de objetos de WAIS.

$$H_0 5: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 5: \chi^2 > 10$$

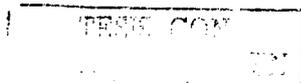
Hi5 se rechaza, es decir las pacientes de 25 – 34 años no obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de repetición de dígitos de WAIS.

$$H_0 6: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 6: \chi^2 > 10$$

Hi6 se rechaza, es decir las pacientes de 25 – 34 años obtienen puntajes de calificación iguales a la media en la subescala de claves de WAIS.

Para el grupo 4 (35 – 44 años) con 2 grados de libertad, en la subescala de Semejanzas se obtuvo una media de 13, con una desviación estándar de 1, registrándose una t de 5.2, $p < 0.05$. Las subescalas restantes no mostraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 11).



CUADRO 11
MEDIAS GRUPO 4 (35 – 44 AÑOS).
DESVIACIONES ESTANDAR, PUNTAJACIONES T.

SUBESCALAS GRUPO 4	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	PUNTAJACIÓN T
INFORMACION	9.67	3.21	-0.2
COMPRESION	10.7	2.08	0.58
ARITMETICA	7.67	3.06	-1.3
SÉMEJANZAS	13	1	5.2 *
REPETICION DIGITOS	7.67	2.08	-1.9
VOCABULARIO	11.7	1.15	2.55
CLAVES	8	2.65	-1.3
FIGURAS INCOMPLETAS	10.7	1.53	0.79
DISEÑO CUBOS	7.67	2.08	-1.9
ORDENAMIENTO DIBUJOS	6.67	2.31	-2.5
ENSAMBLE OBJETOS	6.33	2.08	-3.1

* p < 0.05

Por lo tanto los resultados para el grupo de edad 35 – 44 años:

$$H_0 1: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 1: \chi^2 < 10$$

Hi1 se rechaza, es decir las pacientes de 35 – 44 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de comprensión de WAIS.

$$H_0 2: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 2: \chi^2 < 10$$

Hi2 se rechaza, es decir las pacientes de 35 – 44 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ordenamiento de dibujos de WAIS.

$$H_0 3: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 3: \chi^2 < 10$$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hi3 se rechaza, es decir las pacientes de 35 – 44 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de diseño con cubos de WAIS.

$$H_0 4: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 4: \chi^2 < 10$$

Hi4 se rechaza, es decir las pacientes de 35 – 44 años no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala ensamble de objetos de WAIS.

$$H_0 5: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 5: \chi^2 > 10$$

Hi5 se rechaza, es decir las pacientes de 35 – 44 años no obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de repetición de dígitos de WAIS.

$$H_0 6: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 6: \chi^2 > 10$$

Hi6 se rechaza, es decir las pacientes de 35 – 44 años no obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de claves de WAIS.

Se aplicó también una prueba "t" para las pacientes con escolaridad de bachillerato ó carrera técnica, licenciatura trunca y licenciatura.

Para el grupo de pacientes con escolaridad de bachillerato o carrera técnica a 4 grados de libertad, en la subescala de Semejanzas se obtuvo una media de 12.4, con una desviación estándar de 0.54, registrando una t de 9.78, $p < 0.01$. Para la subescala de Vocabulario la media fue de 12, con desviación estándar de 1, y una t de 4.47, $p < 0.05$. En la subescala de Figuras incompletas la media fue de 12.4, con una desviación estándar de 1.14, obteniéndose una t de 4.7, $p < 0.01$. (Cuadro 12).



CUADRO 12
MEDIAS ESCOLARIDAD BACHILLERATO - TÉCNICA,
DESVIACIONES ESTANDAR, PUNTUACIONES L.

SUBESCALAS		MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	PUNTUACIÓN T
BACHILLERATO	TÉCNICA			
INFORMACION		8.2	1.92	-2.09
COMPRESION		11.6	1.51	2.35
ARITMETICA		9.4	3.05	-0.44
SÉMEJANZAS		12.4	0.54	9.79**
REPETICION DIGITOS		9	3.31	-0.67
VOCABULARIO		12	1	4.47*
CLAVES		9.8	2.58	-0.17
FIGURAS INCOMPLETAS		12.4	1.14	4.70**
DISEÑO CUBOS		10.6	3.78	0.35
ORDENAMIENTO DIBUJOS		8.6	3.50	-0.89
ENSAMBLE OBJETOS		8	1.22	-3.61

*p < 0.05, **p < 0.01

Por lo tanto los resultados para las pacientes de escolaridad bachillerato ó carrera técnica:

$$H_0 1: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 1: \chi^2 < 10$$

Hi 1 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad bachillerato ó carrera técnica no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de comprensión de WAIS.

$$H_0 2: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 2: \chi^2 < 10$$

Hi 2 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad bachillerato ó carrera técnica no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ordenamiento de dibujos de WAIS.

$$H_0 3: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 3: \chi^2 < 10$$

Hi3 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad bachillerato ó carrera técnica no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de diseño con cubos de WAIS.

$$H_0 4: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 4: \chi^2 < 10$$

Hi4 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad bachillerato ó carrera técnica no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala ensamble de objetos de WAIS.

$$H_0 5: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 5: \chi^2 > 10$$

Hi5 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad bachillerato ó carrera técnica no obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de repetición de dígitos de WAIS.

$$H_0 6: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 6: \chi^2 > 10$$

Hi6 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad bachillerato ó carrera técnica obtienen puntajes de calificación iguales a la media en la subescala de claves de WAIS.

En el grupo de pacientes con licenciatura trunca tomando 8 grados de libertad, se registró en la subescala de Aritmética una media de 8.4, con una desviación estándar de 1.74, registrándose una t de -2.75 , $p < 0.05$. (Cuadro 13).

CUADRO 13
MEDIAS ESCOLARIDAD LICENCIATURA TRUNCA,
DESVIACIONES ESTANDAR, PUNTUACIONES t.

SUBESCALAS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTUACION t.
LICENCIATURA TRUNCA			
INFORMACION	10.3	1.58	0.57
COMPRESION	10.2	1.64	0.36
ARITMETICA	8.4	1.74	-2.75 *
SEMEJANZAS	10.8	1.36	1.75
REPETICION DIGITOS	7.7	2.63	-2.61 *
VOCABULARIO	11.3	1.80	2.16
CLAVES	10.6	3	0.6
FIGURAS INCOMPLETAS	10.4	1.74	0.69
DISEÑO CUBOS	9.7	1.98	-0.45
ORDENAMIENTO DIBUJOS	9.1	2.20	-1.22
ENSAMBLE OBJETOS	7.2	2.04	-4.10 **

* p < 0.05, ** p < 0.01

Por lo tanto los resultados para las pacientes de escolaridad licenciatura trunca:

$$H_0 1: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 1: \chi^2 < 10$$

Hi1 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura trunca obtienen puntajes de calificación iguales a la media en la subescala de comprensión de WAIS.

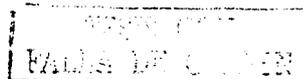
$$H_0 2: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 2: \chi^2 < 10$$

Hi2 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura trunca no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ordenamiento de dibujos de WAIS.

$$H_0 3: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 3: \chi^2 < 10$$



Hi3 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura trunca no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de diseño con cubos de WAIS.

$$H_0 4: \chi^2 \geq 10$$

$$H_1 4: \chi^2 < 10$$

Hi4 se acepta al 1%, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura trunca obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala ensamble de objetos de WAIS.

$$H_0 5: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 5: \chi^2 > 10$$

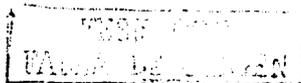
Hi5 se rechaza al 5%, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura trunca no obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de repetición de dígitos de WAIS.

$$H_0 6: \chi^2 \leq 10$$

$$H_1 6: \chi^2 > 10$$

Hi6 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura trunca obtienen puntajes de calificación iguales a la media en la subescala de claves de WAIS.

Para las pacientes con escolaridad de licenciatura en la subescala de Semejanzas a 2 grados de libertad se obtuvo una media de 13.3, con una desviación estándar de 0.57, una t de 9.9, $p < 0.01$. (Cuadro 14).



CUADRO 14
MEDIAS ESCOLARIDAD LICENCIATURA,
DESVIACIONES ESTANDAR, PUNTUACIONES t

SUBESCALAS LICENCIATURA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PUNTUACION t
INFORMACION	11	1	173
COMPRESION	116	378	073
ARITMETICA	93	513	-023
SEMEJANZAS	133	057	99**
REPETICION DIGITOS	93	208	-058
VOCABULARIO	13	173	3
CLAVES	11	346	05
FIGURAS INCOMPLETAS	106	152	068
DISEÑO CUBOS	96	321	-021
ORDENAMIENTO DIBUJOS	9	173	-1
ENSAMBLE OBJETOS	8	4	-086

** p < 0.01

Por lo tanto los resultados para las pacientes de escolaridad licenciatura:

$$H_0 1: \chi_1 \geq 10$$

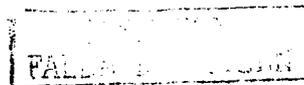
$$H_1 1: \chi_1 < 10$$

Hi1 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de comprensión de WAIS.

$$H_0 2: \chi_1 \geq 10$$

$$H_1 2: \chi_1 < 10$$

Hi2 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de ordenamiento de dibujos de WAIS.



Ho 3: $\chi_i \geq 10$

Hi 3: $\chi_i < 10$

Hi3 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala de diseño con cubos de WAIS.

Ho 4: $\chi_i \geq 10$

Hi 4: $\chi_i < 10$

Hi4 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura no obtienen puntajes de calificación por debajo de la media en la subescala ensamble de objetos de WAIS.

Ho 5: $\chi_i \leq 10$

Hi 5: $\chi_i > 10$

Hi5 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura no obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de repetición de dígitos de WAIS.

Ho 6: $\chi_i \leq 10$

Hi 6: $\chi_i > 10$

Hi6 se rechaza, es decir las pacientes de escolaridad licenciatura no obtienen puntajes de calificación por arriba de la media en la subescala de claves de WAIS.

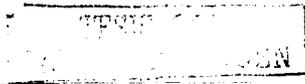


5.15 Análisis cualitativo y discusión de resultados

Durante la aplicación de la Escala dos pacientes se comportaron reuentes a colaborar con la prueba, presentando poca tolerancia a la frustración, apatía, oposicionismo y específicamente se observó dificultad en la subescala de diseño con cubos, en la cual una de estas pacientes, mostró capacidad para realizar los reactivos correctamente, sin embargo, posteriormente descomponía los diseños, por lo cual no podía concluir con el reactivo en el tiempo establecido, repercutiendo esto en su puntaje; tal situación correlaciona con la poca capacidad de tolerancia a la frustración mencionada por Kernberg (1976 b).

De igual manera, la otra paciente, mostró excesiva apatía, poca tolerancia a la frustración, por lo que, se daba rápidamente por vencida en la subescala de diseño con cubos, debido a esta situación la aplicación se tuvo que suspender en el reactivo siete de la subescala. Posteriormente, expresó que se sentía muy mal y al retirarse de la sala de aplicación, se dejó caer al piso, simulando un desvanecimiento, lo cual fue corroborado por la enfermera a cargo del "tratamiento", quien informó que dicha conducta, ya había sido presentada en ocasiones anteriores, a la siguiente sesión, en la cual se concluyó la aplicación de la escala, la paciente mostró de nuevo las mismas conductas expresando nuevamente que se sentía mal, pero posteriormente con una expresión de risa dijo: "no es cierto, lo engañé...". Esta conducta concuerda con lo referido por Beck (1995), al señalar que los pacientes límite muestran "disfunción de la regulación emocional", manifestada con la aparición de dramáticas reacciones, así como actos impulsivos; además de la labilidad emocional (Kernberg 1976 b).

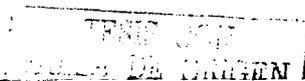
En otras cuatro pacientes se observó excesiva preocupación por su buen desempeño en la aplicación de la escala, evidenciando necesidad de aprobación por parte del aplicador, estas pacientes buscaban dar una impresión favorable de sí mismas, por lo que cuando fallaban en algún reactivo intentaban justificarse ante el examinador, pues en repetidas ocasiones cuando no lograban



responder acertadamente (sobre todo en la escala verbal) expresaban "*¡que pena! ¿qué va usted a pensar de mí?*", "*¡qué vergüenza! ¿qué pasaría si me estuviera viendo mi mamá y se diera cuenta que no puedo responder lo que usted me está preguntando?*", "*¡esto que usted me está preguntado me lo debería de saber!*"; y en otras ocasiones emitían alguna respuesta que no habían logrado recordar cuando ya se les estaba aplicando otra subescala. Curiosamente estas cuatro pacientes al haber concluido la aplicación de la escala preguntaron *¿cómo me ve?*. Estas pacientes tenían un diagnóstico de anorexia en el eje I, dicho diagnóstico coincide con lo expuesto por Kreger y Mason (citados en Ordaz y Villegas, 2000) al señalar que los pacientes con trastorno límite presentan desórdenes de la conducta alimentaria, con el DSM – IV (1995) el cual menciona que dichos pacientes presentan alteraciones de la identidad como la autoimagen y con lo referido por Kernberg (1975), con respecto a las fobias relacionadas con la apariencia personal, las cuales se incluyen en la neurosis polisintomática.

Además otras nueve pacientes mostraron características similares a las anteriormente descritas, (excepto emitir respuestas tardíamente), sólo que en este grupo el monto de ansiedad fue considerablemente mayor, en ocasiones predominando dicha ansiedad en comparación con la preocupación por su rendimiento; dichas características repercutieron en su desempeño. Por otra parte detectaban los reactivos en los cuales habían tenido errores pero no les fue posible contestarlos acertadamente, cuando esto sucedía mostraban curiosidad por conocer las respuestas; en general este grupo de pacientes se esforzó por obtener resultados satisfactorios.

En otras cuatro pacientes la preocupación y la ansiedad por el rendimiento no fueron tan elevadas como en los casos anteriores, en lugar de ello se pudo observar un comportamiento histriónico en exceso, debido a este comportamiento daba la impresión que estas pacientes no prestaban la debida importancia a los reactivos de la escala, y durante la aplicación de la misma hicieron demasiados comentarios que en repetidas ocasiones no tenían ninguna

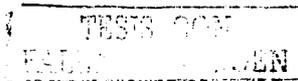


relación con lo que se les estaba preguntando, es decir, más bien parecía que estaban estableciendo una comunicación o situación de tipo social, que realizando una prueba psicológica, apartándose en repetidas ocasiones de la meta a conseguir, o sea responder los reactivos. Tales conductas concuerdan con la labilidad emocional, necesidad de dependencia y exhibicionismo, seudohipersexualidad, típicas de la personalidad infantil referida por Kernberg (1975); además de los aspectos señalados por Ruter (1987).

Algunas pacientes, se mostraban sumamente preocupadas acerca del tipo de evaluación que se les iba a realizar, también se mostraban demandantes de aprobación por parte del aplicador, puesto que buscaban corroborar si su respuesta era correcta, buscando también tener una mayor autoafirmación. Dichas conductas concuerdan con lo señalado por Horwitz (1987), con respecto al constante apoyo de la autoestima de los pacientes límite; aunque por otra parte buscar autoafirmación podría ser debido al temor a ser rechazados según lo señala el DSM -IV (1995), o a rasgos de tipo narcisista u obsesivo.

Es importante comentar, que en reiteradas ocasiones las pacientes recordaban las respuestas de las preguntas anteriores cuando ya se había pasado a otro ítem o a otra subescala, lo cual podría ser indicador de dificultad para desprenderse de los estímulos anteriores, así mismo, en la escala de Comprensión, llamó la atención que en algunos de los reactivos las pacientes emitían respuestas muy acertadas en tanto que en otros reactivos, no lograban centrarse en la situación a la cual se les enfrentaba.

Finalmente cabe señalar que durante la aplicación de la Escala cuando las pacientes cometían errores constantemente se les repitió - cada vez que fue necesario - que recordaran que en dicha prueba los sujetos presentaban mayor habilidad en algunas áreas y viceversa por lo que era común y de esperarse que algunas personas mostraran mayor dificultad en algunas subescalas que en otras;



estos comentarios permitieron que las pacientes no presentaran una conducta tan rígida (en algunos casos) y además era una forma de contener la ansiedad.

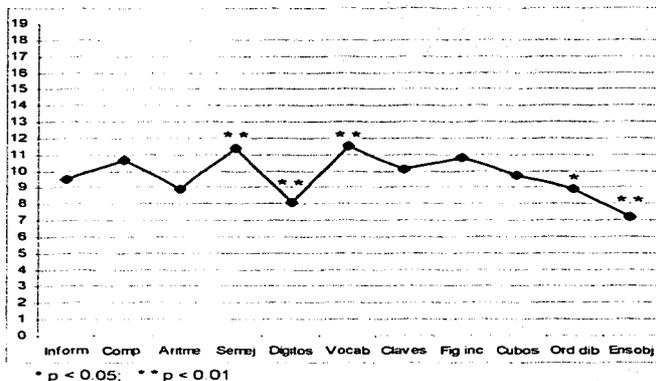
Por último es importante señalar que todas las pacientes empleaban medicamentos como parte de su tratamiento.

5.16 Descripción de los perfiles obtenidos en la escala de WAIS

A continuación se realiza un análisis de los perfiles en el cual se consideran los criterios para la interpretación psicométrica del WAIS, es importante realizar dicho análisis puesto que los resultados estadísticos en muchas ocasiones pasan por alto algunas diferencias en las subescalas, que si bien no son significativas estadísticamente si lo son clínicamente.

TESIS CON
FALLA DE CUMPLIMIENTO

5.16.1 Perfil de WAIS obtenido por la muestra de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad



En el desempeño de las 20 pacientes (muestra total) se observó que poseen una adecuada dotación natural, es decir se encuentra por arriba de la media, siendo esta elevación estadísticamente significativa, a pesar de ello su interés por la adquisición de nuevos conocimientos es menor en comparación con su capacidad, sin llegar a ser deficiente, lo cual indica que el ambiente familiar y cultural no favorecieron el interés por adquirir conocimientos nuevos y almacenarlos; aunque dicha situación también podría ser debida al padecimiento actual, pues, como lo han señalado Gunderson y Zanarini (1987), los sujetos límite presentan bajos niveles de aprovechamiento, perturbadas relaciones interpersonales cercanas...; sin embargo han logrado desarrollar adecuadas habilidades de tipo verbal así como el lenguaje, lo cual les permite desenvolverse satisfactoriamente en un ambiente escolar.

Por otra parte se observa ligera dificultad en las habilidades para realizar operaciones aritméticas de forma mental, esto debido a una disminución

de los procesos de atención y concentración – desempeño que podría tener relación directa con el padecimiento actual y su sintomatología como la ansiedad crónica y flotante –, lo cual es corroborado con los resultados obtenidos en la subescala de repetición de dígitos donde la puntuación promedio fue significativamente menor. A consecuencia de lo anterior se les dificultaba retener la información necesaria y organizarla para efectuar las operaciones aritméticas de forma mental, tal situación no es debida a problemas de calculia, pues las pacientes mostraron capacidad para reconocer la operación aritmética que debían realizar. Por lo anterior, es probable que exista una ligera disminución en la memoria de trabajo o memoria a corto plazo, situación que podría ser consecuencia de la presencia de ansiedad, así como de cierta tendencia a la distractibilidad.

Así mismo, las pacientes presentan capacidad por arriba de la norma, para establecer relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos, empleando pensamiento de tipo abstracto, por medio del cual es posible que realicen generalizaciones correctas.

En cuanto al juicio social, las pacientes pueden reconocer las normas de conducta social de tipo convencional, sin embargo en ocasiones pueden llegar a actuar impulsivamente sin reflexionar lo suficiente acerca de las consecuencias de sus actos, ofreciendo soluciones poco esperadas y efectivas, acorde a la situación, pero en otras, podrían actuar acorde a lo esperado por su grupo cultural y social, asombrando por su adecuado apego a las normas. Tal situación se observa en la subescala de comprensión al emitir respuestas de alto puntaje donde se esperarían puntajes bajos y por otra parte al brindar puntajes elevados en ítems donde se esperarían fallas; dicho desempeño concuerda con lo señalado por Standge, Bilsbury, Jain y Smith, citados por Beck (1995), quienes concluyeron que las mujeres con trastorno histriónico de personalidad, presentan una deteriorada capacidad para percibir y evaluar su propia conducta, a diferencia de otras personas.

CON
DE ORIGEN

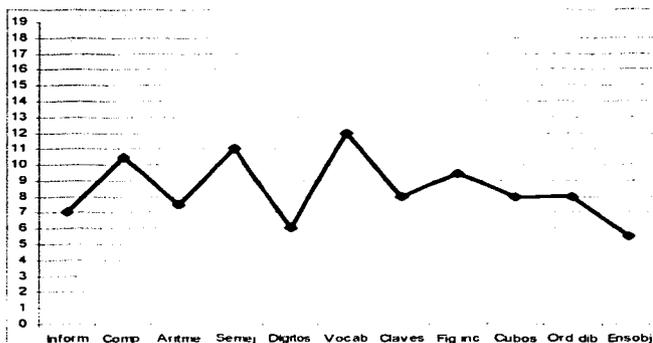
Cabe mencionar que en el área ejecutiva, se observó una marcada dificultad en los procesos de anticipación y planeación lo cual puede tener relación con las respuestas emitidas en comprensión, pues al tener dificultades para anticipar las reacciones de otras personas a consecuencia de los actos propios, no entienden el porqué dichas personas reaccionan de una u otra forma, emitiendo pues, conductas poco asertivas que no les permiten percatarse de las repercusiones sociales; así mismo la disminución en los procesos de anticipación y planeación, demuestra una deficiente organización visoespacial y visomotora, que son conformadas por la puntuación total ejecutiva, siendo en este caso inferior a la verbal, tal situación remarca la dificultad en el área de las praxias visoespaciales. A este respecto, Rapaport (1965) comentó la importancia de la "organización visual", al cumplir la función de *anticipación*, pues, al fallar la organización visual las pacientes por lo regular operaban por medio de ensayo - error sobre todo cuando los estímulos se tomaban más complejos progresivamente.

Por otra parte las pacientes de esta muestra, poseen capacidad dentro de la norma para el aprendizaje de material nuevo en forma asociativa; lo mismo ocurre con la coordinación ojo mano, sin embargo presentan dificultad al conformar un todo a partir de sus partes, principalmente cuando carecen de un marco de referencia, dicha situación se presenta a consecuencia de la dificultad para mantener en mente la imagen del objeto que se pretende conformar o integrar.

Así mismo, pueden llegar a establecer la secuencia lógica de una serie de imágenes, basándose en los detalles visuales, en los cuales tienden a centrar su atención logrando discriminar los aspectos esenciales de los que no lo son, sin embargo al elaborar una historia, basada en esa secuencia visual, no logran establecer un principio y un final con orden y estructura lógicas, e incluso es posible que malinterpreten los estímulos visuales, emitiendo de nuevo respuestas poco esperadas, las cuales pueden carecer de creatividad, y de sentido común

5.17 Descripción de la Escala de WAIS por edades

5.17.1 Perfil de WAIS obtenido por el grupo de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad Edad 18 – 19 años



A pesar de que en este grupo no hubo diferencias estadísticamente significativas por los grados de libertad empleados, se puede observar que los puntajes en las subescalas de información, aritmética, repetición de dígitos y ensamble de objetos si se consideran clínicamente significativos

Las pacientes que se encuentran en este grupo de edad, poseen una buena dotación natural, sin embargo el ambiente familiar y cultural, no han favorecido el almacenamiento de nuevos conceptos, ni el interés por adquirir nuevos conocimientos, aunque nuevamente, dicha situación también podría ser debida al padecimiento actual, así como tampoco el interés por lo que ocurre en su ambiente inmediato; a pesar de ello han desarrollado habilidades verbales y desarrollado el lenguaje, muy probablemente debido a la dotación natural con que cuentan.

Por otra parte, tienen capacidad ligeramente por arriba de la norma para establecer relaciones fundamentales entre dos objetos o conceptos mediante

el uso de pensamiento de tipo abstracto, mismo que les permite encontrar generalizaciones en una situación dada.

Con respecto al juicio social, presentan capacidad ligeramente mayor a la norma para reconocer las demandas de conducta social convencional, pero a pesar de que dichas demandas son reconocidas e identificadas es probable que no sean llevadas a cabo y actúen entonces sin reflexionar suficientemente las consecuencias de sus actos.

Así mismo, en este grupo se observan dificultades para realizar operaciones aritméticas de forma mental, lo anterior puede ser consecuencia de la disminución de la capacidad en los procesos de atención y concentración. Esta situación sucedió de nuevo en la subescala de repetición de dígitos donde obtuvieron un puntaje deficiente, lo cual imposibilitaba que retuvieran los datos necesarios para realizar las operaciones, no debiéndose a problemas de calculia, ya que las pacientes reconocían las operaciones a realizar, sin embargo no lograban procesar la información de forma mental. Cabe señalar que la ansiedad, encontrada frecuentemente en pacientes con estas características, pudo ser otro factor de gran influencia en los resultados obtenidos sobre todo en estas subescalas.

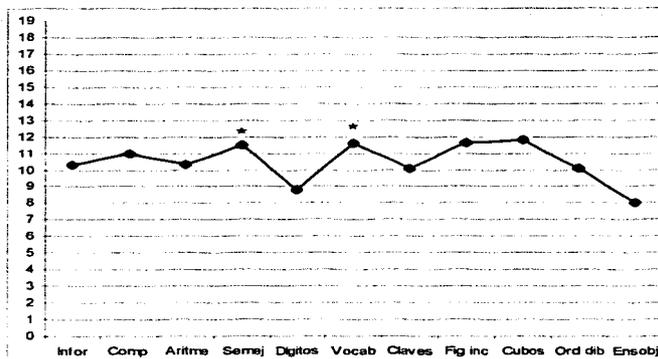
En cuanto al área ejecutiva, es posible observar marcada dificultad para anticipar y planear, así como para organizar la información que ha sido presentada de manera visual, en otras palabras existen dificultades en la organización del campo visoespacial, además, las pacientes de este grupo presentan dificultades en la capacidad analítico sintética para visualizar un todo a partir de sus partes, sobre todo cuando no cuenta con una guía de referencia con la cual dirigir su ejecución. Por otra parte, distinguen detalles esenciales de los no esenciales cuando éstos son presentados visualmente, pero a pesar de ello no establecen una secuencia con base en dichos datos, es decir cuando el estímulo se vuelve más complejo pierden su atención en los detalles visuales e intentan resolverlo a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

través del razonamiento, por medio del cual no establecen una secuencia lógica, fallando por lo tanto en la ejecución.

Finalmente en la coordinación ojo – mano, se observa cierto grado de lentificación en la conducta visomotora, afectándose su desempeño, por lo que la tarea no es ejecutada con exactitud y rapidez.

5.17.2 Perfil de WAIS obtenido por el grupo de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad Edad 20 – 24 años



* $p < 0.05$

En este grupo se observan adecuada dotación natural, así como adecuado nivel socio – cultural, por medio del cual ha sido posible el almacenamiento de conceptos, y el desarrollo de habilidades verbales y del lenguaje, sin que dichas habilidades se caractericen por ser sobresalientes, a pesar de ello presentan interés por la adquisición de nuevos conocimientos sin tener grandes expectativas. Por otra parte el interés por lo que ocurre en su entorno inmediato puede considerarse limitado.



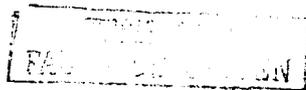
Poseen capacidad por arriba de la norma para establecer relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos, utilizando un pensamiento de tipo abstracto, el cual les permite realizar generalizaciones correctas.

Con respecto al juicio lógico, las pacientes de este grupo reconocen las normas de conducta social y convencional, lo que les permite identificar las conductas esperadas por su medio ambiente. Sin embargo cabe mencionar, que debido a su dificultad en la anticipación y planeación, es probable que en ocasiones no anticipen el resultado de diversos actos de conducta, actuando por lo tanto de manera impulsiva.

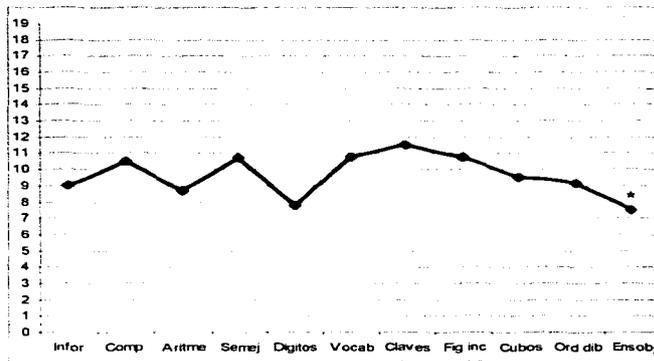
La capacidad para realizar operaciones aritméticas de forma mental se ubica en la norma, no presentan problemas de calculía, ni de atención o concentración, sin embargo en la subescala de repetición de dígitos obtuvieron un puntaje por debajo de la media, pues lograron retener el material auditivo que se les presentó, sin embargo no lograron organizar la información de manera mental, emitiéndola de forma desorganizada.

En el área ejecutiva, obtuvieron un desempeño superior a lo esperado en la mayoría de la población de su edad, lo que indica adecuada organización visoperceptual y visoespacial, así como buena atención hacia los detalles, logrando discriminar los que son esenciales de los que no lo son; la coordinación visomotora la cual se ubicada en la norma se considera adecuada.

Cabe señalar que en cuanto a su capacidad analítico sintética, las pacientes de este grupo lograron conformar un todo a partir de sus partes cuando contaban con un marco de referencia, pero al no tener dicho marco de referencia presentaron fallas en su ejecución, ya que se le dificultó la anticipación y planeación de sus conductas, y la capacidad de organización de la información y la percepción de imágenes, ambas de forma mental.



5.17.3 Perfil de WAIS obtenido por el grupo de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad Edad 25 – 34 años



* $p < 0.05$

En este grupo se observó una dotación natural dentro de la norma, sin embargo el ambiente – o el padecimiento actual – no favoreció el incremento de sus capacidades, al no estimular el interés por la adquisición de nuevos conocimientos y por lo que ocurre en su ambiente, a pesar de esto lograron desarrollar habilidades verbales suficientes como para desenvolverse adecuadamente en un ámbito académico.

Así mismo, la capacidad de establecer relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos se ubica ligeramente superior a la norma, utilizando un pensamiento de tipo abstracto, logrando establecer generalizaciones correctas.

Con respecto al juicio social, son capaces de reconocer las demandas de tipo social y convencional, sin embargo a pesar de que las reconoce es probable que no las lleve a cabo y actúe sin reflexionar lo suficiente sobre las consecuencias acarreadas por sus actos.

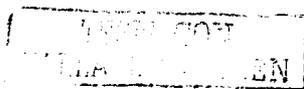
FALLA DE ATENCIÓN

En las pacientes de este grupo se observan dificultades para realizar operaciones aritméticas de forma mental, esto muy probablemente a consecuencia de la disminución de los procesos de atención y concentración, manifestándose de nuevo tal situación en la subescala de repetición de dígitos donde el puntaje obtenido fue deficiente, esta situación imposibilitaba que retuvieran los datos necesarios para realizar las operaciones, no debiéndose dicha dificultad a problemas de calculia, puesto que las pacientes reconocían las operaciones a realizar, sin embargo no les era posible procesar la información para emitir la respuesta correcta.

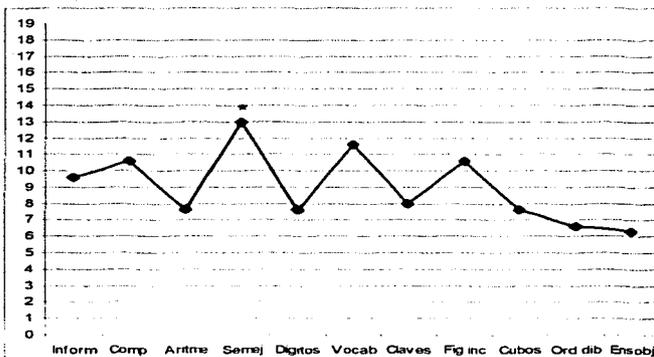
En el área ejecutiva, se observó capacidad ubicada en la norma para aprender material nuevo de manera asociativa, así como una adecuada coordinación visomotora, logrando centrar su atención en los detalles esenciales de los no esenciales, discriminando las partes faltantes que eran importantes.

La capacidad analítico sintética, presentó cierta dificultad para conformar un todo a partir de sus partes, sobre todo cuando no contaban con un marco de referencia a partir del cual basar su ejecución, no logrando, entonces, establecer una imagen de tipo mental para realizar una ejecución exitosa.

Por último, las pacientes tuvieron capacidad ligeramente menor a la norma para establecer una secuencia lógica a partir de los detalles visuales, sin embargo al elaborar la historia no obtuvieron una organización adecuada del material, emitiendo respuestas poco esperadas.



5.17.4 Perfil de WAIS obtenido por el grupo de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad Edad 35 – 44 años



* $p < 0.05$. A pesar de que en este grupo la diferencia estadísticamente significativa se encuentra en la subescala de semejanzas, los puntajes obtenidos en las subescalas de ordenamiento de dibujos y ensamble de objetos se consideran clínicamente significativos.

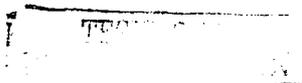
En este grupo se observa una dotación natural ligeramente por arriba de la norma, sin embargo su ambiente no ha favorecido el incremento de sus capacidades, al no estimular el interés por adquirir nuevos conocimientos – o afectado por el padecimiento actual –, así como tampoco ha propiciado el interés por lo que ocurre a su alrededor; sin embargo las pacientes lograron desarrollar habilidades verbales suficientes como para desenvolverse adecuadamente en un ámbito académico.

Por otra parte las pacientes poseen capacidad por arriba de la norma, para establecer relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos, empleando un pensamiento de tipo abstracto llevando a cabo generalizaciones correctas.

Con respecto al juicio lógico, las pacientes en este grupo reconocen las normas sociales y convencionales, lo que les permite percatarse de los actos de conducta que son esperados por su medio ambiente. Sin embargo cabe mencionar, que debido a su dificultad en la anticipación y planeación, es probable que en ocasiones no anticipe el resultado de diversos actos de conducta, llegando a actuar impulsivamente.

Presentan dificultades para realizar operaciones aritméticas de forma mental, esto debido a la disminución de la capacidad de los procesos de atención y concentración, dichas fallas en la atención y la concentración son perceptible de nuevo en la subescala de repetición de dígitos donde obtuvieron un puntaje deficiente; esta situación imposibilitaba que retuvieran los datos necesarios para realizar las operaciones, tal dificultad no fue a consecuencia de problemas de calculia, puesto que las pacientes reconocían las operaciones a realizar, sin embargo no les era posible procesar la información para emitir la respuesta correcta.

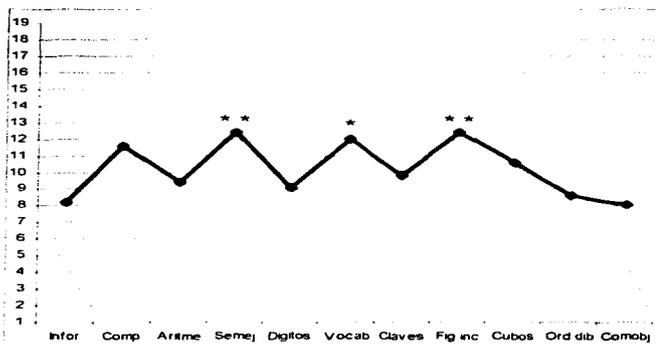
En el área ejecutiva, se observa atención a los detalles, logrando discriminar los fundamentales de los que no lo son, sin embargo existen dificultades para la organización visoespacial y visomotora, así como para la capacidad analítico sintética, donde las pacientes fallan al conformar un todo a partir de sus partes sobre todo, cuando no cuentan con un marco de referencia, esta situación podría deberse también a que existen fallas en la anticipación y planeación, así como en la organización de la información visual.



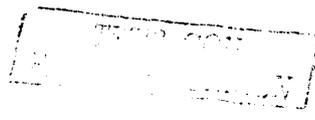
5.18 Perfil de la Escala WAIS por escolaridad

A continuación se exponen únicamente los perfiles de las pacientes de acuerdo a las diferentes escolaridades, cabe señalar que en estos perfiles no se realizó descripción de los perfiles de manera psicométrica debido a las discrepancias de edad que existen entre las pacientes que conforman estos grupos, pues conforme avanza la edad de los sujetos algunas funciones van declinando.

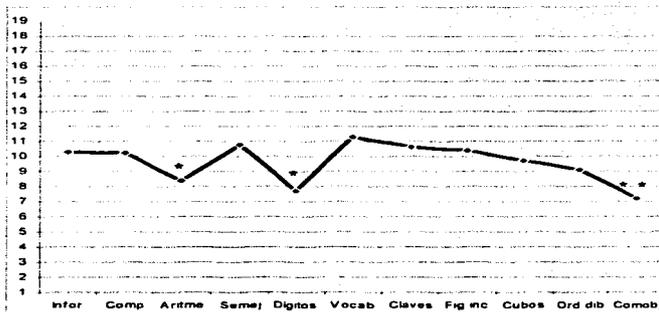
5.18. 1 Perfil de WAIS obtenido por el grupo de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad Escolaridad Bachillerato ó Carrera Técnica



* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

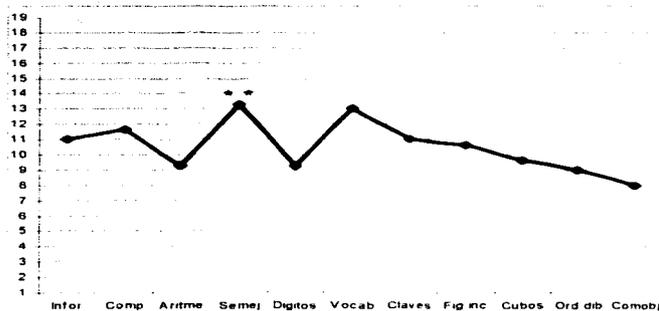


5.18.2 Perfil de WAIS obtenido por grupo de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad Escolaridad Licenciatura Trunca



* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

5.18.3 Perfil de WAIS obtenido por grupo de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad Escolaridad Licenciatura



** $p < 0.01$

TESIS CON
DE LICENCIATURA

CAPITULO 6 CONCLUSIONES

Las conclusiones generadas a partir de los resultados obtenidos en la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos por esta muestra de pacientes con trastorno límite de personalidad son las siguientes:

1°. En la muestra total, es decir, considerando a las 20 pacientes, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por arriba de la media en la subescala de Vocabulario; a pesar de que dicha subescala resultó estadísticamente significativa superior a la media, los puntajes normalizados no pueden considerarse sobresalientes, en lugar de ello en la subescala de Vocabulario los puntajes significativos pudieron ser consecuencia de la elevada socialización, rasgo característico de este trastorno; situación, que por otra parte correlacionaría con los rasgos de tipo histriónico, y/o los rasgos narcisistas u obsesivos (observados durante la aplicación de la Escala) comúnmente presentados por las pacientes límite. Por otra parte es conveniente considerar que en la subescala de Información la puntuación normalizada – la cual esta directamente relacionada con la ambición intelectual –, se encuentra ligeramente por debajo de la puntuación de 10. Estos resultados podrían revelar que las pacientes no cuentan con una dotación natural intelectual considerablemente elevada o que otro factor podría estar limitando el desempeño de dicha dotación.

2°. En la muestra total, (20 pacientes) se encontraron diferencias estadísticamente significativas por arriba de la media en la subescala de Semejanzas, los puntajes obtenidos en esta subescala tampoco pueden considerarse sobresalientes, y a pesar de que por medio de esta subescala se observa la presencia de pensamiento de tipo abstracto, dicho pensamiento podría ser susceptible de tornarse en pensamiento funcional o concreto sobre todo en situaciones de ansiedad, situaciones en las que se involucre un componente afectivo importante, o situaciones donde las demandas ambientales o cotidianas

requieran de un mayor grado de dificultad, pues a partir de la presencia de éstas se requiere del juicio conceptual, por lo que podría considerarse, pues, a las pacientes con cierto grado de susceptibilidad al pensamiento concreto debido a las ineficiencias temporarias observadas en esta subescala.

3°. En el grupo de pacientes entre 20 – 24 años de edad hubo diferencias estadísticamente significativas por arriba de la media en las subescalas de Semejanzas y Vocabulario; por otra parte en el grupo de pacientes entre 35 – 44 años de edad, se encontraron diferencias estadísticamente significativa por arriba de la media en la subescala de Semejanzas. En el grupo de pacientes de 18 – 19 años no hubo diferencias significativas en estas subescalas; pero es importante señalar que en los tres grupos las puntuaciones normalizadas obtenidas fueron similares (entre 11 y 12), siendo también similares en los grupos de pacientes con bachillerato, y licenciatura trunca; y ligeramente superiores en el grupo de pacientes con licenciatura. Tales resultados podrían apoyar la hipótesis de que las características mencionadas en las conclusiones 1°. Y 2°. pueden predominar a lo largo de varios años en las pacientes diagnosticadas con trastorno límite; y por otra parte la instrucción académica puede corregir ligeramente las deficiencias mencionadas en las anteriores conclusiones.

4°. En la muestra total, hubo diferencias estadísticamente significativas por debajo de la media en las subescalas de Retención de Dígitos, por otra parte en el grupo de escolaridad de licenciatura trunca también se registraron diferencias significativas debajo de la media en dicha subescala. A pesar de que en el grupo de 18 – 19 años no se registraron diferencias significativas, las puntuaciones se encuentran cuatro puntos por debajo de la media, para estos grupos, dicha situación puede manifestar la dificultad en los procesos de atención, concentración; pero además dichos puntajes podrían ser consecuencia del esfuerzo por retener los dígitos, mismo que podría estar asociado a la ansiedad y necesidad de obtener resultados satisfactorios en la Escala.

5°. En el grupo de pacientes con escolaridad de Licenciatura Trunca se encontraron diferencias estadísticamente significativas por debajo de la media en las subescalas de Aritmética, lo que señala que además de las dificultades de concentración, existe una posible dificultad en la capacidad de abstracción al evocar los números y realizar las operaciones aritméticas en forma mental.

6°. En la muestra total se registraron diferencias estadísticamente significativas por debajo de la media en la subescala de Ordenamiento de Dibujos, lo que es un indicador de dificultades en la detección de las relaciones de causa – efecto, así como dificultades en la percepción de las situaciones sociales y de las relaciones interpersonales, dificultades en la anticipación y planeación, interés por los demás disminuido (o incapacidad). Por otra parte podría suponerse a partir de los resultados en esta subescala una limitada capacidad de demora por percibir los detalles, lo que evidenciaría carencia o disminución de pensamiento lógico. Tales características apoyan lo señalado por Kernberg (1975), cuando al hacer referencia al pensamiento primario comentó: que “la regresión hacia primitivas estructuras cognitivas del yo sería a causa de alteraciones inespecíficas en el equilibrio carga – contracarga”.

7°. En la muestra total se observó una diferencia estadísticamente significativa por debajo de la media en la subescala de Ensamble de Objetos, misma diferencia se registró en el grupo de pacientes de 25 – 34 años de edad, y en el grupo de pacientes con escolaridad de Licenciatura Trunca, lo que se puede traducir como dificultades en la organización visual, incidiendo de manera directa sobre la anticipación, la cual a su vez podría verse afectada por los montos de ansiedad y rigidez de pensamiento. Por otra parte los resultados obtenidos en esta subescala podrían apoyar la hipótesis de preocupación por la automutilación, y la integridad del cuerpo planteados por Zimmerman (1997) al ser una subescala en la cual se presentan “piezas cortadas”, situación que vista desde otro enfoque podría estar relacionada con el mecanismo de defensa de escisión – del yo – descrito por Kernberg (1975).

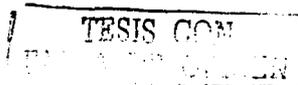
8°. A pesar de que la muestra fue subdividida por grupos de acuerdo a edad y nivel de escolaridad, se observa que en las subescalas de Semejanzas y Vocabulario por lo general se obtuvieron puntajes estadísticamente significativos por arriba de la media.

9°. Por otra parte, si nuevamente se considera que la muestra fue subdividida de acuerdo a edad y nivel de escolaridad, se observa que en las subescalas de Retención de Dígitos y Ensamble de Objetos por lo general los puntajes obtenidos fueron estadísticamente significativos por debajo de la media.

10°. Las deficiencias obtenidas en la subescala de Aritmética, no parecen ser debidas a consecuencia de problemas de calculia, sino más bien a la disminución en los procesos de atención y concentración.

11°. Las deficiencias obtenidas en la subescala de Retención de Dígitos, – además de las dificultades en los procesos de atención y concentración – remarcarían la dificultad en la memoria auditiva, así como dificultad en la capacidad para almacenar datos y organizar la información.

12°. Los resultados obtenidos en las subescalas de Aritmética y Retención de Dígitos – escalas de por sí susceptibles a la ansiedad – podrían apoyar la hipótesis de la presencia de ansiedad crónica y flotante, rasgo característico presentado por los sujetos con trastorno límite de personalidad. Aunque por otra parte dichos resultados coinciden con los resultados obtenidos por Swirsky y Cols. (1993) y O'Leary (1991), quienes en sus investigaciones con pacientes con trastorno límite de personalidad mediante la escala de WAIS encontraron que los pacientes tuvieron un daño significativo en comparación con el grupo normal ya que en la prueba de memoria requirieron la repetición del material recientemente aprendido.



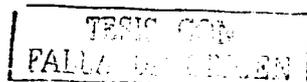
13°. En la descripción de perfiles de acuerdo a grupos por edad principalmente, se observa una constante disminución en los procesos de anticipación y planeación, además de disminución de las capacidades analítico sintéticas.

14°. En la descripción de perfiles por edades, también se observa disminución en la capacidad de organización de la información visoespacial, así como del manejo de conducta cuando son necesarios juicio lógico y sentido común, dicha dificultad podría propiciar que estas pacientes actúen de manera impulsiva, no reflexionando suficiente sobre las consecuencias que podrían acarrear sus actos.

15°. A pesar de que en esta muestra las pacientes no obtuvieron puntajes de calificación por debajo de la media, — que es 10 — en las subescalas de Comprensión, Semejanzas, Vocabulario, Claves y Figuras Incompletas, dichos resultados no pueden ser concluyentes de que en las subescalas de WAIS antes mencionadas no existan diferencias significativas con respecto a la población que no presenta diagnóstico en el eje II cluster b, pues no se empleó un grupo comparativo.

16°. Los resultados obtenidos por esta muestra permiten observar que los coeficientes intelectuales alcanzan un nivel promedio, llamando la atención un menor rendimiento en el área ejecutiva, lo cual coincide con las dificultades visomotoras y visoespaciales encontradas en pacientes con trastorno límite de personalidad de acuerdo a los resultados encontrados por Swirsky y Cols (1993).

17°. La conducta presentada por las pacientes con diagnóstico de anorexia en el eje I, es decir preguntar constantemente durante la aplicación de la escala ¿cómo me ve?, tiene relación con las dificultades en la autopercepción y en la autoimagen, de modo que dichos cuestionamientos están directamente relacionadas con conductas autolesivas, con las dificultades en la integración de la



identidad (*yoica*), y también con demandas primitivas de tipo oral las cuales pueden contener componentes agresivos (dependencia).

18°. Aunque no en todos los casos fue tan evidente la presencia de manifestaciones de labilidad yoica (porque únicamente se contactó con las pacientes durante la aplicación de la Escala), era sabido a través del médico tratante que casi todas las pacientes presentaron por lo menos en algún momento dicha labilidad; esta situación evidencia la presencia de mecanismo de defensa primitivos como la escisión, negación, idealización e identificación primitivas.

19°. El constante apoyo que se brindó a las pacientes durante la aplicación de la Escala, es decir los comentarios hechos a partir de los errores que cometían en las diferentes subescalas, principalmente en el área ejecutiva, revelan la poca capacidad de tolerancia a la frustración, la falta de control de impulsos, y la deficiente capacidad para sublimar, presentada por esta muestra.

20°. A pesar de que en el grupo de las cuatro pacientes que – durante la aplicación de la Escala – no mostraron ansiedad, y en lugar de ello presentaron conductas histriónicas, dicha ausencia de ansiedad no significa que en estas (4) pacientes este componente no este presente, el cual podría estar matizado o encubierto por la conducta histriónica.

21°. La subescala de Ensamble de Objetos fue la más representativa, con una mayor diferencia estadísticamente significativa por debajo de la media; los resultados de esta subescala podrían ser indicadores de la presencia de dificultades en la coordinación visomotora, dificultades en la capacidad para planificar, así como dificultad en la capacidad analítico sintética, estos resultados coinciden con las investigaciones de Swirsky (1993) y O'Leary (1991) con pacientes con trastorno límite de personalidad mediante la escala de WAIS, donde dichos pacientes obtuvieron resultados significativamente bajos en las habilidades motoras e integración visomotora.



22°. Puesto que ninguno de los resultados por medio de los cuales se obtuvo el índice de deterioro resultaron significativos, estos índices no pueden confirmar de manera certera y concluyente que en esta muestra de pacientes no existan dificultades en los procesos intelectuales evaluados por el WAIS, debido a que en la descripción de perfiles y en el análisis cuantitativo es posible identificar deficiencias en algunas subescalas específicas y por lo tanto en las funciones evaluadas a través de dichas subescalas, en todo caso podría suponerse que por medio del índice de deterioro no es posible detectar las fallas o deficiencias cognitivas en el WAIS manifestadas por pacientes con trastorno límite de personalidad.

23°. Los resultados obtenidos en la subescala Ensamble de Objetos podrían ser indicadores de una posible alteración en la región prefrontal de la corteza cerebral.

24°. Debido a que el aplicador de la Escala fue del género masculino, y todas las pacientes del género femenino, tal situación pudo haber acentuado algunas conductas como labilidad emocional, seudohipersexualidad, exhibicionismo, en contraste con las – posibles – tendencias competitivas con la figura femenina, y el tipo de vínculo y/o comportamiento que hubiesen podido adoptar con dicha figura femenina (materna).

25°. Puesto que esta muestra estuvo conformada en su totalidad por pacientes del género femenino, y únicamente se había localizado un paciente del género masculino con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, al haber concluido 18 aplicaciones de la Escala, se confirma lo referido por Kreger y Mason (citados en Ordaz y Villegas, 2000), es decir, se diagnostica con mayor frecuencia el trastorno límite de personalidad en las mujeres que en los hombres, aunque además podría ser válido lo que el mismo autor plantea con respecto a que los hombres solicitan menor ayuda psiquiátrica, en este caso particular solicitar el internamiento.

26°. De acuerdo a la información recabada a través de los expedientes se registró 1 caso de probable abuso sexual, y 3 casos de abuso sexual, por lo que la presencia de ansiedad difusa y flotante en las pacientes de esta muestra no necesariamente esta relacionada con el estrés postraumático.

27°. Las conductas sexuales con múltiples parejas reflejan expresión inapropiada de necesidades (orales de tipo dependiente), conducta promiscua (perverso polimorfa infantil), disminución de la inhibición sexual señalada por Kernberg (1994); dificultad en las relaciones objetales, así mismo conductas impulsivas que son potencialmente dañinas (DSM – IV, 1995); además de la vulnerable represión – relacionada con el superyó – que opera en pacientes con trastorno límite de personalidad. Es importante señalar que no todas las pacientes mantenían relaciones con múltiples parejas, y en estos casos por lo general la pareja era estable.

28°. Las hipótesis de investigación para las subescalas de Comprensión y Diseño con Cubos, no resultaron estadísticamente significativas (por debajo de la media), por lo que a partir de los resultados estadísticos no es posible concluir que las pacientes de esta muestra no presentan dificultades en los procesos de juicio, en la capacidad analítico – sintética, así como en la conceptualización abstracta; pues a partir de la descripción de los perfiles fue posible detectar que cuanto más complejas y/o exigentes resultan las demandas ambientales en las que se requiere del empleo de estas habilidades, o cuando se carecen de marcos de referencia a partir de los cuales poner en juego dichas habilidades son más pronunciadas las dificultades en las áreas antes mencionadas, esta situación se corrobora en los puntajes obtenidos en las subescalas de Ordenamiento de Dibujos y Ensamble de Objetos. Otra hipótesis paralela a esta situación podría ser que las pacientes reconocen el modo de actuar ante determinadas situaciones sociales (quizá por un previo aprendizaje acerca de las conductas convencionales), pero en el momento en que se deben de poner en juego las

FALLA

funciones antes mencionadas cometen errores debido a la impulsividad y la falta de anticipación y planeación de actos y consecuencias.

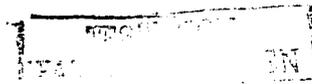
29°. Las hipótesis de investigación para las subescalas de Retención de Dígitos y Claves, no resultaron estadísticamente significativas (por arriba de la media), por lo que los resultados en la primera subescala indican dificultad en la memoria de repetición y a corto plazo, la cual muy probablemente esta siendo afectada sobre todo en las situaciones donde la ansiedad sea un componente inherente. Por otra parte la habilidad simbólico - asociativa y la destreza visomotora (a pesar de que no fueron estadísticamente significativas) se ubican en la media, por lo que la memoria visual se encuentra mejor conservada en comparación con la memoria auditiva, además es importante considerar que las pacientes consumían algún fármaco por prescripción médica.

30°. Puesto que las pacientes al estar internadas en el INP, requerían de ciertos medicamentos, el empleo de estos medicamentos pudo haber repercutido en el desempeño de algunas subescalas como Retención de Dígitos, Claves, Diseño con Cubos, Ordenamiento de Dibujos y Ensamble de Objetos; aunque a pesar de ello la escala con puntaje mas bajo (no necesariamente a causa del medicamento) fue Ensamble de Objetos, por lo que si se comparan el rendimiento obtenido en las subescalas antes mencionadas, las fallas registradas no son consistentes, es decir no en todas las subescalas se presentaron dificultades en la coordinación motora, en la percepción visual, además de que tampoco la ansiedad fue un componente presente en las subescalas mencionadas, por lo que es importante considerar el funcionamiento de las capacidades intelectuales de las pacientes de esta muestra.

31°. A partir de los resultados obtenidos en esta muestra (considerando que no se empleo grupo comparativo) se observó que las subescalas mejor conservadas son Vocabulario, Semejanzas y Figuras Incompletas, por lo que en caso de tener que elaborar un programa de rehabilitación sería importante

estimular (y reforzar) el desarrollo del lenguaje, la formación académica y las oportunidades culturales, puesto que por lo general existe una dotación natural ligeramente superior a la media; también sería importante estimular la capacidad para distinguir detalles esenciales de los no esenciales y la capacidad para establecer relaciones – apropiadas – entre conceptos estimulando el pensamiento abstracto por medio del cual lograr generalizaciones correctas lo mejor posible. Finalmente sería conveniente estimular el interés por el ambiente y la percepción visual (cierre).

31°. Finalmente considero que los puntajes obtenidos en la subescala de Comprensión, los cuales están directamente relacionados con la capacidad de juicio, y que se encuentran ubicados ligeramente por arriba de la media, no necesariamente demuestran una adecuada capacidad de juicio, en lugar de ello, estos puntajes podrían estar relacionada con el aprendizaje de tipo social, lo anterior es posible corroborarlo con las subescalas de Ordenamiento de Dibujos y Ensamble de Objetos.



SUGERENCIAS

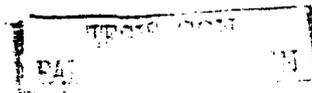
1°. Realizar el mismo estudio tomando en cuenta las cuatro clasificaciones que el DSM – IV emplea para los trastornos de personalidad del eje II cluster b, para verificar si existen diferencias significativas en los resultados de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos entre pacientes con trastorno límite, trastorno histriónico, trastorno antisocial y trastorno narcisista de personalidad.

2°. Llevar a cabo un diagnóstico psicodinámico para determinar el nivel de trastorno límite de personalidad (alto, medio, bajo), y no únicamente el diagnóstico psiquiátrico, el cual está basado principalmente en los criterios fenomenológicos (DSM – IV, 1995).

3°. Emplear una muestra en la que se incluyan varones con el diagnóstico del eje II cluster b, para verificar en cuales subescalas existen diferencias significativas entre uno y otro grupo.

4°. Para investigaciones posteriores, sería conveniente tomar en cuenta las variables socioculturales, características demográficas, así como el nivel socioeconómico el cual como sabemos a través de muchos otros estudios, sobre todo del área psicométrica, influyen en el desarrollo de las habilidades cognitivas, si se considera que el medio ambiente incide en el desarrollo de dichas habilidades cognitivas.

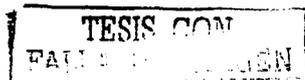
5°. Realizar el estudio empleando un grupo control, es decir comparar a la población con diagnóstico en el eje II cluster b, con aquellos que carecen de un diagnóstico de trastorno de personalidad para observar el desempeño y los resultados en las diferentes subescalas del WAIS que ambos grupos pudieran tener.



6°. Realizar una investigación integrando los aspectos de personalidad, intelectuales y neuropsicológicos, estos últimos para determinar si existen alteraciones funcionales que estén influyendo en sus resultados y en su rendimiento. La integración de dichos resultados reportaría un mayor conocimiento para atender a los sujetos de manera integral.

7°. Comparar los resultados de pacientes internos con los resultados de pacientes ambulatorios para verificar si existen diferencias entre ambos grupos.

8°. En caso de elaborar un programa de rehabilitación (de acuerdo a los resultados obtenidos por esta muestra) sería importante enfocarse a las áreas principalmente afectadas como lo son la anticipación, planeación, juicio (en situaciones con mayor grado de dificultad), impulsividad, la cual esta asociada a la poca capacidad de tolerancia a la frustración. Por otra parte sería importante estimular las capacidad analítico – sintética, así como estimular la capacidad para detectar las relaciones de causa – efecto.



LIMITACIONES

1°. Puesto que la escala requiere de un amplio tiempo de aplicación, sólo fue posible realizar la evaluación a pacientes internas con trastorno límite de personalidad.

2°. Debido al amplio tiempo de aplicación que requiere la escala no fue posible realizar una selección de las pacientes para que las variables sociodemográficas y socioculturales fueran lo más homogéneas posibles, pues dicha selección extendería el tiempo de recolección de resultados que fue de 6 ½ meses.

3°. Puesto que la mayoría de las pacientes tenían actividades diversas durante su internamiento como visitas médicas, asistencia a la terapia ocupacional, exámenes de laboratorio, horarios de alimentación, etc., los tiempos para aplicar la escala fueron reducidos, coincidiendo en ocasiones algunas de las actividades antes mencionadas con la aplicación del instrumento

4°. Puesto que el diagnóstico fue realizado a través del médico psiquiatra, este último no tomó en cuenta los tres diagnósticos restantes del eje II cluster b (histriónico, narcisista y antisocial); y únicamente señaló que las pacientes cubrían los criterios para el diagnóstico de trastorno límite.

5°. Durante la recolección de datos de la muestra únicamente se encontraron pacientes internas del género femenino, y al término de la penúltima aplicación había interno un varón el cual presentaba diagnóstico de trastorno límite de personalidad, pero la aplicación de la escala a dicho paciente no sería representativa, así como tampoco era posible realizar análisis estadístico.

Temp. COP
FALLA DE SELECCIÓN

6°. Debido al reducido tiempo que se tuvo para aplicar la escala no fue posible llevar a cabo una entrevista previa a la aplicación, por lo que únicamente se les informó que la aplicación formaba parte de un protocolo de investigación, además de un breve *raport*.

TESIS CON
FALLA EN EL PROCESO

APENDICE I
PUNTUACIONES NATURALES

Sujeto	Edad	Inform	Comp	Art	Semej	Digitos	Vocab	Claves	Fig Inc	Cubos	Ord Dib	Ens Obj
1	31	9	11	7	5	8	33	46	14	16	18	13
2	20	16	15	11	13	8	54	65	18	39	24	23
3	28	12	17	6	12	10	43	49	13	33	20	26
4	31	16	17	16	19	12	66	66	17	38	26	26
5	30	12	14	6	13	6	37	78	13	20	22	20
6	22	16	19	12	16	9	46	43	15	28	24	9
7	39	7	18	7	17	8	49	32	15	24	8	24
8	31	17	24	9	19	11	64	67	16	41	18	31
9	21	18	18	9	14	11	54	48	13	34	10	36
10	22	18	22	11	20	10	65	51	15	42	24	2
11	24	14	20	15	17	14	54	68	19	48	30	3
12	18	7	14	9	12	8	49	39	9	24	20	11
13	29	17	18	9	16	11	52	72	17	29	22	2
14	32	10	17	9	18	10	53	54	18	34	26	26
15	18	12	21	7	20	8	59	49	17	28	16	21
16	50	22	17	9	16	11	66	41	11	28	16	21
17	24	17	18	10	19	9	44	52	17	32	30	21
18	41	18	21	12	19	11	62	59	17	32	18	21
19	28	16	22	13	17	8	38	46	14	42	20	2
20	44	19	16	5	21	9	50	39	13	20	18	11

NE...
 ...
 ...

APENDICE II
PUNTUACIONES NORMALIZADAS

Sujeto	Edad	Inform	Comp	Ant	Semej	Digitos	Vocab	Claves	Fig Inc	Cubos	Ord Dib	Ens Obj
1	31	7	6	7	6	6	9	8	10	5	8	4
2	20	10	9	10	10	6	12	12	13	12	10	8
3	28	8	10	6	9	9	10	9	9	10	9	8
4	31	10	10	15	13	11	14	13	12	11	11	8
5	30	8	8	6	10	2	9	16	9	6	9	6
6	22	10	11	11	11	7	10	8	11	9	10	3
7	39	6	10	7	12	6	11	6	11	7	4	7
8	31	11	16	8	13	10	14	13	11	12	8	12
9	21	11	10	8	10	10	12	9	9	10	5	10
10	22	11	14	10	13	9	14	9	11	13	10	9
11	24	9	12	14	12	14	12	13	14	17	13	10
12	18	6	8	8	9	6	11	7	7	7	9	4
13	29	11	10	8	11	10	11	15	12	9	9	7
14	32	7	10	8	12	9	11	10	13	10	11	8
15	18	8	13	7	13	6	13	9	12	9	7	7
16	50	13	10	8	11	10	14	8	8	9	7	6
17	24	11	10	9	13	7	10	10	12	10	13	8
18	41	11	13	11	13	10	13	11	12	10	8	8
19	28	10	14	12	12	6	9	8	10	13	9	7
20	44	12	9	5	14	7	11	7	9	6	8	4

PALESTINA
 NEOLÓGICA

REFERENCIAS

- ABEND, S.; PORDER, M.; WILLICK, M. Borderline Patients: Psychoanalytic Perspectives. Monograph 7 of the Kris Study Group. New York International University Press. 1983.
- AKISKAL, H.; CHEN, S.; DAVIS, G.; et. al. Borderline: An adjective in search of a noun. Journal of Clinical Psychiatry, 46: 41 – 48. 1985.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Ed. Masson, S.A. Barcelona. 1995.
- BECK A., FREEMAN, A. Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad. Ed. Paidós. México. 1995.
- BLEICHMAR, N.; BLEICHMAR, C. El psicoanálisis después de Freud. Ed. Paidós. México. 1999.
- BRANDCHAFT, B.; STOROLOW, R. The borderline concept: An intersubjective view. In the Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamic and Treatment. The Analytic Press, 2: 103 – 126. 1987.
- BUDMAN, SH; DEMBY, A; SOLDZ, S; MERRY, J. Time – Limited Group Psychotherapy for Patients with Personality Disorders: Outcomes and Dropouts. International Journal of Group Psychotherapy, 46: 357 – 377. 1996.
- DICCIONARIO ENCICLOPEDICO LAROUSSE PLUS Ed. Larousse. México. 1999.
- DICCIONARIO ESENCIAL DE LA LENGUA ESPAÑOLA LAROUSSE Ed. Larousse. México. 1994.
- FRANCES, A; WIDIGER, T. The classification of personality disorders: an overview of problems and solutions. In American Psychiatric Associations. Anual Review, vol 5: American Psychiatric Press. 1986.
- FREUD, S. (1914) Introducción del narcisismo. Obras completas. Vol 14. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1992.
- FREUD, S. (1916) Algunos tipos de trabajo dilucidados por el trabajo psicoanalítico. Obras completas. Vol 14. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1992.
- FREUD, S. (1924) El problema económico del masoquismo. Obras completas. Vol 19. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1992.
- FREUD, S. (1925) La negación. Obras completas. Vol 19. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1992.

7316
A DE UNIDAD

FREUD, S. (1927) Fetichismo. Obras completas. Vol 21. Ed Amorrortu. Buenos Aires. 1992.

FREUD, S. (1940) La escisión del yo en el proceso defensivo. Obras completas. Vol 23. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1992.

GUNDERSON, J.; ZANARINI, M. Current overview of borderline diagnosis. Journal of Clinical Psychiatry, 48: 5 – 11. 1987.

HARTMANN, H. (1939) La psicología del yo y el problema de la adaptación. Ed. Pax. México. 1960.

HARTMANN, H. (1948) "Comments on the psychoanalytic theory of instinctual drives. En Ensayos sobre la psicología del yo. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1969.

HARTMANN, H. (1950) "Comments on the psychoanalytic theory of the ego". En Ensayos sobre la psicología del yo. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1969.

HARTMANN, H. (1964) Ensayos sobre la psicología del yo. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1969.

HORWITZ, L. Indications for group psychotherapy with borderline and narcissistic patients. Bulletin of Menninger Clinic, 51: 248 – 260. 1987.

KERNBERG, O. (1975) Desordenes fronterizos y narcisismo patológico. Ed. Paidós. México. 1990.

KERNBERG, O. (1976 a) La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. Ed. Paidós. México. 1996.

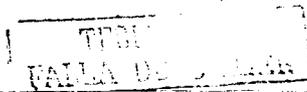
KERNBERG, O. (1976 b) Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. Journal of the American Psychoanalytic Association, 24: 795 – 829. 1976.

KERNBERG, O. (1987) Trastornos Graves de la Personalidad. Ed. El Manual Moderno. México. 1999.

KERNBERG, O. La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad. 1 Ed. Paidós. Buenos Aires. 1994.

KLEIN, M. (1952) Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante. Obras completas. Vol 3. Grinberg L. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1974.

KLEIN, M. (1928) Estadios tempranos del complejo de Edipo. Obras completas. Vol 2. Grinberg L. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1974.



KLEIN, M. (1930) La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. Obras completas. Vol 2. Grinberg L. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1974.

KLEIN, M. (1935) Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco – depresivos. Obras completas. Vol 2. Grinberg L. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1974.

KLEIN, M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. Obras completas. Vol 3. Grinberg L. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1974.

KLEIN, M. (1952 a) Los orígenes de la transferencia. Obras completas. Vol 6. Grinberg L. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1974.

KLEIN, M. (1957) Envidia y gratitud. Obras completas. Vol. 6. Grinberg L. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1974.

KOHUT, H. (1971) El análisis del self. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1977.

KOHUT, H. (1977) La restauración del sí – mismo. Ed. Paidós. Barcelona. 1980.

KOHUT, H. (1984) ¿Cómo cura el análisis?. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1986.

KOHUT, H.; WOLF, E. (1978) "Los trastornos del self y su tratamiento". Psicoanálisis I: 331 – 360. 1979.

LAPLANCHE, J; PONTALIS J. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor. Barcelona. 1981.

MAHLER, M. (1968) Simbiosis Humana: Las vicisitudes de la individuación. Joaquín Mortiz. México. 1972.

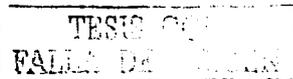
MAHLER, M. (1975) El nacimiento psicológico del infante humano. Ed. Marymar. Buenos Aires. 1977.

MILLER, L. The Formal Treatment Contract in the Inpatient Management of Borderline Personality Disorder. Hospital and Community Psychiatry, vol 41: 985 – 987. 1990.

MILLON, T.; EVERLY, G. La personalidad y sus trastornos. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1994.

MORALES, M. Psicometría aplicada. Ed. Trillas. México. 1996.

O'LEARY K.; BROUWERS P.; GARDNER D.; COWDRY R. Neuropsychological testing of patients with borderline personality disorder. American Journal Psychiatry, Vol. 148, 106 – 111. 1991.



ORDAZ, M; VILLEGAS, C. Perfil de Personalidad y Nivel de Asertividad en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad Psicología, UNAM, D.F., México. 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional de las Enfermedades – 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ed. Meditor. Madrid. 1993.

PALACIOS, A. Teoría de la Técnica Psicoanalítica (Caleidoscopio). Cia. Editorial Impresora y Distribuidora, S.A. México. 1999.

PAPALIA, D.; WENDKOS, S. Psicología. Ed. Mc Graw Hill. España. 1987.

PERRY, J.; COOPER, S. A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. Journal of the American Psychoanalytic Association, 34: 863 – 893. 1986.

RAPAPORT, D. Tests de diagnóstico psicológico. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1965.

ROSENFELD, H. On the psychopatlogy of narcissism. Int. J. Psycho Anal, 45: 332 – 337. 1964.

RUTTER, M. Temperament, personality and personality disorder. British Journal of Psychiatry; 150: 443 – 458. 1987.

SATTLER, J. Evaluación Infantil. Ed. El Manual Moderno. México. 1996.

STEVENSON, J; MEARES, R. An Outcome Study of Psychotherapy for Patients with Borderline Personality Disorder, 149: 358 – 362. 1992.

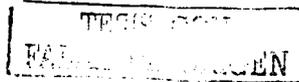
SWIRSKY-SACCHETTI, T; GORTON, G; SOBEL, R. Neuropsychological function in borderline personality disorder. Journal Clinical Psychology, Vol. 49: 385 – 396. 1993

TARNOPOLSKY, A; BERELOWITZ, M. Borderline personality: A review of recent research. Br J of Psychiatry, 151: 724 – 734. 1987.

WECHSLER, D. (1955) "Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale". The Psychological Corporation. New York. En WAIS – Español Escala de Inteligencia para Adultos. Ed. El Manual Moderno. 1981.

WHEELIS, J; GUNDERSON, JG. A Little Cream and Sugar: Psychotherapy With a Borderline Patient. American Journal Psychiatry, 155: 114 – 122. 1998.

WINNICOTT, D. (1945) "Desarrollo emocional primitivo". En escritos de pediatria y psicoanálisis. Laia. Barcelona. 1979.



WINNICOTT, D. (1951) "Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión 'No - yo'". En escritos de pediatría y psicoanálisis. Laia. Barcelona. 1979.

WINNICOTT, D. (1960 a) "La teoría de la relación paterno - filial". En el proceso de maduración en el niño. Laia. Barcelona. 1975.

WINNICOTT, D. (1960 b) "Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso". En el proceso de maduración en el niño. Laia. Barcelona. 1975.

ZIMMERMAN, I.; WOO - SAM, J.; GLASER, A. Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS). Tea Ediciones, S.A. Madrid. 1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN