

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8909-25

**“DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO
BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD”**

T E S I S T E O R I C A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARIANA DEVORA AVILA

ASESOR:

M. EN P. C. MARIA EUGENIA NICOLIN VERA



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.



CENTRO UNIVERSITARIO
INDOAMERICANO

Conocer para Trascender

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8909-25

**“DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO
BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD”**

T E S I S T E O R I C A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

M A R I A N A D E V O R A A V I L A

ASESOR:

M. EN P. C. MARIA EUGENIA NICOLIN VERA

TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MEXICO 2007.

ÍNDICE

	Página
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Trastorno Borderline de la personalidad	3
1.1 Antecedentes Históricos del TBP.....	4
1.2 Precursores de la identidad del TBP.....	7
1.3 Definición del TBP.....	10
1.4 Conceptualizaciones modernas.....	11
1.5 Incidencia y Prevalencia.....	15
Capítulo 2. Factores que intervienen en el TBP	16
2.1 Factores BIOPSICOSOCIALES	17
2.1.1 Factores Sociales.....	17
2.1.2 Factores Psicológicos.....	18
2.1.3 Factores Biológicos.....	19
2.2 La Organización de la personalidad Borderline según Kernberg.....	21
2.3 La personalidad Borderline y sus síntomas.....	26
Capítulo 3. Datos Semiológicos Clínicos	29
3.1 Defensas de la estructura Borderline.....	32
3.2 El TBP y su relación con la esquizofrenia.....	33
Capítulo 4. Diagnostico del TBP	37
4.1 Diagnostico del DSM.....	37
4.2 Criterios Diagnósticos del TBP en el DSMIV.....	40
4.3 Criterios Diagnósticos del TBP en el CIE-10.....	45
4.4 Criterios Diagnósticos de la Guía Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico (GLADP).....	46
4.5 Diagnóstico Diferencial.....	47

Capítulo 5. Propuesta para el Diagnostico del TBP.....	49
5.1 Caso Clínico.....	61
5.2 Elementos a evaluar.....	66
5.3 La diferencia del TBP y los TP.....	70
5.4 Como se presenta un reporte de caso	89
Capitulo 6. La forma mas adecuada de Tratamiento.....	96
6.1 Conclusión final.....	105
Glosario.....	108
Bibliografía.....	117

RESUMEN

El propósito de este trabajo es abordar uno de los Trastornos mas controversiales en el complejo de los Desordenes de Personalidad, teniendo como objetivo la elaboración de un diagnostico apropiado para el Borderline, que pueda trascender a un tratamiento adecuado para él. Así mismo poder identificar de forma precisa sus síntomas, y concientizar que su inestabilidad emocional y su sufrimiento constante que son parte característica de estos pacientes.

Otro factor importante es su comorbilidad, la cual nos lleva a diversas confusiones en el momento de identificarlo, ya que los síntomas son reflejados en diversos trastornos. Y tal vez sea la razón por la cual se presenta estrictamente en los Manuales de psiquiatría.

Diversos autores interesados en esta patología lograron distinguir múltiples elementos dentro de la personalidad que se define como Borderline, entre ellos se encuentra, Kernberg, Gunderson, Zanarini y Grinker, que gracias a sus colaboraciones han logrado exponer, las características comunes, los criterios del estado Borderline, y sus ideas de la definición de dicho Trastorno.

La prevalencia de esta enfermedad se encuentra en 1.8% a un 4% de la población general que lo padece, esto nos permite tener conciencia de que tan importante es conocer el trastorno y sus posibles antecedentes de origen ya que no se ha encontrado una razón exacta que ocasione este desequilibrio en los sujetos.

Es necesario considerar, las alternativas de tratamiento para los Borderline y tomar en cuenta que este trastorno mejora de acuerdo a la madurez, ayuda terapéutica y familiar que se le proporcione.

Palabras Clave: Trastorno de Personalidad, Borderline, Inestabilidad emocional, Comorbilidad, Kernberg.

INTRODUCCIÓN

Este Trastorno denominado, Límite, Borderline, Fronterizo, Generalizado y otros nombres que se le han asignado, se encuentra localizado en el grupo "B" de acuerdo con el Manual del DSM-IV, el cual ha sido uno de los más grandes desafíos tanto para la psiquiatría como para la psicología, ya que su difícil diagnóstico y tratamiento, se debe a la gran comorbilidad que presenta en sus síntomas.

Uno de los aspectos más importantes de los Borderline es que cuentan con una percepción errónea de su mundo exterior, el cual es visto en extremos de bondad y maldad, esto no les permite tener un equilibrio emocional, repercutiendo en diferentes áreas de su vida, llevándolos a estados de confusión y depresión extrema, ocasionando el suicidio del paciente en casos graves.

Esta alteración tiene sus inicios en la adolescencia o principios de la edad adulta, suelen funcionar de forma adecuada tanto social como laboralmente, pero cuando su medio se desestructura o se enfrentan al estrés, se crea una ruptura momentánea del sentido de la realidad.

Los rasgos más frecuentes en los Borderline son: cambios en el carácter, disforia, despersonalización, desórdenes sexuales, desórdenes alimenticios, ansiedad, ira, auto mutilación, terror, dependencia, etc.

Afortunadamente el deterioro que se presenta en estos pacientes va disminuyendo gradualmente con la edad y progresivamente la mayoría de los sujetos logran una mayor estabilidad. De tal manera que el proporcionarles el tratamiento adecuado será de gran ayuda para su evolución, logrando que obtengan una vida plena.

Finalmente el abordar este caso nos induce a analizar como es que el sujeto se ha involucrado en una serie de acontecimientos que ocurren en su vida que lo transforman y llevan a formar parte de una categoría en los Trastornos de Personalidad.

CAPITULO 1

EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

El Trastorno Borderline de la Personalidad (TBP), no es un estado que osciló entre las perturbaciones neuróticas y psicóticas como se creía inicialmente (Gallahorn, 1981). Es una patología en si y por si misma, manifestada por impulsividad y fluctuaciones intensas en el estado de animo, auto imagen y relaciones interpersonales. Muchos pacientes perciben que en su infancia tuvieron personas malignas, que eran hostiles o físicamente violentos (Nigg, 1992). Si bien ninguna característica única define al trastorno, su verdadera esencia puede ser captada en lo voluble de las conductas y en la inestabilidad de de sus conductas (Millon y Everly, 1985).

Un ejemplo es Kernberg (1976) que propuso el concepto de separación del objeto en donde las personas Borderline perciben a los demás como todos buenos o todos malos en diferentes momentos, esta separación da como resultados fluctuaciones emocionales hacia los otros. Desde un punto de vista de aprendizaje social. Millon (1981) afirmo que la personalidad Borderline es causada por una autoidentidad fallida, la cual afecta el desarrollo de objetos y logros conscientes.

Por otro lado los enfoques de orientación cognoscitiva también han sido usados para conceptualizar el trastorno. Al respecto Westen (1991) definió dos aspectos cruciales de la personalidad limítrofe: las dificultades para regular las emociones y las relaciones interpersonales inestables e intensas. Así mismo Beck asume que las suposiciones básicas de un individuo (es decir, sus pensamientos) desempeñan un papel central para influenciar las percepciones, interpretaciones y respuestas conductuales y emocionales (Beck y cols., 1990).

Como podemos ver, no existe una sola explicación a esta patología, ya sea cognitiva o emocional, siempre se buscaran diferentes definiciones, como la de Prichart que describe al TBP como “una forma de trastorno mental en el cual las facultades mentales parecen estar poco o no estar afectadas” a lo que llamo “insana moral”.

Los sujetos Borderline parecen tener tres suposiciones básicas:

1.- el mundo es peligroso y malévolo, 2.- soy impotente y vulnerable y 3.-soy inherente inaceptable. La creencia en estas suposiciones hace a los individuos Borderline temerosos, vigilantes, recelosos y defensivos.

Estas tres suposiciones básicas, nos refieren que el individuo Borderline, vive en un mundo donde sus percepciones hacia el exterior siempre será distorsionada, seguidas de sentimientos que parten de extremo a extremo sin llegar a una intermedio, dificultando el control en sus emociones, que da como resultado una alteración de su conducta en la relación con los otros.

En los últimos años ha tomado importancia el termino Borderline, el cual ha aparecido en las diferentes clasificaciones, tanto en la americana como en la O.M.S. Éste desorden, también denominado Trastorno límite de la personalidad (TLP) es la gran preocupación de la psiquiatría y la Psicología Clínica de hoy.

El concepto Borderline se ha tratado de explicar, analizar y concluir con diferentes investigadores, que pretenden dar un argumento racional a dicha patología. Por ello es preciso y trascendente revisar su historia y sus inicios dentro del área de la salud mental.

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD.

El proceso del concepto es abordado por Dr. Néstor Ricardo Stingoa

www.drwebsa.com.ar/drw/prof_mes/articulos/art_05.

Es utilizado por primera vez el termino Borderline en 1884. En ese año, Hughes (1884) (psiquiatra inglés) define los estados Borderline como “personas que pasaron toda su vida de uno a otro lado de la línea”. Rose los diagnosticaba cuando había síntomas neuróticos graves. Bleuler describe la esquizofrenia latente, que podría ser el equivalente de los estados Borderline.

Así mismo Freud S. (1917), en “El hombre de los lobos”, describe un caso diagnosticado como neurosis obsesiva, pero que de acuerdo con las investigaciones actuales y la exploración psicopatológica, podría ser entendido como un caso de TBP.

Otros autores como Marco Merenciano introduce el termino “carácter impulsivo” que es una de las características importantes para el diagnostico del TBP; F. Alexander (1927), los ubica dentro de lo que denomina el “carácter neurótico”.

Stern (1938), es quien formaliza el termino borderline a partir de estudios clínicos y se refiere a una “hemorragia mental”, definida como intolerancia al dolor mental. Tienen el sentimiento permanente de estar siendo heridos o lastimados, ya que este es un síntoma que se presenta constantemente en los pacientes.

Por el momento no existía una entidad autónoma, hasta que en los años 60 y hasta la actualidad, donde surgió la búsqueda de los rasgos comunes que representan la base de estos procesos, y los cuales fueron encontrados por medio del análisis de los mecanismos de defensa, de los niveles de maduración del Yo, de las relaciones objétales y de los cuadros clínicos que presentan estos pacientes.

En esta misma época se realizaron trabajos como el de Knight 1953 (Citado en Koldobsky, Néstor, 2005)., quien hace un análisis comparativo de una entidad clínica diferente; posteriormente surge una homogeneidad en la heterogeneidad sintomática dada por el hallazgo de sub-topologías, que podrían relacionarse a diferentes grupos sintomáticos: los esquizotípicos, los relacionados con los trastornos afectivos, los maniaco depresivos, los de base orgánica, los de origen psicógeno, o los debidos a otras causas. Todos estos sub tipos eran el resultado de la imprecisión de poder determinar dicho Trastorno.

Por tal causa a lo largo de los años, los autores han lidiado por el concepto Borderline. Por una parte, las tendencias “unicistas” que tendían a agrupar el cuadro y, por otra, las que sostenían un concepto “separatista” del mismo. (Koldobsky, Op. Cit).

Posteriormente durante las primeras contribuciones se observó un síndrome complejo que no llenaba bien los criterios diagnósticos existentes.

Por lo que Kernberg en 1967 (Citado en Koldobsky, Op. Cit) también describió la organización Borderline, la cual resumió en cuatro criterios:

1. Manifestaciones no específicas de debilitamiento del yo.
2. Cambios de los procesos primarios del pensamiento.
3. Características específicas de las operaciones defensivas de la organización Borderline de la personalidad.
4. Relaciones objétales patológicamente internalizadas.

Siguiendo con estas aportaciones Grinker y cols., 1968, contribuyeron para dar un diagnóstico preciso al síndrome, creando un análisis estadístico de los aspectos clínicos de aproximadamente 60 pacientes, los cuales parecen ocupar un continuo desde el border psicótico al border neurótico, con un cuadro de comunes atributos hacia todos. Este hallazgo ayudó a desmentir la creencia de que el Borderline era un cuadro relacionado con la esquizofrenia.

Motivados por esta aportación, Gunderson y sus colegas desde 1975, continuaron trabajando hasta que en los 90`s fueron capaces de identificar, claramente, rasgos basados en las investigaciones, que permitieron describir las características del Trastorno de Personalidad Borderline.

A lo largo de la historia del trastorno Limítrofe, se ha expuesto como un síndrome complicado, Esquizofrenia, Neurosis obsesiva, manías, inclusive impulsos fuera de control, etc., ya que los diversos autores han encontrado rasgos comunes denominados según su significado para ellos mismos y los han categorizado de acuerdo a los síntomas que para ellos el paciente sufre. Por lo que valdría la pena verificar una sucesión de cómo los iniciadores de este trastorno obtuvieron diferentes categorías del Borderline, esto nos revelaría de forma precisa su evolución.

1.2 PRECURSORES DE LA IDENTIDAD BORDERLINE

A continuación se presentara una breve sinopsis de las contribuciones de autores cuyo pensamiento fue fundamental para el desarrollo del concepto Borderline, que aparecen en (Koldobsky, Op. Cit)

Stern (1938)

1. Narcisismo: anticipadamente en la vida de estos pacientes hay, simultáneamente, una idealización y una irreverente desvalorización del otro, actitud que presenta también con el analista y con otras personas importantes.
2. Sangrar psíquico: hay parálisis cuando se encuentra en una crisis, letargia* y tendencia a escapar.
3. Hipersensibilidad no habitual: reacción exagera a la crítica o al rechazo mediano, tan grosero que alude a una paranoia, pero no alcanza el delirio pleno.
4. Rigidez psíquica y corporal: se presenta como un estado postural de tensión y dificultad para cambiar, es evidente para cualquier observador casual.
5. Reacciones terapéuticas Negativas: algunas interpretaciones del analista, son experimentadas como deprimentes o como manifestaciones de pérdida de amor y aprecio. Las crisis de depresión o rabia pueden continuar en ocasiones por gestos suicidas.
6. Sentimiento institucional de inferioridad: algunos presentan melancolía; otros, una personalidad infantil.
7. Masoquismo: es acompañado de una depresión fuerte.
8. Inseguridad Orgánica: supuestamente incapacidad institucional para tolerar el estrés, especialmente en el área interpersonal.
9. Mecanismos proyectivos: fuerte tendencia a externalizar, continuamente lleva a los pacientes a una ideación cercana al delirio.
10. Dificultad con el test de la realidad: poca capacidad empática en la relación con los demás. Déficit en la fusión de la representación objetal de las otras personas dentro de una adecuada y realista percepción de la totalidad del otro.

***letargia**: estado que consiste en la superposición de las funciones de vida y del uso de los sentidos.

Deutsch (1942)

1. La despersonalización no es ego-alienante, no perturba al paciente.
2. Identificaciones narcisistas con los demás, las que no están asimiladas en el yo, pero son continuamente actuadas (actin-out).
3. Mantenimiento consistente pleno de la realidad.
4. Escasez en las relaciones objétales, con tendencia a adoptar las cualidades del otro como medio de mantener el amor.
5. Encubrimiento de las tendencias agresivas a través de la pasividad y bien intencionada), la que rápidamente se convierte en agresiva.
6. Vacío interior, que el paciente intenta remediar aliándose a un grupo religioso o social tras otro, sin importarle si los principios o creencias de uno coinciden con el anterior.

Schmideberg (1947)

1. Incapacidad para tolerar la rutina y la disciplina.
2. Tendencia a quebrantar muchas reglas de las convenciones sociales.
3. Impuntualidad en las citas y falta de confiabilidad para las deudas.
4. Incapacidad de asociar durante las sesiones.
5. Poca motivación para el tratamiento.
6. Falla en el desarrollo de introspección (insight) significativa.
7. Vida caótica, en la que alguna cosa terrible siempre está pasando.
8. Actuación de pequeños actos criminales
9. Incapacidad para restablecer relaciones emocionales con facilidad.

Knight (1950)

Presencia de síntomas neuróticos

➤ Evidencia perceptible del debilitamiento del Yo

1. Omisión de interés frente a las dificultades
2. Ausencia de estrés como precipitante
3. Síntomas ego-sintónicos

4. Pérdida de logros a través del tiempo
5. Planificación irreal
6. Relato de sueños fantásticos
7. Insuficiente contraste entre los sueños y la vida despierta

➔ Evidencia imperceptible del debilitamiento del Yo.

1. Desmejoramiento en la composición de ideas
2. Desmejoramiento en la composición de conceptos
3. Desmejoramiento del juicio
4. Bloqueos ocasionales
5. Peculiaridades en el uso de palabras
6. Olvidos con extensas implicancias
7. Contaminación del idioma
8. Afectos inapropiados en ocasiones
9. Conductas y preguntas con sospecha y suspicacia
10. No reconocen las perturbaciones del lenguaje

Rado (1956) Trastorno extractivo

1. Impaciencia e intolerancia a la frustración
2. Crisis de Ira
3. Irresponsabilidad
4. Excitabilidad
5. Inutilidad
6. Hedonismo
7. Periodos depresivos
8. "Hambre" de afecto

Esser y Lesser (1965)

1. Irresponsabilidad
2. Antecedentes de Trabajo errático

3. Relaciones caóticas y superficiales que nunca se vuelven profundas o perdurables.
4. Referencia de problemas emocionales en la niñez temprana y disturbios en modelos de hábitos (p.ej: enuresis a edad tardía)
5. Sexualidad caótica frecuentemente con rigidez y promiscuidad combinadas.

Todas estas ideas de los autores en relación con el concepto Borderline, colaboran al entendimiento de esta patología, y que actualmente sea más comprensible a nuestra vida cotidiana y se conciba una definición universal a todo individuo que se interese por conocer sobre esta manifestación llena de enigmas.

1.3 DEFINICION DEL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

Existe una gran dificultad para definir al Borderline, y prueba de ello es que para referirnos a esta patología podemos hacerlo de muchas formas, se encuentra en la clasificación CIE 10 en el que se le denomina Trastorno de Inestabilidad Emocional de la personalidad y en el DMS-IV Trastorno Límite de la Personalidad, otras denominaciones que se han propuesto independientemente de los Manuales Psiquiátricos son: Trastorno global de la personalidad, generalizado de la personalidad, mórbido de la personalidad o deteriorarte de la personalidad.

Sin embargo, cualquier nombre que se le asigne al trastorno Borderline de personalidad (TBP) siempre se caracteriza por la inestabilidad emocional, la ira y el fracaso. El individuo necesita urgentemente amor, pero no logra confiar ni sentirse amado, lo que mantiene el círculo sin fin de su sufrimiento. Se podría pensar que son todas aquellas personas que, por mil obstáculos e interferencias en su desarrollo infantil, no han podido crecer y sentirse adecuadamente seguras del mundo y de sí mismas. (Cano, 2005 en www.soyborderline.com)

Por lo que su esencia es la débil y agitada personalidad del individuo, que se siente abrumado por diversas emociones que suelen ser intensas y contrapuestas, provocando que sea desconfiado y agresivo, no sabe amar ni

sentirse amado, se siente vacío y solo, no se adapta socialmente, es autodestructivo, etc.

Otras características que describen a este padecimiento son un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se dan en otros contextos, ya que este problema se presenta con mucha frecuencia en nuestra sociedad.

El concepto ha ganado recientemente estatus oficial, su incorporación al DSM y al CIE-10, lo describe como formas límites e impulsivas. Sin embargo sigue siendo muy controvertido, y diversas investigaciones de los últimos veinticinco años han estado proporcionándoles validez y confiabilidad en carácter científico. (Koldobsky, Op. Cit)

Las descripciones se vuelven mas comprensibles ya que los autores sintetizan múltiples elementos, y logran describirnos con gran facilidad la percepción que los Borderline tienen del exterior, por lo que este trastorno a un adquiriendo diferentes denominaciones, siempre será referido a una disfunción en la inestabilidad emocional. Afortunadamente las aportaciones no terminan aquí, se continua conceptualizando e investigando y también llamándole de manera indistinta.

1.4 CONCEPTUALIZACIONES MODERNAS

Nestor Ricardo Stingo (2003), nos muestra como han ido evolucionando la denominación de esta patología.

Al ver este Trastorno como difícil de definir, diferentes autores interesados en ello, continuaron e investigaron y colaboraron, con sus opiniones como: Fenichel (1933) que utiliza el término esquizofrenia marginal. Otro autor psicoanalista que habla de esta patología es Melita Schmideberg (1947) la cual le da importancia a la “estable inestabilidad” de estos pacientes, y afirma que los rasgos característicos del Borderline no son sus síntomas, sino la falta de sentimientos normales y el difícil trastorno de la personalidad.

Hoch (1968) expone una esquizofrenia pseudoneurótica a la que considero una entidad sub-esquizofrenia. Así mismo siguiendo con estas interesantes descripciones, uno más que se integra a ellas es Grinker (1968) y otros colaboradores, que en 1967 describen las siguientes características de los Borderline:

- 1) Rabia como ideal afecto.
- 2) Anaclisis* (recostarse sobre) como trastorno en las relaciones objétales.
- 3) Ausencia de indicadores de autoidentidad consistente (inestabilidad).
- 4) Depresión sin sentimiento de culpa, autoacusación o remordimiento.

Por lo que separa a estos pacientes en cuatro grupos, según se acerquen o alejen de la psicosis

Grupo 1: Frontera con la psicosis.

Grupo 2: Síndrome fronterizo central.

Grupo 3: Personalidades como si.

Grupo 4: Frontera con la neurosis.

Posteriormente Kernberg (1967) explica, que “son pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable” con apariencia neurótica polisintomática, con identidad difusa y que pueden sufrir episodios psicóticos pasajeros en situaciones de gran tensión, y menciona el desarrollo de una psicosis transferencial. Por lo que caracteriza estos cambios:

- Manifestaciones de debilidad yoica: como intolerancia a la ansiedad, regresión defensiva, y control inadecuado de impulsos.
- “Desvío hacia el pensamiento del proceso primario”: el cual se expresa en los test proyectivos y frente a estímulos no estructurados.
- Operaciones defensivas, como el “splitting”: idealización, negación, omnipotencia, devaluación, proyección e identificación proyectiva.
- Patología de las relaciones objétales internalizadas.

***Anaclisis** : dependencia emocional de otras personas, situación normal en los niños pero patológica en los adultos.

Margaret Mahler (1968) en la clasificación evolutiva lo divide en:

- Estados borderline: aparentemente bien adaptado.
- Síndromes clínicos borderline: en los cuales hay una depresión de abandono, fijación oral, el miedo a ser abandonado por la madre. No hay delirio ni regresiones profundas.

Gunderson (1975), menciona cinco áreas en los Borderline los cuales son:

- 1) La adaptación social, superficialmente sin dificultades.
- 2) Impulsos y acciones (impulso, drogas, autoagresión, promiscuidad, bulimia).
- 3) En el área de los afectos y depresión rabia, ansiedad y desesperación.
- 4) Las psicosis suelen ser transitorias y poco severas.
- 5) Relaciones interpersonales: no toleran estar solos, necesitan del otro en todo momento. Son dependientes, masoquistas, manipuladores y desvalorizados.

Carlos Paz (1971) elabora una práctica psicoanalítica en el tratamiento de los Borderline:

- 1) Trastornos en proporción con la realidad, existen alteraciones groseras transitorias, sin pérdida del juicio de la realidad.
- 2) Trastornos del pensamiento: autorreferencia, irrupción del proceso primario y de las ecuaciones simbólicas.
- 3) Perturbaciones defensivas: incorrecta reflexión.
- 4) Trastornos en la regulación de la agresión: rabia que puede originar violencia, sin poder controlarse.
- 5) Trastornos de la sexualidad: fantasías sexuales sadomasoquistas masturbatorias con fantasías eróticas perversas. Promiscuidad. Impotencia. Inactividad.
- 6) Expresiones y movimientos corporales típicos: hacer ruidos con los dedos de la mano y con las rodillas. Tirarse como una bolsa de papas.
- 7) Presencia de ansiedades contusionales.

8) Vínculos transferenciales y contratransferenciales características: dadas por reacción intensa del analista, siendo exigente, abrumadora y atrapadora, éste experimenta tensión y miedo, alternando momentos de confusión e interés y preocupación, así como fastidio y aburrimiento.

Otra opinión hecha por **Mamer, Frink (1994)** refiere que el Borderline pertenece a un espectro síndromático

- Por detención del desarrollo
- Como un TPEPT con un componente disociativo
- Como resultante de un mecanismo de defensa: el splitting.

De la misma manera **Judith Herman (1992)**, en su libro trauma y recuperación sugiere que el TBP es una manifestación particular del trastorno por estrés postraumático (TPEPT), cuando este toma una forma en la que se afectan profundamente los elementos de identidad y se crea una alteración en las relaciones interpersonales, se llama TBP; cuando los elementos somáticos (el cuerpo) toman dominio, es denominado histeria, cuando lo disociativo y la deformación de la conciencia es principal, es llamado Trastorno de la identidad (TID), Trastorno por personalidad múltiple (TPMP). (Herman, 1992)

Por otra parte **Zanarini y cols. (1990)** determina como una características que admite discriminar el TBP los pensamientos casi psicóticos, la automutilación, los intentos suicidas manipulativos, los conflictos con el abandono, sumisión aniquilación, la regresión en el tratamiento y las dificultades en la contratransferencia (Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, 1990, citado en Koldobsky, Op. Cit)

Finalmente La Organización Mundial de la Salud lo describe como un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en el que existe una predisposición a actuar de modo impulsivo sin tomar en cuenta las consecuencias, unido a un ánimo inestable y caprichoso.

La capacidad de organización es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; siendo fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad la impulsividad y falta de control de sí mismo.

Muchas son las conceptualizaciones que giran en torno al TBP, de acuerdo a sus síntomas particulares que presentan y que pueden ser identificados gracias a ello, por lo que podemos confirmar que esta patología sigue ocurriendo y afectando a una gran parte de la población.

1.5 INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Actualmente se calcula que el Trastorno de Personalidad Borderline afecta al 1.8% y el 4% de la población en general. Se localiza en gran proporción entre la gente que busca la atención psiquiátrica por encima del 11% de los externos y del 23% de los internados vistos clínicamente (15-20% y 10-20%). La relación entre las mujeres y hombres es de 2.1% a 3.1% por lo que el mayor grupo afectado son las mujeres con el 70%. (Gunderson, Marin, Widiger, 2000)

El paciente Borderline tiene un alto índice de ideación suicida, 3.10% (Trastorno Bipolar, 21.4%; Trastorno depresivo mayor, 37.5% y ansiedad, 57.1%). En los familiares de primer grado de estos pacientes se ha detectado una mayor prevalencia de trastornos depresivos y abuso de sustancias.

Entre el 9% y el 40% de los que hacen uso frecuente de los servicios de internación recibe el diagnóstico de TBP.

Al revisar las estadísticas y los porcentajes de la población borderline podemos darnos cuenta que esta patología no se encuentra del todo separada de nuestra realidad, y lograremos concretarlo si nos detenemos a revisar los factores que influyen para la concepción de este Trastorno.

CAPITULO 2

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL TBP

Los pacientes Borderline generan un enorme caos en la vida de las personas que interactúan con ellos ya que este Trastorno gira alrededor de una perturbación.

El enfoque biopsicosocial concuerda perfectamente para la comprensión de este trastorno. Los investigadores han reconocido cada vez más que la alteración surge de la combinación de un temperamento vulnerable, experiencias traumáticas en la infancia y un evento o conjunto de sucesos desencadenantes en la adultez. El conjunto de estas influencias interactúan para crear las conductas y dificultades en la identidad y en las relaciones que dominan la vida del individuo Borderline. (Zanarini y Frankenburg ,1997).

Por lo que estas influencias dan la base para que se sostenga el modelo etiológico de Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), el que pueda presentarse con disociación o sin disociación.

Las estadísticas muestran que el 61.5% de los pacientes gravemente desmejorados, el abuso sexual en la infancia surge como un factor que predispone la enfermedad (Zanarini, 1997). La historia infantil de abuso físico y sexual determina consecuencias a largo plazo , como la ira crónica, la auto destrucción, abuso de sustancias, la disociación, miedo a ser abandonado y las relaciones intensas e inestables. (Koldobsky, Op. Cit).

En las sociedades donde la familia y la comunidad tienen un rol activo en la determinación de las relaciones objétales, la falta de libertad se equilibra al no estar presentes vínculos inestables y rápidamente desintegrados. Millon menciona que la "anomia" que representa a la sociedad contemporánea tiene un efecto específico en los jóvenes y es un riesgo creciente para la patología Borderline y para otros Trastornos de Personalidad. (Millon, 2000)

2.1. FACTORES BIOPSIICOSOCIALES

La comprensión de la etiología TBP requiere de un enfoque bio-psico-social, ya que es una patología muy compleja y resiste toda reducción a una vulnerabilidad biológica, a las experiencias en la niñez, o a la acción de las fuerzas sociales. Por tanto no habría un factor etiológico simple, como el aspecto constitucional, un modelo de predisposición al estrés, una vulnerabilidad biológica, ya que es un individuo propenso.

Habiendo tanta complicación para la explicación de este padecimiento será necesario hacer una revisión de cada uno de los factores que influyen sobre el paciente Borderline.

2.1.1 FACTORES SOCIALES

Los pacientes con el TBP son particularmente vulnerables a la relación reducida de la sociedad con la urbanización y la modernización de la cultura contemporánea. Ya que la desintegración social o los cambios grandes, principalmente si son bruscos, son un factor de riesgo para el desarrollo de este Trastorno, por lo que la impulsividad aumenta al decrecer la contención social para las conductas desviadas.

Presentándose las dificultades familiares, la depresión, abuso de sustancias y conducta antisocial, que puede provocar el desarrollo de este trastorno a través de la permanencia de los patrones de crianza que se transmiten de una generación a otra (Goldman, D'Angelo y DeMaso, 1993).

Finalmente la sociedad puede anular la presencia de características específicas de un Trastorno de Personalidad, narcisismo, parasuicidio o impulsividad, o crear un medio no estructurado y permisivo (Koldobsky, Op.Cit).

2.1.2 FACTORES PSICOLOGICOS

La opinión del trauma infantil, es la piedra angular de los modelos psicológicos para el comprensión del TBP (Sabo, 1997, Y Fonagy, 2000).

El énfasis que existe en el trauma surge de las observaciones clínicas que reflejaron ser un tema común en las historias de los pacientes y que refería a sus historias de la infancia.

Han aparecido diversas teorías que intentan vincular el trauma con el desarrollo de los rasgos asociados con la alteración, por lo que parece existir una relación directa entre la magnitud en que una persona fue abusada o rechazada en su infancia, en especial durante los primeros años de vida y la posibilidad de desarrollar una Personalidad Borderline. (Heffernan y Cloitre, 2000)

HIPOTESIS TEORICAS

Las teorías que exponen una relación entre el abuso temprano, el rechazo, y la aparición del TBP, propone que estas experiencias provoquen en los niños una percepción en la cual esperen que los demás los dañen (Silo, Lee, Hill y Lohr, 1995).

Los pacientes adultos con este Trastorno relatan que quienes los cuidaron se mostraron alejados emocionalmente de ellos, que los trataron de manera irresponsable, anulando la validez de sus pensamientos y sentimientos, y que no cumplieron con su papel como padres, en términos de brindarles protección del abuso sexual (Zanarini y cols,1997).

Otro factor de riesgo es la vinculación anormal con uno de los padres y un estilo de apego ansioso, en especial con la madre (Salzman, Salzman y Wolfson, 1997)

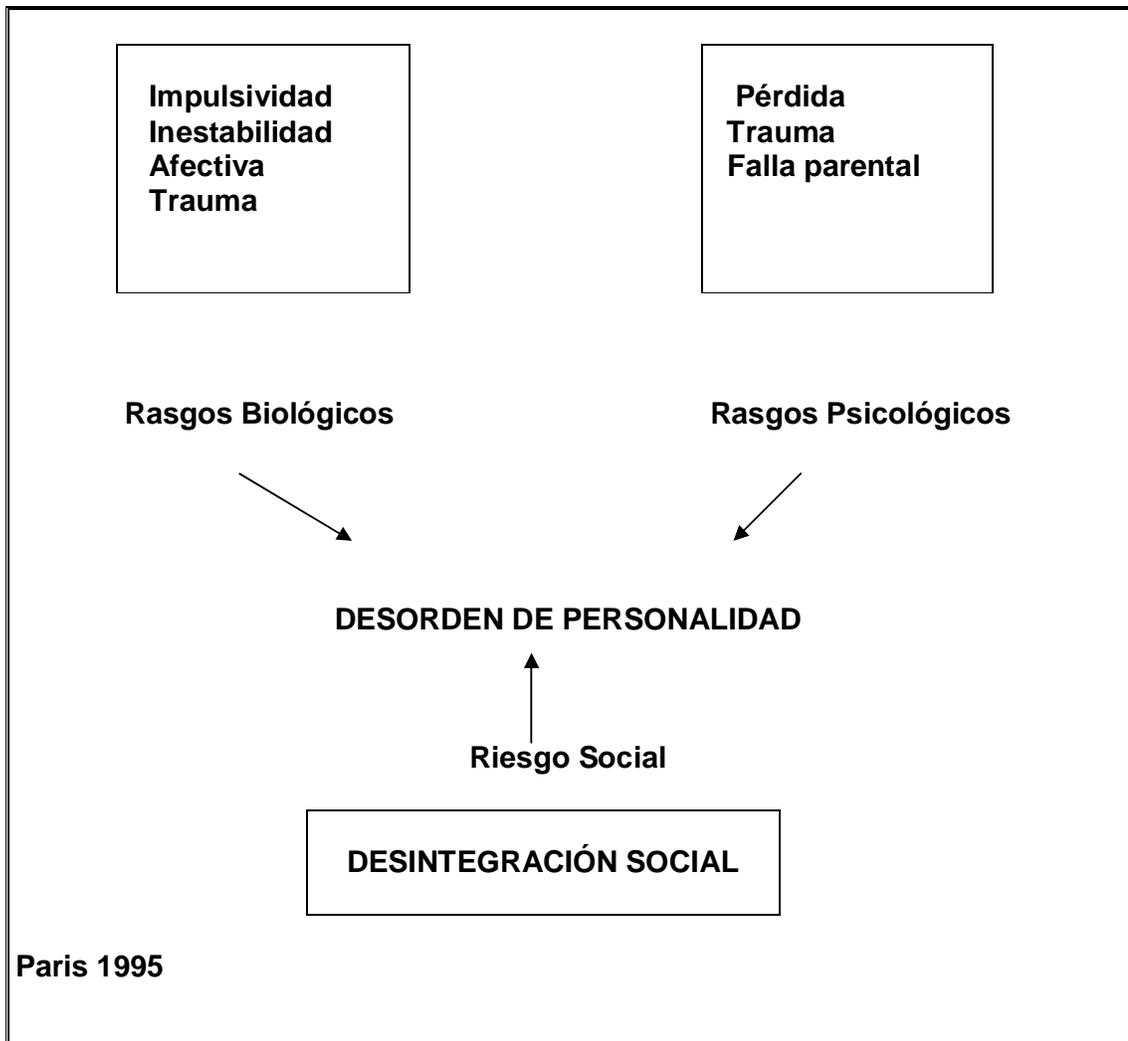
2.1.3 FACTORES BIOLÓGICOS

Los investigadores han tratado de identificar los factores fisiológicos que diferencien al TBP de los Trastornos del estado de Animo y de la esquizofrenia, aunque la mayoría de las Teorías respecto a esta patología son de origen Psicológico, algunos investigadores han reconocido la posibilidad de que este trastorno tenga antecedentes biológicos como una falta de regulación de los neutro transmisores (Gurvits, Koenigsberg y Silver, 2000)

La posibilidad de que la experiencia de un trauma como el abuso sexual en la infancia deje huella en el cerebro del individuo, ha llevado a los investigadores a proponer que el abuso sexual en la infancia puede provocar una hipersensibilidad en las vías noradrenérgicas (sistema nervioso simpático), de tal manera que el individuo tienda a reaccionar constantemente de forma exagerada, en la vida adulta, ante experiencias de cualquier tipo.

Por lo que este funcionamiento simpático alterado puede interactuar con una predisposición a la impulsividad, debido a anormalidades en los receptores serotoninérgicos en el cerebro. (Figueroa y Silo, 1997)

Sin embargo la presencia de factores biológicos no conduce necesariamente a una psicopatología; solo la presencia de muchos factores de riesgo puede ser motivo suficiente para el desarrollo de un Trastorno de personalidad. (Koldobsky, Op.Cit)



Cuadro extraído de Koldobsky, Op. Cit. Pg 102

Así mismo el enfoque Biopsicosocial, nos refiere a los factores heterogéneos que intervienen para el desarrollo del trastorno Borderline, siendo imprescindible la historia infantil para reconocer la existencia de un Trauma o tipo de familia en la que se desarrollo el individuo, y la influencia que este a recibido de la sociedad, ya que esto nos proveerá datos importantes para la identificación de la organización de la personalidad Borderline, de acuerdo a los antecedentes de sus vidas.

2.2 ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD BORDERLINE SEGÚN KERNBERG

Para Kernberg quien realizó estudios del TBP durante casi más de dos décadas, la causa central de los trastornos graves de la Personalidad es el desarrollo de una agresión excesiva y la relación con la psicopatología de la expresión afectiva, los Trastornos menos severos de la personalidad, los llamados "Organización Neurótica de la Personalidad" se forman por la patología de la libido o la sexualidad. En la clasificación de la personalidad que realiza Kernberg, coloca a los Borderline entre la organización psicótica y la organización neurótica de la personalidad

La Organización de la Personalidad Borderline está determinada por la difusión de la identidad del yo y del predominio de las operaciones defensivas primitivas, centradas en el *splitting*. Son individuos que han fijado su desarrollo en las etapas pre-edípicas tempranas, en el periodo de separación tempranas, en el periodo de separación-individuación de Mahler. (Koldobsky, Op. Cit.).

El diagnóstico de la Organización de la Personalidad Borderline, de acuerdo a los criterios, se basa en tres categorías: La primera y esencial consta de dos signos: la ausencia de psicosis (habilidad para percibir la realidad en forma segura) con desmejoramiento de la integración del self (un concepto del self indefinido e internamente contradictorio).

La segunda categoría se denomina "signos no específicos" que contiene aspectos como, baja tolerancia a la ansiedad, poco control de impulsos y una habilidad escasamente desarrollada y pobre para disfrutar del trabajo o de los pasatiempos en forma significativa.

En la tercera categoría Kernberg opina que los Borderline se distinguen por la presencia de "defensas primitivas", principalmente la disociación (el *splitting*): Cuando esta se manifiesta, una persona o una cosa son vistas como "todo bueno, todo malo".

Por lo que algo que es todo bueno todo un día, puede ser todo malo al siguiente, lo que se relaciona con otro síntoma en el que los Borderline tienen problemas: la constancia objetal hacia las personas.

Ellos interpretan cada acción de las personas a lo largo de su vida, como si no tuvieran una historia previa, les falta un sentido de continuidad y consistencia acerca de la gente y las cosas que ocurren en sus vidas. Estos sujetos han tenido momentos crueles donde han experimentado un amor ausente en sus mentes, y las personas son definidas por como ellas interactúan en forma perdurable con el Borderline. (Koldobsky, Op. Cit.).

Distintas defensas primitivas incluyen el pensamiento mágico (creencia que los pensamientos pueden causar los hechos), omnipotencia, protección de características no placenteras en el *self* sobre otros y la identificación proyectiva, un proceso donde el Borderline intenta provocar en los demás los sentimientos que él está teniendo. Otro signo de la OBP son las relaciones caóticas extremas con los otros; lo cual es una incapacidad para retener en la memoria el efecto tranquilizante de un amor; episodios psicóticos transitorios; negación y amnesia emocional.

Por lo que Linehan comenta que los Borderline perciben el humor en forma total, ya que tiene gran dificultad en conceptualizar los matices y percibir algo que probablemente es otro tipo de humor. Dado que la agresión es un sentimiento predominante en los Borderline y Kernberg la define como una reacción secundaria a la frustración de las necesidades básicas de relacionarse.

Para Kernberg la difusión de la identidad es el rasgo esencial de la patología borderline, siendo esta una falta de integración en el concepto de sí mismo y de las personas significativas. Se manifiesta por:

- Vacío crónico
- Auto-percepciones contradictorias
- Conducta contradictoria

- Percepciones de los demás empobrecidas y contradictorias
- Incapacidad para comunicar su interioridad
- Dificultades para empalmar con los demás

Por lo que según Kernberg la activación del desarrollo libidinal necesita una estimulación externa; de igual manera que ocurre con el desarrollo de la ira y del enojo. Dado que el afecto primitivo es el centro de las respuestas básicas de amor ante un medio gratificante y de odio, por un evento frustrante. Ya que las experiencias psíquicas básicas que entrarán en el inconsciente dinámico son relaciones diádicas específicas entre el **self** y la representación objetal (el otro), que son incorporadas en conjunto en los extremos de un sistema de exaltación o ira (efecto básico). Los estados afectivos pueden ser los elementos que crean a los impulsos, y también las señales de activación del impulso en cada situación clínica transferencial, en las que la libido o la agresión surgen como aspectos motivacionales de una relación objetal internalizada. (Koldobsky, Op. Cit.).

Con lo cual Kernberg considera que la activación afectiva esta relacionada con los sistemas de neurotransmisión en Trastorno severos de Personalidad, especialmente en los Borderline, desencadenándose acciones innatas de agresión, influida por la activación de estados afectivos agresivos.

Una de las causas por las cual el paciente Borderline tiende al desarrollo de manifestaciones severas de agresión, es la influencia que tienen del trauma debido a que en su historia se presento el de abuso físico y sexual, y esto es exteriorizado en enojo e ira, aversión, disgusto, desdén y resentimiento, son afectos integrados con los cuales se expresan aspectos particulares de la agresión, como un impulso ordenado jerárquicamente; la ira es el afecto principal de la agresión. Es importante saber que en las etapas tempranas como en las más tardías, el afecto tiene una connotación de relación con el objeto.

El odio es la condición bajo la cual la agresión como impulso domina poderosamente el desarrollo temprano del aparato psíquico, lo que lleva a las estructuras psicopatológicas que se observan en el TBP. Desde la mediana y

crónica irritación e irritabilidad al intenso enojo, el paciente fácilmente cae en el afecto básico de enojo. La función temprana de la ira es el esfuerzo para eliminar de algún modo, el inicio de irritación o dolor con una reacción violenta.

La ira es siempre secundaria a la frustración o al dolor y su intensidad puede depender de rasgos temperamentales. Otra función consiste en la eliminación de un obstáculo o una barrera a la gratificación; en esta situación la frustración es más compleja, el obstáculo debe ser eliminado para alcanzar la fantasía o realidad de la gratificación. (Koldobsky, .Op. Cit,).

Esto lleva al a un siguiente nivel, donde se origina la eliminación del mal objeto, supuestamente una fuerza llena de frustración entre el *self* y la gratificación de una necesidad. En una etapa más avanzada del desarrollo Borderline, el propósito no es destruir el objeto sino hacerlo sufrir; es donde el placer y dolor se combinan. El sadismo expresa una concentración de agresión y placer, la ira original aparece convertida en odio, lo que crea una característica estructural estable, y en una fase más avanzada, aún aparece el deseo de dominar y controlar el objeto malo con el sentido de evitar los miedos persecutorios que éste genera. Finalmente, los aspectos sublimatorios de la respuesta agresiva (autonomía, autoafirmación y libertad del control externo) reflejan las características sublimatorias que tenía originaria la ira. (Koldobsky, Op. Cit,).

En resumen el odio es una estructura compleja derivada de la ira, expresa deseos combinados de destruir, hacer sufrir y controlar el mal objeto, se origina en un *self* con ira, una ira aguda, transitoria, y desestabilizante. El odio es crónico, estable, aferrado en el carácter y su inevitable consecuencia es su justificación como una venganza contra un objeto frustrante, por lo que la venganza es una forma típicamente caracterológica de odio.

La existencia de los miedos paranoides de venganza van acompañados de un odio intenso; Y los rasgos caracterológicos de venganza y sadismo van juntos.

Una confusión temprana del odio, es que la gratificación y la frustración son apreciadas como derivado de la misma fuente.

Otra consecuencia de la fijación estructural de la ira en forma de odio es la identificación inconsciente con el objeto odiado, donde la relación objetal internalizada de odio es aquella de un *self* frustrado, empobrecido, dolorido, relacionado con un objeto sádico, poderoso, rechazante, irritante. Debido a esto la identificación inconsistente de víctimas y victimarios, muestra una intensificación de la relación con el objeto frustrante, llevándolo a una creciente dependencia con el objeto odiado para influir, controlar, castigar, o transformarlo en objeto bueno y, al mismo tiempo, la tendencia inconsciente a repetir la relación con el objeto odiado a través de una reversión de los roles. (Koldobsky, Op. Cit.).

Así se llega al impacto del abuso sexual y el trauma psíquico sobre el desarrollo de la psicopatología del odio. Una experiencia sádica actual, sin posibilidad de escapar del objeto, instantáneamente transforma la relación de ira en odio al objeto sádico.

Más, tarde ante condiciones traumáticas, los mecanismos básicos pueden incluir la inmediata transformación del dolor en ira y ésta en odio; el odio consolida la identificación inconsciente con la víctima y el victimario. . (Koldobsky, Op. Cit.).

Asimismo Otto Kernberg, nos refleja las funciones por las que un Borderline va transformando su personalidad de acuerdo a las experiencias psíquicas básicas que se introducen en el inconsciente, el *self* y la representación objetal, que es el otro, y que tan importante es el abuso sexual y el trauma que este origina para desarrollar manifestaciones de odio reflejadas en agresión siendo un impulso que domina al aparato psíquico.

Y como el objeto malo el cual es odiado, puede llegarles a causar dolor y deseos de destruir y controlar a tal objeto, creado del odio intenso que siente por él, pero que lamentablemente jamás podrá extinguirlo por que es él mismo quien lo ha creado. Y seguirá reflejándose en otros eventos traumáticos en los que el Borderline deberá de enfrentar, y se manifestaran en sus síntomas y su forma de relacionarse con los demás, de acuerdo con su personalidad.

2.3 LA PERSONALIDAD BORDERLINE Y SUS SINTOMAS

Un paciente borderline vive en un eterno vértigo emocional, experimenta estados anímicos completamente inestables, ligados al constante estrés que sufren, les produce una disforia terriblemente progresiva, por lo que cualquier emoción les es intensamente dolorosa. Los Borderline buscan desesperadamente un alivio, generalmente endorfina que ayuda a calmar el dolor y produce un estado de placer; descargando conductas que a la larga son autodestructivas, como el comer sin control, gastos desaforados, comportamiento sexual aberrante, abuso de sustancias estupefacientes y manejo sin control. Cuando un borderline agudo es extremadamente disfórico, los cortes en la piel que se hace no producen dolor físico pero alivian la disforia. Debido a esto su comportamiento psicológico normal es dañado, por lo que ellos necesitan comprender su enfermedad, y ser tratados correctamente.(www.soyborderline.com)

Síntomas Principales en los Borderline

Cambios de carácter: Los cambios de carácter son un síntoma fundamental y destructor en el Caos de la Personalidad Borderline, estos cambios se pueden producir de forma inapropiada de hora a hora, incluso en cuestión de minutos. Son causados sin una justificación ambiental apropiada por medio de un proceso deductivo, es decir, no son debidos a agentes externos, como una discusión, una agresión verbal o física, sino que se manifiestan de manera independiente, tampoco se deben a un estado bipolar.

Disforia: Es una combinación de depresión, cólera, ansiedad y desesperación, frecuentemente es complicada por la vergüenza, humillación, sentimiento de dificultad emocional, excitación, terror, celos y odio sobre si mismo. Puede ser provocada por los cambios de carácter, estrés y el sufrimiento emocional. Una vez que comienza la disforia, esta tiende a intensificarse de forma estable. La situación es tan dolorosa que los borderline buscan una escapatoria de forma desesperada, en drogas, alcohol, comportamientos impulsivos y autodestructivos, automutilación y suicidio.

El sujeto puede estar sin ninguna estimulación externa y repentinamente sentir diversos sentimientos y tener pensamientos confusos que lo lleven a un comportamiento inestable el cual le causa un dolor intolerable y presentándose los síntomas antes mencionados, es más observable su desesperación por la forma de cómo se comportan, pero en el sentido interno existe una revolución psíquica que los lleva a autolesionarse provocándoles un alivio en el sentido de poder controlar su dolor emocional.

Psicosis: El pensamiento psicótico comúnmente es desarrollado cuando la disforia se realiza. Debido a los pensamientos se señala que los borderline viven en el límite entre la realidad y la psicosis. Los síntomas característicos de la psicosis son las distorsiones perceptivas, los cambios de ánimo y las sensaciones físicas que padecen. Los signos psicóticos dominantes se concentran alrededor de los sentimientos de derrotismo, sentido de maldad, cólera y autodestrucción.

Las sensaciones físicas son muy similares a la epilepsia del lóbulo temporal, tienen una visión irreal por las cosas cotidianas. Tienen la sensación de haber vivido la misma situación, las experiencias extracorporales, la despersonalización (pensando que no son nunca más ellos mismos), discursos sin sentido y la sensación de que ciertas partes del cuerpo están entumecidas y no forman parte de su cuerpo. Las distorsiones en la percepción psicótica como la transferencia (en la que perciben incorrectamente a una persona de su vida actual como alguien que les hizo daño en el pasado), es una interpretación errónea de los motivos de ciertos comportamientos y alucinaciones.

La psicosis puede ser provocada por drogas, especialmente el alcohol, la marihuana y/o la cocaína, es por ello, muchas veces están disfrazados como sintomatología de conductas adictivas.

Personalidad Dividida: Es una defensa psicológica inmadura que persiste en los borderline, en la cual perciben como si todo fuera bueno o todo fuera malo. Cuando los acontecimientos de la vida diaria se perciben como malos la disforia brota.

Cuando las cosas se ven como buenas, el borderline se siente usualmente vulnerable y se aterroriza por la vuelta del pensamiento negativo, provocando un ataque de disforia como resultado.

Otros síntomas que se presentan en el paciente Borderline son la inconsistencia del carácter, identidad, confianza, conducta, actitudes, valores y pensamientos. Sin embargo la inteligencia no está deteriorada, pero la organización y la estructura de los pensamientos si lo están. Los borderline tienen problemas siguiendo y completando tareas. Usualmente poseen una falta de memoria; la cólera crónica, el miedo a ser abandonados (a menudo provocando un comportamiento manipulador), la falta de confianza, la impulsividad, los sentimientos de vacío y/o aburrimiento, llegar a conclusiones incorrectas y agudos

Los borderline sufren en general otras enfermedades psiquiátricas, entre las más comunes se incluyen depresión, ansiedad, abusos de sustancias estupefacientes y alcohol, otros desórdenes de la personalidad, y desórdenes alimenticios (aproximadamente el 40% de los pacientes que sufren de gula son borderline) (www.soyborderline.com).

El saber que experimentan los borderline, nos da la oportunidad de comprender que sucede en su mundo interno y como es que sus síntomas podrían ser tomados como actitudes que están totalmente fuera de lugar, pero realmente ni siquiera ellos saben como comportarse ante diversas estímulos y situaciones.

CAPITULO 3. DATOS SEMIOLOGICOS CLINICOS

Los datos semiológicos con los cuales es expresado el Trastorno, nos ayudaran a identificar las diversas manifestaciones que se presentan en el paciente Borderline, ya que estos son un derivado de los síntomas que hay en el sujeto (Citado en Koldobsky .Op .Cit.)

Angustia: La angustia es provocada por las presiones que siente el yo ante un estado de peligro y le permite alertarse ante el. Es crónica y difusa, puede manifestarse como crisis de angustia y llegar a un estado de decaimiento de todas las funciones psíquicas, acompañadas por síntomas somáticos como vértigo, taquicardia y otros característicos de la crisis de angustia corriente. Desde el punto de vista de la psicología del yo, el diagnóstico se coloca más a la evaluación de la estructura del yo que a los síntomas.

Cuando hay perturbaciones en el desarrollo yoico, la angustia no puede ser procesada como señal, sino que se vive como amenaza difusa y global, como peligro de aniquilación, y por lo tanto, puede aparecer en forma brutal, poco canalizable por la simbolización.

Incapacidad para sentir: En ocasiones el paciente toma conciencia de un vacío afectivo cercano a la despersonalización. Ya que sufren por su incapacidad para sentir y a veces hacen escenas de tipo histérico, teniendo reacciones emocionales exageradas e impulsivas, ingieren alcohol o drogas o tienen relaciones sexuales promiscuas para librarse de su vacío y calmarse, con sensaciones intensas. Gran parte de su acting-out y de sus estallidos emocionales constituyen un intento por superar su insensibilidad, aunque anhelan experimentar emociones genuinas, no pueden tolerarlas. Se protegen contra el sentimiento, manteniendo las relaciones en un nivel muy superficial o cambiando frecuentemente de pareja, de amistades, de trabajo o de lugar donde viven. Esto explicaría en gran medida su inestabilidad.

La inestabilidad: Es característica de este Trastorno, a nivel afectivo la descarga de sus afectos y la tendencia a la actuación perturban sus relaciones sociales, así como la idealización y devaluación alternantes. En el área laboral también se muestran inestables, a pesar de sus condiciones intelectuales, carecen de capacidad para la concentración, la perseverancia y el deseo de hacer un esfuerzo sostenido. Su poca tolerancia a la frustración, la hipersensibilidad a las críticas y la espera de cumplidos y recompensas totalmente desproporcionadas condicionan su inestabilidad por no aceptar las reglas y la rutina. La inestabilidad a nivel de su propia imagen se manifiesta en dudas sobre su identidad sexual, sus capacidades y atributos.

Depresión: Esta se caracteriza por la presencia de sentimientos de vacío y soledad. Por lo que en el Borderline predomina el cólera o rabia contra situaciones frustrantes; por lo tanto los sentimientos de rabia, de desesperación, de ira y una imagen de sí mismo idealizada indican una mala integración.

Intolerancia a estar solo: Se presenta como afán de aferrarse a través de la voz o de la presencia física del otro, y en determinados casos es sustituido el objeto por un suplente como la droga, el alcohol o el alimento como intento fallido de narcotización de la falta. En realidad carecen de la posibilidad de introyectar el objeto, el cual aparece como presencia lábil con tendencia a la desaparición inminente. Toda tensión es intolerable y de allí la aparición sin mediatización de las conductas actuadas de aferramiento y de apego desorganizado.

Anhedonia: Es la incapacidad de sentir placer, es la obtención de satisfacción a partir de un estímulo determinado, por lo que en el paciente Borderline siempre existirá una insatisfacción permanente, manifestando una frustración constante. No existe una identidad integrada, un yo estable y totalizador que permita asimilar la experiencia placentera. En los Borderline, la tendencia a evitar el displacer es más común que la búsqueda del placer; y constantemente debe luchar contra la impotencia, el desamparo y la frustración.

Neurosis polisintomáticas: Se manifiesta por dos o más de los signos como, fobias múltiples que pueden ser graves, especialmente la agorafobia y

claustrofobia, en la cual existe una asociación con las tendencias paranoides que causan profundas inhibiciones sociales; con los síntomas obsesivos compulsivos, síntomas de conversión generalmente crónicos, reacciones disociativas, estados de ensoñación, fugas y amnesias con trastornos de conciencia.

También presentan hipocondría exagerada y un temor crónico a enfermarse, tanto del cuerpo como de la mente. Llegan a describir minuciosamente sus malestares, reacciones y sensaciones. Presentan un temor constante a volverse locos.

Descontrol impulsivo: Este descontrol impulsivo puede ser vivenciado egodistómicamente fuera de los episodios “empujados” por el impulso, que son egosintónicos y que generalmente son agradables durante el episodio mismo, como el alcoholismo, la drogadicción, la bulimia, las compras descontroladas y la cleptomanía entre otros.

Tendencias sexuales perverso-polimorfos: Suelen coexistir varias tendencias en forma de fantasías o de acciones. Las formas bizarras de perversión, principalmente las que manifiestan agresión o sustitución primitivas de los fines genitales, con fines eliminatorios (orina, defecación), son también indicadores de una organización límite de la personalidad. En ocasiones, la homosexualidad puede funcionar como defensa a ansiedades de abandono.

Breves episodios Psicóticos: En los que existe una desrealización y despersonalización, la suspicacia autorreferencial y los cuadros paranoides prevalecen en estos episodios. Los síntomas son: trastornos paranoides, depresiones con intentos de suicidio y episodios maníacos.

Adaptación Social: Mejor referida como adecuación ante determinadas circunstancias, en la cuales hay diferentes manifestaciones como protectores, reticencia, evasión, negación, restar importancia, el cambiar de tema y otros métodos de disimulo, malas interpretaciones de la realidad, preocupaciones autísticas y cosas semejantes; por lo que el déficit es de síntesis de las imágenes contradictorias de si mismo y de los objetos.

Los episodios que se presentan como síntomas en pacientes Borderline nos permiten concretar su función para con el mismo y los demás, siendo necesario conocer sus mecanismos de defensa, con los que estos pacientes podrán detener sus frustraciones y desequilibrios, hacia diferentes escenarios a los que deberán incluirse en determinado momento de su vida.

3.1 DEFENSAS EN LA ESTRUCTURA BORDERLINE

Los pacientes Borderline se caracterizan por presentar niveles bajos o primitivos del funcionamiento defensivo las cuales son: (Citado en Koldobsky, Op.Cit.)

Represión: Tiene un doble funcionamiento: mantiene a distancia las investiduras de objeto capaces de amenazar la organización del Yo, y por otro lado constituye un revestimiento cuya función es asegurar los límites que procura el Yo, siempre con cierta mecánica, y un déficit de esta función.

Escisión: (splitting o clivaje): Es un proceso activo utilizado para mantener la separación entre introyecciones e identificaciones de propiedades opuestas; son sistemas alternativamente activándose asignados en la relación de una forma variable. Esto que es un simple defecto de integración, sigue siendo activamente utilizado por el sujeto, como modo de enfrentarse a la difusión de la angustia y de protegerse frente a la incompletud narcisista.

Idealización primitiva: Se encuentra la tendencia de ver los objetos como totalmente buenos, para apoyarse con su proyección contra los objetos malos y asegurarse que no sean dañados, contaminados o destruidos. No existe una verdadera estima sino necesidad de protección contra los objetos peligrosos esta fusión con un objeto ideal desvanece los límites yoicos, dando lugar a las llamadas psicosis transferenciales.

Identificación proyectiva: Es una temprana forma de proyección; donde el propósito es poner afuera las principales imágenes a la proyección del si mismo agresivo y totalmente malo y la aparición de objetos peligrosos y vengativos de los que busca protegerse. En el área de la proyección de la agresión, se debilitan los límites yoicos y se requiere controlar el objeto para impedir el ataque.

Omnipotencia y desvalorización: Se alterna entre la necesidad de una relación que refleja su aferramiento y sus exigencias a un objeto mágico e idealizado, con fantasías y actividades que revelan el profundo sentimiento de omnipotencia.

La persona idealizada es tratada en forma despiadada y posesiva, como una extensión del propio paciente. Apareciendo las fantasías omnipotentes cuando el objeto externo ya no proporciona gratificación y protección o lo abandona (porque no hay capacidad de amor) para destruirlo vengativamente y frustrar sus necesidades.

Finalmente las defensas de los Borderline, son de gran ayuda para tener control sobre sus reacciones y sus pensamientos poco elocuentes en cuanto a la convivencia que pudiera existir entre ellos y los demás sujetos, ya que sus reacciones poco normales que se relacionan con diversos estados de desequilibrio mental y sobre todo de tipo psicótico en cuanto a sus pensamientos.

3.2 EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA ESQUIZOFRENIA

Inicialmente, al Borderline se le vinculó con un modo sutil de la esquizofrenia; Y mas tarde en 1968 se legalizo, la categoría de “esquizofrenia latente”, al incluirlo en el DSM II. Este concepto fue creado por Bleuler en 1911, quien postuló la existencia de una forma de esquizofrenia subclínica con características de un cuadro clínico que presenta, irritabilidad, extravagancia conductual, caprichos y tendencia al abandono personal.

A finales de los ´30 y durante los ´40, los clínicos refirieron ciertos pacientes que no estaban suficientemente enfermos para diagnosticarlos como esquizofrénicos, pero que estaban demasiado alterados como para recibir el tratamiento psicoanalítico clásico. (Gabbard, 2000).

Por su parte Anna Zilboorgs (1941) desarrollo el concepto de “esquizofrenia ambulatoria” que también constituyo una plataforma en la relación con la concepción Borderline. Estos pacientes son autistas, con pensamiento deréistico (perteneiente aquellos que usan la fantasía, la imaginación o el soñar despierto ; cuando esta forma de pensamiento se vuelve patológica el contacto con la realidad se debilita seriamente o se pierde y se usa como sinónimo de autístico).

Muestran superficialidad en los afectos y en las conductas de las primeras etapas del desarrollo. Antes de los doce años de edad presentan un pensamiento concreto, fantástico, mágico y manifiestan los efectos en forma superficial.

Hoch (1949) refirió la “esquizofrenia pseudoneurótica” la que consideró como una entidad sub-esquizofrénica, ya que el 20% de los pacientes desarrollaba una esquizofrenia florida durante su evolución. En 1968, el autor volvió a discutir la integración de su esquizofrenia pseudoneurótica en el dominio esquizofrénico.

El uso del concepto esquizofrenia por Bleuler, llevo a los clínicos a desligarse de la realidad clínica, e incorporaron un número importante de trastornos neuróticos, depresivos o de personalidad dentro del campo esquizofrénico, tomando como síntoma los disturbios de asociación del pensamiento, a los que se les otorgó gran valor para el diagnostico de estos trastornos (de allí la importancia que se le da en este período al Test de Rorschach-test proyectivo-como método diagnostico).

Hasta los años ´70 se continuando con esta tendencia de diagnosticar aquellos pacientes que tenían una ruptura del proceso asociativo del pensamiento, debido a una debilidad de las fuerzas del yo. Sin embargo muchos cuadros clínicos, no sólo la esquizofrenia, poseen trastornos de la asociación del pensamiento.

Se retorna así al concepto kraepeliniano, según el cual los síntomas y signos se estudian en una visión longitudinal; ni el curso por sí mismo, ni los síntomas por sí mismos dan lugar al diagnóstico de esquizofrenia.

Estas investigaciones influyeron para que comenzara descartarse el estudio del pensamiento y sus trastornos, como único elemento de la esquizofrenia y también de los cuadros Borderline. (Koldobsky, Op.Cit.).

El clínico experimentado distinguía en la sintomatología psicótica borderline los siguientes síntomas: Trastornos discretos del pensamiento, efectos inadecuados, preguntas y conductas abrumadoramente suspicaces, pérdida del interés por la realidad y por la vida personal y planeamiento del futuro vago e irreal.

Desde la perspectiva fenomenológica y descriptiva, se sugirieron una serie de criterios para delimitar el cuadro Borderline: los cambios conceptuales y preceptuales, las alucinosis vagas, la alteración de la percepción de la imagen corporal y de la autoimagen, la percepción alterada del mundo que rodea al paciente, los períodos de pensamiento confuso- no apto para el análisis-, conducta torpe, tendencia autorreferencial, tendencias persecutorias, intensa preocupación por una sexualidad de tipo perverso (aceptada la violación), tendencia a infligirse autoagresiones sin que se asocie a esta conducta una depresión suicida.

Se excluye el cuadro del campo de los trastornos afectivos y restringen el término Borderline a un trastorno sub-esquizofrénico. (Koldobsky, Op.Cit.).

Mack 1975, plantea que desde los años '60, había surgido un crecimiento en la tendencia de los investigadores y clínicos que ligaban los estados Borderline con los trastornos del carácter. Por tal motivo surgieron estudios sobre la organización Borderline de la personalidad. Sin embargo, hay muchos autores que persistieron en señalar al Borderline en una forma de Esquizofrenia.

Por mucho tiempo el término esquizoide se utilizó como una forma de personalidad relacionada con la esquizofrenia, a la que muchos autores consideraban una estructura borderline de la personalidad. Esta relación borderline/esquizoide resultó insatisfactoria, porque estos trastornos eran sólo relativamente comparables y la sintomatología del esquizoide sólo asienta en la introversión (Rosenberger, 1989).

En 1980 en el DSM-III surgió un nuevo trastorno: el esquizotípico, incorporado por Spitzer, en el que se combinaban rasgos de introversión con extravagancia en las conductas, en la comunicación y en la experiencia, quien Tomó este concepto

prestado de Meelh y lo igualo con el de esquizofrenia borderline, utilizando los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad. (Koldobsky, Op.Cit.).

Finalmente la relación del TBP con la esquizofrenia fue estudiada en muchos trabajos, pero se encontró muy poco sustento para esa relación, ya que no se observa que el Trastorno Borderline tengan diagnóstico de esquizofrenia en el Eje I (destinado a reconocer los cuadros nosológicos en el sistema multiaxial) del DSM-III, ni trastorno esquizotípico del Eje II (destinado a reconocer los trastornos del desarrollo y de la personalidad). Observando a los Borderline evolutivamente, en lapsos de 4 a 7 años, ninguno desarrolla esquizofrenia, por lo tanto el bajo puntaje que presentan en cuanto al éxito en sus actuaciones sociales o profesionales se debería al trastorno de la personalidad y a los trastornos afectivos, más que a síntomas de deterioro esquizofrénico.

Así que al definir este trastorno por medio de los criterios diagnósticos del DSM-III, quedan eliminados los pacientes esquizotípicos, por que esa descripción no es representativa de una esquizofrenia borderline.

Autores psicoanalíticos han elaborado un grupo de criterios que han sido precursores de las definiciones del Borderline como un subgrupo de trastornos de la personalidad. Estos conceptos sirvieron para su posterior incorporación en el DSM-III. (Koldobsky, Op.Cit.).

Al describir la existencia de una relación del TBP y la esquizofrenia podríamos identificar un ligera similitud con sus comportamientos, sin perder de vista que el cuadro borderline nos indica otros síntomas que los define como tal y no como esquizofrénicos, solo hay que tener en cuenta que por existir en este trastorno de personalidad una combinación de diferentes patologías a nivel mental, su diagnostico se vuelve difícil, lo que nos lleva averiguar como es estructurado dicho diagnostico y así no caer en el error de solo etiquetar como caso difícil.

CAPITULO 4.

DIAGNOSTICO DEL TBP

Hace más de dos décadas desde que se codificó por primera vez un criterio confiable para realizar el diagnóstico del TB, la primera codificación surge con la aparición del DSM III en 1980. A partir de esto, un gran número de estudios ha manifestado la validez del trastorno límite (TLP) o borderline de la personalidad (TBP) y lo reconocen como un trastorno muy grave y en ocasiones seriamente discapacitante. (Plakun; 1994).

El TBP es un trastorno que provoca graves secuelas emocionales y conductuales a largo plazo, lo que obliga a realizar un diagnóstico confiable para orientar un adecuado tratamiento.

Dentro de los Trastornos de Personalidad, el trastorno borderline (TB) es el más prevalente en poblaciones clínicas, sin embargo presenta dificultades diagnósticas, en parte debidas a su propia heterogeneidad y una elevada comorbilidad con otros trastornos, tanto en el Eje II (TP) como en el Eje I (Síndromes psiquiátricos) del DSM. Por lo que con frecuencia sea considerada una identidad incorrectamente definida o pobremente diagnosticadas. De hecho para muchos clínicos sigue constituyendo un “cajón de sastre” donde incluir a pacientes difíciles de clasificar en otras categorías o que presentan resistencia a los tratamientos. (Koldobsky, Op.Cit.).

El Diagnóstico por si solo no se crea, la colaboración de los manuales psiquiátricos han dado un gran soporte a los avances para su elaboración.

4.1 DIAGNOSTICO DEL DSM

Cuando se estaba integrado el DSM-III (1980), el concepto limítrofe se empleaba de dos formas distintas. Una se relacionaba a los postulados de Kernberg y Gunderson que constaba de un patrón de inestabilidad y vulnerabilidad, y la segunda, tenía compatibilidad con Wender, Kary y Rosenthal, que incluía

características referidas con la esquizofrenia. Sin embargo se acordó incluir los dos enfoques dentro del DSM-III (1980). Al primero se le asignó el nombre de trastorno límite, y al segundo, el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Se define al trastorno Límite como un “modelo generalizado de inestabilidad en el estado de ánimo, en las relaciones interpersonales y en la auto imagen”.

Para hacer el diagnóstico es preciso demostrar que cinco de los ocho criterios que describe, son características incluyen:

- 1) las relaciones interpersonales inestables e intensas.
- 2) una impulsividad peligrosa para el sujeto.
- 3) inestabilidad afectiva.
- 4) ira inapropiada e intensa o falta de control de este impulso.
- 5) amenazas conductas suicidas o automutilantes.
- 6) trastorno de la identidad.
- 7) sentimiento de vacío o aburrimiento.
- 8) esfuerzos por evitar el abandono real o imaginario.

Esta descripción parece estar de acuerdo con el uso que en general se le da hoy al término dentro del campo psiquiátrico y psicológico, aunque entre sus criterios, no menciona la vulnerabilidad que presentan estos pacientes ante episodios psicóticos breves o frente a pensamientos desorganizados.

Otro aspecto sin mencionar es la importancia de los Mecanismos de Defensa Primitivos dentro del funcionamiento de los Borderline, señalado por Kernberg, quizás no incluidos por la dificultad que hay para incluirlos de manera confiable dentro de una lista de síntomas.

Tampoco se incluye el alto grado de socialización, ni el bajo nivel de logros, que en opinión de Gunderson, caracterizan a estos pacientes. Sin embargo se hace énfasis a las alteraciones del afecto, que podrían explicar el traslape con los trastornos afectivos. (Goldstein, 1991)

La descripción del DSM se relaciona visiblemente con la personalidad infantil, la cual presenta un funcionamiento más inmaduro a nivel de una organización limítrofe.

En distintas investigaciones se encontraron que los rasgos más específicos del trastorno limítrofe son: episodios psicóticos breves en condiciones de estrés, y la propensión a caer en estados de regresivos, al separarse de las figuras de apego, por lo que la importancia de este rasgo se hizo evidente al quedar incluido como primer criterio no diagnóstico del DSM-IV (1994).

Dado que la descripción dice: “la percepción de un rechazo o separación inminente o la pérdida de estructura externa, puede llevar a profundos cambios en la autoimagen, el afecto, la cognición y la conducta”. Otras modificaciones incluidas en la definición son “una marcada impulsividad”; “una reactividad del estado de ánimo”, se enfatizan los sentimientos de “vacío” y se elimina el “aburrimiento”; y se agrega un noveno criterio relacionado con la “ideación paranoide y los síntomas disociativos” en situaciones de estrés o abandono.

Un dato importante que se incluye en la cuarta edición, establece, que el trastorno limítrofe se diagnostica predominantemente entre las mujeres (75%); su prevalencia se estima en un 2% de la población general; 10% en la consulta externa y 20% entre los pacientes hospitalizados. Por lo que el DSM tiene el gran mérito de haber sido la primera nomenclatura oficial en incluir el trastorno limítrofe aumentando así la confiabilidad y la precisión en su diagnóstico. (Cristina , 2000)

Posteriormente La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su 10ª edición (CIE-10) refiere al trastorno limítrofe y señala que después de ciertas dudas anteriores, se incluyó finalmente una breve descripción del trastorno limítrofe de la personalidad como una subcategoría del trastorno de inestabilidad emocional, en el cual existen arrebatos de ira y actitudes violentas ante las críticas y las frustraciones.

El CIE-10 distingue dos variantes: 1) el tipo impulsivo, cuyas características predominantes son la inestabilidad emocional y ausencia de control de las acciones. 2) el tipo limítrofe también presenta una confusión de la imagen de sí mismo, de los objetivos y de las preferencias; relaciones intensas, inestables, crisis emocionales y amenazas suicidas o actos auto agresivos. (CIE-10, 1992)

Como consecuencia de la poca asertividad en la elaboración del diagnóstico para el Trastorno Borderline, así como la confusión y diversidad en la que los autores han caído para poder concretar los lineamientos necesarios que identifica ha tal patología, nos sigue llevando a la razón de la creación de este trabajo, por lo que es necesario seguir descubriendo las nuevas aportaciones de los interesados en este tema, así como la gran ayuda que se ha obtenido del DSM III –IV, los cuales se han ocupado en concretar los rasgos básicos de su descripción.

4.2 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TBP EN EL DSMIV

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 comienzan 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 imaginado.

Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se reconocen en el Criterio 5

(2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación

(3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo 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 del Criterio 5.

- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
- (6) inestabilidad afectiva debida 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

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con un trastorno límite de la personalidad realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado (Criterio 1). La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento.

Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (p. ej., reacción de desesperación brusca cuando el clínico les anuncia el final de su tiempo de visita, angustia o enfurecimiento cuando alguien importante para ellos se retrasa aunque sea sólo unos minutos o cuando tiene que cancelar su cita). Pueden creer que este «abandono» implica el ser «malos». Estos temores a ser abandonados están relacionados con la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados de otras personas.

Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como los comportamientos de auto mutilación o suicidas, que se describen separadamente en el Criterio 5.

Los individuos con un trastorno límite de la personalidad presentan un patrón de relaciones inestables e intensas (Criterio 2). Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. Sin embargo, cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no «están» lo suficiente.

Estos sujetos pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero sólo con la expectativa de que la otra persona «esté allí» para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas. Son propensos asimismo a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con alguna de las personas que se ocupa de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo (Criterio 3). Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades. Estos sujetos pueden cambiar bruscamente desde el papel de suplicar la necesidad de ayuda hasta el de vengador justiciero de una afrenta ya pasada. Si bien lo habitual es que su autoimagen esté basada en ser perverso o desgraciado, a veces los

individuos con este trastorno tienen también el sentimiento de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el sujeto percibe una falta de relaciones significativas, de ayuda y de apoyo. Estos sujetos pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar.

Las personas con este trastorno demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos (Criterio 4). Pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación (Criterio 5). El suicidio consumado se observa en un 8-10 % de estos sujetos y los actos de automutilación (cortarse o quemarse) y las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes. El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad.

La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden presentar una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que normalmente dura sólo unas horas y que es raro que llegue a persistir durante días) (Criterio 6). El estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con un trastorno límite de la

personalidad suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de estos individuos al estrés interpersonal.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío (Criterio 7). Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer.

Es frecuente que los sujetos con trastorno límite de la personalidad expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira (Criterio 8). Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Frecuentemente, la ira es desencadenada cuando consideran a una de las personas que se ocupa de ellos o a un amante negligente, represor, despreocupado o que le abandona. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos.

Durante períodos de estrés extremo, se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización) (Criterio 9), pero generalmente éstos son de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional. Lo más habitual es que estos episodios ocurran como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser pasajeros y duran entre minutos y horas. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producirse la remisión de los síntomas.

Es importante tener la descripción de dicho manual para la formación del diagnóstico, así como la información del CIE-10.

4.3 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TBP EN EL CIE-10

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

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

Incluye:

Personalidad "borderline".

Trastorno "borderline" de la personalidad.

Al diagnosticar se puede considerar dos matices dimensionales que ayudan a entender los TP: a) Variedad de estilos de Personalidad y b) Los niveles del funcionamiento del yo. (Koldobsky, Op.Cit.)

Tanto la información del DSM IV como del CIE-10, son de gran ayuda para la exploración y descripción de los síntomas borderline, así como la de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), que incluye los ajustes a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE), con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas.

4.4 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA GUÍA LATINOAMERICANA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO (GLADP)

F60-F69 Trastornos de la Personalidad y del comportamiento en adultos.

F60.31 Tipo Limítrofe (“Borderline”)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados para

F60.30, 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 (incluye las presencias 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 crónicos de vacío.

Anotación Latinoamericana

Por lo común de su uso en ambientes clínicos y por la frecuencia con que características de un subtipo y del otro coinciden en el mismo paciente, la GLADP acepta que aquellos clínicos que así lo prefieran utilice el término F60.31, Trastorno limítrofe (“Borderline”) de la personalidad, para designar a esta categoría de 4 caracteres, sin hacer distinción del subtipo de 5º carácter. Este trastorno de personalidad se observa frecuentemente en personas que presentan asociados otros trastornos de personalidad. También se observa con frecuencia en personas que presentan asociados con otros trastornos mentales y del comportamiento, tales como del humor (afectivos) (F30-F39), por uso de sustancias psicoactivas (F10-F19), de la ingestión de alimentos (F50), por estrés postraumático (F43.1) e hipercinéticos (F90).

Gracias a la colaboración de los Manuales DSM IV, CIE-10, y la guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP), podemos tener una rápida e indicada revisión de lo que un Borderline deberá de manifestar, a un que para llegar a estos criterios de manera fácil, se debe revisar, el Diagnóstico Diferencial.

4.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es elemental hacer una distinción entre las características de los Trastornos que se agrupan en el Eje I y los trastornos de personalidad del Eje II. Los Trastornos de Personalidad no siempre son apreciados como Trastornos Mentales “verdaderos”, ya que algunos autores sostienen que la transición entre Normalidad y Trastorno de Personalidad es un problema explícito y por eso cuestionan la necesidad de distinguir entre dos ejes (DSM-III, 1980). Este criterio puede conducir, a que su diagnóstico sea poco acertado entre los clínicos orientados a la psicoterapia: “estos diagnósticos son difíciles de tratar” (Gunderson, 1981).

El diagnóstico de los Trastornos de Personalidad no es fácil y está influido usualmente por los aspectos del Eje I; Existiendo un problema de comorbilidad no solo entre el Eje I, sino del Eje II (Bellak, 1993). Por lo que esta comorbilidad o asociación de cuadros asigna un correlato diagnóstico diferencial, y el TBP tiene límites difusos con muchos otros diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo identificar el TBP es muy importante e ignorarlo implicaría a problemas clínicos variados.

a) Consolida los intereses del paciente y el clínico acerca de la alianza para el tratamiento.

b) El diagnóstico Borderline establece las bases del desarrollo de la alianza para el tratamiento.

c) Prepara al clínico para su tarea posterior.

Cuando se analiza el Eje II , el primer paso es hacer el diagnóstico diferencial entre los Trastornos de Personalidad del grupo B, dado que existen diferentes porcentajes en la coincidencia del TBP y otros diagnósticos. (Koldobsky, Op.Cit)

Es muy frecuente que el diagnóstico borderline no aparezca solo, sino ligado a uno o más trastornos del eje I :

1. Trastornos del estado de ánimo
2. Trastorno por estrés postraumático
3. Trastornos de pánico y ansiedad
4. Abuso de sustancias
5. Trastornos de la alimentación
6. Trastorno obsesivo-Compulsivo
7. Trastorno por déficit de atención

Si otros trastornos de personalidad como (esquizotípico, histriónico, dependiente...); aparecen en conjunto con el Borderline, estos deberán ser diagnosticados en conjunto, si se cumplen los criterios necesarios, pero en otros casos se deberá hacer un buen diagnóstico diferencial con respecto a los trastornos más parecidos.

Es fundamental conocer el diagnóstico diferencial principalmente en esta entidad ya que puede ser confundida por diversos trastornos, que conciernen a dicha patología en cuanto sus síntomas y puede llegar a tener repercusiones en el dictamen final del paciente, y consecuencias que lleven a un mal tratamiento y un incorrecto reconocimiento ante la sociedad. Por lo cual es vital tener en cuenta los criterios apropiados para la elaboración de un diagnóstico exacto.

CAPITULO 5.

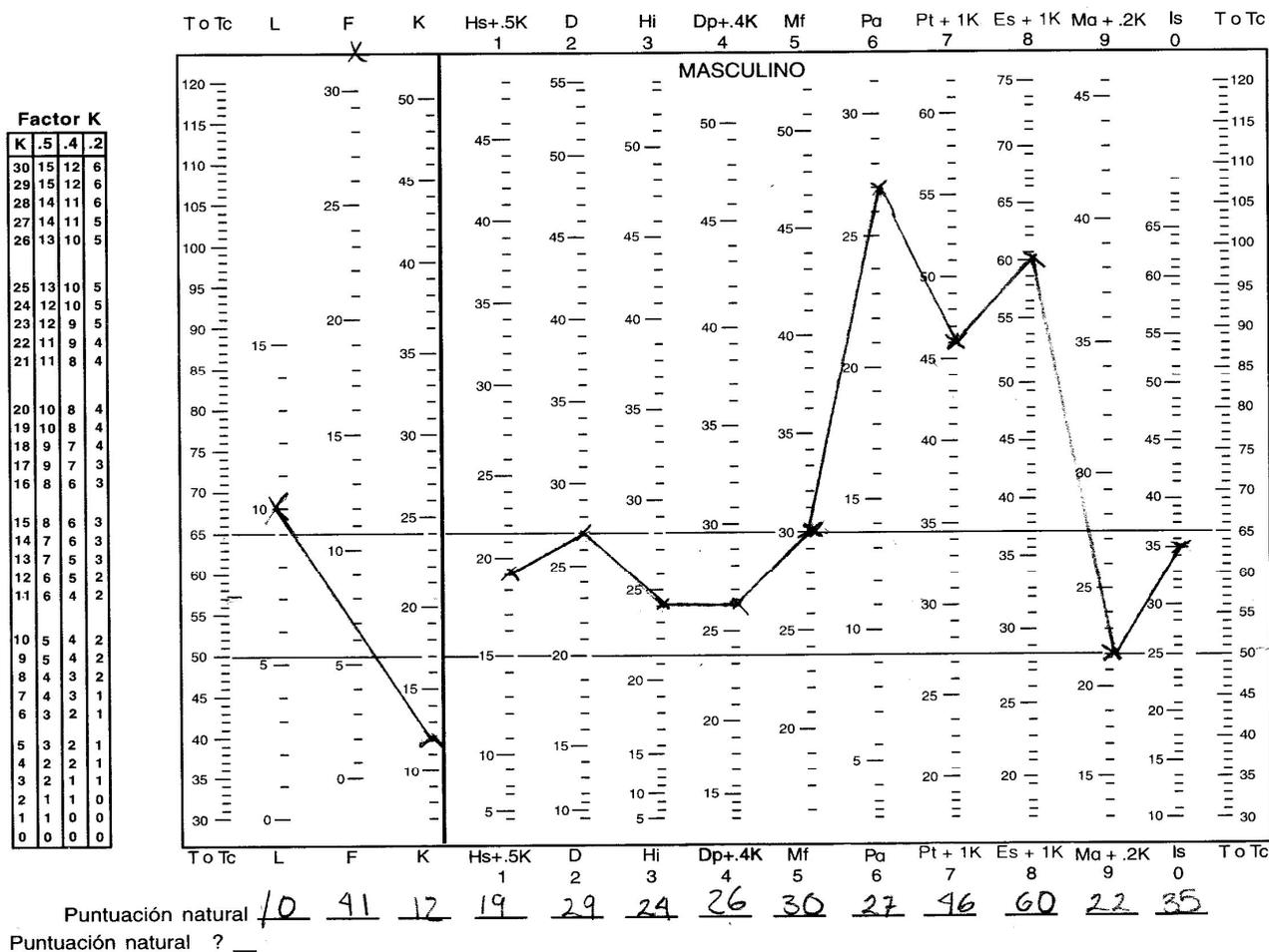
PROPUESTA PARA EL DIAGNOSTICO DEL TBP

La propuesta estará basada en la información obtenida de los diferentes investigadores sobre este gran retó clínico, que es difícil de interpretar en el sujeto, por lo cual la importancia de organizar esta abreviada información, es obtener un resumido y acertado diagnóstico.

Será importante localizar los síntomas comunes, así como las definiciones de acuerdo a estos mismos. De igual manera será de mucho apoyo el manejo de cuestionamientos con en el objetivo de identificar en que realidad se encuentra el sujeto, igualmente es preciso saber acerca del nivel de Trastorno de Personalidad con el que se le identifica. Podrá emplearse una batería de pruebas, que nos indiquen diferentes áreas que constituyen al sujeto, como inteligencia, personalidad, etc. Sin embargo hay que tener en cuenta, el proceso de observación y escucha hacia el paciente, ya que esto nos proporcionará múltiples datos sobre su pensamiento y estado mental.

Lo adecuado sería realizar pruebas: Se requerirá de el uso de un **Test de personalidad, como el MMPI-2** ya que esta prueba esta diseñada para evaluar un número importante de tipos de personalidad y de Trastornos Emocionales, describiendo de manera textual las siguientes características: Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Personalidad Psicopática, Masculinidad-Feminidad, Paranoia, Obsesivo-Compulsivo, Esquizofrenia, Manía, Introversión Social, Ansiedad, Represión, Fuerza Del Yo, Alcoholismo, Hostilidad Reprimida, Dominancia, Responsabilidad Social, Desajuste Profesional, Estrés Postraumático, Estrés Postraumático, Timidez/Perturbación, Evasión Social, Alienación Del Yo Y De Los Demás, Miedos, Obsesividad, Depresión, Preocupación Por La Salud, Pensamiento Delirante, Enojo, Cinismo, Prácticas Antisociales, Persona Tipo A, Baja Autoestima, Incomodidad Social Problemas Familiares, Dificultad En El Trabajo, Rechazo al Tratamiento.

Para poder tener de forma más clara, como es que un sujeto podría presentar síntomas cercanos al Trastorno Borderline, daremos un ejemplo de esto, de acuerdo a la prueba de MMPI-2 conocida también como Minnesota-2, que afortunadamente tiene una adaptación al español, para un mejor uso en Latinoamérica.



Datos extraídos de www.paginasprodiq.com/psicoestrategia/celia/mmpi2.htm

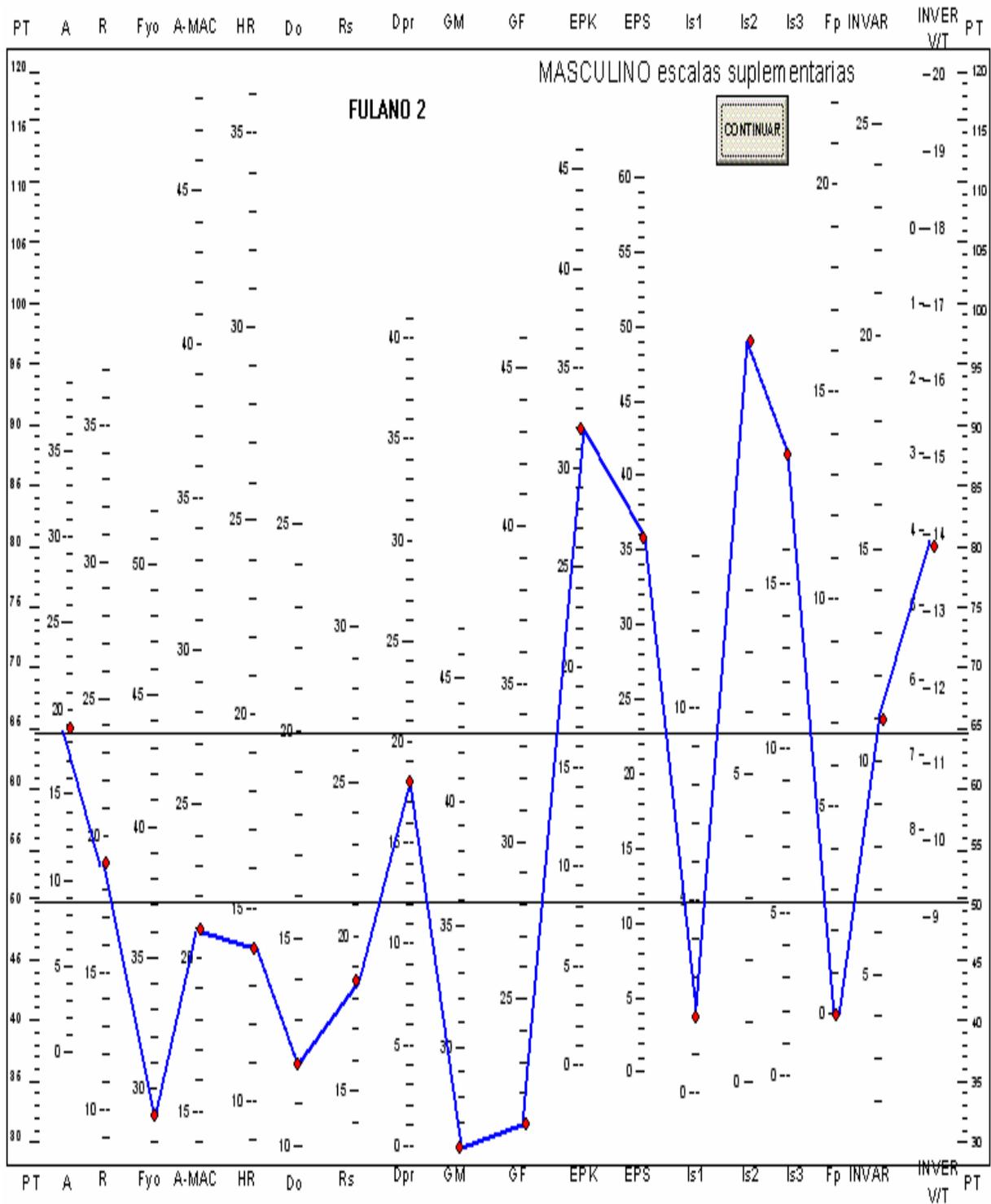


Tabla extraída de www.paginasprodiqy.com/psicoestrategia/celia/mmpi2.htm

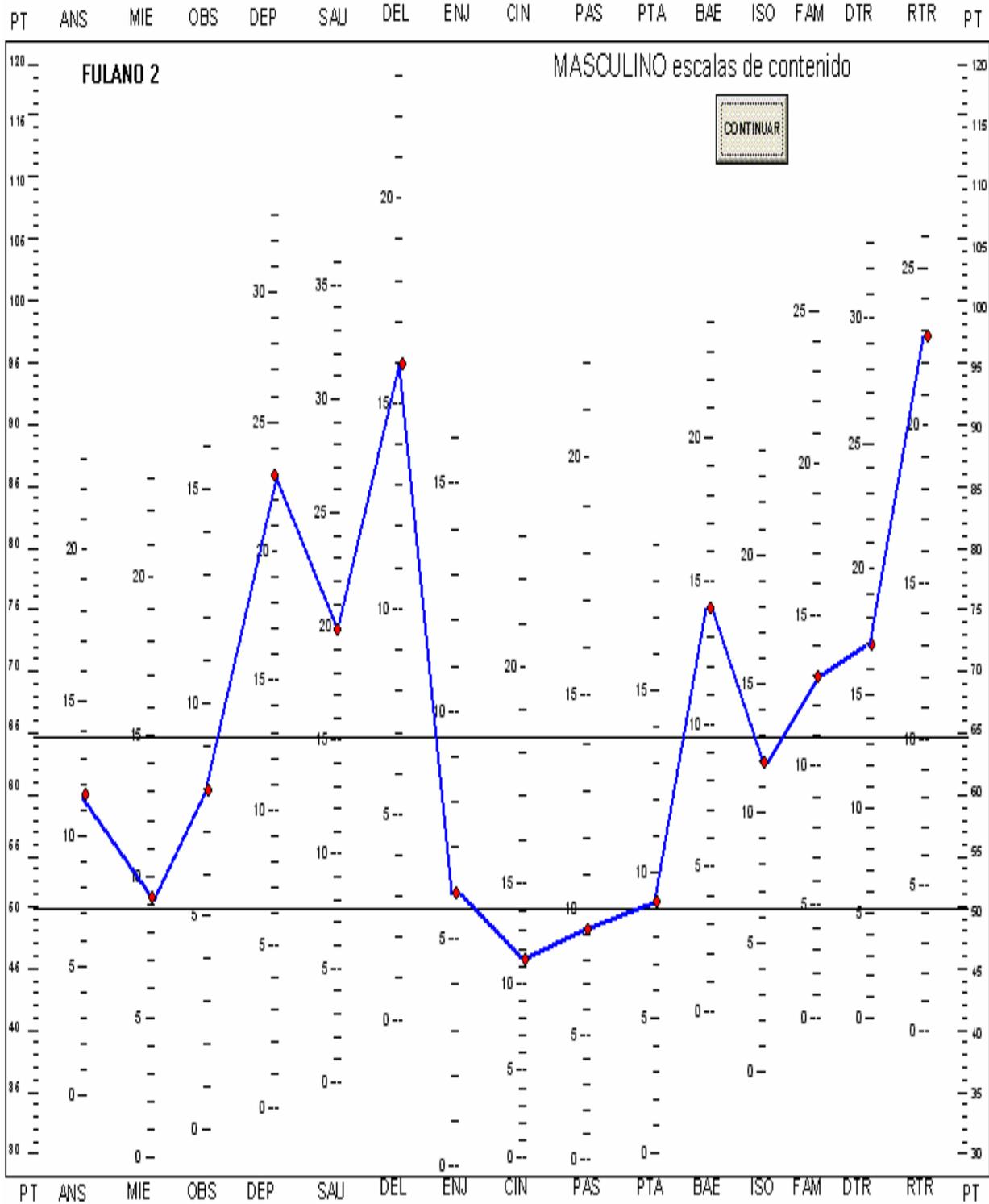


Tabla extraída de www.paginasprodigy.com/psicoestrategia/celia/mmpi2.htm

Reporte MMPI de: FULANO 2 es el siguiente:

ESCALA L: El inventario es probablemente válido. Defensividad marcada, persona muy convencional y conformista. El sujeto puede ser moralista o rígido. ESCALA F: El perfil es probablemente inválido. Respuestas al azar, errores de calificación, dislexia grave. Poco cooperativo, finge síntomas equivocados, habilidad de lectura limitada, resistencia a la prueba. ESCALA K: Defensividad marcada, se finge estar bien, se responde a todo falso, cauteloso en situaciones relacionadas con su trabajo. Sujeto tímido, inhibido, falta de involucramiento emocional, se utiliza la negación. Falta de introspección. ESCALA 1 (Hs): Se pueden presentar desórdenes orgánicos específicos, el sujeto puede ser quejumbroso, irritable, llorar fácilmente o ser inmaduro. La persona puede tener excesivo interés o preocupaciones por la salud personal, las dietas, el peso y el funcionamiento corporal medio. ESCALA 2 (D): Se puede presentar en personas retraídas, cautelosas y distantes de los demás. Puede indicar también tristeza, falta de energía, incapacidad para concentrarse, así como molestias físicas e insomnio, puede implicar además poca confianza en sí mismo, sentimientos de inadecuación y tendencia a autorreprocharse constantemente. El sujeto puede estar angustiado, además de sentirse miserable y desdichado. ESCALA 3 (Hi): Se da en individuos centrados en sí mismos y superficiales, con cierta inmadurez y tendencia a manipular a los demás. El sujeto puede ser convencional y moralista, puede implicar necesidad de ser querido e inseguridad. Se presenta en personas extravertidas y expresivas. ESCALA 4 (Dp): Puede tratarse de una persona impulsiva y aventurera, en cierta medida hedonista. El sujeto puede ser resentido, poco confiable e impaciente. Por otra parte puede tratarse de un individuo sociable, confiando en sí mismo, que expresa claramente sus opiniones y sentimientos, puede ser una persona imaginativa creativa. ESCALA 5 (Mf-Hombre): Sujeto autocontrolado con sentido común, expresivo y demostrativo, con intereses estéticos. Muestra sensibilidad en las relaciones interpersonales. ESCALA 6 (Pa): Puede indicar alteración del pensamiento, creencias equivocadas. Ideas de referencia.

El sujeto puede ser vengativo y preocupado. La persona puede actuar con base en delirios o fantasías. ESCALA 7 (Pt): Puede indicar un sujeto meditativo, rituales rígidos, la persona puede estar perturbada o presentar fobias basadas en ideas supersticiosas. El sujeto puede ser temeroso o presentar sentimientos de culpa. Puede presentarse en individuos angustiados y depresivos. ESCALA 8 (Es): Puede indicar alteraciones del pensamiento y conductas excéntricas, se puede tratar de un sujeto aislado socialmente. El contacto con la realidad puede ser pobre y manifestarse tendencias delirantes, puede darse en personas que presentan alucinaciones y autismo. ESCALA 9 (Ma): Puede tratarse de un sujeto sociable y amigable, se presenta en personas responsables y realistas. Individuos entusiastas y equilibrados. ESCALA 0 (Si): Puede tratarse de individuos introvertidos, tímidos y cautelosos. La persona puede ser irritable y malhumorada, con poca confianza en sí misma. El sujeto puede ser sumiso o rígido. ANSIEDAD: Tiende a ser inhibido, con un control exagerado de sus impulsos. Estas persona son además incapaces de tomas decisiones, inseguras y sumisas. Por otra parte son perturbadas fácilmente en situaciones sociales. REPRESIÓN: Sin comentarios. FUERZA DEL YO: Tiende a manifestar inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente. Puede tener además un pobre concepto de sí mismos y dificultades para adaptarse ante situaciones problemáticas. ALCOHOLISMO: Ausencia de problema de abuso de sustancias. Tiende a mostrarse introvertido, tímido y con poca confianza en sí mismo. HOSTILIDAD REPRIMIDA: Tolera la frustración sin desquitarse. DOMINANCIA: Tiende a ser sumisa, poco enérgica y fácilmente se dejan sugerir por otros individuos. Además, carecen de confianza en sí mismas y sienten que manejan sus problemas inadecuadamente. RESPONSABILIDAD SOCIAL: No pueden verse a sí mismas, ni ser percibidas por otras, como dispuestas a aceptar las consecuencias de su propio comportamiento. Estas últimas son personas carentes de responsabilidad, poco dignas de confianza, además, faltas de integridad y con un pobre sentido de responsabilidad para con el grupo. DESAJUSTE PROFESIONAL: Sin comentarios.

GENERO MASCULINO: Persona con poca confianza en sí mismo. GENERO FEMENINO: Sin comentarios. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: Sufre de este desorden emocional, está presente el desorden de estrés posttraumático. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: Presenta desórdenes posttraumáticos. TIMIDEZ/PERTURBACIÓN: Sin comentarios. EVASIÓN SOCIAL: Indica disgusto y repudio a las actividades en grupo y al estar en multitudes, por lo que estos sujetos evitan el contacto con otras personas. ALIENACIÓN DEL YO Y DE LOS DEMÁS: Esta escala indica baja autoestima y poca confianza autocrítica, cuestionamiento del juicio propio y sentimientos de incapacidad para determinar el propio destino. Reflejan nerviosismo, temores e indecisión, indican desconfianza con respecto a los demás. ESCALAS SUPLEMENTARIAS: El perfil de escalas suplementarias es probablemente inválido. Respuestas al azar, errores de calificación, dislexia grave. Poco cooperativo, finge síntomas equivocados, habilidad de lectura limitada, resistencia a la prueba. Inconsistencia en las respuestas variables (INVAR). Ha contestado el inventario de manera indiscriminada y el perfil CARECE DE VALIDEZ. Inconsistencia en las respuestas verdaderas (INVER). Ha contestado el inventario de manera indiscriminada y el perfil CARECE DE VALIDEZ. ANSIEDAD: Presenta síntomas generales de ansiedad que incluyen tensión y problemas somáticos, indica además dificultades para dormir, tendencia a preocuparse en exceso y falta de concentración. Parece estar conscientes de estos síntomas y problemas, por lo que los admiten abiertamente. MIEDOS: Pudiera indicar que se trata de un individuo con muchos temores específicos. Éstos incluyen el temor a ver sangre, a estar en lugares altos, a perder el dinero o el hogar. Puede indicar además, temores a los animales como serpientes, ratones o arañas. El contenido de los reactivos de esta escala se refiere también a miedo a fenómenos naturales como el agua, el fuego, tormentas y desastres. Se incluye de igual modo el miedo a la oscuridad, a sentirse enclaustrado y a la suciedad. OBSESIVIDAD: Se preocupa excesivamente y, con frecuencia, se sienten abrumados por sus propios pensamientos. DEPRESIÓN: Presenta pensamientos depresivos significativos. Indican también sentimientos de tristeza, incertidumbre sobre el futuro y

desinterés en la vida. PREOCUPACIÓN POR LA SALUD: Muestran muchos síntomas físicos en relación con las diversas funciones corporales. Estos individuos se preocupan por su salud y se sienten más enfermos que la mayoría de las personas. PENSAMIENTO DELIRANTE: Se caracterizan por procesos de pensamiento psicótico. Estas personas pueden mostrar alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias y pueden reconocer que sus pensamientos son extraños y peculiares. Pueden presentar también, ideación paranoide (como la creencia de que están conspirando en su contra o que alguien está tratando de envenenarlos). Estos individuos pueden sentir que tienen una misión especial que cumplir en la vida o poderes especiales. ENOJO: Pueden tener problemas para controlar el enojo. Estos individuos muestran ser irritables, gruñones, impacientes, además de arrebatados y obstinados. Algunas veces muestran deseos de maldecir o destrozar cosas. Pueden perder el control y agredir físicamente a las personas, o destruir objetos. CINISMO: Sin comentarios. PRÁCTICAS ANTISOCIALES: Sin comentarios. PERS. TIPO A: Puede presentar algunas de estas características: apresurados y orientados al trabajo, puede ser también que con frecuencia se impacienten y sean tan irritables como fastidiosos. A estos sujetos tampoco les gusta esperar o ser interrumpidos. Para ellos jamás hay tiempo suficiente en un día para realizar sus tareas. Son directos y pueden ser dominantes en sus relaciones con otros. BAJA AUTOESTIMA: Caracterizan a individuos con una pobre opinión de sí mismos. No creen simpatizarles a otros ni ser importantes. Estos sujetos pueden mantener muchas actitudes negativas acerca de sí mismos, incluyendo pensamientos como que ellos no son atractivos, que son torpes e inútiles, además de ser una carga para los demás. Evidentemente carecen de confianza en sí mismos y encuentran difícil aceptar elogios. Pueden sentirse abrumados por todas las fallas que ven en sí mismos. INCOMODIDAD SOCIAL: Pudiera tratarse de individuos que se sienten muy inquietos en torno a otros, por lo que prefieren estar solos. Cuando se encuentran en situaciones sociales, probablemente tomen asiento solos en lugar de unirse al grupo. Se ven a sí mismos como personas tímidas y no les gustan las fiestas, ni otros eventos

grupales. **PROBLEMAS FAMILIARES:** Estos individuos describen sus familias como carentes de amor, peleonas y desagradables. Pueden hasta aborrecer a algunos miembros de su familia. Es posible que estas personas además describan maltratos en su infancia y consideren infelices y carentes de afecto sus matrimonios. **DIFICULTAD EN EL TRABAJO:** Indica conductas o actitudes que probablemente contribuyan a un desempeño pobre en el trabajo. Algunos de los problemas se relacionan con una pobre confianza en sí mismo, dificultades para concentrarse, obsesividad, tensión y presión, además de dificultades en relación con la toma de decisiones. **RECHAZO AL TRATAMIENTO:** Es una persona con actitud negativa hacia los médicos y el tratamiento relacionado con la salud mental. No creen que alguien pueda entenderlos o ayudarlos. Tienen problemas ya que no se sienten cómodos discutiendo con alguien. Pueden desear no cambiar nada en sus vidas, ni sentir que el cambio sea posible. Por otro lado, estas personas prefieren darse por vencidas que enfrentarse a las crisis o dificultades.

Los valores de cada escala son los siguientes: **L: 10, T=78 F: 41, T=0 K: 12, T=43 Hs: 19, T=66 D: 29, T=72 Hi: 24, T=57 Dp: 26, T=57 Mf: 30, T=58 Pa: 27, T=112 Pt: 46, T=91 Es: 60, T=108 Ma: 22, T=53 Si: 35, T=61 ANSIEDAD: 19, T=63 REPRESIÓN: 19, T=58 Fyo: 29, T=31 A-MAC: 21, T=48 HR: 14, T=55 DDO: 12, T=34 Rs: 18, T=45 Dpr: 18, T=60 GM: 25, T=0 GF: 21, T=37 EPK: 32, T=90 EPS: 36, T=82 Is1: 2, T=42 Is2: 12, T=0 Is3: 19, T=0 Fp: 24, T=0 INVAR: 11, T=65 INVER: 14, T=84 ANS: 11, T=62 MIE: 9, T=67 OBS: 8, T=59 DEP: 23, T=83 SAU: 20, T=81 DEL: 16, T=98 ENJ: 6, T=50 CIN: 11, T=51 PAS: 9, T=51 PTA: 9, T=50 BAE: 14, T=75 ISO: 12, T=58 FAM: 13, T=71 DTR: 17, T=68 RTR: 23, T=96.**

(Tomado de www.paginasprodigy.com/psicoestrategia/celia/mmpi2.htm)

Posteriormente se pretenderá explorar otra área con el **Test de inteligencia RAVEN** el cual es un instrumento que mide la capacidad intelectual de acuerdo a comparar formas, ya que el sujeto utiliza habilidades preceptuales, de observación y razonamiento analógico para deducir el faltante en la matriz, independientemente de los conocimientos adquiridos.

Este nos revelara en que nivel de inteligencia se encuentra dicho paciente, ya que será de suma importancia, por que es uno de los datos mas primordiales para ubicar a un sujeto en el diagnostico de Borderline. Un inconveniente con el que se enfrentan los pacientes, en el momento de realizar esta prueba es la deformación de su entorno convirtiéndolo en una experiencia frustrante la cual les provoca, obsesiones, fantasía y pensamientos en contra de ellos por la persona que le aplica la prueba, llevándolos a una ejecución errónea y equivocaciones constantes, tendiendo como resultado un CI bajo mas que por una deficiencia intelectual, por un estado alterado en el transcurso de sus respuestas, generado por la percepción de su mundo exterior. Un sujeto con probabilidad a dicho Trastorno, nos daría como Indicadores:

TABLA DE DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD INTELECTUAL

PUNTAJE	NORMA	PERCENTIL	RANGO	DIAGNÓSTICO
Igual o superior a	P. 95	95	I	Superior
	P. 90	90	II	Superior al término medio
	P. 75	75	II	
Superior a	P. 50	50	III	Término medio
Igual a	P. 50	50	III	
Inferior a	P. 50	50	III	
Igual o menor a	P. 25	25	IV	Inferior al término medio
	P. 10	10	IV	
	P. 5	5	V	Deficiente

En Percentil de: 10, 25 y 50; un Puntaje con un Percentil de 50: Superior a, Igual a e Inferior a, un Puntaje con un Percentil de 10 y 25: Igual o menor a; Rango de III con un Diagnostico de Termino medio, Rango de IV con un Diagnostico Inferior al término medio.

A continuación se completara la etapa de las pruebas con un Test proyectivo que colaborara en la investigación de cómo se percibe así mismo, descubriendo a un Yo mas profundo y que mecanismos de defensa son empleados por él.

Estas pruebas son básicas y muy fáciles de aplicar como efectivas. Dentro de ellas la más utilizada y práctica es el **Test HTP** (por sus siglas en ingles), el cual nos proporcionara datos de referencia muy necesarios.

El Test HTP, nos arrojaría como resultados en un paciente Bordeline, los siguientes indicadores:

House: ambiente restrictivo, inseguridad, aislamiento, descontento, agresión, rigidez, regresión, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata, lucha no realista, fantaseo, frustración, depresión, inseguridad, aflicción extrema, necesidad de apoyo, sentimiento de rechazo, situación en el hogar fuera de control, paranoia, necesidad de seguridad, psicosis, dependencia, necesidad de afecto, poco contacto con la realidad y ambivalencia social.

Tree: ambiente restrictivo, tensión, compensación pequeña, inseguridad, aislamiento, descontento, regresión, rigidez, impulsividad, necesidad de gratificación, lucha no realista, fantaseo, frustración, depresión, inseguridad, necesidad de apoyo, rechazo, inferioridad, paranoia, necesidad de seguridad, pobre orientación de la realidad, manía, suicidio, culpa, psicosis, fantasía, dependencia, trauma, poco contacto con la realidad, pérdida de control e inmadurez.

People: ambiente restrictivo, inseguridad, aislamiento, descontento, regresión, distorsiones, impulsividad, anticipación del futuro, lucha no realista, fantaseo, frustración, depresión, inseguridad, necesidad de apoyo, miedo, inferioridad, necesidad de seguridad, psicosis, agresión, dependencia, culpa, rechazo, desamparo, narcisismo y necesidad de control.

Estos datos proporcionados por el Test nos ayudara a complementar nuestra información del sujeto.

También incluiremos la elaboración de una historia clínica, que nos refiriera las enfermedades que se encuentran dentro de la familia, así como las del propio sujeto, su situación actual, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, incluyendo dentro de un expediente documentos, procedimientos, informaciones (entrevistas).

De igual modo será obligatoria la información proporcionada por la familia o el individuo realizando una anamnesis, la cual nos narrara los procesos por los que el sujeto a pasado a lo largo de su existencia, y nos revelada grandes aspectos de su vida.

En muchas ocasiones la patología aparece disfrazada de otra forma, inclusive de malestares físicos, por lo que las siguientes recomendaciones son importantes:

- Será imprescindible complementar todo lo relacionado con el sujeto.
- Poder identificar síntomas frecuentes.
- Obtener reportes de comportamiento por parte de amigos y familiares.
- Poder establecer un dialogo con el paciente, para identificar ciertos síntomas que se crea que ase acercan al TBP.
- Poder tener un Trabajo multidisciplinario que implique, a medico Psiquiatra, psicólogo; al igual que la ayuda de la familia.

Lo anterior seria una propuesta de cómo poder diagnosticar mas adecuada mente a un paciente Borderline. Siempre cuando no olvidemos, la mecánica del paciente en su medio y mundo interno.

Esto nos llevara a un mejor trato con el paciente de él con su familia y consigo mismo, lo cual es indispensable para establecer los lineamientos adecuados para tener una favorable propuesta de tratamiento, la cual tendrá como objetivo, que el paciente sufra lo menos posible, la reducción de síntomas que se lleguen a presentar y sobre todo poder evitar los actos suicidas, esto con el propósito de que obtenga una estabilidad de forma continua y una vida mas estable, siempre y cuando el paciente tenga una comprensión total del Trastorno.

A manera de ejemplificar todo lo anterior se presenta un caso el cual nos llevará a comprender un poco más el TBP y lo que el paciente vive y siente, y como es que su patología lo lleva a trata de escapar de una realidad que él mismo no comprende.

5.1 CASO CLINICO

LA DISCOTEQUERA (tomado de DSM-IV-TR. Complemento del libro de casos / First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L. y Williams, J.B)

Diana Millar, de 25 años, asistió a una unidad de tratamiento de larga estancia en un hospital psiquiátrico después de un intento de suicidio. Aislada en su enorme casa de las afueras de la ciudad, con sus padres de vacaciones, deprimida y desesperadamente sola, se preparó un cóctel de diazepam y whisky escocés, se lo bebió y a continuación llamó a su psiquiatra.

Diana había sido una niña tratable con un mediocre rendimiento escolar hasta cumplir los 12 años.

En ese momento su carácter, hasta entonces jovial y animado, cambió de forma drástica: se volvió demandante, hosca y rebelde, oscilando rápidamente de **una euforia desmedida a una crisis de llanto y depresión. (Trastorno Bipolar)**. Se enrolo en una banda de jóvenes “marchoso”, comenzó a mostrar actitudes promiscuas, abuso de la marihuana y de los alucinógenos (Trastorno de Disocial de la conducta), y huyo de casa a los 15 años con un joven de 17. Dos semanas después, tras haber burlado a los investigadores privados que sus padres habían contratado, regresaron a casa. Retomó sus estudios en la escuela, pero volvió a abandonar la actividad académica en su primer año de instituto.

Sus relaciones con los hombres eran tormentosas, llenas de pasión de una ansiedad insoportable y solía emborracharse; bailaba a sus anchas por las mesas de las discotecas, **acababa con hombres extraños y en ocasiones practicaba el sexo con ellos en sus coches. (Trastorno Histriónico)**

Si rechazaba sus peticiones sexuales, a veces la abandonaban en medio de la calle. Después de uno de estos incidentes, **a la edad de 17 años, realizo su primer intento de suicidio, cortándose las venas, lo que motivo su primera hospitalización (Trastorno Depresivo Mayor)**. Tras este primer ingreso, Diana fue remitida a un primer terapeuta para realizar psicoterapia dinámica, de forma

intensiva en dos sesiones semanales, para lo que mostraba escasas aptitudes dedicaba la mayor parte de las sesiones a criticar a su familia, de la pretendía obtener “el 100% de atención”. Llamaba a su terapeuta varias veces al día para contarle una u otra “crisis”.

Durante este largo período de tratamiento ambulatorio inoperante, interrumpido por varias hospitalizaciones breves, Diana mostraba una gran variedad de síntomas. **Tenía miedo incluso de desplazarse sola a la consulta del terapeuta (Agorafobia)(Trastorno Paranoide). Estaba deprimida, con ideación suicida y sentimientos de desesperanza (Síntomas del Trastorno Depresivo mayor).**

Bebía de forma excesiva y llegaba a los 40 mg/ al día de diazepam. Realizaba atracones de comida que luego compensaba con dietas drásticas (Trastornos Alimenticios). Estaba obsesionada con el tema de las calorías y con la necesidad de tener su comida cortada de una forma particular y dispuesta en el plato de un modo determinado (Síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo). Si su madre no cumplía estos requerimientos, Diana reaccionaba con ataques de ira, a veces tan extraños que llegaba a romper la vajilla, teniendo que ser contenida físicamente por su propio padre. (Síntomas del Trastorno Paranoide de la Personalidad)

Diana nunca ha trabajado, excepto unos pocos meses como recepcionista en la empresa de su padre. **Nunca se ha planteado que es lo quiere hacer en la vida, parte de vivir con un “hombre romántico. Nunca ha tenido amigas, y su única fuente de cariño es su perro ”(Síntomas del Trastorno Antisocial de la personalidad).** A menudo suele sentirse “devorada” por el aburrimiento.

Los esfuerzos de su terapeuta para que fijara sus límites en su vida apenas tuvieron resultado. Rechazó a asistir a alcohólicos anónimos o acudir a un programa de día o a un centro de rehabilitación vocacional, ya **que pensaba que ella estaba “por encima” (Síntomas del Trastorno Narcisista de la personalidad) de estas cosas.**

En cambio languidecía en su casa y mostraba cada vez mas depresión y agorafobia (Trastorno Depresivo Mayor), llegando a los 80 mg/ al día de diazepam. Fue otro intento grave lo que desemboco en su actual (séptimo) ingreso psiquiátrico.

Este caso nos muestra la aparición de diferentes síntomas de otros trastornos de la personalidad que se reflejan en un mismo sujeto, los cuales deben tomarse en cuenta y encontrar los más frecuentes para poder diagnosticar un Trastorno principal.

El caso hace referencia a cinco de los síntomas característicos del TBP: Relaciones interpersonales inestables e intensas, Discusiones violentas sugieren una alteración entre polos tan extremos como la idealización y la devaluación, tiene una alteración de su propia identidad (falta de objetivos en la vida), Conductas impulsivos en diversas áreas (sexo, abuso de sustancias, alimentación), conductas suicidas recurrente, inestabilidad afectiva (cambios de humor súbitos), ira intensa inapropiada, y sentimientos crónicos de vacío por el aburrimiento.

A continuación presentaremos un cuadro que describe los síntomas de la paciente Diana y como son sus manifestaciones en las acciones y comportamientos que presenta.

SÍNTOMAS QUE PRESENTA LA PACIENTE EN EL CASO CLINICO “LA DISCOTEQUERA”	
ESTADO ANIMICO INESTABLE CAMBIOS DE CARACTER	Oscilando rápidamente de una euforia desmedida a una crisis de llanto y depresión.
CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS	Su primer intento de suicidio, fue cortándose las venas. Se preparó un cóctel de diazepam y whisky escocés, se lo bebió. Ideación suicida
DESORDENES ALIMENTICIOS	Realizaba atracones de comida que luego compensaba con dietas drásticas.
COMPORTAMIENTOS SEXUALES ANORMALES PROBLEMAS DE IDENTIDAD	Comenzó a mostrar actitudes promiscuas. Sus relaciones con los hombres eran tormentosas, llenas de pasión de una ansiedad insoportable en ocasiones practicaba el sexo con ellos en sus coches.
ABUSO DE SUSTANCIAS	Abuso de la marihuana y de los alucinógenos. Bebía de forma excesiva Consumo de Diazepam
PESIMISMO TENDENCIA AL CUENTO	Al asistir a los centros de ayuda, solo criticaba a su familia.
SENTIMIENTOS DE VACIO O ABURRIMIENTO DEPRESIÓN SENSIBILIDAD	Estaba deprimida con sentimientos de desesperanza. A menudo suele sentirse “devorada” por el aburrimiento. Mostraba cada vez mas depresión.
AISLAMIENTO SOCIAL	Nunca ha tenido amigas, y su única fuente de cariño es su perro.
IRRITABILIDAD ANTE EL ESTRÉS IMPULSIVIDAD AGRESIÓN EUFORIA DISFORIA PROGRESIVA IRA INAPROPIADA	Si su madre no cumplía los requerimientos de Diana, reaccionaba con ataques de ira, a veces tan extraños llegaba a romper la vajilla, teniendo que ser contenida físicamente por su propio padre.
TEATRALIDAD Y BUSQUEDA DE ATENCIÓN IRRESPONSABILIDAD	Bailaba a sus anchas por las mesas de las discotecas.

MIEDO A SER ABANDONADOS DEPENDENCIA	Llamaba a su terapeuta varias veces al día para contarle una u otra “crisis”. Pretendía obtener “el 100% de atención de su familia.
INMADUREZ ATUIMAGEN DETERIORADA	Nunca se ha planteado que es lo quiere hacer en la vida.
SUMISIÓN DESVALORIZACIÓN COMPORTAMIENTOS MANIPULATIVOS	Mostraba languidecía en su casa.
PENSAMIENTO MÁGICO	Piensa en vivir con un “hombre romántico.
OBSESIÓN ANSIEDAD	Estaba obsesionada con el tema de las calorías y con la necesidad de tener su comida cortada de una forma particular y dispuesta en el plato de un modo determinado.
IDEACIÓN PARANOIDE BAJA AUTOESTIMA RETRAIMIENTO	Miedo incluso de desplazarse sola a la consulta del terapeuta. Agorafobia
GRANDIOSIDAD	Rechazó acudir a un centro de rehabilitación vocacional, ya pensaba que ella estaba “por encima” de esas cosas.

El caso que describimos anteriormente nos habla de cómo es que el TBP tiene una tendencia mórbida con otros T. P, y como es el comportamiento de la paciente, aunque el caso solo refiere a algunos de los trastornos, será preciso revisar los elementos que se presentan en un sujeto Borderline, lo que nos facilitara identificar los elementos en los pacientes así como su diagnostico.

5.2 ELEMENTOS A EVALUAR

Uno de los aspectos más importantes que deben apreciarse en sujetos que se perfilan como posibles candidatos a ser pacientes con un Trastorno Borderline, es su comportamiento inestable y las manifestaciones anormales que presentan dentro de las relaciones interpersonales, siendo parte de ello diversos síntomas que nos referirán con mas precisión dicho Trastorno, para lo cual en listamos los signos característicos del TBP.

- ⊗ Estado anímico inestable
- ⊗ Disforia Progresiva
- ⊗ Conductas Autodestructivas
- ⊗ Desordenes alimenticios, Gula y Anorexia
- ⊗ Comportamientos sexuales anormales
- ⊗ Abuso de sustancias
- ⊗ Cambios de carácter
- ⊗ Miedo a ser abandonados
- ⊗ Comportamientos manipulativos
- ⊗ Pesimismo
- ⊗ impulsividad
- ⊗ Sentimientos de vacío o aburrimiento
- ⊗ Depresión
- ⊗ Ansiedad
- ⊗ Euforia
- ⊗ Sensibilidad
- ⊗ Aislamiento social
- ⊗ Susceptibilidad
- ⊗ Irritabilidad ante el estrés
- ⊗ Agresión
- ⊗ Baja Autoestima
- ⊗ Teatralidad y búsqueda de atención
- ⊗ Irresponsabilidad
- ⊗ Dependencia
- ⊗ Inmadurez
- ⊗ Sumisión
- ⊗ Problemas de Identidad
- ⊗ Pensamiento mágico
- ⊗ Obsesión
- ⊗ Grandiosidad
- ⊗ Tendencia al cuento
- ⊗ Desvalorización
- ⊗ Retraimiento
- ⊗ Disforia
- ⊗ Episodios-Psicoticos
- ⊗ Auto imagen deteriorada
- ⊗ Ira inapropiada

Esta lista de manifestaciones que el Borderline presenta, fue hecha con el objetivo de que sea más rápido poder localizar los síntomas que presentan. Aun que algunos de estos síntomas no solo se presentan en este trastorno por lo que sería de gran utilidad conocer con que otras perturbaciones de personalidad existe una comorbilidad. A continuación se presenta un cuadro que sintetizara la existencia de otros trastornos de personalidad en conjunto con los síntomas del Trastorno Borderline y así tener más claro en que Trastornos se presenta su comorbilidad. Lo que servirá de apoyo para la elaboración del reporte del caso y finalmente el poder realizar un buen diagnóstico que se reflejara en un tratamiento apropiado. **CUADRO I**

CUADRO COMPARATIVO DE LOS SINTOMAS QUE SE PRESENTAN EN OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.						
Trastorno Borderline De la Personalidad (TBP)	Trastorno Paranoide (TPP)	Trastorno Esquizotípico (TEP)	Trastorno Antisocial (TAP)	Trastorno Histriónico (THP)	Trastorno Narcisista (TNP)	Trastorno por Dependencia (TPDP)
Estado Anímico Inestable				X	X	X
Disforia			X			
Conductas autodestructivas						
Desordene alimenticios, Anorexia						
Comportamientos sexuales anormales						

Abusos de sustancias	X					
Cambios de carácter	X			X		
Miedo a ser abandonados						X
Comportamientos manipulativos			X	X		
Pesimismo						X
Impulsividad			X	X		
Depresión	X	X	X		X	X
Ansiedad	X	X	X			
Euforia						
Sensibilidad					X	X
Aislamiento Social		X				X
Susceptibilidad					X	
Irritabilidad ante el estrés	X	X				
Agresión			X			
Baja Autoestima					X	X
Teatralidad y búsqueda de atención				X	X	

Irresponsabilidad						X
Dependencia a personas o sustancias						X
Inmadurez						X
Sumisión				X		X
Auto imagen deteriorada						X
Hipocondriasis						
Problemas de identidad				X		
Pensamiento mágico						
Obsesión	X					
Ideación Paranoide		X				
Grandiosidad				X		
Tendencia al cuento						
Desvalorización						X
Sentimiento de vacío y aburrimiento				X		
Retraimiento						X
Reacción Colérica						
Ira inapropiada						
Episodios Psicoticos	X	X				

5.3 LAS DIFERENCIAS DEL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL DSM-IV

Actualmente, el DSM es la nomenclatura oficial que se maneja en el terreno psiquiátrico y psicológico para hacer diagnósticos de tipos descriptivos, y están basados en los rasgos y en las conductas. Dentro de este manual diagnóstico, el trastorno Borderline es específico de la personalidad, incomparable a los demás.

El TBP consigue abarcar un grupo heterogéneo de pacientes, ya que al tener que cumplir cinco de los ocho criterios, podrían ubicarse dentro de esta categoría ya que existen noventa y tres combinaciones posibles. Se ha manifestado que su diagnóstico se traslapa en gran medida, con el de otros Trastornos.

Ahora podremos tener la comparación de los Trastornos de Personalidad y el TBP, que el DSM IV nos ofrece.

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

-F60.0 (301.0)

-Grupo A: raros o excéntricos.

-Puede ser antecedente Premórbido de un T. Delirante o Esquizofrenia.

Síntomas:

- Problemas con las relaciones personales.
- Susplicacia y hostilidad excesiva
- Comportamiento cauteloso, reservado o tortuoso (aparenta ser fríos)
- No confía en los demás
- Rígidos, críticos e incapaces de colaborar
- Dificultad para aceptar críticas
- Culpan a los demás de sus errores
- Son litigantes (se ven envueltos en pleitos legales)

- Atribuyen malas intenciones a los demás, (proyección de sus propios miedos).
- Fantasías de grandiosidad no realistas
- Desarrollan estereotipos negativos de los otros
- Son fanáticos
- Tienen Breves episodios Psicóticos ante el estrés
- Trastorno Depresivo Mayor
- Agorafobia
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Abuso o dependencia del Alcohol y sustancias

Los T.P que con mas frecuencia se presentan conjuntamente con el Trastorno Paranoide parecen ser:

- Esquizoide
- Narcisista
- Trastorno por Evitación
- Trastorno Borderline

Síntomas que comparte el Trastorno Paranoide de la Personalidad con otros Trastornos de Personalidad.

Los Trastornos de personalidad tienen características en común con el T. Paranoide de la Personalidad, por lo que si un individuo tiene características de personalidad que cumplan los criterios para uno o más T. P, además del T. Paranoide de Personalidad, pueden diagnosticarse todos estos Trastornos.

T. Paranoide y T. Esquizotípico:

- Comparten: Rasgos de suspicacia
 - Distanciamiento interpersonal
 - Ideación paranoide
 - Pensamiento mágico

T. Paranoide y T. Esquizoide:

Comparten: Son percibidos como extraños
Excéntricos, fríos y distantes.

T. Paranoide, T. de Personalidad por Evitación:

Comparten: Atribuyen malas intenciones a los demás

T. Paranoide, T. Antisocial y T. Narcisista:

Comparten: Comportamiento antisocial.

Motivos diferentes del por que se presentan estos síntomas:

T. P. P: Por deseo de venganza

T. N. P: Por temor a que se descubran sus imperfecciones

T. A. P: Deseo de provecho personal o explotación de los demás.

T. Paranoide, T. Histriónico y T. Borderline:

Comparten: Reaccionan con Ira a pequeños estímulos.

EL Trastorno Borderline de la Personalidad comparte con el Trastorno Paranoide los siguientes síntomas: Problemas con las relaciones personales, Dificultad para aceptar críticas, Suelen atribuir malas intenciones a los demás, Breves episodios Psicóticos ante el estrés, Desarrollan estereotipos negativos de los otros, Trastorno Depresivo Mayor, Agorafobia, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Dependencia del Alcohol y sustancias. Aunque no presenta ninguna semejanza en los síntomas del Trastorno de Evitación que si se presentan en el T. Paranoide.

TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD

-F21 (301.22)

-Grupo A: raros o excéntricos.

Síntomas:

- Déficit Social
- Capacidad reducida para las relaciones sociales
- Son supersticiosos y preocupación por fenómenos paranormales
- Creen poder tener poderes especiales

- Alteraciones perceptivas
- Suelen ser celosos
- Ideación Paranoide
- Su lenguaje es indefinido, disgresivo o vago, sin incoherencia
- Interactúan de manera inapropiada, inflexibles o costeados.
- Son considerados como raros o excéntricos
- Perciben las relaciones sociales como problemáticas
- Falta de deseo de contacto íntimo
- Ansiedad en situaciones sociales
- Episodios Psicóticos transitorios ante el estrés
- Síntomas Psicóticos
- Trastorno Depresivo Mayor

Los T. P que con más frecuencia se presentan conjuntamente con el Trastorno Esquizotípico parecen ser:

- Esquizoide
- Paranoide
- Trastorno por Evitación.
- Trastorno Borderline

Síntomas que comparte el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad con otros Trastornos de Personalidad.

Los Trastornos de personalidad tienen características en común con el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad, por lo que si un individuo tiene características de personalidad que cumplan los criterios para uno o más T. P además del T. Esquizotípico de Personalidad, pueden diagnosticarse todos estos Trastornos.

T. Esquizotípico, T. Paranoide Y T. Esquizoide:

Comparten: Distanciamiento social
Afectividad restringida

T. Esquizotípico y T. por Evitación:

Comparten: relaciones personales limitadas

Motivos diferentes del por que se presentan estos síntomas:

T. Esquizotípico: por falta de deseo a relacionarse

T. por Evitación: Por temor al rechazo.

T. Esquizotípico y T. Narcisista:

Comparten: Susplicacia

Aislamiento Social

Alienación

Motivos diferentes del por que se presentan estos síntomas:

T. Narcisista: por temor a que se descubran sus imperfecciones

T. Esquizotípico: por dificultad para relacionarse.

T. Esquizotípico y T Borderline:

Comparten: Síntomas psicoticos

Motivos diferentes del por que se presentan estos síntomas:

T. Esquizotípico: Síntomas a los de los psicoticos permanentes y empeoran bajo el estrés, menor probabilidad de síntomas afectivos.

T. Borderline: Por cambios afectivos en respuesta al estrés, (ira intensa, ansiedad o contrariedad) y habitualmente están mas disociados.

EL Trastorno Borderline de la Personalidad comparte con el Trastorno Esquizotípico los siguientes síntomas: Ideación Paranoide, Ansiedad en situaciones sociales, Episodios Psicoticos transitorios ante el estrés, Síntomas Psicoticos, y Trastorno Depresivo Mayor. Aunque los sujetos con trastorno esquizotípico presentan síntomas del. T de Evitación y del T. Esquizoide y no tienen comportamientos impulsivos o manipulativos como los sujetos con un T. Borderline.

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

-F60 (301.7)

-Grupo B: dramáticos, emotivos e inestables.

-Inicia en la infancia o en la adolescencia

Síntomas:

- Desprecio y Violación de los derechos de los demás
- Engañan y manipulan para provecho y placer personal
- No logran adaptarse a las normas sociales
- Destruyen propiedades
- Hostigan con su encanto superficial
- Roban o tienen actividades ilegales
- Desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás
- Mienten repetidamente
- Estafan o simulan una enfermedad
- Incapacidad para planificar un futuro
- Toman decisiones sin pensar (sin prevenir consecuencias para ellos mismos o para los demás)
- Irritables y agresivos
- Peleas físicas repetidas o cometen actos de agresión
- Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- Son extremadamente Irresponsables
- Carecen de empatía
- Tienden hacer insensibles y cínicos
- Suelen ser engreídos y arrogantes
- Son tercos, autosuficientes o fanfarrones
- Disforia
- Ansiedad
- Depresión
- Somatización
- Juego patológico
- Poco control de los impulsos

La probabilidad de desarrollar un Trastorno Antisocial en la vida adulta aumentan en el sujeto que presenta un Trastorno temprano Disocial (antes de los 10 años) y un TDAH asociado.

Los T. P que con más frecuencia se presentan conjuntamente con el Trastorno Antisocial parecen ser:

- Trastorno Histriónico
- Trastorno Borderline
- Trastorno Narcisista

Síntomas que comparte el Trastorno Narcisista de la Personalidad con otros Trastornos de Personalidad.

Los Trastornos de personalidad tienen características en común con el Trastorno Narcisista de la Personalidad, por lo que si un individuo tiene características de personalidad que cumplan los criterios para uno o más T. P además del T. Narcisista de Personalidad, pueden diagnosticarse todos estos Trastornos.

El comportamiento Antisocial puede aparecer en el Trastorno Paranoide, pero por deseo de venganza y no por ganancia o explotación de los más como el TAP.

T. Antisocial y T. Narcisista:

Comparten: Tendencia a ser duros

Poco sinceros

Superficiales, explotadores

Poco empáticos

Lo que diferencia uno síntoma del otro:

T. Antisocial: No tiene la necesidad de admiración y envidia.

T. Narcisista: No incluye impulsividad agresión y engaño.

T. Antisocial, T. Histriónico y T. Borderline:

Comparten: Tendencia a ser impulsivos

Superficiales

Buscadores de sensaciones

Imprudentes, seductores

Manipuladores

Motivos diferentes del por que se presentan estos síntomas:

T. Histriónico y T. Borderline: para obtener atención.

T. Antisocial: Para sacar provecho de los demás.

EL Trastorno Borderline de la Personalidad comparte con el Trastorno Antisocial los siguientes síntomas: Encanto superficial, Imprudentes, Seductores, Disforia, Ansiedad, Depresión, y Poco control de los impulsos. Sin embargo los pacientes con un Trastorno Antisocial, suelen ser menos inestables emocionalmente y mas agresivos que los que presentan un Trastorno Borderline.

TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

-F60.31 (301.83)

-Grupo B: dramáticos, emotivos e inestables.

-Comienza en la edad adulta y se da en diversos contextos.

Síntomas:

- Inestabilidad en las relaciones interpersonales
- Inestabilidad en la autoimagen y la afectividad (cambios bruscos)
- Impulsividad
- Frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginario
- Sensibles a las circunstancias ambientales
- Temor hacer abandonados (intolerancia a estar solos)
- Ira inapropiada
- Creen que un retraso o una cancelación es un “abandono” que implica ser “malos”
- Automutilación o suicidios
- Relaciones inestables

- Idealizan a quienes se ocupan de ellos
- Cambios rápidos de idealizar a devaluar
- Solo empatizan y ofrecen algo a los demás, si estos les dan expectativas de “estar allí”
- Propensos a cambios dramáticos en su opinión sobre los demás
- Cambios bruscos de autoimagen
- Cambios rápidos de opinión sobre su futuro, estudios, identidad sexual, valores y tipos de amistades
- Cambios bruscos desde el suplicar por la necesidad de ayuda a vengarse por algo que ya pasó
- Su auto imagen esta basada en ser perverso o desgraciado
- Sienten que no existen
- Actos autodestructivos, por temor a la separación, al rechazo o por temor a tener que asumir una responsabilidad mayor
- Inestabilidad afectiva, por reactividad del estado de ánimo
- Disforia episódica intensa
- Irritabilidad o Ansiedad (solo dura unas horas)
- Estados de animo tipo Disfórico, suelen ser interrumpidos por periodos de Ira, angustia y desesperación.
- Se aburren con facilidad y buscan siempre algo que hacer
- Ira inapropiada o intensa y problemas para controlarla
- Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales.
- tienen estados progresivos de ira seguida de pena, culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos.
- Estrés extremo
- Ideación paranoide
- Síntomas disociativos (despersonalización)
- Patrón de infravaloración de si mismos
- Síntomas psicoticos
- Se sienten seguros con objetos transitorios (mascotas u objetos) que en las relaciones personales.

Los síntomas tienden a ser pasajeros y pueden durar, minutos u horas.

Los T. P que con más frecuencia se presentan conjuntamente con el Trastorno Borderline parecen ser:

- Trastorno del Estado de Animo
- Trastorno relacionado con Sustancias
- Trastorno Narcisista
- Trastorno de la Conducta alimentaría
- Trastorno Histriónico
- Trastorno Esquizotipico

Síntomas que comparte el Trastorno Borderline de la Personalidad con otros Trastornos de Personalidad.

Los Trastornos de personalidad tienen características en común con el Trastorno Borderline de la Personalidad, por lo que si un individuo tiene características de personalidad que cumplan los criterios para uno o más T. P además del T. Borderline de Personalidad, pueden diagnosticarse todos estos Trastornos.

T. Borderline y T. Histriónico:

Comparten: Búsqueda de atención

Comportamiento manipulativo

Emociones rápidamente cambiantes

El Trastorno Borderline se diferencia por la auto destructividad rupturas airadas de las relaciones personales, sentimientos profundos de vacío y soledad.

T. Borderline y T. Esquizotipico:

Comparten: ideas o ilusiones paranoides

El Trastorno Borderline se diferencia por que son mas pasajeras, interpersonales, y son respuestas a estructuras externas.

T. Borderline, T. Paranoide :

Comparten: Reaccionan con Ira a pequeños estímulos.

Problemas con las relaciones personales

Suelen atribuir malas intenciones a los demás

Trastorno Depresivo Mayor

T. Borderline, T. narcisista:

Comparten: Reacción colérica a estímulos menores.

Autoestima frágil

Trastorno de depresión Mayor.

T. Borderline y T. Antisocial:

Comparten: Comportamientos manipulativos

Motivos diferentes del por que se presentan estos síntomas:

T. Borderline: Para lograr el interés de quienes se ocupan de ellos

T. Antisocial: para obtener provecho, poder o gratificación material

T. Borderline y T. por Dependencia:

Comparten: Temor al abandono

Motivos diferentes del por que se presentan estos síntomas:

T. Borderline: reacciona al abandono con sentimiento de vacío emocional, rabia, demandas

T. por Dependencia: Reacciona con aumento de mansedumbre, sumisión, busca una relación que remplace la anterior.

En el T Borderline los Trastornos del Eje I que se presenta simultáneamente con mas frecuencia son:

T. del Estado de Animo

T. relacionado con sustancias

T. de la conducta alimenticia

T. por Estrés Postraumático

T. por Déficit de Atención

Y los Trastornos que no se presenta en el Borderline son:

- T. Esquizoide
- T. de la personalidad por Evitación
- T. Obsesivo Compulsivo
- T. No especificado

TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD

-F60.4 (301.50)

- Grupo B: dramáticos, emotivos e inestables.
- Comienza en la edad adulta y se da en diversos contextos.

Síntomas:

- Emotividad generalizada y excesiva
- Comportamiento de búsqueda de atención
- No están cómodos o se siente despreciados cuando no son el centro de atención
- Son vivaces y dramáticos, tienden a llamar la atención
- Son provocadores y seductores desde el punto de vista sexual
- Su expresión emocional, puede ser superficial y cambiante
- Utilizan el aspecto físico para llamar la atención.
- Se trastornan fácilmente ante un comentario sobre su apariencia
- Hablan de forma excesivamente subjetiva y carecen de matices
- Se expresan con talento dramático en sus opiniones, sus argumentos son vagos y difusos
- Se caracterizan por la autodramatización, la teatralidad y una expresión exagerada de la emoción
- Sus emociones no son profundas, y sus actos son dirigidos a gratificaciones inmediatas
- Son sugestionables en sus opiniones y sentimientos
- Pueden ser demasiado confiados
- Propensos a tener presentimientos y adoptar convicciones con rapidez
- Consideran cualquier relación íntima de lo que en realidad es, y describen a cualquier conocido como “mi querido amigo”

- Son frecuentes las evasiones hacia las fantasías románticas
- Dificultad para alcanzar la intimidad emocional en las relaciones
- Frecuentemente hacen un papel, Princesa o Víctima
- Ejercen manipulación emocional o la seducción, y por otra parte demuestran dependencia.
- Buscan la novedad, la estimulación, excitación
- Tienden a aburrirse con facilidad
- Riesgo elevado de suicidio, en cuanto a intentos y amenazas, con el fin de llamar la atención.

El Trastorno Histriónico de la personalidad se asocia en gran medida con el Trastorno de Somatización, Trastorno de Conversión y el Trastorno Depresivo Mayor.

Los T. P que con más frecuencia se presentan conjuntamente con el Trastorno Histriónico parecen ser:

- Trastorno Narcisista
- Trastorno Borderline
- Trastorno Antisocial
- Trastorno por Dependencia

Síntomas que comparte el Trastorno Histriónico de la Personalidad con otros Trastornos de Personalidad.

Los Trastornos de personalidad tienen características en común con el Trastorno Histriónico de la Personalidad, por lo que si un individuo tiene características de personalidad que cumplan los criterios para uno o más T. P además del T. Histriónico de Personalidad, pueden diagnosticarse todos estos Trastornos.

T. Histriónico y T. Antisocial:

- Comparten: Tendencia a ser impulsivos
- Superficiales, buscadores de sensaciones y temerarios
- Seductores y manipuladores

Motivos diferentes del por que se presentan estos síntomas:

T. Histriónico: para lograr que les mimen

T. Antisocial: Para obtener provecho, poder o gratificación material

T. Histriónico, T. Narcisista y T. por Dependencia:

Comparten: Busca con fan atención de los demás

Motivos diferentes del por que se presentan estos síntomas:

T. Histriónico: para ser vistos como frágil o dependiente

T. Narcisista: para ser alagados por su “superioridad”

T. por Dependencia: por que requieren de la atención de los demás.

T. Histriónico y T. Borderline:

Comparten: la búsqueda de atención

Comportamiento manipulativo

Emociones rápidamente cambiantes

EL Trastorno Borderline de la Personalidad comparte con el Trastorno Histriónico son los siguientes síntomas: búsqueda de atención, Tienden a llamar la atención, Su expresión emocional puede ser superficiales y cambiantes, Sus opiniones, sus argumentos son vagos y difusos, Frecuentemente hacen un papel, Princesa o Víctima, Tienden a aburrirse con facilidad.

Por otro lado el T. Borderline contiene autodestructividad, rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y alteración de la identidad, lo que el T. Histriónico no manifiesta.

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

-F60.8 (301.81)

-Grupo B: dramáticos, emotivos e inestables.

-Comienza en la edad adulta y se da en diversos contextos.

Síntomas:

- Tiene un patrón general de grandiosidad.
- Necesidad de admiración.

- Falta de empatía con los demás.
- Es habitual que sobrevaloren sus capacidades, exageran sus conocimientos y cualidades.
- Dan una devaluación de la contribución de los demás.
- Preocupación por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
- Creen ser superiores, especiales o únicos y esperan ser reconocidos
- Piensan que solo pueden relacionarse con personas de alto estatus.
- Creen que sus necesidades son especiales y fuera del alcance de la gente corriente.
- Su propia autoestima esta aumentada.
- Insisten en querer a la persona mas importante o pertenecer a las mejores instituciones.
- Demandan la admiración excesiva.
- Su autoestima es muy frágil.
- Preocupación por hacer las cosas bien y por ser vistos por los demás, por una constante necesidad de admiración y atención.
- Esperan ser atendidos de manera privilegiada.
- Son pretenciosos y falta de sensibilidad ante los deseos de los demás.
- Esperan se les de todo lo que desean y creen necesitar.
- Tienen a ser amistades o tener relaciones románticas, solo si la otra persona parece dispuesta a mejorar su autoestima.
- Son desdeñosos e impacientes con los demás.
- Envidia a los demás o creen que los demás les envidian a ellos.
- Pueden devaluar con acritud las aportaciones de los demás.
- Tienen comportamientos arrogantes y soberbios.
- Presentan actitudes exóticas, desdeñosas o altivas.
- Las críticas les obsesionan y sentirse humillados, degradados, hundidos y vacíos, provocándoles retraimiento social y frustración.
- Trastorno de depresión Mayor.
- Distímico.

El Trastorno Narcisista se asocia con la Anorexia Nerviosa y Trastorno relacionado con sustancias (cocaína).

Los T. P que con más frecuencia se presentan conjuntamente con el Trastorno Narcisista parecen ser:

- Trastorno Borderline
- Trastorno Antisocial
- Trastorno Paranoide

Síntomas que comparte el Trastorno Narcisista de la Personalidad con otros Trastornos de Personalidad.

Los Trastornos de personalidad tienen características en común con el Trastorno Narcisista de la Personalidad, por lo que si un individuo tiene características de personalidad que cumplan los criterios para uno o más T. P además del T. Narcisista de Personalidad, pueden diagnosticarse todos estos Trastornos.

T. Narcisista, T. Antisocial:

Comparten: Tendencia a ser duros, poco sinceros, superficiales
Son explotadores poco empáticos

T. Narcisista y T. Obsesivo Compulsivo:

Comparten: Entregarse al perfeccionismo
Devalúan a los demás

T. Narcisista, T. Histriónico y T. Borderline:

Comparten: Exigencia por la atención

EL Trastorno Borderline de la Personalidad comparte con el Trastorno Narcisista son los siguientes síntomas: Demandan la admiración o atención, Su autoestima es muy frágil, Trastorno de depresión Mayor.

Sin embargo el Narcisista presenta síntomas como: Estabilidad relativa de la autoimagen, Falta de autodestructividad, Impulsividad y preocupaciones de abandono; por motivaciones diferentes al borderline.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

-F60.7 (301.6)

-Grupo C: (Ansiosos y Temerosos)

-Comienza en la edad adulta y se da en diversos contextos.

Síntomas:

- Necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, ocasionando comportamientos de sumisión, adhesión y temor de separación.
- Tienen percepción de si mismos como incapaces de funcionar adecuadamente sin ayuda de los demás.
- Dificultades para tomar decisiones cotidianas.
- Tienen a ser pasivos y permitir que los demás tomen decisiones y responsabilidad de su vida.
- Tienen dificultad en expresar el desacuerdo con los demás, sobre todo con aquellos de quienes dependen (por miedo a perder su apoyo o aprobación).
- No muestran enfado con aquellos que necesitan.
- Se les dificulta hacer las cosas con independencia.
- Les falta confianza en si mismos.
- Creen necesitar ayuda para llevar acabo las tareas.
- Piensan que los demás son mejores que ellos.
- Se ven así mismos como ineptos y necesitados de ayuda constante.
- Pueden funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien mas les esta supervisando y les aprueba.
- Pueden ir demasiado lejos llevados por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás.
- Están dispuestos a someterse a lo que los demás quieran.
- Se sienten incómodos o desamparados cuando están solos.
- Evitan estar solos.

- Suelen tener miedo a ser abandonados y tener que cuidar de si mismos.
- Sus temores son excesivos y no realistas.
- Son pesimistas e inseguros de si mismos.
- Tienden a minimizar sus capacidades y sus valores.
- Pueden referirse constante mente a si mismos como entupidos.
- Toman las criticas y la desaprobación como pruebas de su inutilidad y pierden la fe en si mismos.
- Buscan la sobreprotección y ser dominados por los demás.
- Evitan la responsabilidad.
- Experimentan ansiedad al enfrentarse a las decisiones.
- Trastorno del estado de Animo.
- Trastorno de Ansiedad.
- Trastornos Adaptativos.

Los Trastornos de Dependencia pueden distinguirse por predominio del comportamiento de sumisión, reactiva y de adhesión

Los T. P que con más frecuencia se presentan conjuntamente con el Trastorno de la Personalidad por Dependencia parecen ser:

- Trastorno de la Personalidad por Evitación
- Trastorno Borderline
- Trastorno Histriónico

Síntomas que comparte el Trastorno de la Personalidad por Dependencia con otros Trastornos de Personalidad.

Los Trastornos de personalidad tienen características en común con el Trastorno de la Personalidad por Dependencia, por lo que si un individuo tiene características de personalidad que cumplan los criterios para uno o más T. P además del Trastorno de la Personalidad, por Dependencia, pueden diagnosticarse todos estos Trastornos.

T. P. por Dependencia y T. Histriónico:

Comparten: Necesidad de reafirmación y aprobación.

Pueden parecerse infantiles o pegajosos

T. P. por Dependencia y T. P. por Evitación:

Comparten: Sentimientos de inferioridad

Hipersensibilidad a las críticas

Necesidad de reafirmación

T. P. por Dependencia y T. Borderline:

Comparten: Temor a ser abandonados.

Diferentes reacciones ante la situación de abandono:

T. P por Dependencia: reaccionan con un aumento de la mansedumbre y la sumisión y buscan relaciones de reemplazo.

T. Borderline: reaccionan al abandono con sentimiento de vacío emocional rabia y demandas.

EL Trastorno Borderline de la Personalidad comparte con el Trastorno de la Personalidad por Dependencia son los siguientes síntomas: Necesidad general y excesiva de que se ocupen de ellos, Dificultades para tomar decisiones cotidianas, Les falta confianza en si mismos, Creen necesitar ayuda para llevar acabo las tareas, Piensan que los demás son mejores que ellos, Suelen tener miedo a ser abandonados y tener que cuidar de si mismos, Son pesimistas e inseguros de si mismos, Evitan la responsabilidad, Trastorno del estado de Animo, y Pueden funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien mas les esta supervisando y les aprueba. Aunque los sujetos con T. por dependencia tiene el predominio del comportamiento de sumisión, reactiva y de adhesión.

La mayoría de los Trastornos de la personalidad, vistos con anterioridad nos refieren en cuales de ellos el trastorno Borderline tiene una intervención, aunque no siempre eran por los mismos motivos o las mismas reacciones, lo cuales es un indicador para poder diferenciarlos.

Al tener en cuenta los síntomas de cada uno de los Trastornos, sus diferencias y coincidencias entre ellos, será más fácil realizar un diagnóstico así como la realización de un reporte, describiendo los Trastornos y la razón por la que se presentan en el sujeto.

5.4 COMO SE PRESENTA UN REPORTE DE CASO.

Para el reporte de caso será siempre necesario tener la información necesario para realizar un buen informe y la atención sea la adecuada.

Se realizara una Historia Clínica con los datos personales, síntomas a lo largo de los años.

Nombre:

Edad:

Genero:

Antecedentes Patológicos:

Síntomas:

Administración de medicamentos:

Si ha estado hospitalizado o no:

Motivos:

Diagnóstico sugerido:

Motivos:

La entrevista en el caso Borderline:

Dependerá de muchos factores, principalmente de la edad del paciente, si esté esta conciente de su enfermedad, con que concurrencia presenta los síntomas, y sobre todo si ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico para saber como han sido sus experiencias con dichos especialistas. Ya que debemos considerar la postura de paciente ante una entrevista clínica, la cual es muy variables de acuerdo al paciente.

Por parte del Clínico el cual debe estar completamente enterado de dicho trastorno y saber, los síntomas y comportamientos del paciente Borderline, para que su exploración en el momento de la entrevista sea lo mas satisfactoria posible. Con el propósito de hacer sentir al paciente seguro, que tenga libertad al hablar, para lo cual se requiere que el paciente este dispuesto, relajado , y si es posible en los momentos en los que se encuentra lucido, y que no se encuentre invadido por sus síntomas, ya que si estos se presentan podría sentirse totalmente estresado ante la situación.

Es recomendable que la entrevista no se realice después de un intento suicida, ya que se encuentran demasiado vulnerables, y la disforia podría sustituir a la depresión, por lo que es mejor dejarlos a que se calmen.

Hay que tomar en cuenta que muchas veces hablaran de cosas triviales, pero que para ellos son muy importantes, darán detalles innecesarios, y tal vez tarden mucho para llegar al objetivo de su plática. Por ello el clínico debe saber a lo que se enfrenta, y tratar al borderline con mucha delicadeza tener paciencia, y tener en cuenta sus actitudes al hablar de lo que el paciente decida, ya que eso nos proporcionar información, de lo que le molesta, lo que le estresa, de lo que siente y de lo que tiende a exagerar, etc.

Finalmente el objetivo es obtener toda la información posible, sin dejar de lado que también depende del clínico y del trato que le de al paciente, ya que es un ser humano que sufre y que debe ser tratado como tal, para poder ser ayudado.

A manera de ejemplificar y optimizar el diagnóstico diferencial del TBP se proporciona el siguiente cuadro, para buscar los trastornos mórbidos. **CUADRO II**

CUADRO DIAGNOSTICO DE LOS SINTOMAS QUE SE PRESENTAN EN PACIENTES CON TRASTONOS DE PERSONALIDAD

Trastorno Borderline De la Personalidad (TBP)	Trastorno Paranoide (TPP)	Trastorno Esquizotipico (TEP)	Trastorno Antisocial (TAP)	Trastorno Histriónico (THP)	Trastorno Narcisista (TNP)	Trastorno por Dependencia (TPDP)	CASO N.o. Síntomas que presenta:
Estado Anímico Inestable							
Disforia							
Conductas autodestructivas							
Desordene alimenticios, Anorexia							
Comportamientos sexuales anormales							
Abusos de sustancias							
Cambios de carácter							
Miedo a ser abandonados							
Comportamientos manipulativos							
Pesimismo							
Impulsividad							
Depresión							

Ansiedad							
Euforia							
Sensibilidad							
Aislamiento Social							
Susceptibilidad							
Irritabilidad ante el estrés							
Agresión							
Baja Autoestima							
Teatralidad y búsqueda de atención							
Irresponsabilidad							
Dependencia a personas o sustancias							
Inmadurez							
Sumisión							
Auto imagen deteriorada							
Hipocondriasis							
Problemas de identidad							
Pensamiento mágico							

Obsesión							
Ideación Paranoide							
Grandiosidad							
Tendencia al cuento							
Desvalorización Sentimiento de vacío o aburrimiento							
Retraimiento							
Reacción Colérica							
Ira inapropiada							
Episodios psicoticos							

A continuación se presenta como sería un reporte de caso y hay que remarcar que no se entrevisto al paciente, solo a los familiares.

REPORTE DE CASO (ficticio)

El sujeto ingresa al hospital por **intento de suicidio** inducido por medicamentos, presenta cortaduras en brazos, y **actitud depresiva**. Su rostro se muestra afligido y no pone resistencia al ser atendido.

Al realizar los exámenes clínicos de gabinete y la valoración psicológica, se puede observar diferentes síntomas que según sus familiares se han presentado con frecuencia y desde hace varios meses, los cuales fueron apareciendo progresivamente. A un que reportan que este es su primer intento de suicidios. Anteriormente deciden llevarlo al psicólogo y posteriormente fue remitido al psiquiatra, ya que se requería de dicha valoración. El Diagnostico no fue concluido por el psiquiatra anterior, ya que el paciente no asistió nuevamente.

Entre los antecedentes generales refiere que ha perdido peso, aunque hay momentos en los que recurre a los **atracones de comida y después no quiere comer, así como permanecer aislado en su cuarto** sintiendo un profundo aburrimiento. Para el sujeto **no existen límites** ni acepta la ayuda de grupos, ya que estos no le interesan.

En los síntomas encontrados en el paciente se presentan: Trastorno del estado de animo, ya que cambia bruscamente de alegre a enojada y furiosa, trastorno depresivo mayor por su intento de suicido y actitudes deprimentes ante la vida, Trastornos alimenticios ya que tiene una forma muy irregular en sus hábitos de alimentación, Ira intensa a pequeños estímulos, presenta conductas impulsivas en diferentes aspectos de su vida, a tenido frecuentes auto mutilaciones en brazos, se ha visto envuelta en relaciones inestables e intensas, que solo le han dejado un enorme vacío, ya que la rechazan con facilidad y rapidez, ha sentido angustia y desesperación ante situaciones que no puede controlar, ha presentado síntomas Psicoticos como alucinaciones,

distorsiones de la imagen corporal etc. Sus comportamientos son manipulativos.

Todos estos síntomas sugieren un Trastorno de la personalidad el Eje II el cual, y cumpliendo con diversos síntomas ya mencionados los cuales son característicos del Trastorno Borderline de la Personalidad (TBP).

Dicho Trastorno tiene una comorbilidad con otros Trastornos de la Personalidad de forma simultánea: Histriónico, Paranoide, Narcisista, Antisocial, Esquizotípico, Despersonalización, Trastorno de la conducta alimentaria y Trastorno relacionado con sustancias.

Por lo que el Diagnóstico definitivo es un Trastorno Borderline de la Personalidad, ya que presenta los síntomas necesarios para su detección, de acuerdo a los síntomas ya mencionados del cuadro I. Se le indica al paciente, que deberá asistir a consultas psiquiátricas, así como la asistencia con un psicólogo para comenzar con un tratamiento en base al TBP. De acuerdo a su comportamiento y evolución se harán modificaciones en el tratamiento

Esto sería un breve reporte de caso en donde se debe de obtener la mayor información necesaria y precisa, para que el sujeto sea atendido lo antes posible. Esto nos indicará que decisiones tomar y servirá como antecedente médico de valoraciones posteriores, así como la búsqueda de un tratamiento que sea adecuado según el caso.

CAPITULO 6.

LA FORMA MÁS ADECUADA DE TRATAMIENTO.

En el Trastorno Borderline, es complicado saber cual será el tratamiento mas adecuado para el paciente, ya que es tan difícil de diagnosticar, así como las inexplicables causas de su aparición en el individuo, por lo que encontrar una opción de tratamiento para el paciente, también a requerido de diversas investigaciones en las cuales afortunadamente se han encontrado tratamientos que podrían ajustarse a los Borderline y a sus necesidades.

Hay que tener en cuenta, primordialmente que el uso de medicación en estos pacientes ha de ir siempre acompañado de una psicoterapia. La medicación como único tratamiento no es totalmente recomendable.

Asumimos que el tratamiento psicológico es indispensable; y lo usual es que los primeros resultados sean obtenidos a largo plazo. El conocimiento de la efectividad de las terapias es objeto de estudio continuo. Como lo son la:

- Terapia Cognitivo Conductual
- Terapia Dialéctica Conductual

Las terapias cognitivo-conductuales combinadas con el tratamiento médico son las ofrecen mayores posibilidades de recurso al problema.

La corriente cognitiva afirma que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los sucesos, no son los hechos por si mismos los que determinan que siente una persona, sino la interpretación que ella le da. (Ellis, 1962; Beck, 1964).

Por lo que el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, disminuyendo o eliminando los síntomas. La terapia cognitiva se apoya en diversas estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de definir las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje.

Estas técnicas son dirigidas a enseñar a los pacientes las siguientes tácticas:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.

Para elaborar este trabajo Terapéutico en los pacientes Borderline el Terapeuta se apoya en las siguientes técnicas, las cuales son adecuadas para el tratamiento con el Borderline.

TECNICAS COGNITIVAS RECOMENDABLES

- ❖ **Comprensión de significados asociados a los pensamientos del paciente:** Se utiliza para especificar pensamientos generales y vagos.
 - ✓ Esta técnica actuaría como indagador de lo que el paciente piensa y siente ante diversos sucesos y comentarios de los demás, y con que situaciones los asocia.
- ❖ **Cuestionamiento de evidencia:** Se usa para buscar evidencias en contra de pensamientos y creencias erróneos mantenidos por el paciente.
 - ✓ Esta técnica pretenderá ubicar al paciente en una realidad, para que pueda comprender que no existen motivos por los cuales, él paciente deba pensar que todos le quieren hacer daño.
- ❖ **Retribución:** Se utiliza para modificar las atribuciones o interpretaciones, erróneas, que el paciente realiza.
 - ✓ Se pretenderá que él paciente comprenda que sus interpretaciones más haya de darle una explicación a ciertas situaciones, solo lo lastimas, y que deberá cambiar la manera en la que él justifica los hechos de los demás.

- ❖ **Examen de opciones alternativas:** Se usa para que el paciente aprenda que existen otras alternativas posibles como explicación a un suceso cualquiera.
 - ✓ Es un complemento de la técnica anterior, en la que él paciente deberá ser más objetivo en el momento que deba comprender un suceso hecho por alguien más.

- ❖ **Uso del cambio de imágenes:** Ayudar al paciente a manejar situaciones con el afrontamiento gradual con relajación y auto instrucciones incompatibles con las cogniciones derrotistas.
 - ✓ Esta técnica solo deberá ser utilizada cuando el paciente solicite hablar de algo que le causa conflicto, ya que tal vez solo se encuentre triste o confundido, y no agresivo, y lo único que necesita en ese momento sea alguien que lo comprenda. Solo en esta situación el terapeuta podrá utilizar la técnica.

- ❖ **Asociación guiada:** Esta técnica se utiliza para que el terapeuta vaya explorando las connotaciones y significados asociados a un determinado pensamiento o creencia.
 - ✓ En esta técnica se descubrirá como el paciente en determinadas situaciones hace una relación con su mundo interno, dando forma y dirección a lo exterior.

- ❖ **Distracción cognitiva:** Se induce al paciente a utilizar pensamientos, imágenes, sensaciones y conductas incompatibles con las ansiosas, como por ejemplo la relajación, rompiendo sus círculos viciosos.
 - ✓ Esta Técnica podría ayudar al paciente, a tener una opción en los momentos en los que se sienta frustrado ante una situación, él tiene la opción de alejarse, pensar en algo que le guste o hacer otra actividad, así podrá controlar sus emociones.

TECNICAS CONDUCTUALES RECOMENDABLES

- ❖ **Programación de actividades:** Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas en el tiempo.
 - ✓ Esta técnica será utilizada para que el paciente pueda tener mas dinamismos, y no caiga en el aburrimiento, apatía, pudiendo mantenerse ocupado.

- ❖ **Escala de dominio y placer:** El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo de un día y va anotando hasta que punto las domina y que grado de placer le proporciona. Es para la programación de conductas gratificantes.
 - ✓ Esta técnica es muy útil para los borderline, ya que podrán externalizar cualquier sensación sea buena o mala, de acuerdo a las actividades que realicen. Y posteriormente analicen que fue lo que sucedió en determinado momento.

- ❖ **Entrenamiento en relajación:** Se utiliza como técnica para que el paciente aprenda a controlar sus sensaciones de ansiedad, si las hubiera. Puede incluir técnicas de meditación, yoga, etc.
 - ✓ Esta técnica puede ser favorable para el paciente ya que podrá, relajarse sin importar lo que haya sucedido ya que lo que se emplea es yoga y meditación y no un enfrentamiento a sus pensamientos y situaciones.

Las Técnicas mencionadas con anterioridad son recomendables para el trabajo con el Borderline, ya que los beneficiaran de manera positiva. Y ahora presentaremos las Técnicas que no son recomendables.

TECNICAS COGNITIVAS NO RECOMENDABLES

- ❖ **Examen de ventajas y desventajas del mantenimiento de una creencia:** hay creencias que al ser mantenidas pueden dejar al sujeto en una desventaja, entonces es mejor no seguir manteniéndolas.
 - ✘ Los sujetos Borderline, tienen como desventaja todo lo que sus pensamientos crean, ya que recordemos que todo lo perciben en extremos de bueno y malo, por lo que seria muy delicado hacerles creer que algo de lo que piensan tiene ventajas.

- ❖ **Escalas:** Se trata de graduar escalas en dificultad, en el que el paciente sitúe el acontecimiento en su correcto grado de dificultad y vea que hay experiencias más catastróficas.
 - ✘ Una de las probables causas de que el Trastorno Borderline se desarrolle en un individuo es el Trauma, por lo que llevarlo a los sucesos pasados en los que sintió estrés, no sería lo más correcto para ellos ya que los síntomas disforicos pueden aparecer, y solo complicaría más al sujeto.

- ❖ **Auto instrucciones:** Se utiliza como pauta para que los sujetos aprendan a sustituir los pensamientos inadecuados o deficitarios, o como norma que seguir a la hora de realizar una determinada conducta.
 - ✘ Es parecida a la técnica anterior, solo que en esta se emplea como una regla, y el sujeto tal vez no lo realice, ya que puede llegar a tener pensamientos en contra de él por parte del terapeuta.

TECNICAS CONDUCTUALES NO RECOMENDABLES

- ❖ **Asignación de tareas graduadas:** el terapeuta elabora en secuencias muy pequeñas y graduadas el acercamiento a una conducta o tarea que el sujeto se siente incapaz de realizar.

- ✘ Esta técnica no podrá ayudar al paciente en ningún aspecto, ya que al sentirse incapaz de realizar alguna actividad, lo único que ocasionara será la frustración e impotencia, dando como consecuencia que los síntomas se agudicen.
- ❖ **Entrenamiento asertivo:** Se utiliza para que el paciente aprenda modos alternativos de resolución de conflictos interpersonales de modo que exprese sus deseos, derechos, opiniones, sentimientos... respetándose a si mismo y a su interlocutor.
 - ✘ Aun que el propósito sea que el sujeto manifieste lo que siente, dudamos que lo haga de manera pacífica y contrario a lo que se pretenda, podría desvalorizarse, ser sarcástico y agresivo verbalmente con el otro.
- ❖ **Distracción conductual:** Se utiliza para programar actividades incompatibles con las conductas problemas, y así evitar que éstas se realicen.
 - ✘ El imponerle al individuo que realice ciertas actividades o solicitarle que sustituya una actividad por otra, sería algo erróneo ya que podría caer en confusiones y en sentirse inseguro al no saber si lo que hace es lo correcto.
- ❖ **Repaso conductual/rol playing:** El paciente con el terapeuta recrean escenas que el paciente ha vivido recientemente con dificultades, adoptan papeles y van introduciendo modificaciones en ella hasta llegar a unas conductas más adecuadas.
 - ✘ De ninguna manera es aconsejable utilizar esta técnica, ya que revivir un momento frustrante, lo puede llevar a la disforia e ideación paranoide.

- ❖ **Exposición in vivo:** El paciente se enfrenta en vivo a las situaciones que le producen miedo y que evita, así, por habituación se deja de sentir miedo poco a poco.
 - ✘ Esta técnica es de igual manera que la anterior una mala opción para emplearse con un borderline, ya que se menciono anteriormente que el exponerlos ante situaciones frustrantes de su pasado, solo ocasionaran que los síntomas se agudicen y que abandone el tratamiento.

- ❖ **Psicodramatización:** El paciente y el terapeuta pueden representar escenas pasadas significativas donde se han generado sus significados personales disfuncionales, de modo que se activen su secuencia interpersonal-cognitiva-emocional, y se generen alternativas también representadas.
 - ✘ Otra mala opción parecida a las dos anteriores, es volver alo mismo que el paciente se relacione con el trauma, y se sienta completamente invadido por la ideación paranoide, dando como resultado una nueva mala experiencia para el y el terapeuta.

Sin duda las técnicas no recomendables, no beneficiaran de ninguna manera al paciente Borderline, solo causaran que su desorden siga aumentando al igual que sus síntomas.

Lo que realmente se busca es que el terapeuta, mediante pautas específicas, pueda animar al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una forma objetiva. Con lo cual se pretende aminorar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente, para producir una mejoría clínica.

Todo esto con ayuda de las Técnicas recomendables y lo usual es que los primeros resultados sean obtenidos a largo plazo. Afortunadamente nuevos avances se vienen produciendo.

Lo cual nos lleva a un derivado de la corriente cognitiva, la llamada Terapia Dialéctica Conductual creada por Marsha Linehan (TCD) es un tratamiento psicoterapéutico basado en la evidencia empírica, desarrollado originalmente para pacientes suicidas y parasuicidas crónicos con Trastorno Borderline de la Personalidad

Esta modalidad psicoterapéutica propone un sistema de abordaje que combina la terapia individual, grupos de aprendizaje, contacto telefónico y farmacoterapia, lográndose disminuciones significativas en las conductas autodestructivas. (Linehan M, 1991)

Cómo se realiza la Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

La Terapia dialéctica conductual se constituye de dos partes:

1. Sesiones de psicoterapia una vez por semana en las que se explore detalladamente una conducta problemática en particular o un evento de lo sucedido con anterioridad, comenzando con la cadena de eventos que conducen a ello, pasando por soluciones alternativas que pudieron haberse usado, y examinando aquello que le impidió al paciente usar soluciones más adaptables al problema:

Entre y durante las sesiones, el terapeuta enseña y refuerza activamente los comportamientos adaptables, especialmente a medida que ocurren dentro de la relación terapéutica.” ..se hace énfasis en enseñar a los pacientes la forma de manejar el trauma emocional, en lugar de reducirlo o sacarlos de las crisis.“. El contacto telefónico con el terapeuta entre sesiones con el terapeuta forma parte de los procedimientos de los procedimientos de la Terapia dialéctica conductual.(Linehan M, 1991)

La Terapia apunta a comportamientos en jerarquía descendente:

- Disminución de comportamientos suicidas de alto riesgo
- Disminución de respuestas o comportamientos (ya sea por el terapeuta o por el paciente) que interfieran con la terapia
- Disminución de conductas que interfieran con la calidad de vida
- Disminución y manejo de las respuestas de tensión postraumática
- Incrementar el respeto por sí mismo
- Adquisición de las habilidades conductuales enseñadas en grupo
- Objetivos adicionales establecidos por el paciente

2. Sesiones de terapia de grupo de 2.5 horas semanales en las cuales se enseñe efectividad interpersonal, habilidades de tolerancia de la angustia/aceptación de la realidad, regulación de las emociones, y habilidades conscientes (Habilidades a desarrollar). Los terapeutas de grupo no estarán disponibles telefónicamente entre sesiones; ellos remitirán a los pacientes en crisis al terapeuta individual. (Linehan M, 1991)

Finalmente el Tratamiento que Marsha Linehan diseña para los pacientes Borderline, nos habla de un avance y un interés por estos sujetos, que viven en constante sufrimiento, por simplemente no poder llevar una vida. Y este tratamiento nos refiere como una esperanza para la convivencia y trato con el paciente en todos los sentidos en los que debe desarrollarse socialmente para poder dejar a un lado tanta confusión y desesperanza que ellos mismos sienten.

6.1 CONCLUSIÓN FINAL

Podemos decir que el Trastorno Borderline es una alteración de la personalidad la cual tiene una comorbilidad con al menos 6 Trastornos, aunque las características principales para identificar a un paciente limítrofe son: conductas destructivas, disforia, miedo a ser abandonados, dependencia, desordenes alimenticios, comportamientos sexuales anormales, e ira inapropiada, los cuales son exclusivos de tal padecimiento.

Aunque durante mucho tiempo fue confundido con esquizofrenia, pero las manifestaciones de delirios y alucinaciones, lo diferencian de ella, los cuales el Borderline en ningún momento presenta.

Uno de los componentes esenciales de esta distorsión, es la percepción de la realidad en extremos de bueno y malo, como una deformación de la realidad del sujeto, causada por una historia infantil arruinada en la cual existieron diversos factores de riesgo sumamente importantes como: el trauma, el abuso físico y sexual, el rechazo, y una desestructuración en el ambiente familiar, siendo estos los principales causantes, para el desarrollo de la patología. Ya que al no haber existido una distinción entre bueno y malo, crecen con una deficiencia para diferenciarlo, provocándole un caos en sus pensamientos, el cual desemboca en diversas manifestaciones, como el cambio de carácter, y su irritabilidad ante pequeños estímulos.

La prevalencia de los Borderline es del 2% de la población general, con una incidencia que apunta hacia las mujeres con el 70%, ya que están más expuestas ante los factores que ocasionan la aparición de este Trastorno, los cuales están representados por tres aspectos, los sociales: este está influido por la presión de la sociedad, la confusión en las normas y expectativas culturales, las dificultades familiares, los patrones de crianza, y la conveniencia de la sociedad para no crear un medio permisivo y estructurado hacia los trastornos. El Psicológico el cual como ya lo mencionamos, refiere al trauma, al abuso y rechazo infantil, y la vinculación anormal con los padres. Y por último el Biológico el cual parte del Psicológico, ya que toman al trauma y el abuso sexual como causantes de secuelas en el cerebro, provocando una hipersensibilidad en las vías noradrenérgicas por el funcionamiento simpático alterado, induciendo a que el

sujeto reaccione de manera exagerada e impulsiva debido a una anomalía en los receptores serotoninérgicos en el cerebro. Aunque hay que mencionar que los factores biológicos por sí solos no llevan a una psicopatología, solo la influencia de diversos factores de riesgo pueden ser desencadenantes de un trastorno de personalidad.

Al estar expuestos a diversos estímulos incontrolables y una deficiencia para comprenderlos y adoptarlos, los Borderline experimentan estados anímicos inestables, momentos de estrés extremos, desatando en ellos la disforia, por lo que estos pacientes viven en un sufrimiento constante, llevándolos en ocasiones a la mutilación de ellos mismos, para reducir su estado emocional frustrante.

Por otro lado el trastorno Borderline ha tenido diversos obstáculos para trascender en el área de la Psiquiatría y Psicología, lo cual ha dificultado la realización de un diagnóstico diferencial, ya que al ser una patología mórbida la dificultad de categorizar siempre surge, como lo observamos en el caso de la “DISCOTEQUERA” en el cual, el traslape con otras patologías es innegable, Así mismo la realización de este trabajo es dar una opción más concreta y sencilla de localizar tal patología en el sujeto y para ello concentramos los elementos que deben aparecer en un paciente limítrofe que son: Estado anímico inestable, Disforia Progresiva, Conductas Autodestructivas, Desordenes alimenticios, Gula y Anorexia, Comportamientos sexuales anormales, Abuso de sustancias, Cambios de carácter, Miedo a ser abandonados, Comportamientos manipulativos, Pesimismo, impulsividad, Sentimientos de vacío o aburrimiento, Depresión, Ansiedad, Euforia, Sensibilidad, Aislamiento social, Susceptibilidad, Irritabilidad ante el estrés, Agresión, Baja Autoestima, Teatralidad y búsqueda de atención, Irresponsabilidad, Dependencia, Inmadurez, Sumisión, Problemas de Identidad, Pensamiento mágico, Obsesión, Grandiosidad, Tendencia al cuento, Desvalorización, Retraimiento, Disforia, Episodios-Psicóticos.

Finalmente al estar al tanto de cuales son los elementos que deben presentarse en un paciente podremos especificar a que patología corresponden sus síntomas para lo cual realizamos una tabla comparativa, Ver CUADRO II, pagina 90; como una herramienta que facilite el trabajo clínico.

Por lo que al tener clara la sintomatología del sujeto limítrofe, esto facilita la elaboración del reporte de caso, recopilando desde la información más básica hasta la más detallada. Sin dejar de lado que al realizar la entrevista a pacientes borderline será necesario tomar ciertas precauciones para que la entrevista sea lo mas satisfactoria posible.

A lo largo de nuestra investigación hallamos que una buena opción de tratamiento para el Borderline, es la Terapia Cognitivo Conductual y su derivado, creado por Marsha Linehan la Terapia Dialectica Conductual, siendo estas las más indicadas para que el sujeto pueda conseguir una adaptación en la sociedad y en su propia vida, ya que les proporcionan una reducción en sus síntomas, como en los actos suicidas, sus respuestas y comportamientos ante los demás, conductas que interfieran con su vida, y les aporta habilidades conductuales para reaccionar a los diferentes acontecimientos y estímulos a los que se enfrentara. Aunque hay que dejar claro que no todas las técnicas tanto Cognitivas como Conductuales son ideales para emplearse con este tipo de padecimiento.

Finalmente consideramos que las recomendaciones que hemos proporcionados para tener una alternativa diagnostica hacia el padecimiento del Borderline, fueron elaboradas de modo que resulte rápido y sencillo la obtención de todos los datos, para dar forma a la patología en un individuo.

En general se conoció más afondo que es y que hay detrás de una personalidad Borderline, lo cual es un enigma hasta para ellos mismos. Se espera que este trabajo sirva como estimulo para que otros clínicos se interesen en estos pacientes, y no se sigan olvidando. Ya que lo que no conocemos no significa que no exista, esta presente y nosotros psicólogos encargados de la salud mental, debemos colaborar para la mejora de este y otros padecimientos que atañan al ser humano.

GLOSARIO

A.

Actin out: Es una conducta o respuesta a un *drive* o impulso inconsciente que produce alivio temporal y parcial de la tensión interior.

Agorafobia: Miedo morboso de los lugares abiertos o de abandonar la familiaridad del hogar; puede presentarse con o sin crisis de angustia.

Alienación: Término usado en psiquiatría para describir los sentimientos de desapego de sí mismo o de la sociedad, para indicar distanciamiento de las experiencias emocionales o para describir el esfuerzo que una persona realiza para separarse de sus propios sentimientos. Ver aislamiento.

Alucinación afectiva: El contenido de esta alucinación puede ser grandioso o de rechazo de sí mismo y presenta con frecuencia características del síndrome depresivo como la culpa, las enfermedades y la pobreza.

Anaclisis – Anaclítico: Que depende de otros, especialmente los niños en las madres; la depresión anaclítica en los niños resulta de la ausencia de la figura materna. Dependencia emocional de otras personas, situación normal en los niños pero patológica en los adultos.

Anhedonia: Incapacidad de experimentar placer. Comparar con hedonismo.

Ansiedad básica: De acuerdo con Karen Horney, la fuente principal donde se alimentan, intensifican y generalizan las tendencias neuróticas; está caracterizada por sentimientos vagos de soledad, impotencia y miedo a un mundo potencialmente hostil. Ver ansiedad.

Atípico: Indica una variación rara o poco usual de un trastorno conocido.

Autolesión: es la auto- mutilación, como cortarse la piel, quemarse, uno mismo sin intención de llegar al suicidio solo para poder hacer frente a estados emocionales insoportables.

B.

Borderline: Trastorno de la personalidad caracterizado por inestabilidad en varias áreas, impulsividad, actos suicidas, auto mutilaciones, problemas de identidad y sentimientos de vacío o fastidio.

C.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS.

Comorbilidad: Se define por la presencia de dos o más enfermedades independientes en un mismo sujeto.

Conductas Autodestructivas: esta relacionado con la auto- mutilación, el cortarse, quemarse o arrancarse el pelo.

Conflicto extrapsíquico: Conflicto que surge entre una persona y su medio ambiente. También se le llama conflicto interpersonal.

Conflicto intrapersonal: Estado de tensión que se origina del choque de fuerzas opuestas; por ejemplo, deseos, necesidades, motivos o pensamientos operando dentro de uno mismo.

Contra transferencia: Respuesta emocional consciente o inconsciente del terapeuta al paciente; está determinada por las necesidades internas del terapeuta, mas que por las necesidades del paciente, y puede reforzar la historia traumática del paciente si el terapeuta no pone atención.

Conversión: Mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual la ansiedad que se origina de los conflictos intrapsíquicos es convertida y expresada en un símbolo somático simbólico; puede verse en una gran variedad de trastornos mentales.

Crisis: En psiquiatría se refiere a una percepción angustiante de desequilibrio psicológico que tiene un comienzo agudo y que causa un deterioro del funcionamiento en varias áreas interpersonales y profesionales.

D.

Defensas Primitivas: splitting, identificación proyectiva, negación, desvalorización, idealización, y la omnipotencia

Depresión Mayor: Trastorno grave del humor caracterizado por uno o más episodios depresivos pero sin historial de episodios maníacos.

Desarrollo Libidinal: El psicoanálisis emplea el termino pulsión (impulso que tiende a la consecución de un fin) para el estudio del comportamiento humano. La pulsión es un impulso que se inicia con una excitación corporal (estado de tensión), y cuya finalidad ultima es precisamente la supresión de dicha tensión. Hay dos tipos de pulsiones: la pulsión sexual (o de vida) y la pulsión de muerte. El impulso sexual tiene unas acotaciones muy superiores a lo que habitualmente se considera como sexualidad, al tiempo que introduce la diferencia entre sexualidad y genitalidad.

Desintegración: Desorganización psíquica en la cual una persona es incapaz de reconocer la realidad y puede desarrollar delirios, alucinaciones o ansiedad y pánico abrumadores.

Despersonalización: Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior (p. ej., sintiéndose como si uno estuviera soñando). Se ve en la esquizofrenia en el trastorno de despersonalización y en el trastorno de la personalidad tipo esquizoide.

Desrealización: Sensación que la realidad ha cambiado o que nuestro medio ambiente ha sido alterado

Díada: Un par de personas en una situación de interacción, tales como marido y mujer, padre y madre, co-terapeutas o paciente y terapeuta.

Disforia: Estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad.

Distimico: Estado de ánimo crónicamente depresivo

Disociación: Alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico.

E.

Esquizofrenia: La esquizofrenia es una alteración en ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

Esquizotípico: caracterizada por un patrón de deficiencia en las relaciones interpersonales y perturbación en los patrones de pensamiento, apariencia y conducta.

Episodios Psicóticos: Pérdida o falta de contacto con la realidad.

Euforia: Concepto hipotético usado para explicar la motivación de la conducta; urgencia básica que produce un estado de tensión psíquica y motiva la persona a la acción para aliviar esa tensión; actualmente se prefiere este término al de [instinto] de Freud.

Externalización: Término más general que la proyección que se refiere a la tendencia para percibir en el mundo externo y en los elementos de objetos externos de nuestra personalidad, incluyendo los impulsos instintivos, los conflictos, los estados de ánimo, las actitudes y los estilos de pensamiento.

F.

Fantasía: Ensueño; retrato mental de una situación o cadena de eventos. Forma de pensar dominada por material inconsciente y procesos primarios que busca satisfacer los deseos y soluciones inmediatas a los conflictos; puede servir como matriz para procesos creativos o para distorsiones neuróticas de la realidad.

Fijación: Formación en la niñez de un fuerte lazo afectivo hacia alguien o algo antes de la maduración completa, e indebida persistencia de este lazo, bajo su forma infantil, en la vida adulta. Los psicoanalistas atribuyen a estas fijaciones ciertas perversiones sexuales y los complejos de Edipo y Electra.

Fluctuación del humor: Oscilación del estado emocional de una persona entre períodos de júbilo y períodos de depresión.

Frustración: (del latín *frustre*, en vano) Resultado de un proceso de entorpecimiento de cualquier conducta dirigida a una meta; la habilidad para tolerar la frustración y demorar la gratificación es considerada como un signo de madurez y de un yo fuerte.

Fuerza del Yo: Grado de mantenimiento de las funciones del yo, por ejemplo, percepción, pensamiento y habla.

Fuga: Trastorno disociativo caracterizado por un período de amnesia casi total, durante el cual una persona se escapa de una situación de vida inmediata y comienza un patrón de vida diferente; aparte de la amnesia, las facultades mentales y las destrezas no son generalmente afectados. Ver amnesia psicogénica.

H.

Histeria: Es una afección psicológica que pertenece al grupo de las neurosis y se manifiesta en el paciente en forma de una angustia al suponer que padece diversos problemas físicos o psíquicos.

Humor: Tono sentimental mantenido y prevaleciente que se experimenta internamente y que puede influenciar marcadamente todos los aspectos de la conducta de una persona y su percepción del mundo. Se distingue de afecto que sería la expresión externa de este tono sentimental. Para los tipos de humor ver el término específico.

I.

Idea de referencia: Interpretación errónea de incidentes y eventos en el mundo externo como si tuvieran una referencia personal directa con uno mismo; se observa ocasionalmente en personas normales pero es algo frecuente en pacientes paranoicos. Si la frecuencia o la intensidad aumentan o si el proceso se organiza y se sistematiza se convierte en un delirio de referencia.

Identidad: Nuestro papel global en la vida y la percepción del sentido de nosotros mismos; los problemas de identidad son comunes durante la adolescencia, en la esquizofrenia y en las personalidades límite y esquizotípica.

Identificación: (del latín *idem*, lo mismo y *facere*, hacer). Mecanismo de defensa inconsciente por el cual una persona adopta el papel de una personalidad ajena; en este proceso el *self* es alterado.

Identificación con el objeto: Proceso inconsciente por el cual una persona incorpora dentro de sí mismo la imagen mental de otra persona quién representa una fuente de frustración del mundo externo; una defensa primitiva que sirve a los intereses del *ego* en desarrollo.

Incorporación: Mecanismo de defensa primitivo e inconsciente, en el cual la representación psíquica de otra persona o aspectos de otra persona, son asimilados dentro uno mismo a través de un proceso figurativo de ingestión oral simbólica; representa una forma especial de introyección y es el mecanismo más temprano de identificación.

Individuación: Es un proceso por el cual la persona desarrolla y moldea una personalidad individual integrada y saludable a través de la diferenciación y el desarrollo de cada uno de los sistemas de la personalidad.

Ira: Enfado muy violento, indignación y enojo, deseo de venganza, como causa de violencia contra los demás, contra los familiares o contra uno mismo.

Insight: Reconocimiento consciente de nuestra propia condición. Se refiere, en psiquiatría, al conocimiento consciente y comprensión de nuestro proceso psicodinámico y de nuestras conductas; es muy importante para lograr cambios de conducta y personalidad.

Insight deteriorado: Disminución de la habilidad para comprender los objetivos reales de una situación.

Intrapsíquico: Se refiere a lo que se origina, tiene lugar o está ubicado dentro de la psique o mente.

Ideación Paranoide: Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

L.

Lábil: Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

Lábilidad emocional: Respuesta emocional excesiva caracterizada por emociones inestables y de rápida fluctuación.

Letargia: estado que consiste en la superposición de las funciones de vida y del uso de los sentidos. Sueño continuado y patológico.

M.

Manía: Trastorno del humor caracterizado por júbilo, agitación, hiperactividad, hiperexcitabilidad, pensamiento acelerado y habla apresurada (fuga de ideas); caracteriza la fase maníaca del trastorno bipolar.

Maniaco: Denota o caracteriza la manía. Usado en ocasiones como una descripción general para una persona con trastornos mentales o para alguien que presenta conductas violentas o abiertamente irracionales.

Mecanismos de Defensa:

(o estrategias de afrontamiento) son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo. El individuo suele ser ajeno a estos procesos y a su puesta en funcionamiento. Los mecanismos de defensa median las reacciones personales frente a conflictos emocionales y amenazas de origen interno y externo.

Maníaco Depresivo o Trastorno Bipolar: se caracteriza por episodios periódicos de gran júbilo y felicidad, ánimo eufórico o irritabilidad (también llamados fase maníaca) a los que se contraponen episodios periódicos de síntomas depresivos clásicos.

Miedos Paranoides: son miedos irreales que no existen que el sujeto se crea en la mente y logra temerles

MMPI: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* .Prueba psicológica tipo cuestionario para personas de los 16 años de edad en adelante, consiste en selecciones del tipo verdadero-falso que están codificadas en varias escalas que evalúan dimensiones distintas de la estructura de la personalidad de la persona y que mide la cercanía con diferentes categorías de diagnóstico psiquiátrico

N.

Narcisista: Es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

Neurosis Histerica: Se aplica a una neurosis con un trastorno súbito de la función como respuesta al estrés emocional. En el tipo conversivo vemos un trastorno funcional de alguno de los sentidos especiales o en el sistema nervioso voluntario; el tipo disociativo se manifiesta como una alteración de los estados de

conciencia o con síntomas como la amnesia, la desorientación, la fuga, el sonambulismo o la personalidad múltiple.

O.

Objeto Idealizado: Es experimentado por el bebé durante la posición esquizo-paranoide como resultado de la escisión y de la negación de persecución. El bebe atribuye todas sus experiencias buenas, reales o fantaseadas, a este objeto ideal al que anhela poseer y con el que ansía identificarse.

Objeto Persecutorio: La cualidad de 'malo' se le atribuye, no solamente por su carácter frustrante, sino sobre todo porque sobre ellos se proyectan las pulsiones destructivas del sujeto. Objetos malos y buenos se hallan sometidos a los procesos de introyección y proyección.

P.

Paranoia: Es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

Parasuicidas: comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que las ejecuta, dichos actos deben ser poco habituales.

Percepción extrasensorial: Experiencia de un evento externo con medios diferentes a los cinco sentidos, como es el caso de la telepatía o clarividencia.

Pensamiento Mágico: Noción que pensar algo es lo mismo a hacerlo o que puede causar que suceda; es común en los sueños, es ciertos trastornos mentales y en los niños.

Procesos primarios del pensamiento: Los procesos primarios son inconscientes y se manifiestan fundamentalmente en el sueño. Los procesos de elaboración onírica (condensación, desplazamiento, ...) son procesos primarios.

R.

Relaciones de Objeto Tempranas:

Objeto bueno: Junto al objeto malo, son los primeros objetos pulsionales, parciales o totales, tal como aparecen en la vida de fantasía del niño. La cualidad de 'bueno' se le atribuye, no solamente por su carácter gratificador, sino sobretodo porque sobre él se proyectan las pulsiones libidinales del sujeto.

Objetos buenos y malos se hallan sometidos a los procesos de introyección y proyección.

Objeto Malo: La cualidad de 'malo' se le atribuye, no solamente por su carácter frustrante, sino sobre todo porque sobre ellos se proyectan las pulsiones destructivas del sujeto.

Objeto extraño: Son el resultado de identificaciones proyectivas patológicas, en las que se percibe al objeto escindido en pequeños fragmentos, conteniendo cada uno una parte proyectada del Yo. A estos objetos extraños se los siente cargados de mucha hostilidad.

Objeto Ideal: Es experimentado por el bebé durante la posición esquizo-paranoide como resultado de la escisión y de la negación de persecución. El bebé atribuye todas sus experiencias buenas, reales o fantaseadas, a este objeto ideal al que anhela poseer y con el que ansía identificarse.

Objetos Parciales: Objetos característicos de la posición esquizo-paranoide. El primer objeto parcial que experimenta el bebé es el pecho. Pronto experimenta otros objetos parciales, ante todo, el pene. Objetos parciales son: el objeto ideal (pecho o pene), el objeto malo (o persecutorio), y el objeto bueno.

Objeto Total: Se refieren a la percepción del otro como persona. La percepción de la madre como objeto total caracteriza la posición depresiva. El objeto total es lo opuesto tanto del objeto parcial como de los objetos escindidos en partes ideales y persecutorias. La ambivalencia y la culpa se experimentan en relación con objetos totales.

Relaciones objétales: Apego emocional que se forma entre una persona y otra, concepto opuesto al interés y al amor por uno mismo.

Relaciones caóticas: Carecen de un aspecto emocional y sentimental en el cual no existe ninguna empatía y pueden ser destructivas.

S.

Splitting: *Escisión* (splitting clivaje): es un proceso activo utilizado para mantener la separación entre introyecciones e identificaciones de calidad opuesta; estos son sistemas alternativamente activados e investidos en la relación de una forma discontinuo. Esto que es un simple defecto de integración, sigue siendo activamente utilizado por el sujeto, como modo de enfrentarse a la difusión de la angustia y de protegerse frente a la incompletud narcisista.

Separación del Objeto: Apartamiento que tiene el sujeto con la madre.

Sistema límbico: es un sistema formado por varias estructuras cerebrales que gestiona respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales. Está relacionado con la memoria, atención, emociones, personalidad y la conducta. Está formado por partes del tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala cerebral, cuerpo calloso, septum y mesencéfalo.

Sistema Nervioso Simpático: Parte del sistema nervioso vegetativo que tiene acción estimulante.

T.

Terapia Cognitiva: Terapia estructurada y directiva desarrollada por Aaron T. Beck que enfatiza como los pacientes piensan acerca de ellos mismos y el futuro; consiste en revertir la tríada cognitiva de expresiones negativas del sí mismos, expresiones negativas del futuro y visión negativa del mundo.

Terror: Ansiedad extensa y masiva usualmente relacionada con un peligro específico.

Trastorno de Personalidad (TP): es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Trastornos Afectivos: Corresponde a los Episodio depresivo mayor, Episodio maníaco, Episodio mixto, Episodio hipomaniaco.

Trauma: Conflicto emotivo que afecta hondamente al sujeto, dejándole una huella en el inconsciente. En Psicología, trauma es sinónimo de herida psíquica.

Trastorno Borderline de la Personalidad (TBP): es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

BIBLIOGRAFIA

- America Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.*, 2ed. Washingt, American Psychiatric Association, 1968.
- American Psychiatric Association. DSM-III. *Manual diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales*, 1 ed. Barcelona, Masson, S.A., 1983
- Ayuso Gutiérrez, J.L.; Carulla, L.S; *Manual de Psiquiatría*; Madrid; Intram; McGraw-Hill.; 1992.
- Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG: Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am.J.Psychiatry* 2001; 158:295-302
- Bergeret, Jean; "Los Estados Límites 20 años después"; Entrevista; *Vertex*; 1990; 1 (1) 47-52.
- Blas Corsaro; "Características de los pacientes borderlines en la Argentina. Evaluación con cuestionario autoadministrado. Investigaciones en Psicología"; *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*; 1999; 4 (1) 61-78.
- Clasificación de Trastornos Mentales CIE-10; Criterios de la OMS
- Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, third ed. Washington, 2000
- García Bernardo E. Control de emociones e impulsos en las personalidades *borderline*. Rev. De Psicoanálisis No. 6, noviembre 2000.
- Grinker RR, Werble B, Drye RC. *The Borderline Syndrome* New York, Basic Books, 1968.
- Gunderson, John G.; "Bordeline Personality Disorder". Washington, D.C.; *American Psychiatric Press*;Inc. 1984.
- Gunderson J.G. "Psychodynamic Psychoterapy for Borderline Personality Disorder" in *Psychotherapy for Personality Disorders* Edited by Gunderson JG, Gabbard GO. Washington, American Psychiatric Press, Inc., 2000
- Gunderson, John G.; Singer, M.T.; "Defining Borderlines patients: an overview"; *Am. J. Psychiatry*; 132;1-10.
- Hales, Robert E., Yudofsky, Stuart C.; *Sinopsis de Psiquiatría Clínica*; Tercera edición; Barcelona; Masson; 2000.

Herman J. *Trauma and Recovery the aftermath of violence from domestic abuse to political terror* New York, 1992.

Hoch PH, Polatín P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiat. Quart.* 1949; 23:248-276

Jose Luis Cano Gil, Información Documentos e información sobre el Trastorno Borderline. Espacio informativo y de investigación dirigido a los pacientes Borderline, 2006-2007. Disponible en URL: www.soyborderline.com

Kaplan HI. Sadock BJ. *Trastornos de la personalidad*. 2ª ed. En Kaplan HI y Sadock BJ. *Psiquiatría clínica (edición española)*. Barcelona. 1996;187-201.

Kernberg OF. Borderline Personality Organization. *J Am Psychoanal Assoc* 1967; 15:641-685

Kernberg, O.F.; *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*; Buenos Aires; Editorial Paidós; 1970.

Kernberg OF. *Borderline Condition and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson, 1975

Kernberg, O. *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo patológico*. Buenos Aires, Ed. Paidós. 1979

Kernberg, O.F.; *Trastornos graves de la personalidad*; México; Manual Moderno; 1984.

Kernberg, O. F. Agression, Trauma, and hatred in the treatment of borderline patients. *Psych Clin of North America* 17 No4 (December), 701-714.1994.

Koldobsky, N. M. S. *Borderline. Suicidio y Psicosis*. Ciprés Año 4 (Vol 10), 130. 1986. Ref Type: Journal (Full)

Koldbosky NMS. "Teorías actuales en los desordenes de personalidad" (DP) in la *personalidad y sus Desórdens*, vol. No 3 . Buenos Aires, Universidad Argentina John Kennedy, 2000

Livesley, W.J., Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*;1998.

Luna M, Cohen D. Fundamentos del tratamiento psicofarmacológico del trastorno límite de la personalidad. *Boletín Científico de la Asociación de Médicos Municipales de la CBA*. 2002;7(31). Disponible en URL: www.medicos-municipales.org.ar

Mack JE. "Borderline Status: An historical perspective". in *Borderline States in Psychiatry*. Edited by Mack JE. New york, Grune & Stratton, 1975

- Mamer SS, Fink D. Rethinking the comparison of borderline personality disorder and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1994; 17:723-771
- Marin DB, Widiger TA, Frances AJ, Goldsmith S, Kocsis J. Personality disorders: issues in assessment. *Psychopharmacol. Bull.* 1989; 25:508-514
- Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association; 1995.
- Meehl PE. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *Am. Psicol.* 1962; 17:135-155
- Millon, Theodore, Davis Roger D.; *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*; Barcelona; Masson; 1998.
- Millon T. Sociocultural conceptions of the borderline personality. *Psychiatric. Clin. North Am.* 2000; 23:123-36.
- Millon, Theodore, Davis Roger D.; *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*; Barcelona; Masson; 2001.
- Monzón Reviejo, S; Herranz Castillo, T. La Agresividad en los trastornos borderline. Patología Borderline “te odio, por favor, quíereme”. XIX Reunión Nacional de la AEP. “Psicodrama y diversidad cultural”, Salamanca. 2004
- Néstor M. S. Koldobsky.; “*Trastorno Borderline de la Personalidad*”; Bueno Aires, Argentina; editorial Polemos; 2005
- Reich, D.B.; Zanarini, M.C.; “Developmental aspects of Borderline”; *Harv. Rev. Psychiatry*; 2001; nov. dec.; 9 (6) 294-301.
- Richar P. valgin, Susan Kraoss Whitbourne, Susan Kraoss Whitbourne, “*Psicología de la Anormalida*”, Perspectivas Clínicas sobre desórdenes psicologicos; Mc Grall Hill.;2003
- Richar, P. Valgin; “*Perspectivas Clínicas sobre desórdenes Psicologicos*”, Cuarta edición; editorial Mc Grall Hill; 2004
- Rosenberger PH, Miller GA. Comparing borderline definitions: DSN-III borderline and schizotypal personality disorder. *J Abnorm. Psychol.* 1989; 98:161-169
- Sanislow, C.A.; Grilo, C.M.; Morey, L. [et. al]. “Confirmatory factor analysis of DSM IV criteria for borderline personality disorder”; *Am. J. Psychiatry*; 2002; feb.; 159 (2) 284-90.
- Schulz Sc, Camlin KL, Berry SA, Jesberger. Seguridad y eficacia de la Olanzapina en pacientes con trastorno de Personalidad Limitrofe (Borderline) y Distimia comorbida. *JA. Biol Psychiatry* 1999;46(10):1429-1435.

Sanislow, C.A.; Grilo, C.M.; Morey, L. [et. al]. "Confirmatory factor analysis of DSM IV criteria for borderline personality disorder"; *Am. J. Psychiatry*; 2002; feb.; 159 (2) 284-90.

Stingo, N.R. *Los Trastornos Psíquicos. La Psicopatología en el siglo XXI*; Buenos Aires; Ediciones Norte; 2001.

Stone, Michael H.; "Etiology of Borderline Personality Disorder, in Joel Paris"; Washington, D.C.; *America Psychiatric Press*; Inc. 1993.

Suarez Richards, M.; *Introducción a la Psiquiatría*; Segunda edición; Buenos Aires; Editorial Salerno; 2000.

Valdez M. Trastornos de la personalidad. En Vallejo J: *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 3ª de Masson Salvat Barcelona 1993; 508-519.

Vallejo Ruiloba, J.; *Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría*; Tercera edición; Barcelona; Salvat;1992.

Van Elst; L.T.; Thiel, T.; Hesslinger, B. [et. al.]; "Subtle prefrontal neuropathology in a pilot magnetic resonance spectroscopy study in patients with borderline personality disorder"; *J. Neuropsychiatry clin. Neurosci.*; 2001 Fall; 13(4) 511-4

Widiger TA W. Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42:1015-1021

Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am. J. Psychiatry* 1990; 147: 161-167

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Veras SC, Marino MF, Levin A, Yong L, Frankenburg FR. Reported pathological childhood experiences as associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154:1101-1106

Zilboorg G. Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry* 1941; 4:149-155