



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
CLAUDIA PAULINA URIBE CHÁVEZ

DIRECTOR: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO
ASESOR METODOLÓGICO: LIC. MARCOS VERDEJO MANZANO
REVISOR: JORGE ALFONSO VALENZUELA VALLEJO

SINODALES: LIC. JUAN MANUEL MORALES FLORES
MTRO. PABLO VALDERRAMA ITURBE
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



MÉXICO, D.F.

DEL 2011



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.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	9

CAPÍTULO I PERSONALIDAD Y TRASTORNO

1.1 Definiciones de personalidad	10
1.2 Desarrollo de un Modelo Psicobiológico de la Personalidad	13
1.3 Teorías psicológicas que abordan la personalidad	13
1.4 Personalidad Normal y Anormal	18
1.5 Clasificación de la personalidad	20
1.6 Rasgos de personalidad	23
1.7 Evaluación de la personalidad	26
1.8 Trastorno de la Personalidad	27
1.9 Clasificación de los trastornos de personalidad	33
2.0 Como distinguir a los individuos con TLP	36

CAPÍTULO II TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

2.0 Definición y características clínicas	38
2.1 Historia y Teorías	48
2.2 Etiología	55
2.3 Epidemiología	58
2.4 Evaluación	59
2.5 Comorbilidad	60
2.6 Las Mujeres y el Trastorno Límite de la Personalidad	63
2.7 Diagnóstico	73
2.8 Curso y pronóstico	73
2.9 Tratamiento	74
3.0 Psicoterapia	76

CAPÍTULO III INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA MMPI-2.

3.1	Antecedentes del MMPI en México	83
3.2	Diferencias entre el MMPI Y MMPI-2	84
3.3	Estudios de normalización, confiabilidad y validez del MMPI-2	87
3.4	Interpretación de los indicadores de validez	89
3.5	Integración de Escalas de Validez y Clínicas en el MMPI-2	90
3.6	Descripción de las Escalas clínicas	91

CAPÍTULO IV PROCESO METODOLÓGICO

4.1	Planteamiento del Problema	99
4.2	Objetivo General	99
4.3	Objetivos Específicos	99
4.4	Hipótesis de Trabajo	100
4.5	Hipótesis Específicas	100
4.6	Criterios de Inclusión y Exclusión	101
4.7	Variables	101
4.8	Definición Conceptual de variables	101
4.9	Método	102
4.9.1	Muestra/ Participantes	102
4.9.2	Instrumento	103
4.9.3	Escenario	103
4.9.4	Diseño y Tipo del Estudio	103
4.9.5	Procedimiento	103
4.9.6	Uso ético de la prueba	103
4.9.7	Análisis Estadístico	106

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	107
-----------------------------------	------------

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	112
-----------------------------------	------------

REFERENCIAS BIBLIO-HEMEROGRÁFICAS	115
--	------------

ANEXOS	119
---------------	------------

AGREDECIMIENTOS

A **mí** esfuerzo, constancia y valor para continuar con mi vida, a fin de seguir demostrándome que poseo la capacidad para vivir plenamente.

A ti **mamá**, por ser mi apoyo incondicional, un ejemplo de lucha y fuerza en todo momento. Gracias por darme la vida y demostrarme que siempre estarás conmigo.

A ti **papá**, por guiarme y apoyarme cuando más lo he necesitado. Gracias por ese cariño que en silencio me lo dices. Gracias por permitirme estudiar una Licenciatura, que ha dado un nuevo significado a mi vida.

A ti **Gaby**, porque siempre has estado para ayudarme con hechos, palabras y consejos. Gracias por la oportunidad de empezar una mejor relación como hermanas, a fin de que en los días venideros sean hermosos recuerdos de nuestra convivencia

Gracias doy a la vida por tenerlos como integrantes de mi familia, dado que cada uno, me ha ayudado a concluir esta meta profesional y personal. Y más aun a querer vivir más tranquila y feliz. Gracias de nuevo por ser mis grandes pilares.

Gracias **Mtro. Sotero** por haber sido la primera persona en enseñarme que la Psicología, más allá de ser una Ciencia es todo un Arte el aprenderla, aplicarla y enseñarla.

Gracias por creer en mí, por haberme enseñado tanto, por brindarme tiempo para expresar el dolor y con ello sanar muchas heridas, y más aún porque a partir de que lo conocí, empezó a cambiar mi vida y la de mi familia. Toda la vida le estaré agradecida por brindarme su ayuda incondicional.

Gracias **Jorge** por apoyarme para consolidar este proyecto, pues sin ti, hubiera sido demasiado difícil culminarlo.

Gracias por enseñarme que mi prioridad tengo y debo ser yo.

Gracias por ayudarme a superar tantos miedos, tristezas y enojos.

Gracias por estar siempre presente para escucharme y ayudarme a construir un mejor presente y futuro. Gracias por ser incondicional y rescatarme de esas tinieblas que juraba nunca permitirían que este momento llegara. GRACIAS.

A usted **Psic. Leticia** por enseñarme que la disciplina y compromiso es necesario para dar lo mejor de uno. Gracias por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia profesional, pero más aun por ayudarme a crecer personalmente.

Gracias por ayudarme a ver la realidad desde otra perspectiva y con ello el cambio de pensamientos y conductas.

Gracias por su confianza y tiempo para mejorar.

Gracias por la infinidad de oportunidades que me brinda para progresar.

Gracias por su amistad.

Gracias **Mtro. Pablo** por sus conocimientos y tiempo para poder aplicarlo a la vida diaria.

Gracias por sus palabras de gran apoyo cuando eran necesarias, sin usted saberlo.

Gracias por su gran ayuda e interés que ha tenido por el bienestar de mis seres queridos.

Gracias **Mtro. Juan Manuel** por sus conocimientos excepcionales, que hoy día he aplicado y que han resultado una gran satisfacción.

Gracias por su disposición a formar parte de esta gran meta.

Gracias por el tiempo que dedico a leer mi trabajo y con ello dar una mejor presentación.

Gracias **Flor** por ser un gran ejemplo de lo que significa la amistad.

Gracias por estar presente en los momentos más dolorosos y felices de mí vida.

Gracias por ese apoyo incondicional, único y grandioso.

Gracias por ser parte de mi vida. Siempre estaré agradecida por haberte conocido y compartir tantas emociones.

Gracias **Jessica** por ser una gran amiga.

Gracias por compartir una infinidad de experiencias.

Gracias por ser un apoyo incondicional.

Gracias por tu confianza y cariño.

MI CAPARAZÓN

Así soy...

La que poco a poco,
va rompiendo su caparazón.
Detrás de la piedra que me cubre,
está la mujer que piensa,

Que vive, se apasiona,
la que intenta ser feliz a toda costa,
sin dañar raíces ni personas.

No soy la estatua que sirve,
para colgar trapos de otros,
me estoy descubriendo,
y me gusta
lo que veo en mi interior...

No soy solamente un ser que respira,
soy un ser humano
con todo lo que implica.

No es fácil quitarme
tantos años de opresión,

Ya ves... me está costando...
sacarme ésta caparazón...

Dura y resquebrajada,
muchos dirán de mí...
y si supieran lo hermosa,
que es la mujer que ves aquí...

Cuando esté libre de todo,
ya me podrán sentir,
es la belleza interior,
la que hoy me hace feliz...



Anónimo

INTRODUCCIÓN

El TLP, es el trastorno de la Personalidad más habitual del ámbito clínico y se encuentra presente en las culturas de todo el mundo. Sin embargo, en la práctica clínica éste trastorno se diagnostica erróneamente con frecuencia. El TLP produce un malestar importante y un deterioro de funcionamiento social, laboral y personal, y se asocia a tasas elevadas de comportamiento autodestructivo (p.ej., tentativas de suicidio y suicidio consumado).

Dentro de la inestabilidad en las relaciones interpersonales, presentan un patrón de relaciones inestables e intensas. Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos. Sin embargo, cambian rápidamente de forma de pensar y pueden pasar de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención.

Tienen una necesidad enorme de llevar una vida normal y tener buenas relaciones, pero a la vez, tienen mucho miedo a la intimidad. La tensión entre esta necesidad y el miedo causa ansiedad, culpabilidad y rabia.

Poseen respuestas impredecibles, consistentes en cambios bruscos de humor o repentinas explosiones emocionales. Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Esta conducta es dañina para la persona con éste trastorno y para las personas cercanas, quienes no siempre saben cómo actuar y qué pensar, que no importa lo que hagan o digan, será dado la vuelta y usado en su contra.

Los sentimientos varían drásticamente en calidad e intensidad de momento a momento, pueden ser tan intensos que lleguen a distorsionar la percepción de la realidad.

Pueden alternar entre sentirse llenos de sentimientos o bloquearse dando una imagen de apatía total y absoluta. Con estos intensos sentimientos o pensamientos de tipo negro/blanco, la desilusión a menudo se convierte en ira, que puede ser dirigida hacia otros, en ataques verbales o físicos, o dirigida hacia uno mismo en intentos de suicidio o conductas autolesivas.

Es frecuente que los sujetos con TLP, expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira. Aunque pueden ser emocionalmente (incluso físicamente) abusivos, es importante comprender que por lo general no intentan hacer daño. Están actuando por un intenso dolor, miedo o vergüenza, utilizando defensas primitivas que posiblemente hayan aprendido hace mucho tiempo.

La ira y la lógica no se mezclan. El enfado es más fácil que el miedo y les hace menos vulnerables. Cuando un enfermo está alterado, no se puede esperar que actúe con lógica, no porque no quiera, sino porque no puede. Un simple enfado parece igual que uno tremendo y es difícil distinguir.

Los arranques de ira pueden ser aterradores. La persona puede dar la impresión de que está totalmente fuera de control, actuando por impulso y sin importarle las consecuencias de su conducta. La realidad, es que en ese momento **NO LO PUEDE EVITAR**, aunque es consciente de que lo que está haciendo apartará aún más a las personas de su lado. Cuando se enfadan con alguien, ese alguien deja de ser una persona con sentimientos, se convierte en el objeto de su odio y la causa de su malestar. Es el “enemigo”, se vuelven paranoicos y piensan que ese alguien les quiere hacer daño, entonces se preparan para demostrar que tienen el control sobre esta persona.

El trastorno límite de la Personalidad es un trastorno mental serio y complejo, caracterizado por un patrón dominante de dificultades de regulación emocional y de control de impulsos e inestabilidad, tanto en las relaciones interpersonales como la autoimagen. La definición actual del Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM-IV) se refiere a *“un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diferentes contextos.”*

La atención de los pacientes limítrofes es una tarea compleja y desgastante por las intensas reacciones emocionales que se despliegan en la relación terapéutica y porque su impulsividad, acompañada de conductas autolesivas e intentos suicidas (10% mueren por suicidio), con frecuencia conduce al fracaso del tratamiento del deterioro del paciente. Es la razón por la que éstos pacientes han sido estudiados de manera intensiva, con investigaciones realizadas sobre personas que tienen diagnósticos de TLP.

El TLP afecta a tres mujeres por cada varón y se presenta en 2% de la población general, 10% de pacientes psiquiátricos ambulatorios y 20% de los hospitalizados. En México, se ha encontrado en 2.0% de las mujeres y 1.7% de los varones de la población general y el 36% de los enfermos psiquiátricos hospitalizados. Se considera que los padecimientos graves de la Personalidad, y en particular el TLP consume más recursos de salud que el trastorno depresivo mayor.

JUSTIFICACIÓN

El TLP, es uno de los principales diagnósticos en cuanto a los desórdenes de la Personalidad se refiere, incluso se podría afirmar, cuando menos en forma descriptiva y empírica que es uno de los más frecuentes que se atienden en los servicios ambulatorios del Hospital Fray Bernardino Álvarez. El TLP, es un trastorno de personalidad severo, con un patrón de deterioro permanente en el control de impulsos, la regulación emocional, la cognición y la autoimagen. Generando una alta tasa de disfunción psicosocial, además de un aumento en las tasas de suicidio. Por lo tanto es posible afirmar que es una enfermedad trascendente y con alto impacto.

La importancia de la presente investigación radica en ser un primer acercamiento a una muestra de población diagnosticada clínicamente con el trastorno límite de la personalidad, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a través de una evaluación objetiva, que busca determinar aquellas características que constituyen diferencias individuales importantes de la personalidad, por medio de las pruebas psicológicas que implican el uso de instrucciones estandarizadas y la presentación de los estímulos que requieren que las personas respondan de una manera establecida. Es una investigación factible por sus características metodológicas, que permitirá obtener una visión panorámica de un corte transversal de la población en estudio en cuanto a las características de la personalidad. Buscando además de demostrar que a través de instrumentos de evaluación psicométricos, será posible dar un perfil de personalidad.

CAPÍTULO I PERSONALIDAD Y TRASTORNO

1.1 Definiciones de Personalidad

El concepto de personalidad, es tal vez uno de los más estudiados y discutidos dentro de la ciencia psicológica. Muchos son los teóricos que han intentado, desde diversas corrientes, conformar una definición que abarque todo los aspectos posibles de este fenómeno en el individuo.

La personalidad puede referirse a todo lo que se sabe de una persona; o a lo que es único en alguien o lo típico de una persona. No obstante, el sentido popular incluye en la personalidad rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás, es decir, un conjunto de cualidades que resultan socialmente agradables y eficaces. El modo de comportarse o de actuar que influye con éxito sobre otras personas. (25)

Teóricamente una personalidad es simplemente una naturaleza psicológica individual, donde el aspecto principal para el desarrollo de la personalidad es el establecimiento de una identidad personal la cual se expresa y se define a través del papel que ocupamos en la sociedad. (26)

Hipócrates fue el primero en formular una tipología de la personalidad 5 siglos A. de C., postuló que cada individuo poseía cuatro humores corporales. Estos humores eran la bilis amarilla, bilis negra, la sangre y la flema. Se pensaba que estos humores o fluidos eran la encarnación de la tierra, agua, fuego y aire, los cuales habían sido señalados como los cuatro elementos básicos del universo por el filósofo Empédocles. Para Hipócrates la personalidad normal estaba representada por un balance funcional y cuantitativo entre los cuatro humores, pensaba que la psicopatología surgía de una alteración cuantitativa y disfuncional de estos humores. (27).

La definición que Allport propone desde este enfoque "esencialista", es planteada en su obra "Psicología de la personalidad"(1966), lo que textualmente dice lo siguiente: "*Personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente*".

Según el autor, esta definición es una síntesis del uso psicológico contemporáneo, por lo cual cada parte de ella fue puesta por una razón en particular. (6)

Golstein (1990) postulaba que la personalidad no puede ser atendida por conductas aisladas porque el organismo operaba como una sola unidad que no podía ser entendida fácilmente solo por sus componentes. Millon (1998, da la misma importancia a las dinámicas intrapersonal y externa (social) y representa un cambio en esa tendencia histórica.

La personalidad es una construcción hipotética, un concepto que pretende proponer explicaciones de la psicología de la persona desde un marco teórico preestablecido. En la clínica, no hay, pues, ninguna posibilidad de observación inmediata de la personalidad, siendo que su tipificación es el producto de una inferencia, del establecimiento mental de una categoría a partir de las características y de las conductas de cada persona.

En sí misma, la personalidad es la fuente principal de conducta, es decir, que la conducta presente no es resultado de la situación inmediata, sino que está influida por un estado mental simultáneo. Se acepta así que la personalidad es algo que se puede describir, desarrollar y cambiar, teniendo principios de funcionamiento que es posible conocer.

La definición de Personalidad se entiende como la suma de las características que le otorga a la persona su individualidad propia, estable e inconfundible; el concepto supone reconocimiento de los otros y de sí mismo en el tiempo. En síntesis, podemos decir que es la conjunción de todas nuestras características psicológicas moduladas por nuestro entorno social y condiciones dadas por nuestra biología y que conforman nuestra forma de ser. Es decir, son el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria. Con éste conjunto de rasgos podría aparecer como una vertiente que va más allá de lo habitual en la mayoría de las personas, y si son inflexibles o desadaptativos podemos hablar de un trastorno de personalidad (3).

En suma, la personalidad no es otra, sino la resultante última e integral de esa unidad biopsicosocial que es el hombre, la forma final en que se ha integrado, en un individuo singular, aquellos elementos biológicos heredados, las experiencias psicológicas vividas y las circunstancias sociales en las que ha fraguado su existencia (1).

Elementos de la personalidad

- φ **Constitución:** Conjunto de aspectos exteriores e interiores de base genético-hereditario (origen de la reacción funcional)
- φ **Temperamento:** tono o disposición afectiva, es la naturaleza emocional del individuo. Se nace con él. Forma de reaccionar frente a las emociones y cambios de humor.
- φ **Carácter:** Forma concreta y estable que adquiere en un individuo los rasgos afectivos-dinámicos heredados. Surge de la convergencia de factores congénitos y madurativos de la adquisición por educación y experiencias.
- φ **Actitudes:** Predisposición a reaccionar frente determinadas categorías de objetos o de personas cuenta con tres elementos:
 1. **Cognitivo:** Creencias consistentes del individuo
 2. **Afectivo:** Sentimientos de placer o displacer
 3. **Conductual:** acciones o conductas en sí.
- φ **Aptitud:** Capacidad para realizar cierta actividad.
- φ **Rasgos:** Características constantes del comportamiento del individuo en una gran variedad de situaciones. Son disposiciones latentes, presumibles estables que determina la conducta manifiesta y observable del individuo.

1.2 Desarrollo de un Modelo Psicobiológico de la Personalidad

La personalidad como ya se dijo, es la: “la organización dinámica de los sistemas psicobiológicos del individuo que determinan sus ajustes únicos para su entorno”. Por aprendizaje se entiende la organización del comportamiento como resultado de la experiencia individual. Por lo tanto las diferencias individuales entre los sistemas adaptativos involucrados en la recepción, procesamiento y almacenamiento de las experiencias definen la personalidad en general (2).

El carácter se refiere a conceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencias en el significado que el individuo les da a las experiencias de la vida.

Las diferencias en el carácter se encuentran moderadamente influenciadas por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida.

1.3 Teorías psicológicas que abordan la personalidad

Una teoría es un modelo de la realidad que nos ayuda a entender, a explicar, a predecir, y a controlar esa realidad. En el estudio de la personalidad, estos modelos son generalmente verbales. Existen modelos gráficos, con ilustraciones simbólicas, o modelos matemáticos, o aún modelos de ordenador. Pero las palabras son la forma básica (22).

Otra definición sostiene que la teoría es una guía para llegar a la práctica: pensando que el futuro será más o menos como el pasado. Que ciertas secuencias y patrones eventuales acontecidos de manera frecuente en el pasado se repetirán con mucha probabilidad en el futuro. Los primeros eventos de una secuencia o las partes más intensas de un patrón, sirven como señales y alerta de lo que podría suceder en un fenómeno específico. Una teoría es como un mapa: no es exactamente igual al terreno que describe y desde luego no ofrece todos los detalles del mismo, incluso puede no ser totalmente preciso. (22)

Por lo anterior se puede distinguir entre teorías ex-positivas que se construyen a través de la consecución lógica de los hechos, y teorías explicativas, basadas en la demostración experimental de ciertas hipótesis. Diversos acercamientos se centran

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

A continuación se presenta un breve panorama que expone Boeree (1999), por medio de la organización gráfica de las principales corrientes teóricas que existen en el campo de la personalidad:

“Lazos entre teorías y teóricos de la personalidad”

“Primera Fuerza”

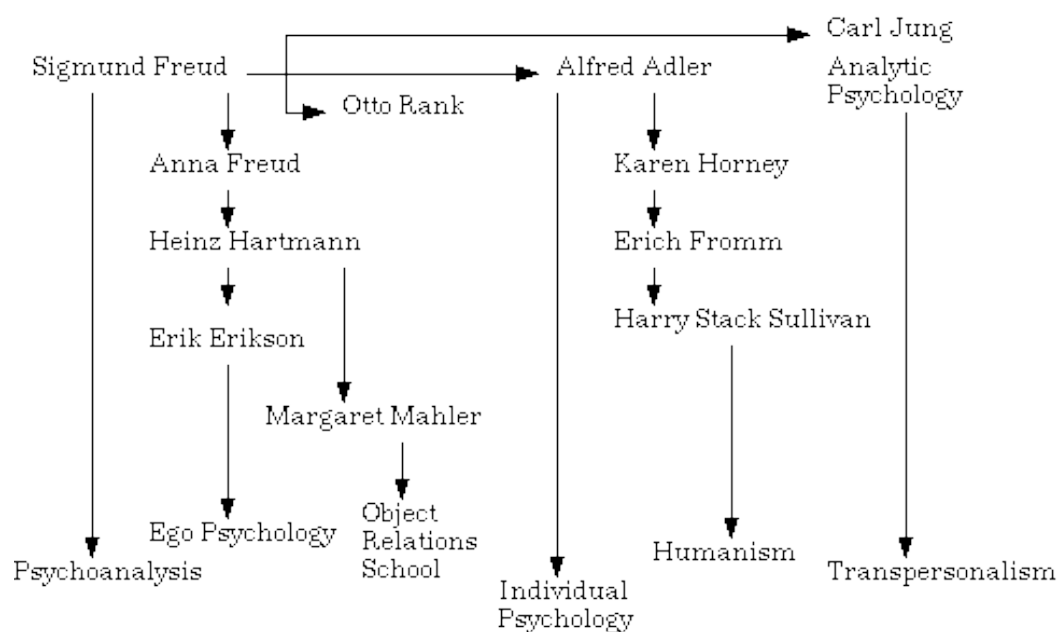


Tabla 1. Muestra el estudio de la personalidad desde el enfoque psicoanalítico y sus principales exponentes Citado en Boeree en 1999.

La corriente **Psicoanalítica** o llamada “1° Fuerza”, se refiere a los freudianos, que han estado muy influenciados por la obra de Freud, así como a aquellos que comparten su actitud, a pesar de que éstos puedan estar en desacuerdo con el resto de sus postulados. Estos autores tienden a creer que las respuestas se esconden en algún lugar bajo la superficie, escondidas en el inconsciente. El punto de vista freudiano propiamente dicho, incluye a Sigmund y a Anna Freud y a la psicología del Yo, cuya mejor representante lo constituye Erik Erikson. La segunda versión podría llamarse la perspectiva transpersonal, la cual tiene una influencia bastante más espiritual y será

representada aquí por Carl Jung. La tercera es el punto de vista psicosocial e incluye a Alfred Adler, Karen Horney y Erich Fromm.

“Segunda Fuerza”

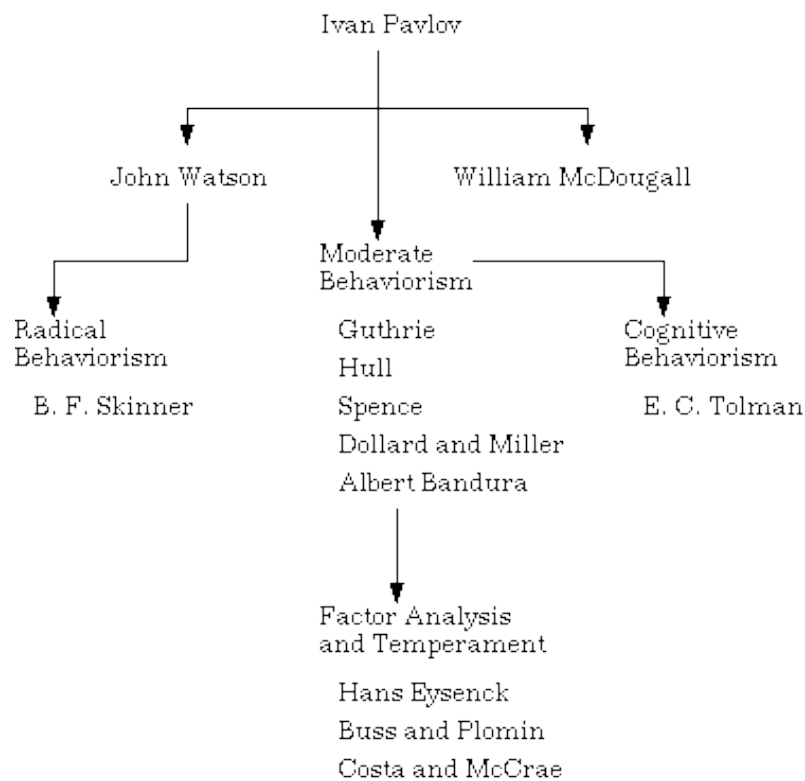


Tabla 2. Muestra la perspectiva cognitivo conductual en el estudio de la personalidad y sus principales exponentes Citado en Boeree en 1999.

La corriente **Conductista** o “2° Fuerza”. Muestra como perspectiva, que las respuestas parecen recaer sobre una observación cuidadosa del comportamiento y del ambiente, así como sus relaciones. Los conductistas, así como su descendiente moderno, el cognitivismo prefiere métodos cuantitativos y experimentales.

El enfoque conductista estará representado por Eysenck, B.F. Skinner y Albert Bandura.

“Tercera Fuerza”

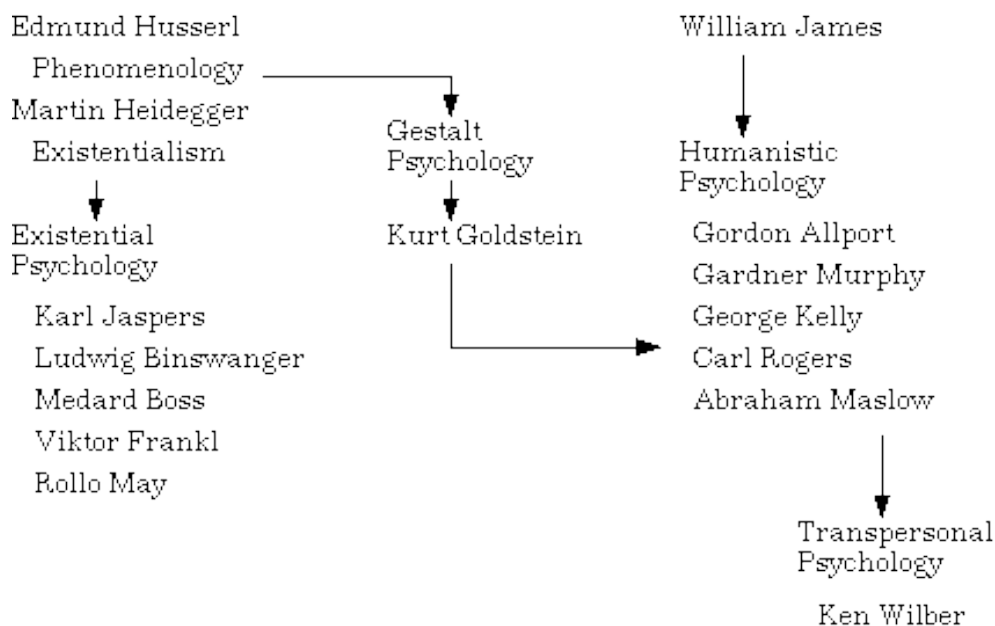


Tabla 3. Muestra el estudio de la personalidad desde el enfoque humanista y sus principales exponentes Citado en Boeere en 1999.

La corriente **Humanista** o “3° Fuerza”. Como enfoque humanista, incluye según consideran algunos a la psicología existencialista, que es la más reciente de las tres. Se piensa que es una respuesta a las teorías psicoanalítica y conductista y su base racional es que las respuestas se deben buscar en la consciencia o experiencia. La mayoría de los humanistas prefieren los métodos fenomenológicos.

La primera tendencia humanista propiamente dicha, está representada por Abraham Maslow, Carl Rogers y George Kelly.

La segunda es la psicología existencialista, definida como un acercamiento humanista filosófico muy popular en Europa y Latinoamérica; sus autores más representativos: Ludwig Binswanger y Viktor Frankl.

Conceptualización sobre el estudio de la Personalidad

Las aproximaciones que han intentado explicar el concepto de personalidad lo han hecho de diversas perspectivas; una de ellas es la que sugiere Allport sobre personalidad que considera las características que ayudan al entendimiento del desarrollo de la misma. Los principios teóricos en que está basada, han permitido en general explicar en forma más amplia el significado de personalidad.

Los puntos principales que considera éste autor son: 1) personas, 2) la persona y su medio ambiente, 3) la base de la personalidad, 4) procesos predominantes concientes o inconscientes y 5) actitudes, intereses y valores.

Para el Conductismo la personalidad es un conjunto de conductas aprendidas que forman una serie de hábitos y no habría estructuras generales de comportamiento innatas, ya que este enfoque considera que el hombre nace como una "tabula rasa". De modo que frente a situaciones parecidas el hombre tiende a reiterar conductas habituales.

A estas situaciones comunes, el conductismo las considera como elementos materiales representados por la situación y los centros nerviosos que participan en el momento de la respuesta, de modo que la base de lo que es común en el comportamiento frente a circunstancias parecidas depende del funcionamiento de las mismas conexiones nerviosas.

También las teorías conexionistas y asociacionistas consideran que la personalidad no se caracteriza por tener una estructura anterior a la experiencia sino que es puramente adquirida.

Por lo tanto, para estas teorías, cualquier individuo que pueda responder a estímulos y que pueda aprender, estará en condiciones de adquirir un conjunto de respuestas aprendidas que aplicará frente a situaciones parecidas. La conducta se transforma así, en un elemento objetivo que se puede observar y medir en un laboratorio.

Una de las más importantes teorías de la Personalidad fundamentada en la noción de rasgo es la teoría factorial de Cattell, que propone dieciséis factores dicotómicos para la descripción de los individuos, así como cuatro factores de segundo orden; de modo que cada individuo podrá ser descrito a través de un perfil configurado por su predisposición temperamental (incluyendo su inteligencia), su vida emocional y su

manera de interactuar con el medio (que se concreta sobre todo en la interacción con sus semejantes) .

1.4 Personalidad Normal y Anormal

El concepto de personalidad anormal o psicopatía tuvo durante el siglo XIX una consideración fundamentalmente moral, reflejada por términos como los de "degeneración moral" de Morel (1997) o "locura moral" de Pritchard. (1990) La principal característica del individuo psicopático era la inadecuación de sus valores morales y éticos a los de la sociedad en la que debía adaptarse.

El concepto fue refinado durante las épocas posteriores pero el énfasis en la desviación moral que representan las anomalías de la personalidad se mantuvo hasta hace pocos años y es perfectamente reconocible en la clasificación de las personalidades psicopáticas de Kurt Schneider (1993). Para Schneider y sus contemporáneos, el criterio fundamental de las psicopatías es la ausencia de trastorno mental, es decir, la conservación intacta del estado mental del individuo psicopático.

Descartada la posibilidad de una alteración fisiopatológica, las anomalías de la personalidad quedaban excluidas del modelo terapeuta tradicional y su investigación permanecía fuera del alcance de los métodos científico-naturales al uso. En consecuencia, el estudio de la personalidad fue asumido casi en exclusiva por las nuevas teorías psicoanalíticas y por otras aproximaciones de carácter más filosófico.

No obstante, hacia la mitad del siglo algunos autores, entre ellos el español López-Ibor y el británico Cleckley (1992), cuestionaron el que la naturaleza de los trastornos de la personalidad fuera exclusivamente moral, postulando que las denominadas alteraciones del carácter reflejan con frecuencia las modificaciones funcionales producidas en un estrato endógeno de carácter biológico, en el que se encuentran los instintos y los sentimientos vitales. Al cabo de varias décadas, este salto conceptual ha posibilitado los estudios de la personalidad desde la metodología médica y ha dado paso a la investigación realizada en los últimos años.

A diferencia de la depresión, la esquizofrenia y otros síndromes mentales, en los que existe una base consolidada y sistematizada de conocimientos acumulados en las décadas anteriores, en los trastornos de personalidad las líneas de estudio están comenzando ahora a clarificarse e incluso los conceptos están aún por consolidarse.

Para entender el estudio de la Personalidad es necesario tomar en cuenta una característica primordial, “la individualidad”, factor primario de la naturaleza humana. Es indudable que la psicología general y la psicología clínica son la raíz de dicho estudio; sin embargo es necesario que se le dé un enfoque especial para que los principios generales converjan en la individualidad en configuración de la Personalidad del paciente.

La personalidad ha sido abordada de múltiples maneras, pero hasta el momento nadie la ha descrito con precisión. Existen en la actualidad muchas definiciones, que en muchos casos sólo comparten el elemento principal “del ser humano”, pero en términos generales, la personalidad puede clasificarse en tres grupos: aquéllas que se han basado en el efecto exterior, las basadas en estructura interna y las positivistas (6).

La personalidad psicológicamente sana y equilibrada tiene las siguientes características:

- φ **Son flexible:** Se trata de personas que saben reaccionar ante las situaciones y ante los demás de diversas formas. Es decir, poseen un repertorio amplio de conductas y utilizan una u otra para adaptarse a las exigencias de la vida, en vez de comportarse de un modo rígido e inflexible.
- φ **Llevar una vida más variada,** realizando diversas actividades, en vez de centrar su vida alrededor de un mismo tema.
- φ **Son capaces de tolerar** las situaciones de presión y enfrentarse a ellas y no se viene abajo ante las dificultades y contratiempos.
- φ **Su forma de verse a sí mismos,** al mundo y a los demás se ajusta bastante a la realidad.

1.5 Clasificación de la Personalidad

Uno de los principales aportes de Kernberg (1987) es la comprensión de los trastornos de personalidad es haber explicitado la configuración estructural y dinámica subyacente que los hace tanto similares como distintos entre sí. Se analizarán los trastornos de personalidad comenzando desde la menor a mayor severidad:

- φ **Trastornos de personalidad en estructura neurótica:** Incluye a los trastornos Depresivo masoquistas, obsesivo compulsivos e histéricos Poseen capacidad para amar sexualmente e intimar, pero esta está afectada por sentimientos de culpa inconscientes que se reflejan en patrones patológicos de interacción; de hecho el conflicto dinámico (impulsos) consiste en la patología de la libido. En el caso del trastorno depresivo masoquista existe un conflicto oral que se ha llevado (relativamente inmodificado) al plano edípico. En el obsesivo compulsivo una constelación del conflicto anal es llevado al plano edípico. La personalidad histérica es un ejemplo del conflicto edípico que se refleja en una inhibición sexual (23).

- φ **Trastornos de personalidad en estructura limítrofe superior:** Incluye los trastornos de personalidad ciclotímico, sadomasoquista, infantil o histriónico, dependiente y narcisista de buen funcionamiento. Estos trastornos se caracterizan por presentar el síndrome de difusión de identidad, pero conservan algunas funciones yoicas con buen funcionamiento, tienen un súper yo integrado, se adaptan mejor al trabajo, pueden establecer relaciones íntimas benignas, integrar impulsos sexuales y de ternura. Se consideran en transición entre los trastornos de personalidad neuróticos y limítrofes.

- φ **Trastornos de personalidad en estructura limítrofe inferior:** Incluye el trastorno de personalidad limítrofe (en sentido estricto), esquizoide, esquizotípico, paranoico, hipomaniaco, hipocondríaco, narcisismo maligno y antisocial. Estos trastornos se caracterizan por la difusión de identidad, no se ha logrado la constancia objetal, no se perciben objetos totales sino que idealizados (tanto buenos como malos); un desarrollo desproporcionado del impulso agresivo ligado al uso masivo de la escisión como mecanismo defensivo para poder contar con objetos buenos que protejan de los malos para escapar de la agresión atemorizante; también se observan problemas en las relaciones íntimas; el súper

yo es arcaico, no integrado. Todo esto se traduce en problemas para establecer relaciones íntimas duraderas, falta de metas en la vida, incapacidad de sublimar ligada a poca persistencia y creatividad en el trabajo; patología de la vida sexual por estar contaminada la libido con la agresión.(7).

Así como existen similitudes entre los trastornos de personalidad en un tipo de estructura, también existen similitudes o líneas de trastornos (sobre todo con respecto a características conflictivas y dinámicas) dentro de las estructuras y también a través de ellas. Es aquí donde se aprecia la característica dimensional del sistema clasificatorio de Kernberg (1987).

Una primera línea es la del trastorno límite y esquizoide que reflejan una fijación en la separación / individuación, en la que existe una escisión de las relaciones objetales internalizadas, que en el esquizoide (por una tendencia temperamental introvertida), se expresa en empobrecimiento de las relaciones objetales (empobrecimiento social), con poca expresión afectiva debido a la escisión de los afectos, e hipertrofia de la vida fantásica; en el caso del límite - con tendencia temperamental extrovertida - se expresa en relaciones impulsivas en el plano interpersonal, que substituyen su autoconciencia. Por otra parte la personalidad esquizotípica es una forma más severa de la personalidad esquizoide; la personalidad paranoide se caracteriza por un aumento de agresión y proyección (del tipo identificación proyectiva) en relación al esquizoide, unida a una auto-idealización defensiva. La personalidad hipocondríaca también está unida a la línea esquizoide, en este caso los objetos persecutorios (producto de la escisión esquizoide) se proyectan al interior del cuerpo, lo que las asemeja al trastorno paranoide (proyecta fuera de si los objetos persecutorios).

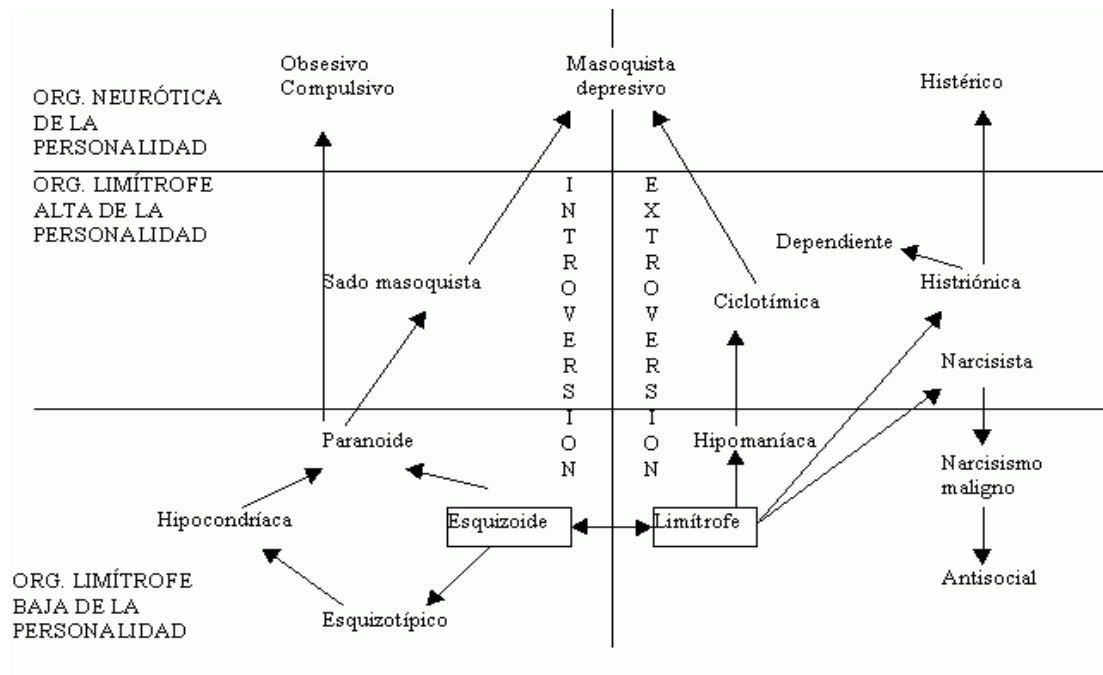
Otra línea de trastornos es la que cruza los trastornos hipomaniaco, ciclotímico y depresivo masoquista. Estos trastornos están unidos por una disposición temperamental de activación afectiva; el estado más grave es el hipomaniaco, que puede evolucionar a ciclotímico si hay mejor funcionamiento yoico, y a depresivo masoquista si hay una identidad del yo integrado, pero extremadamente punitivo (lleva a la culpa y a la necesidad de sufrir para obtener placer sexual). La línea depresivo masoquista tiene otra rama que la liga al trastorno sado masoquista (que a su vez viene de la paranoia); la evolución de personalidad paranoide a sado

masoquista y de esta a depresiva masoquista es equivalente a la transición hipomaniaco-ciclotímico-depresivo masoquista.

También es posible observar la línea narcisista que se caracteriza por un sí mismo integrado, pero patológico y grandioso; dentro de esta línea se encuentran de menor a mayor gravedad: el trastorno narcisista, narcisismo maligno y trastorno antisocial. Lo que diferencia a estos trastornos es el nivel de agresión e integración del súper yo. En el narcisismo se observa un sí mismo irreal e idealizado con algún grado de conducta antisocial; se transforma a narcisismo maligno cuando se agrega agresión egosintónica (crueldad, sadismo u odio) y un yo desintegrado que genera tendencias paranoides por la proyección de la agresión; el estado más grave es el trastorno antisocial donde no existe la capacidad de sentir culpa o preocupación por otros, ya no existe un yo ni tampoco una capacidad de proyectarse en un futuro personal.

Siguiendo la línea limítrofe se encuentra la personalidad infantil o histriónica y la histérica. En la personalidad infantil (estructura limítrofe) no hay capacidad de establecer relaciones personales maduras, se observan tendencias sexuales polimorfos y conflicto indiferenciado con hombres y mujeres; en la personalidad histérica (estructura neurótica) los conflictos se restringen al ámbito sexual, con pseudohipersexualidad e inhibición sexual, mayores conflictos con las mujeres que con los hombres, que son por competir por los hombres.

Finalmente se observa la personalidad obsesivo compulsiva, este trastorno sigue la línea esquizoide paranoide y es su representante mejor integrado, con estructura neurótica. En ese caso la agresión es neutralizada por un yo integrado y sádico, lo que lleva al perfeccionismo y necesidad de control.



Esquema 1. de las relaciones entre las estructuras y trastornos de personalidad

1.6 Rasgos de personalidad

Los rasgos de personalidad no son por sí mismos patológicos; se vuelven adaptativos o desadaptativos según las circunstancias. Los rasgos de personalidad son agrupamientos de conductas características.

La persona se muestra al mundo como un conjunto de rasgos físicos, que cambian en forma sucesiva, y de una gran variedad de conductas, que tienen una continuidad en el tiempo, en relación con las distintas situaciones que debe enfrentar; y también intuitivamente los fenómenos son captados como emanados de una unidad. Esta unidad es cambiante y representa a la persona concreta que es.

Existe pues, una consistencia interna de las formas de actuar; porque todos tenemos expectativas sobre el comportamiento de los otros, esperando una cierta constancia o estabilidad más o menos específicas en su manera de responder frente a distintas situaciones, principalmente de las personas que conocemos bien.

Estas características de las personas se consideran cualidades o rasgos, que se infieren de su forma de comportarse que se han observado y que permanecen invariables.

Por lo tanto, un rasgo se puede definir "en función a la constancia o repetición de su presencia en la conducta de un sujeto, y de su estabilidad en el tiempo". Stern (1969) , lo denomina "disposición" y Allport (1937) propuso el nombre de "rasgo" (4).

Teoría de los rasgos

La "Teoría de los Rasgos" describe a estos como características, supuestamente comunes a la mayoría de los individuos que, mediante ellos son categorizados por ejemplo como atrevidos, sociales, honrados, irritables, tímidos, etc. La personalidad se estudia en términos de la interacción de rasgos más o menos independientes, de actitudes o valores.

Los estudios de R.Catell (1950), los de G. Allport (1937) por otro, se inscriben dentro de las "teorías de los rasgos". También los postulados de H. Eysenck, que describen la personalidad, utilizan este concepto en el que lo más característico sería el "rasgo neuroticismo" y la dimensión "extroversión- introversión". (7)

La pretensión exhaustiva de explicar la personalidad mediante rasgos que la caracterizan ocasiona que el número de éstos sea altamente considerable haciéndose casi inmanejable. R. Catell agrupó aquellos que consideró sinónimos describiendo la personalidad como una integración de rasgos. La conducta del individuo reflejará una serie de rasgos originales, tales como la integridad, confianza, entusiasmo, valentía, etc. Estos rasgos originales aparecen en menor o mayor número y formarán la base estructural de la personalidad, la cual consta también de rasgos superficiales, más numerosos, dependientes de los originales y que son manifestaciones del carácter, como reflexivo, humilde, hosco, neurótico, etc.

Catell designó rasgos originales que evaluó e identificó a través de su "Escala de 16 factores de personalidad". Los rasgos se clasifican como procedentes del medio, o influido por éste y constitucionales que darían cuenta de los aspectos hereditarios propios del individuo. Existen amplias analogías entre las concepciones teóricas de Catell y Allport y, por supuesto también diferencias. Allport considera por una parte lo que serían los rasgos comunes que, con más o

menos frecuencia e intensidad, están presentes en la mayoría de los sujetos y que están referidos a sus gustos, creencias, valores estéticos, sociales, religiosos, etc. y por otro lado, los rasgos definitivos individuales que es lo que en definitiva, en cuanto a la personalidad queda descrita en función de esos rasgos comunes, pero también y con la misma o mayor firmeza por las características distintivas y propias del sujeto.

La personalidad es considerada en la teoría de Allport tanto desde el punto de vista nomotético (destaca las leyes generales y los principios que rigen los procesos mentales y de comportamiento) como ideográfico (destaca el conocimiento y comprensión de cada individuo en particular examinando la organización única de los rasgos personales). La evaluación y la identificación de los valores que describen la personalidad la realizó por medio de la escala " Estudio de valores de Allport-Vernon". (7)

Eysenck, al igual que Catell, utiliza "el análisis factorial" para derivar sus dimensiones básicas de la personalidad. En un principio postuló dos únicas dimensiones: 1) Estable- Inestable, que comprende desde el carácter muy estable al normal y en el extremo opuesto el neurótico. 2) Introverso- Extroverso, representando las dimensiones fundamentales de la estructura de la personalidad. (41).

Según Eysenck, el organismo humano puede ser condicionado, pero la susceptibilidad al condicionamiento está determinada genéticamente. Así mismo, a través de sus investigaciones llegó a la conclusión de que la neurosis también puede presentarse como una característica hereditaria. (7)

El análisis Factorial, es un procedimiento estadístico que permite reducir la información realizando agrupaciones de variables, en nuestro caso "los rasgos", en categorías mayores implícitas en los datos. Así se agruparán las variables en entidades superiores en función de cómo se correlacionen entre ellas. Es decir, en nuestro caso, aquellos "rasgos" que se correlacionen de manera destacable entre sí estarán explicando, o dando información, de un mismo tipo de personalidad, y por tanto podrán ser agrupados en una entidad mayor a la que llamamos estadísticamente "factor" y que corresponderá en la teoría o un tipo de dimensión. Existirán tantos tipos o dimensiones como agrupaciones de rasgos consigamos.

Según el enfoque que se adopte existen distintas categorías de rasgos:

Hay rasgos que se refieren a los aspectos formales del comportamiento y de la personalidad, como la inteligencia, la habilidad, la estabilidad, o la actividad; y otros rasgos que se relacionan con las opiniones, los intereses, o sea que se refieren a las actitudes de un sujeto frente al mundo, es decir, a su ideología y su forma de ver el mundo.

Algunos rasgos son comunes a todos los hombres y otros distintivos, hay rasgos superficiales y otros más profundos, como así también manifiestos y latentes; y las diferencias culturales también desempeñan un importante rol en determinadas circunstancias (5).)

1.7 Evaluación de la Personalidad

La valoración de la Personalidad es un instrumento al que recurre el clínico para hacer decisiones sobre la naturaleza y los límites de la Personalidad de un paciente determinado. La finalidad de la valoración suele constituirse en:

- a) Procesos psicológicos: internos y externos,
- b) Valoración de rasgos de personalidad,
- c) De las estructuras psicológicas,
- d) Coadyuvar en el diagnóstico, y
- e) Formular planes de tratamiento.

Hasta hace poco, los trastornos de personalidad no solían ser sistemáticamente evaluados y se sometían a la presencia de un síndrome dominante. La tendencia de los manuales DSM-III y DSM-III-R, así como el creciente interés clínico por estos trastornos (p.e Millon, 1981) ha influido en el desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación o la aplicación de otros ya existentes a la evaluación de este campo. Jacobsberg y cols. (1989) mencionan como instrumentos frecuentemente utilizados:

- φ Entrevista clínica estructurada (SCID-II; Spitzer y Williams, 1985): Consta de un auto-informe con preguntas de evaluación referentes a todos los criterios de trastornos de personalidad del DSM-III-R.
- φ Examen de los trastornos de la personalidad (PDE; Loranger, 1987): Consta de una entrevista de una a dos horas que incluye 328 ítems. Cada sección

comienza por preguntas abiertas y se continúan con preguntas más concretas sobre los rasgos de personalidad.

- ϕ Entrevista estructurada para los trastornos de personalidad según el DSM-III (SIDP; Pfohl, 1983): Consiste en 160 preguntas sobre distintas áreas de funcionamiento personal, que se codifican en los criterios DSM-III de trastorno de personalidad.
- ϕ Preguntas de la entrevista sobre la personalidad (PIQ; Widiger, 1985): Consta de 81 ítems que son codificados en las categorías DSM-III de los trastornos de personalidad.
- ϕ Escala de evaluación de la personalidad (PAS; Tyrer y Alexander, 1979): Evalúa 24 rasgos de la personalidad en escalas de 9 puntos de gravedad.
- ϕ Cuestionario clínico multiaxial de Millon (Millon, 1981): Combina síntomas psicopatológicos y nueve escalas diagnósticas de trastornos de la personalidad.
- ϕ Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway y McKinley, 1943): Existen versiones y escalas diagnósticas dirigidas a evaluar los trastornos de la personalidad.

1.8 Trastornos de la Personalidad

El Manual diagnóstico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV) define los rasos de la personalidad como “patrones sostenidos para percibir o relacionarse con el ambiente y uno mismo, y para pensar en ellos... que se manifiestan en gran variedad de contextos sociales y personales importantes”. Sólo cuando estos patrones son “inflexibles e inadaptables y ocasionan alteración importante del funcionamiento social u ocupacional o tensión subjetiva”, constituirán trastornos de la personalidad (48).

Éstos se pueden reconocer durante la adolescencia o antes, y suelen persistir durante la edad adulta.; las características patológicas tienen precursores en alteraciones tempranas del desarrollo y se conservan como cualidades permanentes de la persona, el diagnóstico de trastorno de la personalidad no es apropiado si la alteración del funcionamiento es episódica, ya que los síntomas del trastorno de la personalidad deben representar las características y el funcionamiento social estable del individuo.

Puesto que los elementos de los trastornos de la personalidad aparecen muy al principio de la vida, los de la infancia y la adolescencia se relacionan de manera importante con los de la personalidad del adulto.

Los trastornos de personalidad constituyen entidades clínicas de una notable repercusión en nuestros días. Los más importantes sistemas de clasificación actuales, como el DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (OMS, 1992), les dedican un espacio considerable en sus descripciones de los trastornos psicológicos, asignándoles un eje (el Eje II) de su planteamiento multiaxial casi en exclusiva. Asimismo, la presencia de problemas de personalidad a nivel judicial o criminológico o como explicación popular del comportamiento de los seres humanos está siendo cada vez más utilizada. Aparentemente, la sociedad occidental está favoreciendo la proliferación de algunos “estilos” de personalidad precursores de determinados trastornos de la misma.

La falta de una definición operacional de la personalidad hace que sea aun más difícil hablar de sus trastornos. Algunas definiciones que se han encontrado esclarecedoras y que además coinciden en los aspectos básicos (47):

- φ La personalidad es ese patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distingue a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones (citado por Phares, 1998:4).
- φ La personalidad se refiere normalmente a los patrones distintivos de conducta (incluyendo pensamientos y emociones) que caracterizan la adaptación de cada individuo a las situaciones de su vida (citado por Mischel, 1986:4).
- φ La personalidad es un patrón de rasgos cognitivos, afectivos y conductuales, profundamente enraizados y ampliamente manifestados, que persisten a lo largo de amplios periodos de tiempo (citado por Millon y Everly, 1985:4)
- φ Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse con y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales (citado por APA, 1994:630).

El DSM-IV plantea que los rasgos de personalidad solo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y causan un malestar subjetivo

o un deterioro funcional significativos. Y añade que la característica esencial de un trastorno de personalidad es un patrón permanente de conducta y de experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas generadas por la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos.

A diferencia de la dimensión cognitiva (percepciones, memoria, atención, inteligencia, creatividad, lenguaje), al hablar de personalidad se les da preferencia a los procesos emotivos y tendenciales del individuo, aunque los diferentes factores ejercen una influencia directa entre sí.

Los desajustes o trastornos son un producto de diferentes causas biológicas o medioambientales y, aunque haya que hacer clasificaciones según ciertas categorías comúnmente aceptadas, el diagnóstico debe hacerse de forma individual. Hay que tener presente que la misma causa puede tener síndromes diferentes y un síndrome determinado puede ser la manifestación de causas diversas, condicionada por la constitución biológica y el medio familiar, escolar y social en el que el individuo se encuentre.

Los obstáculos que impiden que una personalidad se desarrolle eficazmente se conocen con el nombre de frustración, y esta corresponde a las circunstancias que determinan que una necesidad o motivo fracasen en ser satisfechos. El estado emocional que acompaña a este hecho se denomina presión psicológica, tensión o ansiedad.

Los trastornos de personalidad hay que limitarlos, por tanto, a problemas emocionales, afectivos y sociales. Estos últimos sólo cuando haya evidencias de que fueron causados por perturbaciones emocionales o afectivas subyacentes, y no cuando son producidos por situaciones ambientales propiamente, aunque sea muy difícil separar en ocasiones el origen y las consecuencias de estos trastornos, que son, más bien, una red compleja en la que es difícil determinar las causas y los efectos.

Aunque no todos los trastornos de personalidad llevan a conductas de inadaptación social, hay una frecuencia de que las perturbaciones emocionales dan como consecuencia un “desajuste social”. (44)

Al igual que ocurre con el resto de los trastornos psiquiátricos, el origen causal de los trastornos de la personalidad permanece aun ampliamente desconocido.

Desde hace mucho tiempo, el concepto de personalidad se repartía entre los términos temperamento y carácter. Temperamento hacía referencia a aquella parte de la personalidad relacionada con los aspectos biológicos, hereditarios y constitucionales del individuo y estaba relacionado con aspectos de la personalidad de tipo motor (activación/inhibición). El término carácter se reservaba para la fracción de la personalidad de origen educacional y ambiental y se refería a aspectos relacionados con las peculiaridades perceptivas, emocionales, de pensamiento y de atribución de significado.

En las últimas décadas, de predominio psicoanalítico dentro de la Psiquiatría, la patología de la personalidad fue considerada la patología de origen educacional por excelencia, a diferencia de los trastornos neuróticos y psicóticos en los que podrían existir componentes heredobiológicos claros. Sin embargo, los hallazgos de los últimos años no han encontrado evidencias de ello. Si bien los datos disponibles actualmente que demuestran un papel genético son pocos, son menos aun los que demuestran un origen ambiental (24).

Factores genéticos

Diversos estudios han demostrado que algunas dimensiones básicas de la personalidad tienen un marcado componente hereditario. Así, el rasgo neuroticismo es en un 55% heredable y el rasgo extroversión lo es en un 50%.

Factores constitucionales y biológicos

A principios de siglo, Kretschmer proponía la existencia de una relación entre el biotipo corporal y las características de la personalidad, dividiendo los individuos en esquizotímicos y ciclotímicos. Una relación tan clara no ha podido ser demostrada con los años, pero una serie de datos permiten sospechar que las características de la personalidad más temperamentales se mantienen en la edad adulta.

Las alteraciones neurológicas en la etapa infantil, la epilepsia temporal influyen en la aparición y en la gravedad de los trastornos como la personalidad. Junto a ello, los pacientes con trastorno por inestabilidad emocional de la personalidad, presentan con

frecuencia signos neurológicos menores, que delatan la presencia de anomalías constitucionales específicas. Se han encontrado también anomalías electroencefalográficas en los pacientes impulsivos a la vez que una disminución en la amplitud de los potenciales evocados.

Factores ambientales

El sentido común y el dominio del psicoanálisis llevaron a pensar que los factores ambientales deberían tener un papel dominante en el origen de los trastornos de la personalidad. Sin embargo, los estudios prospectivos realizados no han podido demostrar que las experiencias infantiles sean determinantes, en particular aquellas que se consideraban cruciales, como la falta de lactancia, el control de esfínteres, la presencia de onicofagia y otras. Sin embargo, sí parece existir una relación, de tipo inespecífico, entre la presencia de trastornos de la personalidad y la calidad de las relaciones padres-hijos en la infancia.

Para los autores más conductistas, los trastornos de la personalidad constituyen fundamentalmente alteraciones en el aprendizaje y la respuesta a los refuerzos sociales. Las teorías cognitivas inciden en la distorsión de los esquemas del "self" y del mundo que dominan la actividad psíquica de los trastornos de la personalidad.

Factores culturales

La cultura moldea sin duda la expresión conductual de los trastornos de la personalidad. Es posible que los trastornos de la personalidad reflejen un desacoplamiento entre las características temperamentales internas y la acción educativa-cultural recibida.

La personalidad y sus trastornos se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. Estos esquemas cognitivos son organizaciones individuales e idiosincrásicas de reglas sobre la vida, las relaciones con otros y el autoconcepto, que se han formado a lo largo del desarrollo. Los esquemas permanecen inactivos hasta que ciertos eventos lo activan (situaciones estresantes, nuevas fases y cambios en el desarrollo psico - evolutivo, ciertas condiciones vitales) presentando el sujeto ciertos patrones de conducta.

Las experiencias tempranas infantiles conformarían el contexto de formación de estos esquemas, sobre todo los mensajes y refuerzos provenientes de los otros significativos; además, en términos piagetianos estos esquemas tendrían una alta capacidad de asimilación (interpretar los hechos en función de los significados previos) y una baja capacidad de acomodación (modificar los significados en función de los hechos). (24)

Determinadas experiencias infantiles influirían en la tendencia asimilativa (egocéntrica) de los esquemas, de modo que el sujeto tendría dificultades para desarrollar esquemas más adaptativos de tipo alternativo a lo largo de su evolución personal. Esta característica distinguiría a los trastornos de personalidad (esquemas asimilativos) de otros trastornos (por ejemplo la depresión) donde pueden "coexistir" esquemas asimilativos y adaptativos (aunque predominen los primeros durante el trastorno).

Los trastornos de personalidad *"son exageraciones de formas de ser normales"*. Se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones.

Cada uno tiene patrones característicos de percepción y de relación con otras personas y situaciones (rasgos personales). Dicho de otro modo, toda la gente tiende a enfrentarse a las situaciones estresantes con un estilo individual, pero repetitivo.

Aunque la gente tiende a responder siempre del mismo modo a una situación difícil, la mayoría es propensa a intentar otro camino si la primera respuesta es ineficaz. En contraste, las personas con trastornos de la personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional. Sus patrones desadaptados de pensamiento y comportamiento se hacen evidentes al principio de la edad adulta, frecuentemente antes, y tienden a durar toda la vida. Son personas propensas a tener problemas en sus relaciones sociales e interpersonales y en el trabajo, de manera constante. (24)

Las personas con trastornos de la personalidad generalmente no son conscientes de que su comportamiento o sus patrones de pensamiento son inapropiados; por el contrario, a menudo creen que sus patrones son normales y correctos. Con frecuencia, los familiares o los asistentes sociales los envían a recibir ayuda psiquiátrica porque su comportamiento inadecuado causa dificultades a los demás

Los trastornos de la personalidad incluyen los siguientes tipos: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, evitador, dependiente, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo.

Posibles consecuencias de los trastornos de personalidad

- ϕ Las personas con graves trastornos de la personalidad tienen un alto riesgo de tener conductas que pueden traerles enfermedades físicas, como la adicción al alcohol o a las drogas, conducta autodestructiva, comportamientos sexuales de riesgo, hipocondría y conflictos con los valores sociales.
- ϕ La persona con trastorno de la personalidad es menos propensa a seguir la pauta de tratamiento prescrita, incluso cuando la siguen, hay menos probabilidad de la habitual de que responda a la medicación.
- ϕ Las personas tienen una relación escasa con sus terapeutas porque renuncian a responsabilizarse de su conducta o se sienten altamente desconfiadas, dignas o necesitadas.

1.9 Clasificación de los trastornos de personalidad

Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con

frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales.

En las manifestaciones de las anomalías de la personalidad, las diferencias culturales o regionales son importantes, pero son aún escasos los conocimientos específicos en esta área. Los problemas de personalidad que se presentan con una frecuencia especial en una determinada parte del mundo, pero que no corresponden a ninguno de los subtipos que se especifican a continuación, pueden clasificarse como "otros" trastornos de la personalidad e identificarse mediante un quinto carácter en el código correspondiente de una posible adaptación de la CIE-10 para esa región o país en particular. Las diferencias locales de las manifestaciones de un trastorno de personalidad pueden reflejarse también en la redacción de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico del trastorno correspondiente.

La clasificación del DSM-IV (APA, 1994) adopta una posición categorial, aunque de cierto crédito a los modelos dimensionales. Este sistema nosológico plantea tres grandes grupos en los que reúne a los distintos trastornos de personalidad:

1.- Grupo A "extraños o excéntricos"

- ϕ Trastorno paranoide de la personalidad
- ϕ Trastorno esquizoide la personalidad
- ϕ Trastorno esquizotípico de la personalidad

2.- Grupo B "teatrales y/o impulsivos"

- ϕ Trastorno antisocial de la personalidad

- φ Trastorno límite de la personalidad
- φ Trastorno histriónico de la personalidad
- φ Trastorno narcisista de la personalidad

3.- Grupo C “ansiosos o temerosos”

- φ Trastorno de la personalidad por evitación
- φ Trastorno de la personalidad por dependencia
- φ Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Otros trastornos de la personalidad

- φ Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad
- φ Trastorno depresivo de la personalidad
- φ Trastorno autodestructivo de la personalidad
- φ Trastorno sádico de la personalidad

El grupo A se caracteriza por un patrón general de cogniciones, autoexpresiones y relaciones con los demás anormales. Es, quizá, el grupo más controvertido con respecto a si los trastornos que incluyen deben estar en el Eje II o si por el contrario sería más conveniente clasificarlos en alguna categoría (esquizofrenia o trastorno delirante) del Eje I.

El grupo B se caracteriza por un patrón general de violación de las normas sociales, por conducta y emotividad excesivas, y por grandiosidad. Este grupo de trastornos suele implicar la expresión manifiesta de sus rasgos típicos, produciéndose estallidos de ira, conductas autolesivas, seductoras, habla impresionista, etcétera.

El grupo C se caracteriza por un patrón general de ansiedad, señalando que podrían considerarse como dimensiones que representan el amplio rango de las disfunciones de la personalidad a lo largo de un continuo donde se incluirían a los trastornos del Eje I.

2.0 Como distinguir a los individuos con TLP

En su acepción original, el término se empleó para describir una forma marginal o más leve de esquizofrenia. En la actualidad, algunos investigadores argumentan que los pacientes con TLP en realidad representan el límite entre los trastornos de la personalidad y del estado de ánimo. De hecho, aproximadamente a la mitad de aquellas personas que padecen el TLP también se les puede diagnosticar un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, las personas con otros tipos de trastornos de la personalidad son por igual propensas a la depresión. Los parientes de aquellos individuos que tienen el TLP es más probable que compartan este diagnóstico que familiares de las personas que tienen otros trastornos de personalidad; es decir, al parecer, el trastorno se hereda (citado en Sarason Zararini y otros, 1988). Esta probabilidad apoya el punto de vista que la personalidad límite es un trastorno por sí mismo.

A pesar de las evidencias que se obtienen de los estudios familiares, algunos investigadores no pueden distinguir el TLP de los trastornos de la personalidad histriónica y antisocial.

La siguiente figura muestra las características que se superponen entre el TLP y los otros trastornos en el mismo grupo de diagnóstico. En ocasiones, los pacientes a quienes se diagnostica con TLP y aquellos que se consideran esquizotípicos son similares. Sin embargo las categorías esquizotípica y TLP tienen distinta fuerza. La categoría esquizotípica subraya los síntomas cognoscitivos: pensar que se tienen poderes mágicos, ideas de referencia, pensamiento suspicaz. La categoría TLP hace énfasis en los síntomas afectivos o emocionales: sentimientos de vacío y enojo inapropiado e intenso. Los individuos esquizotípicos están aislados en el aspecto social; por el contrario, los individuos con TLP no soportan estar sólo. A pesar de estos problemas de superposición con la depresión y otros trastornos de personalidad, los hallazgos de las investigaciones ofrecen apoyo para considerar el TLP como una categoría real de patologías, en lugar de una combinación de varios grupos.

El trastorno límite de la personalidad tiene algunas características que se superponen con los otros trastornos de la personalidad en la categoría de los comportamientos dramáticos, emocionales o erráticos.

El siguiente esquema explica:

- ∅ Las características similares se muestran en los segmentos de los círculos que se superponen.
- ∅ Las características que son distintas entre los dos trastornos se muestran en los recuadros arriba y debajo de cada par.

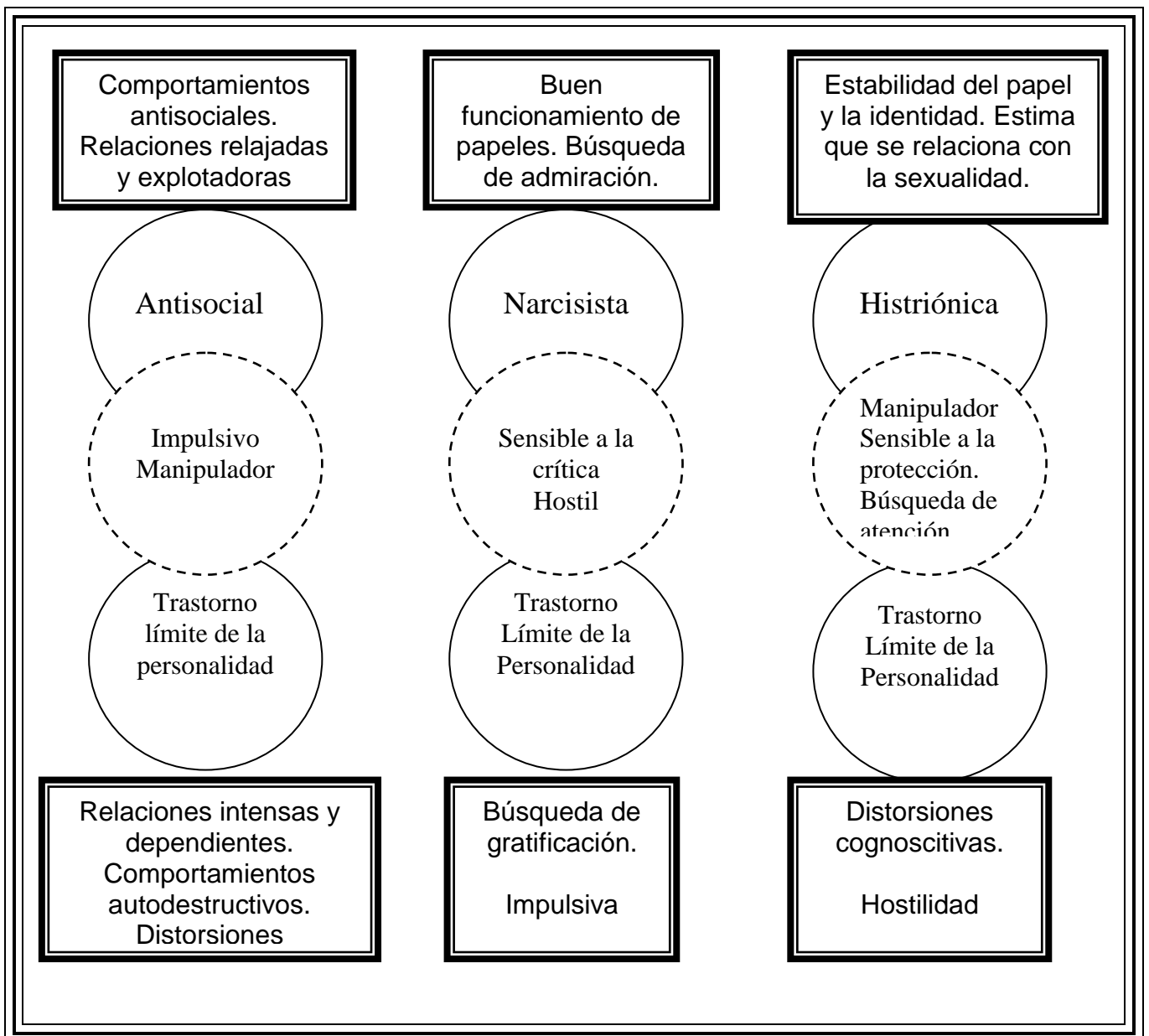


Figura 1. Adaptado de Gunderson y Zanarini 1987, p-7.

CAPÍTULO II TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

2.1 Definición y características clínicas:

Éstas características son lo bastante graves y persistentes como para provocar un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, ocupacional y de otras áreas. Son características habituales e importantes del trastorno límite de la Personalidad una capacidad de vinculación gravemente afectada y un comportamiento desadaptativo predecible en respuesta a la separación.

La utilización del término límite para designar los casos atípicos y que causaban problemas clínicos deambuló por la periferia del pensamiento psiquiátrico sin alcanzar ningún progreso destacable hasta los avances que se produjeron a finales de la década de los 60s.. En ese momento, la confluencia de tres líneas de investigación independientes introdujo de lleno las cuestiones sobre el diagnóstico del trastorno límite en la corriente principal de la psiquiatría.

La primera investigación fue realizada por Otto Kernberg (1967), quien definió la organización límite de la personalidad como una de las tres formas de organización de la personalidad, bien diferenciada de la de pacientes más enfermos, que se caracterizaba por una formación débil o fallida de la identidad, defensas primitivas (concretamente escisión e identificación proyectiva), y un juicio de la realidad que se perdía transitoriamente en situaciones de estrés. La segunda contribución importante fue proporcionada por Roy Grinker y cols. (1968), quien estableció la accesibilidad de este grupo de pacientes a los métodos de investigación clínica y facilitó los primeros criterios con base empírica; estos criterios fueron: a) fracaso en la construcción de la propia identidad; b) relaciones analíticas; c) depresión basada en la soledad, y d) predominio de manifestaciones de ira.

La tercera investigación importante que introdujo a los pacientes límite fue Kety y cols. (1968), quien estimuló el interés por investigar el diagnóstico de trastorno límite y facilitar el desarrollo de teorías sobre estos pacientes en los ámbitos de la transmisión genética y de las terapias biológicas.

EL esquema de Kenberg significó un avance conceptual dentro de la comunidad Psicoanalítica gracias a que integraba las relaciones objetales con la psicología del yo y los instintos y al hecho de que proporcionaba una explicación y una organización a un sistema clasificatorio básico. No obstante, el impacto en la amplia comunidad de profesionales de la salud mental se debió más a las sugerencias terapéuticas que surgían de su forma de entender a los pacientes que al propio concepto.

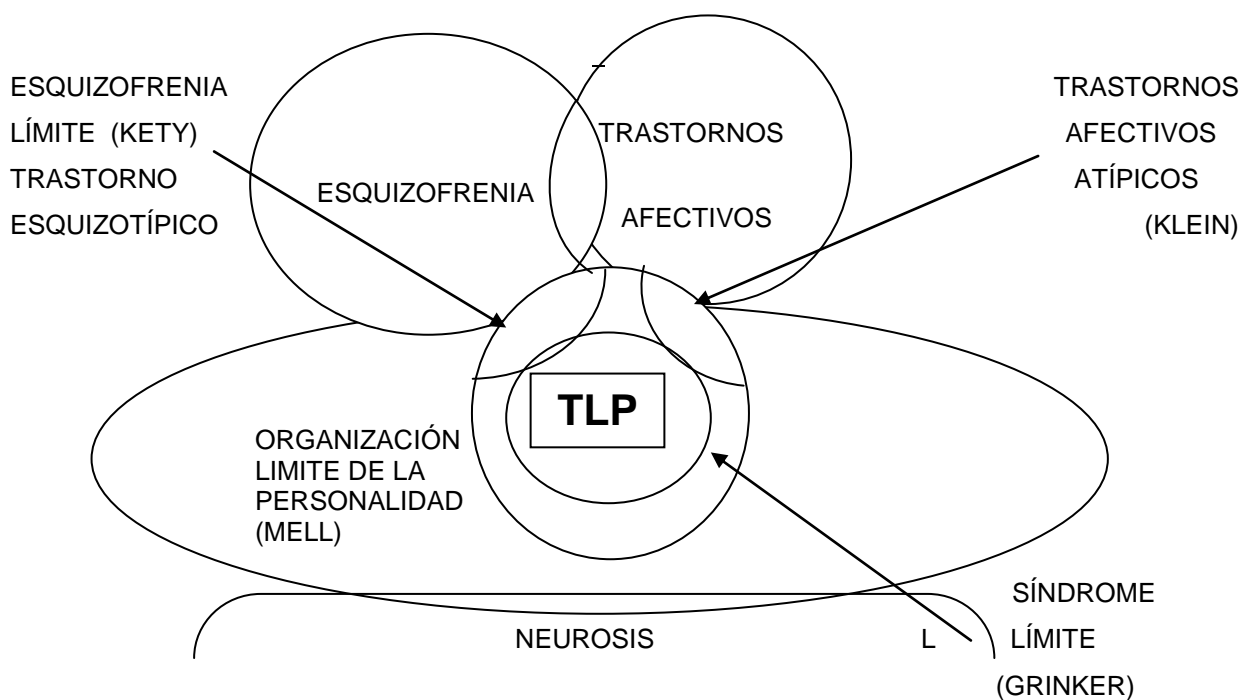


Figura 2. Conceptos de los trastornos límite propio: organización límite de la personalidad, organización psicótica de la personalidad y organización neurótica de la personalidad. Gunderson (1984).

Los individuos que padecen éste trastorno son muy sensibles al abandono y realizan esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginario. Experimentan con frecuencia intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación razonable y por un tiempo limitado.

Los esfuerzos para evitar el abandono consisten en una ira inapropiada, acusaciones injustas y comportamientos impulsivos como son el de automutilación o el suicidio, que genera con frecuencia una respuesta de culpa o de protección temerosa en los otros (8).

Las relaciones de las personas con un TLP tienden a ser inestables, intensas y turbulentas. La opinión que tienen de los demás puede cambiar de forma repentina y dramática, alternando entre los extremos de la idealización y la devaluación, o contemplando a los otros como buenos y protectores, y después como crueles, punitivos y despectivos. Estos cambios son especialmente frecuentes en respuesta a la desilusión con alguna de las personas que se ocupa de ellos o cuando una relación significativa se ve amenazada o termina.

El trastorno se suele caracterizar por una alteración de la identidad, que consiste en una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo. La autoimagen (objetivos, valores, tipo de amigos, aspiraciones profesionales) pueden cambiar de forma súbita y dramática. Los individuos con éste trastorno con frecuencia se ven a sí mismos como malos, pero también pueden sentir que no existen en absoluto, especialmente cuando se sienten solos o faltos de apoyo.

Son frecuentes los actos de automutilación (p.ej., cortarse o quemarse) y los comportamientos, gestos o amenazas recurrentes. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación, al rechazo o al abandono real o imaginado, por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La inestabilidad afectiva es otra característica habitual del trastorno. Ésta se debe a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que suele durar solo unas horas y que es raro que persista durante días) (9).

El estado de ánimo básico disfórico de éstos pacientes es interrumpido con frecuencia por periodos de ira, angustia o desesperación, y sólo en contadas ocasiones se alterna con periodos de bienestar. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de éstos individuos al estrés interpersonal. Éstas personas con éste trastorno padecen típicamente sentimientos crónicos de vacío. Muchos experimentan una ira inapropiada e intensa, o tienen dificultades para controlarla. Ésta ira puede ser desencadenada cuando consideran que una de las personas que se ocupa de ellos no les presta suficiente atención, o no les cuida, se muestra represora o les abandona. Las expresiones de ira suelen ir seguidas del sentimiento de ser malo o de vergüenza y culpa. En los períodos de estrés extremo (p.ej., abandono real o

imaginario) estos individuos pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos.

El trastorno límite de la personalidad se reconoció oficialmente en 1980. Desde ese momento la categoría limítrofe o fronteriza se ha empleado con tanta frecuencia, que 20% de los pacientes psiquiátricos reciben este diagnóstico. Alrededor de dos terceras partes de las personas con TLP son mujeres.

Un grupo heterogéneo de individuos recibe este diagnóstico pero comparten varias características, que incluyen relaciones personales inestables, amenaza de comportamiento autodestructivo, nivel crónico de distorsiones cognoscitivas, temor al abandono e impulsividad.

La dependencia intensa y la manipulación caracterizan las relaciones interpersonales de aquellos individuos que padecen el TLP y hacen que la interacción con ellos sea muy difícil. Parecen desear una relación dependiente y exclusiva con otra persona.

Este deseo de dependencia está claro para los observadores externos, pero el individuo como personalidad límite lo niega con vehemencia. Como parte de este comportamiento, esos individuos devalúan o desacreditan las fortalezas e importancia personal de los demás. Esta condición suele adoptar la forma de enojo extremo cuando la otra persona establece límites para la relación o, cuando está a punto de ocurrir una separación. Además del enojo, el individuo con personalidad límite emplea el comportamiento manipulador para controlar las relaciones, como quejarse de síntomas físicos y proferir y poner en práctica amenazas de autodestrucción.

Los comportamientos autodestructivos se conocen como la *“especialidad conductual”* de aquellos que tienen el trastorno límite. La siguiente tabla muestra la frecuencia de los actos autodestructivos en un grupo de individuos con personalidad límite:

Cantidad total de actos autodestructivos que describieron 57 personas con trastorno límite de la personalidad

Calidad	Categoría de actos	Patrón de comportamientos
Amenazas de suicidio	42	Para llamar la atención Para causar problemas En estado de ira
Sobredosis	40	No es un patrón común Los más frecuentes son los barbitúricos
Automutilación	36	La más frecuente es cortar se las venas de la muñeca, seguida por golpes en el cuerpo, quemaduras, punciones o arrancar el cabello.
Abuso de drogas	38	El más frecuente es el abuso de muchas drogas, seguido por anfetaminas o excesos de alcohol y marihuana.
Promiscuidad	36	Por lo general bajo la influencia de drogas o alcohol.
Accidentes	14	Manejar con imprudencia.

Tabla 1. Adaptado de Gunderson 1984

La autodestrucción es la característica de los individuos con TLP que genera más problemas para aquellas personas que tratan de ayudarles.

La fuerte necesidad de relaciones lleva a los individuos con TLP a tener temores crónicos y duraderos de que las personas de las que dependen los abandonen. Estos temores se relacionan con el pánico extremo que sienten cuando están solos. Como defensa contra ese temor, quienes tienen TLP socializan de manera compulsiva. Pero a pesar de esta necesidad de interacción social, muchos de sus comportamientos alejan a la gente. Estos incluyen ira intensa y exigencias, suspicacia e impulsividad. Manejan el estrés con su promiscuidad sexual, participando en riñas y comen en exceso para luego purgarse.

Una marcada inestabilidad emocional con cambios repentinos a la ansiedad, y depresión o irritabilidad constantes, que pueden durar sólo unas cuantas horas y nunca más de unos cuantos días, son típicas del TLP.

Síntomas y signos

Estas personas pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que están a punto de conseguir un objetivo (por ejemplo, dejar los estudios cuando están a punto de conseguir un título académico). Algunos presentan síntomas similares a los psicóticos (por ejemplo, alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal e ideas de referencia), especialmente en los periodos de estrés.

Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones en los estudios y las rupturas matrimoniales.

A veces, en la infancia de estas personas pueden haberse dado episodios de maltrato físico o sexual, negligencia en su cuidado, pérdida temprana o separación parental. Suelen encontrarse asociados otros trastornos, como trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (especialmente bulimia), trastorno por estrés postraumático y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Se pueden dar juntamente con otros trastornos de la personalidad. (49)

Se señalan los criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad en la tabla 1. Como se describe en el DSM-IV, este trastorno se caracteriza por *“un patrón generalizado de inestabilidad de sí mismo y de los afectos, así como un notable carácter impulsivo que comienza en la edad adulta temprana y se presenta en varios contextos”*.

Los individuos con TLP se preocupan por amenazas de abandonos reales o imaginarios. Al mismo tiempo, la intimidad con frecuencia ocasiona miedo de unirse y sufrir dominación de identidad de la otra persona. El paciente alterna entre el deseo de la cercanía y necesidad de adaptarse. También hay cambios repentinos de la personalidad, con modificaciones rápidas en valores, metas y elección de carrera. El carácter impulsivo se refleja en conductas como abuso de sustancias,

sobrealimentación, adicciones al juego, sexo inseguro, promiscuidad, gastar en exceso o manejar de manera imprudente (48).

El individuo con trastorno límite de la personalidad es vulnerable al desarrollo de psicosis reactiva transitoria (episodios micropsicóticos) y es probable que se encuentre deprimido de manera crónica. El trastorno límite de la personalidad puede coexistir con trastorno esquizotípico, histriónico, narcisista o de personalidad antisocial.

Kreger y Mason (1998) dividen las características del paciente con TLP en pensamiento, sensaciones y conductas, mismas que se describen a continuación:

P E N S A M I E N T O:

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

SENSACIONES:

- ☐ Ante la provocación más leve muestra sensaciones intensas.
- ☐ Cambios extremos del estado de ánimo en minutos o en horas.
- ☐ Presenta dificultad en el manejo de sus emociones.
- ☐ Se muestra desconfiado y sospechoso.
- ☐ La mayor parte del tiempo se siente ansioso o irritable.
- ☐ Se siente ignorado cuando no es el foco de atención.
- ☐ Expresión inadecuada de la cólera o dificultad al expresarla.
- ☐ Siente que nunca puede conseguir suficiente amor, afecto o atención.

CONDUCTAS:

- ☐ Dificultad para respetar los límites de los otros y para definir los propios.
- ☐ Presenta actos impulsivos que son potencialmente perjudiciales para sí mismo.
- ☐ Automutilación, cortando o quemando intencionalmente su piel.
- ☐ Amenaza con matarse o realiza tentativas reales de suicidio.
- ☐ Cambia sus expectativas de una manera tal que las otras personas sienten que él/ella nunca pueden hacer las cosas bien.
- ☐ Abusa físicamente de otros, por ejemplo al darles una palmada, golpes, rasguñarlos.
- ☐ Su forma de vida es caótica.
- ☐ Realiza actos imprevisibles.
- ☐ Alterna entre querer estar cerca de otros y después distanciarse.
- ☐ Oscila entre tener bajo control algunas situaciones pero extremadamente fuera de control u otras.
- ☐ Abusa verbalmente de otros, criticándolos y culpándolos.
- ☐ Es verbalmente abusivo hacia la gente que conoce muy bien, mientras que da una imagen encantadora para alguien desconocido.
- ☐ Acusa a los otros de hacer cosas que no hicieron, de tener sensaciones que no sienten, o de creer cosas que no creen.

En la siguiente tabla se muestran los nueve criterios del DSM-IV, para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad, así como los cambios en los criterios del DSM-IV respecto al DSMIII. Los criterios aparecen ordenados en la tabla según su valor diagnóstico y sólo se citan los cambios significativos.

1. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
2. 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).
3. 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).
4. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Tabla 2. Criterios DSM-IVTR para el Diagnóstico de TLP

A continuación se describe cada criterio para enfatizar su significado clínico:

1. Este criterio describe las manifestaciones interpersonales de la escisión intrapsíquica. Una característica fundamental de la psicopatología límite es la incapacidad de relacionarse con las personalidad significativas (es decir,

fuentes potenciales de atención o protección) sin idealizarlas, si la relación es gratificante o devaluarlas, si no lo es..

2. Una forma de resistencia o huida de los propios sentimientos y conflictos. La impulsividad, proporciona una forma de incorporar como síntomas de un mismo trastorno lo que de otra manera se considerarían trastornos distintos.
3. La inestabilidad, labilidad y variedad de las reacciones afectivas de estos pacientes.
4. Tal como sugirió Kernberg la fuente de la psicopatología límite implicaba una agresividad excesiva debida bien a un exceso temperamental o bien a una respuesta infantil a una frustración excesiva.
5. Los intentos, gestos o amenazas recurrentes de suicidio o las conductas autolesivas son la especialidad conductual de los pacientes límite. Este criterio es tan prototípico de estas personas que cuando el especialista se encuentra ante estas conductas el diagnóstico rápidamente viene a su mente. La presencia de este comportamiento ayuda a identificar un TLP comórbido en pacientes que acuden a la consulta por depresión o ansiedad.
6. Este criterio intenta abarcar las distorsiones de la imagen corporal que se observan en personas con anorexia o con un trastorno dismórfico corporal.
7. La sensación de vacío es visceral; normalmente se siente en el abdomen o en el pecho, y no debe confundirse con el miedo a no existir o la angustia existencial. El vacío es un criterio ejemplar que discrimina el TLP de otros tipos de depresión.
8. Los pacientes son bastantes conscientes de su temor a ser abandonados, algunos están acostumbrados a responder a estos miedos con exoactuaciones.
9. Las pérdidas del sentimiento de realidad que tipifican a los pacientes límite incluyen despersonalización, no realización y fenómenos alucinatorios.

Neurótica	Borderline	Psicótica
Delimitan ampliamente las representaciones del self y de los objetos	Delimitan ampliamente las representaciones del self y de los objetos	Las representaciones del self y de los objetos están pobremente delimitadas o hay identidad delusional
Integridad de la identidad. Las imágenes contradictorias del self y de los otros están integradas dentro de concepciones comprensivas	Difusión de la identidad: los aspectos contradictorios del self y los otros están pobremente integrados y son dejados de lado	Difusión de la identidad: los aspectos contradictorios del self y los otros están pobremente integrados y son dejados de lado
Represión y altos niveles defensivos. Formaciones reactivas, aislamiento. Racionalización, intelectualización, etc.	Represión y altos niveles defensivos. Formaciones reactivas, aislamiento. Racionalización, intelectualización, etc.	Principalmente splitting y bajo nivel de defensas. Idealización primitiva. Identificación proyectiva. Negación, omnipotencia y desvalorización
Las defensas protegen al paciente de los conflictos intrapsíquicos. La interpretación mejora el funcionamiento	Las defensas protegen al paciente de los conflictos intrapsíquicos. La interpretación mejora el funcionamiento	Las defensas protegen al paciente de la desintegración y de la función del self-objeto. La interpretación lleva a la regresión

Tabla 3. Diferenciación de las estructuras de la personalidad (según Kernberg)

2.1 Historia y Teorías

Cuando se popularizó inicialmente el término Límite en Psiquiatría, se empleaba como comodín para los pacientes más difíciles y resistentes al tratamiento. Se consideraba que estos individuos funcionaban de algún modo en el “límite” entre la néurosis y la psicosis, en la frontera con la esquizofrenia. Pese a la vaguedad del concepto límite, el término siguió empleándose porque describía a un subgrupo de pacientes que no parecían corresponder a las características de diagnóstico existentes. Los esfuerzos por aclarar y definir la naturaleza del trastorno continuaron durante la década de los 80s. Algunos investigadores han sostenido que el trastorno límite de la personalidad es una variante de la esquizofrenia del trastorno anímico, o posiblemente un híbrido. Sin embargo, para cuando el DSM-IV-TR estaba en sus etapas de preparación

finales, la mayoría de los expertos habían llegado a considerarlo como un trastorno de personalidad singular (46).

Quienes sufren el trastorno límite de la personalidad suelen experimentar un tipo peculiar de depresión que se caracteriza por sentimientos de vacío y una emocionalidad negativa variable, aunque pocas veces llegan al grado de acosar a otras personas, suelen sentirse profundamente afectados por incidentes interpersonales que la mayoría de la gente pasaría por alto. Es común que quienes sufren este trastorno formen relaciones demandantes, repentinamente intensas con los demás y que perciban a los demás como buenos o malos fenómeno llamado “escisión”. La intensidad inapropiada de sus relaciones genera experiencias recurrentes de angustia y rabia, de hecho, la ira y la hostilidad son características perdurables que se encuentran en muchas personas con este trastorno.

Además de tener relaciones perturbadas, quienes sufren el trastorno límite de la personalidad suelen confundirse en cuanto a su propia identidad, o el concepto de quienes son. Incluso después de haber atravesado por el acostumbrado periodo de cuestionamiento de la identidad en la adolescencia, no están seguros de lo que quieren de la vida y, en un nivel mucho más profundo, carecen de una comprensión sólida de su sentido del yo. La incertidumbre sobre quiénes son puede expresarse en cambios súbitos en sus elecciones de vida, como planes profesionales, valores, metas y tipo de amistades. Esta confusión de la identidad puede llegar al grado de que pierden claridad sobre los límites entre ellos y los demás. Por ejemplo, en las relaciones estrechas, posiblemente tengan dificultades para distinguir entre sus propios sentimientos y los sentimientos de la otra persona. Otros problemas de identidad aparecen en el ámbito de la orientación sexual; estos individuos tal vez cambien entre identificarse como homosexuales o heterosexuales, atravesando tal vez por fases en las que redefinen su propia sexualidad. Citado en Halgin 2009. (Munich, 1993) (46).

Los sentimientos crónicos de aburrimiento hacen que las personas con el trastorno límite de la personalidad busquen la estimulación. En parte, el drama de sus relaciones refleja la búsqueda de experiencias emocionales intensas. En su esfuerzo por evadir el aburrimiento, es posible que se entreguen a comportamientos impulsivos, como promiscuidad, gastos imprudentes, conducción temeraria, comilonas

desenfrenadas, abuso de sustancias o hurtos. La excitación derivada de estas actividades los hace sentirse vivos. Además, sus estados anímicos son tan inestables como su conducta. Tal vez vacilen entre estados emocionales extremos sintiéndose, un día, en la cima del mundo y, al día siguiente, deprimido, ansioso e irritable.

Los extremos emocionales que experimentan quienes padecen el trastorno límite de la personalidad posiblemente los conduzcan en forma precipitada a un estado de pensamientos suicidas y conducta autoperjudicial; en ocasiones no pretenden matarse, y su conducta, denominada “parasuicida”, se considera un gesto con el que buscan llamar la atención de la familia, la pareja o de los profesionales. En otros casos, posiblemente se lastimen con un cuchillo o una navaja en un acto de agresión autodirigida. En el caso de la gente con trastorno límite de la personalidad, tal comportamiento en ocasiones les sirve para demostrarse que están realmente vivos, un concepto que la mayoría de la gente da por hecho, pero que se convierte en una fuente de incertidumbre para estos individuos. Ver la sangre y sentir físicamente el dolor les confirma que su cuerpo tiene sustancia. Algunos de estos individuos no experimentan dolor al cortarse. Estas personas al parecer constituyen un subtipo del trastorno límite de la personalidad que comprende síntomas especialmente graves de depresión, ansiedad, impulsividad y disociación; además de muchos de éste grupo de alto riesgo tienen antecedentes de abuso temprano. No sorprende que la intensidad del dolor emocional conduzca a graves intentos suicidas. El riesgo del suicidio es especialmente elevado en los individuos con una capacidad deficiente para resolver los problemas y que tal vez contemplen el suicidio como la única forma de salir de una situación difícil. Citado en Halgin 2009. (Kehrer y Linehan, 19996), y también es especialmente elevado en los individuos con el trastorno límite que tienen una adaptación social deficiente. (46)

Muchos individuos que padecen el TLP parecen estar insensiblemente molestos buena parte del tiempo. Aun sin provocación, montan en cólera. El comentario aparentemente inocente de un amigo tal vez haga que arremetan sarcásticamente contra él o alberguen cierta amargura durante el periodo irrazonable. Un activador común de su enojo es el sentimiento de que los ha descuidado o abandonado un ser querido. En ocasiones, su intensa ira posiblemente haga que expresen violencia física en contra de los demás. Luego de sus arrebatos de ira, quizá se sientan avergonzados y culpables y se convencen de su naturaleza inherentemente malvada.

El estrés es particularmente problemático para quienes tienen el TLP. Durante las experiencias estresantes, se intensifica su vulnerabilidad, lo que hace que se sientan sumamente suspicaces y desconfiados de los demás al grado de llegar a ser paranoides. Tal vez también desarrollen síntomas disociativos, como sentirse desconectados de los demás y hasta de su propio ser consciente.

Aunque se alteran muchos aspectos de su funcionamiento, la mayoría de las personas que sufren este trastorno no pueden manejar las responsabilidades de su vida diaria, algunos son realmente exitosos en diversos contextos. Sin embargo, en el caso de muchos hay un trasfondo constante de conflicto interpersonal y el riesgo de ser impredecibles, dependientes y de mal humor alejan a la gente cercana. En ocasiones, las exigencias de su vida puedan volverse abrumadoras. Tal vez experimenten una especie de estado psicótico transitorio, caracterizado posiblemente por pensamientos delirantes o síntomas disociativos que tal vez exijan una hospitalización.

2.1. 2 Teorías

Se ha dedicado un esfuerzo enorme al desarrollo de teorías y tratamientos para quienes padecen esta afección, tal vez porque estos individuos crean mucho caos en la vida de todos aquellos con quienes interactúan, también es un trastorno inherentemente fascinante, porque gira en torno a una perturbación en el sentido mismo de la autodefinición.

El modelo biopsicosocial es particularmente adecuado para entender este trastorno. Los investigadores reconocen cada vez más que el trastorno evoluciona a partir de una combinación de temperamento vulnerable, experiencias tempranas traumáticas en la niñez y un suceso o conjunto de sucesos desencadenantes en la edad adulta. Citado en Halgin, Zanarini y Frakenburg, (1997). En conjunto, estas influencias interactúan y crean los comportamientos y las dificultades volátiles en la identidad y las relaciones que devastan la vida de quien padece el trastorno.

Perpespectivas Biológicas

Los investigadores que estudian los posibles factores que contribuyen a éste trastorno tratan de identificar marcadores fisiológicos que distinguen el trastorno límite de la

personalidad de los trastornos anímicos y la esquizofrenia. Aunque la mayor parte de las teorías respecto a este trastorno son psicológicas, algunos investigadores han examinado la posibilidad de que algunos factores psicológicos que se considera participan en el desarrollo de este trastorno tienen correlaciones biológicas, como una desregulación de los neurotransmisores (citado en Guivits, Koenigsberg y Siever, 2000). Los traumas de la niñez a manera de abuso sexual se considera uno de los principales sospechosos en la búsqueda de factores psicológicos. La posibilidad de que tal abuso deje una impronta en el cerebro del individuo hizo que los investigadores señalarán que el abuso sexual en la niñez tal vez haga que las rutas noradrenérgicas (sistema simpático) sean hipersensibles, de modo que el individuo está siempre preparado para reaccionar en forma excesiva a las experiencias de cualquier tipo posteriormente en la edad adulta. Este funcionamiento somático alterado puede interactuar como una predisposición hacia la impulsividad, debido a anomalías en los receptores serotoninérgicos en el cerebro. Los comportamientos autodestructivos e impulsivos de quienes sufren este trastorno, en combinación con la angustia que experimentan debido a la tendencia a reaccionar en forma excesiva a los sucesos de la vida, posiblemente produzca las características del trastorno límite de la personalidad.

Los investigadores que se valen de técnicas de imagenología por resonancia magnética (IRM) han descubierto algunas diferencias interesantes en el cerebro de personas a las que se les ha diagnosticado el trastorno límite de la personalidad. Por ejemplo, en un estudio sobre 21 mujeres que padecían el trastorno límite de la personalidad, se descubrió que su hipocampo era 16% más pequeño que el de los sujetos de control saludables, y la amígdala era 8% más pequeña.

Perspectivas Psicológicas

Un conjunto cada vez mayor de evidencias derivadas de las investigaciones apunta al hecho de que las experiencias negativas extremas dentro de la familia son muy comunes en las historias infantiles de la mayoría de los adultos que padecen el trastorno límite de la personalidad. Esta clase de variables han surgido como indicadores especialmente convincentes en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad: ambiente familiar perturbado en la niñez, psicopatología de los padres y la experiencia de abuso infantil. De estas variables, el abuso sexual infantil es el

indicador más significativo de sintomatología límite, ya que el abuso físico infantil también muestra una tendencia en la misma dirección. Es importante tener presente, por supuesto, que el abuso ocurriría por lo común en el contexto de un hogar perturbado y lo perpetrarán progenitores o cuidadores disfuncionales, lo que hace que resulte difícil extraer de ello factores causales específicos. Las teorías que tienen que ver con el fundamento de la relación entre el abuso temprano y descuido y el desarrollo del trastorno límite de la personalidad proponen que estas experiencias hacen que los niños esperen que los demás los lastimen (citado en Silk, Lee, 1995). En la edad adulta, las personas con el trastorno límite de la personalidad manifiestan que sus cuidadores se retrajeron de ellos emocionalmente, los trataron en forma incongruente, negaron la validez de sus pensamientos y sentimientos y no desempeñaron su función como padres en términos de protegerlos del abuso. (Halgin, 2009). Citado Zanarini 1997)

Las observaciones clínicas hicieron que los primeros teóricos psicodinámicos en describir las características del trastorno límite de la personalidad propusieran un modelo diferente de relaciones entre padres e hijos para explicar el desarrollo de la patología límite.

Gunderson (1984), Kernberg (1967), Masterson (1981), estos teóricos creían que las deficiencias en la información del yo eran la patología subyacente de este trastorno. Una pauta perturbada de crianza que identificaron, es el de una madre que se involucra excesivamente en su hijo, pero que también es incongruente en su respuesta emocional. Al no lograr fomentar un sentido de independencia en su hijo, sienta las bases para la posterior falta de identidad y sentido de compromiso con las metas de la vida. El individuo no logra desarrollar un yo "real" sano que pueda formar la base de las relaciones íntimas, compartidas y comprometidas con los demás o que pueda ser creativo, espontáneo y asertivo. El individuo percibe a las demás personas en forma trastocada y contribuye un falso yo que se fusiona con estas percepciones distorsionadas que tienen los demás.

En contraste con las teorías que subrayan las anormalidades en la crianza, los modelos cognitivo-conductuales con lo que se busca comprender a quienes padecen el trastorno límite de la personalidad se concentran en sus pensamientos inadaptados. Según la aproximación cognitiva de Beck (1976), quienes padecen TLP

tienen la tendencia a conceptualizar en términos dicotómicos lo que piensan en sí mismos y los demás; en otras palabras, piensan en términos de “todo o nada”. Esta forma de pensar podría explicar la tendencia individual a cambiar de pensar podría explicar la tendencia individual a cambiar de Estados de ánimo tan fácilmente y a recurrir a la escisión en las relaciones con los otros. Por ejemplo, si un individuo que sufre trastorno límite de la personalidad percibe originalmente a alguien como bueno, y luego esa persona puede convertirse en alguien completamente malo. Quienes padecen el trastorno límite de la personalidad también aplican este conjunto limitado de normas al evaluarse; cuando perciben que se quedaron cortos en algo, incluso sobre menores, toda su evaluación personal se torna negativa. Por último, un sentido de autoeficacia bajo relacionado con su débil identidad ocasiona una falta de confianza en sus decisiones, baja motivación y una incapacidad para buscar metas de largo plazo.

Perspectivas Socioculturales

Millon (1985), sostiene que las presiones de la sociedad contemporánea que han impuesto una tensión en las familias y los individuos pueden exacerbar una crianza deficiente y dar lugar a éste trastorno. Quienes sufren el trastorno límite de la personalidad son particularmente vulnerables a la cohesión social que se asocia con la urbanización y la modernización de la cultura contemporánea. Su falta de cohesión psíquica refleja la inestabilidad dentro de su familia que contribuye adicionalmente al desarrollo de su trastorno, un niño que está sometido a conflicto parental llega a sentirse internamente dividido y, además, empieza a cuestionar las premisas básicas de la predictibilidad y estabilidad de la vida. Desde otra perspectiva, las dificultades familiares, entre las que se hallan la depresión, el abuso de sustancias y el comportamiento antisocial, pueden conducir al desarrollo de este trastorno mediante la perpetuación de pautas de crianza que se transmiten de una generación a otra. Un adulto con trastorno límite de la personalidad de quien se abuso en la niñez trasmite esta pauta de crianza a la siguiente generación, la cual posteriormente se vuelve vulnerable a desarrollar este trastorno.

2.2 Etiología

La comprensión de la etiología del TLP requiere de un enfoque bio-psico-social. Su patogénesis es muy compleja y resiste toda reducción a la vulnerabilidad biológica, a las experiencias en la niñez o a la acción de las fuerzas sociales.

Son pacientes que presentan como antecedentes en la niñez separación parental, problemas de adopción, frecuentes problemas, familiares con sus abuelos. Abuso sexual físico: derivados de la ruptura del matrimonio y de las pérdidas sufridas. Siendo testigos de violencia doméstica.

Tienen antecedentes paternos de enfermedad mental, trastorno de personalidad, abuso de drogas y discordia marital. La memoria del pasado es displacentera por la presencia de hechos dolorosos.

Se perciben a sí mismos como habiendo recibido pocos o malos cuidados en la infancia.

Uno de los factores de riesgo más importantes sería el abuso (los más importantes: físico 48%, sexual 26%, verbal 86%, negligencia, rechazo, separación paterna).

En el 61.5% de los pacientes severamente desmejorados, el abuso sexual en la infancia surge como un factor que predispone a la enfermedad. La historia infantil de abuso físico y sexual determina efectos a largo plazo como la ira crónica, la auto-destrucción, el abuso de sustancias, la disociación, el miedo a ser abandonados y las relaciones intensas e inestables.

A continuación se describen las propuestas etiológicas, todas válidas y que muchas veces superponen su accionar:

1. La perspectiva psicológica, que considera la interferencia materna en el proceso del desarrollo, en la etapa de separación-individuación.
2. La predisposición familiar a los trastornos afectivos, aunque para muchos otros autores la frecuencia de la presencia de los trastornos afectivos no es mayor en las familias de “*bordeline*”.
3. El abuso familiar en todas sus formas tendría una gran influencia.
4. Anomalías del desarrollo neuropsicológico y biológico.
5. La existencia de alteraciones cognitivas, postuladas por la teoría cognitivo-conductual, en las creencias que pueden influir en el desarrollo posterior de las conductas del trastorno límite de la personalidad.

6. La existencia de traumas psicológicos tempranos y el desarrollo de mecanismos de defensas característicos.
7. La existencia de otros factores que interfieren en el desarrollo del individuo (aspecto del desarrollo afectivo, alteraciones en los lazos parentales, el abuso).
8. Factores que influyen en el desarrollo de los aspectos psicológicos del yo.
9. Las concepciones que sustentan el concepto de la influencia de los factores psico-sociales y sus cambios en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

Los resultados de casi 20 estudios de familias sugieren que el trastorno límite de la personalidad es más frecuente en familias con el trastorno y que de alguna manera está ligado a los trastornos del estado de ánimo. Del mismo modo que el trastorno de personalidad esquizotípica parece compartir una relación genética con la esquizofrenia, éste puede tener un nexo similar con los trastornos del estado de ánimo. Algunos rasgos pueden ser hereditarios (la impulsividad por ejemplo), no se excluye en absoluto la existencia de influjos ambientales.

Apenas empiezan a explorarse los factores cognoscitivos. En un estudio donde se examinan los procesos del pensamiento se pidió a individuos que sufrían el trastorno y que no lo sufrían que vieran las palabras proyectadas sobre una pantalla de computadora. Después debían tratar de recordar algunas y de olvidar otras (citado en Korfine y Hooley, 2000). Cuando las palabras no se relacionaban con los síntomas del trastorno límite de la personalidad: por ejemplo, “celebrar”, “encantador”, “recoger”- ambos grupos obtenían la misma puntuación. Pero cuando les presentaban palabras que podrían relacionarse con el trastorno – por ejemplo: “abandono”, “suicida”, “vacío”-, los afectados las recordaban mejor, aunque les habían ordenado que las olvidase. Esta evidencia preliminar de un sesgo retentivo nos ofrece pistas sobre la naturaleza del trastorno y algún día contribuirá quizá a diseñar un tratamiento más eficaz. (42)

Un factor psicosocial que ha recibido mucha atención es la posible contribución del trauma temprano, especialmente el abuso sexual y el maltrato físico. Varios resultados demostraron que los afectados tienden más a reportar abuso que quienes padecen otros problemas psiquiátricos (por ejemplo (citado en Durant 2007) Goldman, Wagner y Linehan (1994) encontraron que el 76% de las mujeres con este trastorno y

con conducta suicida (que incluye intentos serios y menores de suicidio) había sido víctima de abuso sexual en la niñez y habían hecho serios intentos de matarse. En un estudio más amplio hubo, una tasa aún mayor de historias de abuso en individuos con trastorno de personalidad límite: 91% habían sido abandonados antes de cumplir 18 años. Aunque no se sabe si el abuso y el abandono en la niñez son la causa posterior del trastorno de personalidad límite (los datos se basan en recuerdos y en una correlación de los dos fenómenos), es posible que sean factores que predispongan o por lo menos recesen algunos casos. Si el abuso o la negligencia infantil ocasiona la mayor parte de los casos, el nexo podría explicar porque a las mujeres les afecta más que a los hombres: tienen dos o tres veces más probabilidades que los varones.

Basándose en el posible nexo con el abuso, (citado en Duran Gunderson y Sabo (1993), afirman que el trastorno límite de la personalidad se parece al de estrés postraumático, pues advierten muchas semejanzas en ambos. Herman y sus colegas (1989) trazaron paralelos semejantes; por ejemplo: problemas para regular el estado de ánimo, controlar los impulsos y establecer relaciones interpersonales. Esa explicación de la personalidad límite y del estrés postraumático puede verse desde un punto de vista político. En opinión de algunos autores, lo que el psiquiatra llama trastorno de personalidad límite no es más que un caso de estrés postraumático entre las mujeres; su diagnóstico se centra en el sufrimiento de las mujeres, no en su enfermedad mental. Esta distinción es importante y representa discusión que continuara algún tiempo más. Lo anterior parece corroborar la hipótesis de que el trastorno límite de la personalidad puede originarse en un trauma temprano. Sin embargo, recordemos que no siempre todos los casos de personalidad límite se parece al estrés postraumático. (46)

Así mismo, es un trastorno que se observa entre quienes han pasado por cambios culturales rápidos. Los inmigrantes de corta edad y los adultos manifiestan problemas de identidad, vacuidad, temor al abandono y bajos umbrales de ansiedad. Todo ello apoya la posibilidad de que los traumas infantiles pueden ocasionarlo algunas veces.

Aunque el abuso sexual y el maltrato físico en la niñez parece ser parte de la etiología del trastorno límite de la personalidad, ninguno de los dos parece ser necesario ni suficiente. Zanarini y Frankenberg (1997) trataron de integrar los diferentes aspectos de la etiología. Para ellos el trauma infantil se combina con un temperamento o personalidad predisponente y un suceso estresante desencadenante, puede producir conductas inestables. Si alguien que sufrió maltrato de niño no presenta el problema,

quizá es por la ausencia de una predisposición biológica que en este caso puede ser un estilo de personalidad impulsiva. (44).

2.3 Epidemiología

Se estima que la prevalencia de éste trastorno se sitúa en torno a un 2% de la población general, aproximadamente en un 10% en la población de los centros ambulatorios de salud mental y en torno a un 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados. En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad, se sitúa entre el 30 y 60%.

Habitualmente, se encuentra la inestabilidad crónica a inicios de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud mental y general. Durante la cuarta y quinta década de la vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno consiguen una mayor estabilidad en sus relaciones y en su actividad profesional. (49).

Diagnóstico diferencial

Si una persona con características de trastorno límite de la personalidad tienen menos de 18 años de edad, el diagnóstico apropiado será trastorno de identidad, Este trastorno debe distinguirse del trastorno ciclotímico, en el que hay periodos hipomaniacos.

También hay que diferenciarlo de otros trastornos de la personalidad como el trastorno histriónico de la personalidad. En éste se puede apreciar la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes, como en el trastorno límite de la personalidad, pero en éste último también se haya autodestructividad, rupturas airadas de las relaciones personales y sentimientos crónicos de vacío y soledad.

Como en el trastorno esquizotípico de la personalidad, podemos encontrar la presencia de ilusiones paranoides. Pero en el trastorno límite esto es pasajero.

Se diferencia del trastorno paranoide de la personalidad y del trastorno narcisista de la personalidad en que si bien en éstos también hallamos una reacción colérica a estímulos menores, no coinciden en la relativa estabilidad de la autoimagen, la

relativa falta de autodestructividad, impulsividad y preocupación por el abandono que apreciamos en estos dos trastornos.

La manipulación del trastorno antisocial de la personalidad se diferencia de la manifestada en el trastorno límite porque en el primero tiene como objetivo conseguir una ventaja material, mientras que en el trastorno límite se consigue el interés de los que lo rodean.

En cuanto al trastorno de la personalidad por dependencia, la reacción al temor al abandono es de mansedumbre y sumisión, y busca urgentemente una nueva relación.

En cambio, en el trastorno límite se produce con sentimientos de vacío emocional.

A su vez, hay que diferenciarlo de los rasgos que aparecen en un cambio de personalidad a causa de una enfermedad médica y de los síntomas que pueden aparecer en relación con el consumo tóxico de sustancias. (49)

2.4 Evaluación

Junto a una completa historia y una correcta evaluación clínicas se puede referir a las pruebas más usadas de evaluación y auto-evaluación de la personalidad que revisten gran interés como instrumentos para ayudar al clínico a realizar un diagnóstico adecuado de un trastorno de personalidad. Estas pruebas se pueden usar en diferentes contextos y ofrecen la seguridad de haberse estudiado su validez y confiabilidad.

Es importante destacar que los sistemas diagnósticos más sutiles son los basados en una teoría clínica.

Los manuales diagnósticos internacionales permiten la evaluación categorial del cuadro: DSM-IV: sus criterios diagnósticos generales para los trastornos de personalidad son:

- a) El modelo persistente de la experiencia interna y de la conducta que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura del individuo.
- b) El modelo permanente es persistente e inflexible a lo largo de un rango amplio de situaciones sociales o personales.

- c) El modelo permanente lleva a un sufrimiento clínico significativo o al desmejoramiento social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- d) El modelo es estable y de larga duración y su inicio puede ser hallado en la adolescencia o en la adultez temprana.
- e) El modelo permanente no debe ser resultado de las manifestaciones o consecuencia de otro trastorno mental.
- f) El modelo permanente no es debido a efectos fisiológicos de una sustancia.

Los rasgos más característicos del grupo B del DSM- IV son la emotividad dramática y exagerada, la labilidad (patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos asociados a una notable impulsividad).

CIE 10

No tiene una categoría específica para el TLP que son abarcados por las siguientes categorías:

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

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

Dado que los manuales antes mencionados nos ayudan a diagnosticar el TLP, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, MMPI-2 nos dará la oportunidad de un reconocimiento clínico a través de sus 567 reactivos.

2.5 Comorbilidad

El trastorno límite de personalidad es un trastorno afectivo. La depresión, a menudo con síntomas atípicos, es especialmente frecuente en éstos pacientes (10). Los síntomas depresivos pueden cumplir los criterios para un trastorno depresivo mayor o un trastorno distímico, o ser una manifestación del mismo trastorno límite de la personalidad. Aunque ésta distinción puede ser difícil de realizar, los síntomas

depresivos que aparecen particularmente característicos del TLP son los sentimientos de vacío, los autorreproches, el temor al abandono, la desesperanza, la autodestructividad y los gestos suicidas repetidos (11). Los síntomas depresivos que parecen deberse al TLP pueden responder a los síntomas de depresión, que cumplen los criterios para una depresión mayor (especialmente si existen síntomas neurovegetativos prominentes).

Consumo de sustancias.

Los trastornos por consumo de sustancias son frecuentes en los pacientes con trastorno límite. La presencia de consumo de sustancias tiene importantes implicaciones para el tratamiento, pues los pacientes con éste trastorno que abusan de sustancias suelen tener una peor evolución y un mayor riesgo de suicidio, muerte o lesión por accidente. Es frecuente que las personas con TLP abusen de sustancias de forma impulsiva, lo que contribuye a reducir el umbral de otros comportamientos autodestructivos como la mutilación corporal, la promiscuidad sexual o los comportamientos provocadores que incitan a la agresión (incluyendo la agresión homicida).

Es esencial el tratamiento enérgico de cualquier trastorno por consumo de sustancias cuando se trabaja con pacientes con trastorno límite de la Personalidad (12).

Los pacientes con TLP que abusan de sustancias rara vez son sinceros y abiertos respecto a la naturaleza y al alcance de su abuso especialmente en las fases iniciales de la terapia.

En la medida en que diversas sustancias pueden ser consumidas con el objetivo de ocultar la depresión, la ansiedad y otros estados relacionados, la experiencia clínica sugiere que las medicaciones prescritas no generen dependencia y así poder ayudar a aliviar los síntomas subyacentes, reduciendo así la tentación de recurrir al consumo de alcohol o drogas.

Comportamiento violento y rasgos antisociales.

Algunos pacientes con trastorno límite de personalidad presentan comportamientos violentos. La violencia puede adoptar formas como la de arrojar objetos a los familiares. En momentos de ira o frustración intensas otros enfermos cometen

agresiones físicas, maltratan físicamente a sus hijos; y aquellos que tiene rasgos antisociales llevan a cabo hurtos o robos.

Cuando los rasgos antisociales sean incluso más graves y dominen el cuadro, y cuando la amenaza de violencia sea inminente, cualquier tipo de terapia puede resultar ineficaz; algunos pacientes con trastorno límite de la Personalidad con comorbilidad antisocial no son buenos candidatos para la terapia. Esto es especialmente cierto cuando el cuadro clínico está dominado por rasgos psicopáticos (13) de tipo marcadamente narcisista: grandiosidad, dominancia, ausencia de remordimientos, mentiras y manipulación.

Del mismo modo, cuando motivaciones adyacentes de celos o de venganza alcanzan una intensidad extrema, la psicoterapia puede resultar ineficaz (14.)

Comportamiento autodestructivo crónico

Una de las características primarias del TLP es el comportamiento autodestructivo impulsivo, que incluye la conducción temeraria, los gastos descontrolados, los hurtos, los atracones y las purgas, el abuso de sustancias, el comportamiento sexual de riesgo, la automutilación y los intentos de suicidio.

Se cree que éste comportamiento refleja las dificultades que los pacientes con éste trastorno tienen para modular y contener sus intensas emociones o impulsos. Algunos clínicos expertos en el tratamiento del TLP mencionan que los comportamientos suicidas y autodestructivos deben considerarse la máxima prioridad, siendo necesario un esfuerzo para evaluar el riesgo que tiene el paciente de presentar éstas conductas, ayudándole a encontrar vías para mantener su seguridad.

El establecimiento de límites no es necesariamente un ultimátum que signifique una amenaza de suspensión del tratamiento.

Trauma infantil y trastorno de estrés postraumático

El trauma infantil es una característica frecuente, aunque no universal, del trastorno límite de personalidad (15). Es importante reconocer aspectos relacionados con el trauma de la inestabilidad afectiva, la autoimagen dañada, los problemas de relación, los temores al abandono, el comportamiento autolascivo y la impulsividad del paciente.

En el trastorno límite de la personalidad, el estrés puede ser un factor causal en la etiología del trastorno y un precipitante de exacerbación sintomática (16). El abuso físico sexual no es infrecuente durante la infancia de éstos pacientes; también se revelan con frecuencia historias de otras formas de trauma, como el abuso verbal o la negligencia (17) y la separación o pérdida parental temprana (18). Además la mayoría de los pacientes con TLP son extremadamente sensibles a los estresantes psicosociales, especialmente a los interpersonales. La autoestima es a menudo frágil, y los pacientes buscan apuntar su sentido de sí mismos “tomando prestadas” una identidad estable y sólida de otra persona (habitualmente idealizada). Las relaciones son intensas, y las distracciones o la inatención cotidianas pueden ser interpretadas como abandono, teniendo como consecuencia ansiedad de características similares a la angustia, actos autodestructivos impulsivos, ira excesiva, paranoia o episodios disociativos.

2.6 Las Mujeres y el Trastorno Límite de la Personalidad

La personalidad TLP a menudo está asociada con síntomas como trastornos alimenticios, adicciones, automutilación y fue el común denominador de muchos de los síndromes de los años ochenta, como la excesiva dependencia y “las mujeres que aman demasiado”. Se considera básicamente una “enfermedad de mujeres”, porque según El DSM-IV sobre el 75% de las personas a las que se les ha diagnosticado son de este sexo. De hecho, personalidad TLP es tan frecuente entre las mujeres que ha sido calificada por los medios de comunicación como “la enfermedad de las mujeres de los noventa”.

Hay varias teorías que intentan dar una explicación, entre ellas la siguiente:

El trastorno de la personalidad más frecuente entre los hombres es el del narcisismo. A primera vista, el narcisista parece estar muy seguro de sí y se comporta como si fuera una persona importante, con éxito en su carrera profesional y en sus relaciones amorosas que tuviera muy claro qué es lo que quiere y cómo conseguirlo. A menudo es insolente, exhibicionista y presuntuoso. En realidad, la personalidad narcisista se construye a partir de un yo defensivo y falso que oculta un sentimiento de inferioridad. Aunque un hombre puede tener un sentimiento de inseguridad como el de la mujer, los primeros son más propensos a defenderse de ello mediante una fachada. Algunos

investigadores creen que hay tantos hombres como mujeres que presentan todos los rasgos de la personalidad TLP, pero mientras éstas tienden a deprimirse, a intentar suicidarse o a buscar ayuda psiquiátrica, bastantes hombres tienden a reaccionar violentamente contra el mundo.

Las personas que tienen una personalidad límite viven con un sentimiento de culpa, de vergüenza, con una sensación de vacío y confusión emocional. Otros estudiosos señalan como causantes de esto, a los roles culturales que se les inculcan a las mujeres pues:

- ϕ Las mujeres reciben mensajes más incoherentes y negativos de la sociedad.
- ϕ Las mujeres son más vulnerables al TLP porque se las educa para ser más dependientes de los demás y más sensible al rechazo.
- ϕ Otros señalan que los abusos sexuales son un rasgo común en la infancia de las afectadas por la personalidad límite.

La Mujer con TLP y sus Relaciones Amorosas

Al querer desarrollar el sentido del equilibrio, las mujeres aprenden que nada es completamente bueno ni malo, que la gama del gris es muy variada, sin embargo hoy en día, nuestra sociedad anima a las mujeres a creer que las necesidades de los hombres son más importantes que las suyas. Anularse (refiriéndose el término a hacer que alguien pierda poder, autoridad o importancia; el maltrato anula la personalidad).

Muchas mujeres se anulan en sus relaciones con los hombres porque acaban preocupándose tanto por su compañero y el drama de su relación que son incapaces de centrarse en otros aspectos importantes de su vida, como sus carreras profesionales, sus propias necesidades y su desarrollo personal. El proceso de anulación empieza de forma lenta y sutil. Algunas mujeres que se anulan a sí mismas en las relaciones eligen hombres controladores o violentos, mientras que otras se convierten ellas mismas en controladoras o violentas en sus intentos por conservar a su hombre.

Para muchas mujeres que se anulan en sus relaciones, éstas les resultan dolorosas porque viven con el constante temor de que las abandonen o las rechacen. Son tan inseguras que sus celos y su posesividad hacen que se preocupen por su relación hasta el punto de que pierden todo sentido de la proporción. No pueden disfrutar del presente porque tienen miedo del futuro; a menudo, sienten que las relaciones amorosas deben sobrellevarse en vez de disfrutarse. La mujer que se anula tiende a renunciar a sí misma adoptando todas las siguientes conductas o algunas de ellas:

- ϕ Se lanzan a relaciones amorosas con demasiada rapidez.
- ϕ No son sinceras con su verdadera forma de ser, lo que les gusta o desagrada, lo que quieren en una relación y lo que sienten en un momento dado.
- ϕ No saben vivir una vida independiente de sus parejas.
- ϕ Se dejan sobornar con cenas caras, vacaciones, regalos o promesas.
- ϕ Intentan cambiar su forma de ser para agradar a su pareja.
- ϕ Se apuntan a relaciones desiguales.
- ϕ Intentan obtener poder, inteligencia, triunfos, dinero a través de su pareja.
- ϕ No expresan sus verdaderas ideas.
- ϕ Permiten que los demás, sobre todo sus hombres, tomen las decisiones por ellas.

Condicionamiento cultural

Las influencias se dan en todas las culturas y sociedades, en todas las razas, religiones y sectores socioeconómicos de la población mundial.

A las mujeres se les educa para ser dependientes, a los niños para ser independientes: se acostumbra a consolar más a las niñas y a los niños se les da más libertad.

A las niñas se las cría para que busquen protección, a los niños para ser fuertes: los padres esperan menos de sus hijas y exigen más a los niños confiando en que serán más responsables y correrán mayores riesgos. Las niñas son menos capaces, necesitan ser protegidas más que aprender a hacer las cosas por sí mismas, genera sentimientos de inseguridad e incompetencia.

A las niñas se les educa para que sean complacientes: los padres siguen criando a las niñas según un patrón más pasivo y acomodaticio. Las niñas son más propensas a exhibir conductas apaciguadoras en sus relaciones antes que para hacer valer sus propias necesidades y deseos. Están mucho más dispuestas a sacrificar sus necesidades creyendo que eso beneficiará su relación. Durante la adolescencia las niñas viven tremenda presión social para que sitúen a un lado su auténtica personalidad y muestren sólo una parte de cómo son en verdad.

Las niñas aprenden a ser pasivas: mientras a los niños se les anima a que se defiendan cuando les atacan, a las niñas se les anima a no hacer nada. El sentimiento de impotencia que se les inculca a las niñas en la infancia a menudo se prolonga en la edad adulta, de forma que la pasividad parece ser el único medio que tienen las féminas para resolver sus problemas. A las niñas se les inculca que “no está bien” defenderse violentamente y que no tiene derecho a decir que no, sobre todo a los adultos. Los efectos de estos mensajes perduran en el tiempo. Incluso cuando las mujeres aprenden a defenderse, a muchas les cuesta llevarlo a la práctica porque les falta la convicción interna de que está bien hacerse valer y protegerse. Si la madre de una niña ha sufrido maltratos emocionales o de otro tipo, esa niña puede llegar a la conclusión de que ser mujer es sinónimo de ser víctima. Los niños tienden a identificarse con él agresor y a imitar el comportamiento del maltratador antes que convertirse en víctimas.

A las niñas se les inculca la falsa idea de que son inferiores por naturaleza: los rasgos del “macho” tales como la racionalidad, la independencia y el liderazgo son más valorados por nuestra cultura, mientras que los rasgos “femeninos” como la emocionalidad, la sensibilidad y la disposición a ayudar a los demás se valora menos. Hay una alarmante tendencia entre los jóvenes a infravalorar y a denigrar a las mujeres; que sean tratadas como meros objetos sexuales y blancos de su cólera.

Las mujeres buscan a un hombre para realizarse: las mujeres, mucho más que los varones, tienden a buscar amor para sentirse completas. El amor es la forma de realizarse consagrada y alentada por nuestra sociedad.

Las mujeres están abandonadas al síndrome del romance y la fantasía: las mujeres se alimentan de fantasías románticas mucho más que los hombres, lo cual impulsa a las mujeres a anularse para vivir relaciones amorosas. Con los niños hay una mayor permisividad respecto de las fantasías sexuales.

Las mujeres son adictas a la aprobación masculina: a las mujeres se les enseña desde su más temprana edad que su deber es atraer y agradar a los hombres y que su supervivencia depende de ello.

Las mujeres son confiadas: las mujeres instintivamente saben que la confianza alimenta la intimidad y la desconfianza la socava.

Razones biológicas para anularse

Los hombres son menos emotivos que las mujeres por naturaleza. Muchos investigadores creen que la testosterona, la hormona sexual y de la agresividad, es importante factor que determina que los hombres tengan menor desarrollo emotivo. Asimismo según, Michel Gurian (51) menciona que el cerebro masculino está diseñado para funcionar de una forma más mecánica, menos emocional. Para preferir la acción a la conexión íntima y para tener comportamientos más agresivos física y socialmente con los demás. Gurian también defiende que el cerebro de las mujeres es más capaz de procesar los datos emotivos, mientras que el cerebro de los hombres está configurado para manejarse con las relaciones espaciales.

El cuerpo caloso, el grupo de nervios es mayor en el cerebro de las mujeres, por ello las mujeres son más capaces de procesar la información emocional

A los hombres les cuesta hablar de sus sentimientos debido a la configuración de su cerebro: los hombres no admiten expresar verbalmente sus sentimientos por adoctrinamiento cultural. Sin embargo, desde muy temprana edad, el cerebro de las mujeres generalmente es superior en lo que se refiere a las habilidades verbales básicas.

Según Ann Moir y David Jessel (citado en 51) las mujeres tienen un cerebro que está mejor organizado para el lenguaje, localizado en la parte frontal del hemisferio izquierdo, mientras que en los hombres dicha función está localizada en la parte frontal y en la posterior de ese mismo hemisferio, lo cual es una distribución menos eficiente. Se ha demostrado mediante escáneres que el cerebro del varón es menos activo y que en él se registra una menor comunicación entre hemisferios, lo que determina que estos tengan una menor capacidad verbal.

La testosterona también afecta a la habilidad de los varones para comunicarse emocionalmente, y aunque podemos atribuir parte de este comportamiento al hecho de que a los niños no se les anima a que sean emotivos en su vida adulta.

Los hombres son más independientes que las mujeres: el cerebro de los varones, junto con los altos niveles de testosterona, impulsa a los hombres a realizar actividades que reafirmen su independencia.

Los hombres no necesitan un vínculo emocional con una mujer ni sentirse atraídos sexualmente por ellas para mantener relaciones sexuales: el impulso biológico para reproducirse es muy frecuente. El cerebro humano está diseñado para que los hombres, mediante la fantasía, puedan excitarse sexualmente incluso cuando no se sienten atraídos por una mujer o están cansados. Por el contrario, para que las mujeres mantengan una relación sexual, primero deben bajar sus defensas y presentar su vulnerabilidad, aunado a que cada vez que tienen relaciones sexuales vuelven a ofrecer su yo. Cuanto más íntima sea la relación en el plano físico, más se involucra la mujer emocionalmente.

Los niños y los hombres son menos proclives a utilizar el dolor como un factor de conexión íntima: la testosterona impulsa a aliviar su tensión de una forma rápida como en el sexo o daños físicos. Por su parte, la mujer tiende a buscar ayuda para aliviar su tensión y usa esta forma como una forma de conexión emocional. Las mujeres tienden a ver a sus parejas como potenciales procuradores de consuelo cuando están alteradas. Cuando no reciben dicho consuelo, muchas se sienten decepcionadas pero continúan esperándolo. Y esto es lo que atrapa a muchas mujeres: sus falsas esperanzas de que algún día conseguirán el consuelo que necesitan de su pareja.

Razones Psicológicas

Miller 1989 sugiere que las mujeres valoran la vinculación emocional más que los hombres. En su estudio, Carol Gilligan, profesora de la Universidad de Harvard 1990 (Citado en Engel 2002), ha demostrado que las mujeres, al tomar decisiones morales, valoran más que los hombres el hecho de mantener los vínculos con los demás y no hacerles daño. Por su parte, los hombres toman decisiones morales basándose en

principios más generales. Asimismo, este descubrimiento concuerda con los efectuados por Jean Bahe Miller:

“El sentido del propio yo en las mujeres está más organizado que el de los hombres respecto de la preservación de las relaciones y vínculos. En definitiva, muchas mujeres perciben la amenaza de ruptura de un vínculo no como la pérdida de una relación, sino como algo muy cercano a la pérdida de su yo”.

Por ello no debe sorprendernos que la mayoría de las mujeres estén dispuestas a hacer prácticamente cualquier cosa para conservar una relación, hasta aceptar cosas en las que no cree. Obrar de otro modo sería arriesgarse a perder ese vínculo, el núcleo de lo que hace que ella sea quien es.

- ϕ Las mujeres tienen límites más permeables que los hombres: los límites personales más tenues hacen que una persona inicie una relación más rápidamente y con un grado de compromiso mayor y que, en ocasiones, el hecho de tener límites más rígidos implica no comprometerse en demasía en una relación a la primera de cambio.

Un estudio promovido por Judith Bevis realizó un estudio donde descubrió que las mujeres tendían a valorar positivamente ciertos aspectos derivados de la mayor permeabilidad de los límites, como una mayor capacidad de vinculación, y a sentirse cómodas con ellos, mientras que ciertos aspectos derivados del hecho de tener límites más rígidos, como la autonomía, les desagradaban. Los hombres de dicho grupo tendieron a defender puntos de vista opuestos, pues consideraron la autonomía y la autosuficiencia de vincularse o formar una unidad con otra persona como menos agradable y menos deseable.

Muchas son las influencias psicológicas que contribuyen al TLP en la infancia y son:

- ϕ Una experiencia negativa con la persona que básicamente se encargaba de los cuidados, sobre todo la madre.
- ϕ Una ausencia prolongada de uno o ambos progenitores.
- ϕ La pérdida de un progenitor, ya sea por fallecimiento o por divorcio.

- φ Una relación inadecuada o negativa con el padre.
- φ Desatención por parte de los padres.
 - φ Maltratos emocionales, físicos, abuso sexual. Un mal ejemplo de los progenitores (misoginia, violencia doméstica).
 - φ Rechazo o burlas de los padres, hermanos o amigos.

Cualquiera de estos factores puede provocar que una mujer se sienta insegura o inadecuada en sus relaciones amorosas y busque en su hombre ese tipo de cuidado, apoyo y dirección que no recibió de sus padres. Esto la hace más vulnerable y dependiente de lo que podría haber sido si las cosas hubieran sido de otro modo. Y un historial de desatención emocional o física cuando se era niña o adolescente puede causar que una mujer tenga miedo de ser abandonada por su pareja o se aferre a ésta incluso cuando sus necesidades no se ven satisfechas o está siendo objeto de maltratos. Haber sufrido cualquier tipo de maltrato también predispone a que las mujeres se sientan atraídas por hombres dominantes o violentos y a permitir que los hombres dicten sus comportamientos.

“La cólera callada y la cólera expresada”: mientras que los varones tienden a expresar su cólera, las mujeres interiorizan su cólera y tienden a no hacerse valer y a negarse a sí mismas. Como las mujeres acostumbran a dirigir su cólera hacia dentro y a culparse a sí mismas cuando hay problemas en la relación, tienden a reprimirse y a tener la autoestima baja. Y este es el motivo de que sean más dependientes y tengan miedo de verse rechazadas o abandonadas si quieren hacerse valer afirmando su voluntad, sus opiniones o necesidades. A las mujeres, renunciar a sus propios puntos de vista, hacerse recriminaciones a sí mismas y, finalmente, anularse en la relación les parece un pequeño precio que deben pagar por ganar la aceptación y el amor de su pareja.

“La necesidad de separación e individualización”: otra razón de raíces psicológicas por las que las mujeres tienden a anularse en las relaciones más que los hombres es que como muchos expertos creen, la fase de separación e individuación es más difícil para las mujeres.

En un artículo sobre mujeres de negocios con éxito se señalaba que las mujeres y los hombres viven de forma diferente las relaciones, y sobre todo, los aspectos relativos a

la dependencia. Los varones tienden a tener dificultades con las relaciones, mientras que las mujeres suelen tener problemas con la individuación.

La individuación es: 1) el proceso de reconocimiento de que el propio yo es un ser único y separado de los padres, así como de otras figuras de autoridad, y 2) el proceso de desarrollo de ese Yo. C. J. Jung habló de la individuación como el objetivo del desarrollo psíquico, el cual permite que ese individuo único y diferenciado se despliegue. Una de las razones que se citan para explicar las dificultades que tienen las mujeres con el proceso de individuación es que, como ellas son del mismo sexo que su pariente más cercano – la madre-, no desarrollan completamente su sentido de la diferencia respecto a ella ni la separación, y ésto se extiende a otras relaciones. Por el contrario, como los varones son del sexo opuesto al de la madre, ellos sí desarrollan un fuerte sentido de su propio Yo como algo separado de los demás.

“Una mujer no puede descubrir su propia identidad a menos que se forje un sentido de la libertad, en primer lugar respecto a sus padres y otras figuras de autoridad.”

“Lo que significa la pérdida del padre para las mujeres”: otra razón por la que a las mujeres les cuesta más culminar el proceso de individuación es que muchas crecen sin un padre. La ausencia del padre puede provocar que una niña prolongue la dependencia de su madre y se instale en ella, además de interferir en el proceso natural de individuación que se precisa para ser realmente independiente.

Quizá el papel más importante que desempeña el padre en la vida de sus hijos es que les ayuda a desarrollar un sentido de sus propias capacidades e independencia, al margen de la intimidad que se da entre las relaciones entre madres e hijos.

El padre acostumbra a ser el más importante “otro” en la vida de los niños y como tal les ayuda en los cambios y las separaciones. Los niños aprenden, debido al horario de trabajo de su padre, a desarrollar una imagen mental de algo anhelado, aunque no siempre presente.

Como los hijos están acostumbrados a las separaciones del padre, a menudo las niñas se dirigen a él para que las ayude a diferenciarse de su madre.

Cuando un padre no está cerca para ayudar a su hija en el proceso de individuación de su madre, muchas niñas pasan por una época de excesiva dependencia de la madre. Esto ocurre sobre todo cuando esa madre, que se ha quedado sola con su hija

y tiene que enfrentarse a sus propios sentimientos de pérdida y abandono, busca apoyo emocional en su hija, convirtiéndola en una confidente o incluso en un padre.

La personalidad Límite- La conexión con límites tenues

Las personas con límites personales muy tenues, se sienten inmediatamente atraídas por alguien, a menudo hacen comentarios como: “supe al instante que era una persona confiable” o “me cayó bien”. Hay personas que se enamoran a primera vista o que rápidamente se hacen amigos de otras, y son capaces de abrirse y contar los aspectos más íntimos de su vida a perfectos desconocidos porque “se sentían a gusto”.

Las personas con límites tenues tienden a mantener cortas pero intensas relaciones en las que sólo viven para satisfacer a la otra persona. Por lo general viven una ruptura traumática y sufren mucho tiempo una vez deshecha la relación. Las ideas de suicidarse durante esos periodos posteriores a la ruptura no son infrecuentes.

Muchas mujeres, al describir sus sentimientos cuando rompen una relación dicen:

“No puedo imaginarme mi vida sin él es como si fuera parte de mi”

“Es como si me cortaran un brazo”

Ciertamente hay una relación entre los límites personales y los trastornos mentales, a pesar de que la causa de dicha relación aún no está clara. Es posible que tener unos límites muy tenues predisponga a ciertos trastornos como la personalidad límite o pueda que dicho trastorno haga más leves los límites de esas personas.

Aunque una situación muy estresante puede hacer que dichos límites se hagan más tenues al intentar defenderse de ella, un trauma puede socavar esos límites y hacerlos aun más tenues. Los pacientes con TLP, a menudo han sufrido maltratos emocionales o físicos, incluso abusos sexuales, durante su infancia. Según el doctor Hartmann, (1993), esos pacientes demuestran con sus comportamientos que poseen unos límites muy tenues o muy deteriorados pues tienen tendencia a iniciar relaciones muy rápidamente o una incapacidad para controlar las emociones, tampoco reaccionan a los estímulos ni soportan estar solos. Pero dichos pacientes también intentan construirse unos límites defensivos más frecuentes, sea mediante las proyecciones, una tendencia a convertirse en paranoicos, o interpretando la realidad

de forma muy radical, esto es, viendo a los demás como absolutamente buenos o malos.

2.7 Diagnóstico

El TLP se diagnostica predominantemente en las mujeres, con una relación estimada de 3:1. El trastorno puede ser infradiagnosticado en los hombres que pueden, en vez de éste, recibir diagnósticos de trastorno de la Personalidad antisocial o narcisista. Se debe evaluar a los hombres tan cuidadosamente como a las mujeres respecto al trastorno límite de la personalidad. La evaluación diagnóstica del paciente tiene que incluir un examen detallado de la historia reproductora, que incluya los hábitos sexuales del control de natalidad.

La mayoría de los estudios sobre el tratamiento del TLP se han realizado con mujeres. Ha habido poca investigación sistemática sobre las diferencias en la respuesta al tratamiento según el sexo.

El tratamiento de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia genera preocupaciones específicas respecto al uso de medicación psicótropa. (19).

2.8 Curso y pronóstico

Los estudios de seguimiento de Werble (1970) y Carpenter y colaboradores (1977), sugieren que el cuadro clínico de los pacientes con trastorno límite de la personalidad es crónicamente inestable, pero en sí no se deteriora hasta culminar en esquizofrenia. En ambos estudios se encontraron síntomas durante periodos prolongados, y los enfermos experimentaron trastornos mayores del funcionamiento social y disfrutaron de pocas satisfacciones por su baja calidad de vida. Era poco probable que estos individuos se casaran. Los pacientes de los dos estudios sufrían un tipo grave del trastorno limítrofe de la personalidad; el pronóstico es mejor en quienes tienen niveles más elevados de funcionamiento. Por ejemplo, Links y colaboradores (1998) estudiaron a 57 personas con trastorno límite de la personalidad que habían estado en internamiento en un periodo base. En el seguimiento, cerca del 50% habían remitido. Aquellos que satisficieron los criterios en el seguimiento siete años después, habían tenido características limítrofes más graves y mayores diagnósticos comórbidos de trastorno de personalidad en el periodo base. (48).

2.9 Tratamiento

Los psicólogos clínicos que trabajan con clientes que sufren el trastorno límite de la personalidad enfrentan muchos desafíos de tratamiento. Las dificultades de tratamiento suelen ser evidentes desde el comienzo mismo de la terapia, en parte debido a la naturaleza confusa de la presentación inicial del paciente. Los individuos con el trastorno límite de personalidad “a menudo parecen estar más saludables a primera vista de lo que en realidad están” (Millon 2000) en consecuencia, es probable que los psicólogos se enfoquen en algún aspecto aparentemente simple, sólo para darse cuenta con el tiempo de la naturaleza verdaderamente compleja de los problemas del paciente.

Debido a su volatilidad, inconsistencia e inestabilidad a quienes sufren el TLP se les dificulta permanecer en terapia el tiempo suficiente para hacer progresos, en consecuencia pueden sentir una furia incontrolable cuando el terapeuta no se ajusta a las idealizaciones que ellos se han hecho de él y la terapia. En ocasiones, los terapeutas deben estar atentos a sus propias reacciones emocionales y reconocer que estos pacientes pueden evocar sentimientos intensos de ira o impotencia. Además, como ellos son propensos a distorsionar su relación con el terapeuta, es necesario tratar de mantener al paciente pegado a la realidad.

En el tratamiento de pacientes que padecen el TLP es especialmente importante establecer un marco de tratamiento claro. Al establecerlo, el psicólogo clínico analiza y aclara las metas del tratamiento y las funciones que se supone deben desempeñar el paciente y el terapeuta. Se formulan metas explícitas, como el hecho de mejorar las relaciones y reducir los síntomas. En este marco de tratamiento, se espera que el paciente exponga sus pensamientos internos, sus problemas de funcionamiento y su comportamiento anticipado. Dentro del marco de tratamiento, el terapeuta se compromete a esforzarse en comprender, ser consistente y ofrecer retroalimentación empática. También se especifican aspectos prácticos, como el momento y el lugar de las sesiones, los procedimientos para manejar emergencias y el lugar de las sesiones, así como los procedimientos para manejar emergencias.

Aunque los psicólogos coinciden en ciertas facetas clave de la terapia para tratar a quienes sufren el TLP, sigue habiendo controversia sobre si deben enfocarse más en

métodos de confrontación o de apoyo. Algunos psicólogos clínicos consideran que el comportamiento manipulador del paciente puede controlarse solo por medio de la confrontación. En contraste, otros psicológicos recomiendan una técnica de mayor apoyo y calidez. Por ejemplo, Millon (1998) propone que, una vez que se han establecido límites claros al principio de la relación terapéutica, el terapeuta debe ser lo más sensible posible y prestar el mayor apoyo que pueda dentro de esos límites; Millon sostiene que si no se logra ser sensible, el paciente se siente abandonado. Como apunta Millon, se gana mucho cuando el paciente se llega a dar cuenta de que a los demás no les gusta que los perciban como personas peligrosas o que abandonarían al paciente por una falta de disposición a tolerar los problemas y el difícil estilo interpersonal del paciente.

Algunos psicólogos clínicos integran técnicas de apoyo y cognitivo-conductuales para reducir la frecuencia de acciones autodestructivas y buscando mejorar la capacidad del paciente para manejar emociones perturbadoras, como la ira y la dependencia. La psicóloga Marsha Linehan (1993), ha creado un método de tratamiento que denomina "terapia conductual dialéctica (TCD)", en la que el término dialéctico se refiere a la combinación sistemática de ideas opuestas con la finalidad de reconciliarlas. Así, la estrategia del terapeuta consiste en alternar entre aceptar a los pacientes como son y confrontar su comportamiento perturbador para ayudarles a cambiar. En un manual detallado, Linehan ofrece pautas a los terapeutas que trabajan con pacientes que padecen el TLP. Estas pautas se basan en el principio subyacente de que los terapeutas deben moverse entre la aceptación y el cambio dentro del contexto de una relación terapéutica de apoyo. Buena parte del trabajo de Linehan se basa en la terapia con individuos suicidas, en la cual la relación se convierte en un factor crucial, no solo para mantener al paciente en la terapia, sino también para mantenerlo con vida. En su trabajo con clientes suicidas, Linehan aplica el método dialéctico "*replanteando los comportamientos suicidas*" como esfuerzos disfuncionales e inadaptados por resolver los problemas. Este replanteamiento constituye una aceptación o una tentativa por entender los orígenes del comportamiento. Al mismo tiempo, concentra la terapia en nuevas formas de analizar el problema y desarrollar una efectividad interpersonal, aprender a tolerar la angustia emocional y cultivar habilidades de manejo personal. Un proceso, llamado "conciencia medular", enseña a los pacientes a equilibrar sus emociones, razón e intuición al abordar los problemas de la vida.

Los hallazgos de las investigaciones sustentan la eficacia de la TCD. Los pacientes que participan en la TCD muestran una mejora considerable en sus síntomas de depresión, disociación, ansiedad e ira. Lo que es más importante, también son mucho menos propensos a entregarse a conductas suicidas o parasuicidas que los individuos que padecen este trastorno y que participan en otras modalidades de tratamiento. Los pacientes de la TCD permanecen en terapia por periodos mucho más prolongados, se les hospitaliza con menos frecuencia y mantienen un mejor funcionamiento durante un año después del tratamiento. Dado que la TCD suele comprender una cantidad considerable de recursos de personal, se han creado variantes en las que el programa se ofrece en un formato mucho más breve. En un estudio de 87 pacientes externos admitidos en un programa intensivo de tres semanas después de un comportamiento suicida o parasuicida, fueron evidentes los beneficios significativos en la mayoría de depresión y desesperación.

Como complemento del tratamiento psicológico de quienes sufren el TLP, algunos profesionales recomiendan que se dé una medicación. Aunque no hay medicación que pueda tratar eficazmente el TLP, hay varias intervenciones farmacológicas que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de determinados síntomas. El grupo de medicaciones que se utiliza para tratar los síntomas límite comprende antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivos, litio y tranquilizantes menores. Los terapeutas se dan cuenta de que estos medicamentos deben recetarse tras una evaluación cuidadosa de los síntomas.

Es claro que tanto los síntomas como el tratamiento de quienes sufren TLP representan un reto complejo, en casos graves, el tratamiento exitoso solo puede emprenderse en un entorno de hospitalización completa o parcial. Esto es particularmente cierto cuando los pacientes tienen tendencias suicidas, experimentan episodios de tipo psicótico o amenazan con lastimar a otras personas.

3.0 Psicoterapia

Este trastorno se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de uno mismo y de los afectos, y presencia notable impulsividad. Los sujetos con TLP suelen tener sensaciones crónicas de vacío, conductas o gestos suicidas y comportamientos autolesivos, ira inapropiada, intensa o dificultades para controlarla; ideas paranoides transitorias o síntomas

disociativos graves, y no soportan la soledad, realizando grandes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario. La impulsividad parece ser una característica central de los individuos con TLP, así como el cambio frecuente y rápido de sus emociones. Evolutivamente, estos sujetos no han sido capaces de formar un conjunto coherente e integrado de esquemas sobre sí mismos, apegándose a los demás para centrarse.

El TLP se solapa con otros trastornos del Eje II, especialmente con los trastornos de personalidad paranoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, dependiente y por evitación. Parece que también hay una elevada comorbilidad del TLP con algunos trastornos del Eje I, especialmente con los trastornos del estado de ánimo, el trastorno por estrés postraumático, el abuso de sustancias psicoactivas, el trastorno por pánico y el déficit de atención.

Cuestiones terapéuticas

Se han desarrollado diferentes intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento del TLP. Se destacan a continuación:

1.- La terapia cognitiva de Beck

Buena parte de esos enfoques se basan en la terapia cognitiva que Beck propuso para el tratamiento de la depresión. El enfoque de Beck y Freeman (1990) consiste en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales, prestando especial atención a las suposiciones y a los errores básicos del pensamiento (distorsiones cognitivas). Para este enfoque, el individuo con TLP mantiene tres suposiciones básicas que influyen sobre la conducta y las respuestas emocionales: “El mundo es peligroso y malévolo”, “soy débil y vulnerable” y “soy inaceptable en esencia”. Igualmente, el pensamiento dicotómico juega un papel esencial en perpetuar las crisis y los conflictos. Tales autores plantean un plan de tratamiento que favorezca una alianza terapéutica, minimice la falta de adhesión al tratamiento, disminuya el pensamiento dicotómico, aborde las suposiciones básicas, aumente el control sobre las emociones, mejore el control de los impulsos y fortalezca la identidad del paciente.

2.- La terapia cognitiva centrada en los esquemas de Young

Young (1994) ha desarrollado la “terapia cognitiva centrada en los esquemas” para el tratamiento de los trastornos de personalidad en general. Sin embargo, el TLP parece beneficiarse especialmente de ella. Para Young los esquemas tempranos desadaptativos que caracterizan al TLP en la infancia son el temor al abandono y a la pérdida, la falta de amor, la dependencia, el no llegar a sentirse como sujeto individual, la desconfianza, la escasa autodisciplina, el temor a perder el control emocional, la culpa excesiva y la privación emocional. Desde la terapia propuesta por Young, estos son los esquemas que hay que identificar y cambiar.

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

La terapia cognitivo-conductual dinámica (TCCD), propuesta por Turner (1989, 1992, 1994), aborda el tratamiento del TLP centrándose principalmente en los componentes impulsivos de iras del TLP. Este enfoque de terapia cognitivo-conductual integra estrategias terapéuticas dinámicas para clarificar y modificar los esquemas del paciente. La TCCD interpreta los conflictos y utiliza estrategias cognitivas y conductuales para modificar las distorsiones cognitivas y emplea las técnicas de interpretación para echar abajo las barreras al cambio. La TCCD enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento humano, considerando a la relación terapéutica como el principal medio para la aplicación del tratamiento.

El tratamiento dura un año, siendo intenso los seis primeros meses. Durante las primeras 10 semanas se planifican 3 sesiones cada semana y las siguientes 16 semanas, 2 sesiones semanales, si el tratamiento va bien, luego se cambia a una sesión semanal. El programa de tratamiento consta de varias fases: a) control de las crisis; b) contrato terapéutico; c) evaluación del problema; d) formulación de caso dinámica-cognitiva; e) intervención intensiva; f) sesiones terapéuticas de apoyo y g) terminación.

Las estrategias utilizadas durante la terapia se clasificarían en tres grupos:

1. Estrategias que implican acción, como: a) tareas para casa, de forma especial el experimentar y practicar nuevas formas de pensar, actuar, y sentir, b) representación de papeles e inversión del papel; c) autorregistros;

- d) entrenamiento en habilidades de comunicación; e) contrato conductual; f) exposición y prevención de la respuesta; g) práctica de las habilidades de solución de problemas; y h) experiencias emocional y conductual de las interpretaciones de la transferencia.
2. Estrategias que utilizan la imaginación, como: a) automodelado encubierto; b) imaginación guiada; c) terapia implosiva; y d. exposición en la imaginación.
 3. Estrategias de codificación y procesamiento de la información, como: a) interpretación y cuestionamiento de las distorsiones cognitivas frecuentes; b) cuestionamiento de las reacciones conductuales y emocionales actuales y búsqueda de procesos de afrontamiento alternativos; c) educación activa de los pacientes sobre su estructura dinámica-cognitiva, sus creencias disfuncionales, sus distorsiones cognitivas y sus motivaciones; d. enseñanza de habilidades de solución de problemas; e) corrección de las disfunciones cognitivas y de las creencias disfuncionales; y f) mejora de la capacidad de los pacientes para controlar y regular su estilo de procesamiento de la información.

Aunque hay algunos estudios que muestran una cierta eficacia de esta terapia (p.ej., Turner, 1989, 1993), hacen falta más estudios sobre la misma, especialmente realizados por otros investigadores distintos al creador de la TCCD.

4.- La Formulación Clínica de Caso, de Turkat

Turkat (1990) plantea que los sujetos con TLP tienen un importante déficit en la solución de problemas, constituyendo su característica básica. Ese autor propone aspectos a considerar:

1. Tener en cuenta la naturaleza del déficit en la solución de problemas, que diferirá según el caso.
2. Aunque exista la formulación de un déficit en la solución de problemas, el TLP raramente permitirá al terapeuta llevar a cabo este tratamiento. *“Entre sesiones parece desencadenarse una nueva “crisis” y a menudo resulta difícil hacer que el paciente “vuelva a retomar” el problema básico que necesita atención.* Por el contrario, el paciente plantea exigencias inmediatas de alivio, lo que impide que se aplique en la práctica de la solución de problemas, incluso cuando sea practica pudiera proporcionar una resolución inmediata de la crisis” (Citado por Turkat,

1990). Este autor es pesimista con respecto a los sujetos que padecen TLP, indicando que sus mejores resultados han conseguido, con mucho, moderar las dificultades básicas de esos pacientes. No obstante, sugiere algunas estrategias de intervención, como: a) entrenamiento en soluciones de problemas; b) entrenamiento en formación de conceptos; c) manejo de la categorización (no evaluar las cosas sólo en términos de extremos), y d) manejo de la velocidad de procesamiento, aumentando dicha velocidad.

5.- La Terapia Dialéctica Conductual de Linehan

Esta terapia cognitivo-conductual ha sido desarrollada por Linehan (1993) para el tratamiento de pacientes con TLP y con comportamientos parasuicidas. Linehan utiliza una teoría biosocial para conceptualizar al TLP. Propone que los patrones conductuales del TLP son el resultado de la transacción entre el niño emocionalmente vulnerable y el ambiente que invalida las expresiones de la experiencia privada, especialmente de las expresiones emocionales.

La terapia dialéctica conductual implica, de forma simultánea, terapia individual y entrenamiento en habilidades sociales, acompañados normalmente por terapia de grupo. El formato de grupo es psicoeducativo, enfatizando la adquisición de las habilidades conductuales, como la eficacia interpersonal, la regulación de las emociones, la tolerancia ante el malestar, las prácticas de meditación y el autocontrol. En el tratamiento individual, los objetivos del tratamiento se colocan jerárquicamente del siguiente modo: 1). Disminución o eliminación de las conductas que interfieren con el curso de la terapia; 2). Disminución o eliminación de las conductas que interfieren con el curso de la terapia; 3). Disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la calidad del vivir; 4). Adquisición de habilidades conductuales; 5). Reducción de los efectos del estrés postraumático; 6). Aumento del respeto por uno mismo, y 7). Obtención de los objetivos individuales que el paciente trae a la terapia.

El primer objetivo de la terapia individual sería bloquear las conductas en las primeras tres áreas y sustituirlas por habilidades conductuales. En la cuarta área. Posteriormente, los objetivos son descubrir y reducir los efectos de los traumas infantiles sexuales, físicos y emocionales (objetivo 5) y enseñar a los pacientes a confiar en ellos mismos (objetivo 6). “La ordenación jerárquica implica no solamente

un orden de prioridades, sino también la exigencia de que para tratar un objetivo posterior no deben darse incidencias de conductas problema que tengan una prioridad más alta”.

La terapia dialéctica conductual ha sido quizás la primera terapia cognitivo-conductual en ser evaluada empíricamente para el TLP y es una de las más específicas y sistematizadas, aunque a veces pueda parecer excesivamente compleja y con demasiados procedimientos heterogéneos en la aplicación de la misma.

Tratamiento farmacológico.

Con respecto al tratamiento farmacológico del TLP, se han utilizado antipsicóticos para las distorsiones perceptivas y el control de la ira y la hostilidad, antidepresivos para mejorar el estado de ánimo, especialmente la disforia que acompaña al rechazo interpersonal, y el carbonato de litio para tratar los cambios de humor. Igualmente, se han empleado inhibidores de la recaptación de la serotonina, como la fluoxetina, la sertralina o la paroxetina. Sin embargo, no se conoce la utilidad a largo plazo de estos fármacos (47).

CAPÍTULO III INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA MMPI-2

La Psicometría es la disciplina que se encarga de la medición de los rasgos en psicología. Medir es asignar un valor numérico a las características de las personas; con función es más fácil trabajar y comparar los atributos intrapersonales e interpersonales con números y/o datos objetivos. Así, no se usa para medir personas en sí mismas, sino sus diferentes aspectos psicológicos, tales como conocimiento, habilidades, capacidades, o personalidad. (43)

La medida de éstos aspectos es difícil, y gran parte de la investigación y técnicas acumuladas en esta disciplina están diseñadas para definirlos de manera fiable antes de cuantificarlos. (43)

Los primeros trabajos de Psicometría se desarrollaron para medir la inteligencia. Posteriormente, la teoría psicométrica se ha aplicado a la medida de otros aspectos como la personalidad, actitudes y creencias, rendimiento académico, y en campos relacionados con la salud y la calidad de vida. Los contenidos de la Psicometría se articulan, fundamentalmente, en dos grandes bloques: *teoría de los test*, que hace referencia a la construcción, validación y aplicación de los test, y *escalamiento*, que incluye los métodos para la elaboración de escalas psicofísicas y psicológicas. (43)

A su vez, la teoría de los tests se divide en dos ramas: la teoría clásica de los tests y la más reciente teoría de respuesta a los ítems. Los conceptos clave de la teoría clásica de los tests son: confiabilidad y validez. "Confiabilidad" es medir algo de forma consistente, es decir, que la aplicación de un instrumento dé medidas estables; mientras que "validez" es medir lo que realmente se mide el atributo que el test pretende medir. (43)

3.1 Antecedentes del MMPI en México

El MMP-I se utilizó por primera vez en un hospital de la Universidad de Minnesota donde se aplicó a grupos de pacientes y de no-pacientes (estos últimos, visitantes a las salas y clínicas que se prestaban a contestar la prueba para pasar el tiempo mientras esperaban a sus amigos o parientes que recibían tratamiento terapeuta).

Estas personas que no eran pacientes fueron considerados representativos de la población adulta del estado de Minnesota durante el decenio de 1930: la mayoría eran casados, de entre los 16 y 65 años de edad aproximadamente, de 30 años como promedio, con un nivel de educación secundaria y residentes de pueblitos o áreas rurales del estado.

Más de 1000 reactivos potenciales fueron desarrollados por los autores Hathaway y Mckinley, de los cuales se rechazaron todos aquellos que eran muy semejantes o que estaban mal redactados, por lo que finalmente obtuvieron 504 reactivos para su inventario.

Cada una de las aseveraciones se presentó con lenguaje sencillo para evitar la impresión de que se trataba de una prueba o interrogatorio rebuscado y formal. Como muchas de éstas aseveraciones se referían a experiencias perturbadoras, preocupantes y hasta excéntricas o estafalarias, se redactaron muchos reactivos en forma negativa para minimizar la posibilidad de un patrón uniforme de respuestas “verdadero”. (43)

El contenido de los reactivos originales incluía el rango de psiquiátricos, terapeutas y neurológicos en los que se interesaban los investigadores. Después de un considerable trabajo preliminar sobre esta lista de reactivos, los autores agregaron nuevos estímulos para incluir características de los roles de género y una actitud defensiva al contestar el inventario. Estas adiciones hicieron que el número original de reactivos llegara a 550. Algunas versiones del MMPI-1 incluían 16 reactivos duplicados para facilitar la calificación mecánica que existía en ese tiempo, lo que hacía un total de 566 reactivos.

3.2 Diferencias entre el MMPI Y MMPI-2

De las pruebas objetivas, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2, es el instrumento de valoración de la Personalidad que más se ha investigado. La forma revisada de la prueba (MMPI-2) fue publicada en 1989. En ésta revisión se buscó la continuidad con el MMPI original ya que éste sólo reportaba escalas de validez de las escalas clínicas limitando una apreciación de los rasgos de la personalidad.

El MMPI-2, incluye las siguientes ventajas sobre la versión original: se suprimieron preguntas sin valor actual, se cambiaron otras que resultaban confusas además la versión en español no fue una traducción literal sino más bien una adaptación a la población mexicana. Otra de las ventajas fueron la utilización de una escala de contenido y otra suplementaria que en conjunto nos sirven para ampliar y hacer más precisa la evaluación psicológica de la personalidad. La escala de contenido, se obtuvo mediante una estrategia de construcción multi-etápica en las que se emplearon procedimientos racionales y estadísticos sofisticados (45).

El MMPI se aplicó a una muestra de la población universitaria de la UNAM con el objetivo de adaptar la prueba y obtener un análisis de funcionamiento de los reactivos con población mexicana.

Se considera que las primeras investigaciones constituyen un paso importante en la adaptación del instrumento para la población mexicana. Después de llevar a cabo los estudios de validez y obtener las normas de los estudiantes mexicanos, se modificó la redacción de algunos reactivos porque no eran suficientemente claros o adecuados al contenido de la escala. Para llevar a cabo éste proceso se tomaron en cuenta además las versiones del MMPI-2 elaboradas en Chile y España.

El MMPI-2, en el año 1950 fue traducido en varios idiomas, así como su uso por todo el mundo. Proporcionaba al usuario datos sobre las llamadas Escalas Clínicas, (hipocondría, histeria, psicastenia, reacciones depresivas, desviación psicopática, introversión social, hipomanía, paranoia, esquizofrenia e intereses masculino – femenino,). Así como tres indicadores de validez en las respuestas: la cantidad de preguntas no respondidas, una estimación de un estilo de respuestas “defensivas”

(una de mentira) y una medida de las respuestas extremadamente desviadas o azarosas (escala F). (40) (45)

El extendido uso de la prueba y los cambios sociales y culturales producidos en los 60's y 70's hicieron necesario plantearse la necesidad de una reestandarización del Inventario y una adecuación semántica de sus ítems. Esta tarea fue iniciada en 1983 por un equipo de trabajo integrado por los psicólogos James Butcher, W. Grant Dahlstrom, John Graham y Auke Tellegen y culminó con la publicación, en 1989, del nuevo Manual del MMPI-2, editado por la Universidad de Minnesota. (Graham, 1994).

Algunos de los principios básicos que tuvieron para iniciar la prueba fueron:

- ϕ La prueba debería tener aplicación práctica a los problemas con los que se enfrentan los terapeutas con pacientes que requieren evaluación de personalidad.
- ϕ Las bases para todas las decisiones acerca del diagnóstico y la gran variedad del padecimiento de un paciente serían su propia descripción y la de los informantes.
- ϕ La prueba debería contribuir cuantitativamente más de lo que podía obtenerse en las entrevistas con los pacientes o los informantes.
- ϕ La prueba debería ser eficiente en su aplicación, esto es que la información obtenida por ella debería costar menos en tiempo y adiestramiento profesional que, por ejemplo, la entrevista.
- ϕ A partir de los principios precedentes, los autores no se encontraban motivados en gran parte por la necesidad de objetividad en la aplicación y la interpretación. Más bien consideraron la necesidad de un puntaje simple o inequívoco como prerrequisito. El atractivo que otros sistemas de respuesta podrían tener nunca rindió ni siquiera cercanamente la validez agregada necesaria para justificar la complejidad de las frases o de su puntaje.

- φ Junto con la necesidad de desarrollar una prueba que fuera práctica en las rutinas clínicas, estaba el interés por identificar variables que fueran comunes y significativas en la orientación y consultas psiquiátricas.

- φ El atractivo principal de las pruebas proyectivas es que el paciente se denuncie a sí mismo en el MMPI-2. Ya que muchos pacientes acudían por su propia voluntad y bajo estas circunstancias utilizaron lo que los pacientes dijeran bajo estas circunstancias. La prueba podía ofrecer una presentación objetiva y completa a través de patrones de forma verbal.

- φ Al usar respuestas obvias para los pacientes, se buscaba además tener una medida que dijera qué tanto la persona se encontraba a la defensiva o acusándose así misma. La posibilidad de que los sujetos puedan tratar de dar impresiones muy favorables sobre ellos mismos llegó a incorporarse a la escala L (mentira). Se inventó la escala F (infrecuencia) con el propósito de detectar personas que respondieran a las frases en forma inconsistente o no tenían la educación necesaria para entenderlas. Las escalas L y F tenían gran validez, lo que hizo menos necesario establecerla por experimentación. Los problemas de desviación contrastante se incorporaron en la escala K, que en un extremo indica que el paciente es exageradamente cándido y en el otro, que es demasiado defensivo al hecho de dar una exacta descripción de sí mismo. (39)

En síntesis el MMPI-2 cuenta con seis escalas de validez:

Mentira (L) evalúa si el sujeto responde más desde la llamada “deseabilidad social”, desde lo que realmente siente y piensa acerca de sí mismo. (Infrecuencia (F), determina a las personas que pueden responder a los ítems de manera azarosa o con la intención de exagerar sus malestares psicológicos. Puntajes elevados son indicadores de confusión cognitiva.

La Escala Fp evalúa esos comportamientos, pero en relación a los últimos 180 ítems. Dentro de estas escalas, la nueva versión del Inventario, incorpora las denominadas escalas INVER e INVAR.

La escala INVAR (respuestas de inconsistencia variable), permite determinar si la persona ha respondido a los ítems de forma poco consistente. La escala INVER (inconsistencia en las respuestas verdaderas), pretende lograr una estimación de la posible tendencia de un sujeto a responder los ítems en un mismo sentido o dirección: casi todas las respuestas son verdaderas o casi todas son falsas.

La Escala K (corrección), es sin duda el más complejo de los indicadores de validez. En términos generales podemos decir que es una medida o apreciación del grado de defensividad del sujeto al responder, de su tendencia a no querer mostrar lo que realmente siente para protegerse de revelaciones personales consideradas potencialmente amenazantes. Puntajes altos llegan a indicar que puede aparecer "muy a la defensiva". (40)

3.3 Estudios de normalización, confiabilidad y validez del MMPI-2

La necesidad de una reestandarización

Ha habido preocupación con respecto a algunos de los reactivos que se refieren a adaptación sexual, funciones corporales y religión. Aunque estos temas son de relevancia obvia para las evaluaciones médicas y psiquiátricas para las cuales se desarrolló la prueba originalmente; en otros contextos. A menudo, se consideraron innecesarios y poco convenientes, porque hacían referencia a asuntos demasiado íntimos. Es por esto, que el uso tan extenso de la prueba y los cambios culturales, hicieron necesario corregir la redacción. Más importante, era que, aún había evidencia creciente de que las personas estaban interpretando los reactivos de manera sustancialmente diferente a su propósito original. (37)

La reestandarización del inventario

Se agregaron 154 enunciados provisionales, quedando un total de 704 enunciados. Algunos de estos nuevos reactivos eran solo versiones revisadas de las existentes, los cuales se introdujeron para determinar si la redacción resultaba mejor. Sin embargo, la mayoría de los reactivos que se agregaron, se diseñaron para proporcionar atención adecuada a los temas y áreas de interés que no la habían recibido en el conjunto de reactivos original.

La intención era que éstos reactivos reemplazaran a aquellos que culturalmente estaban pasados de moda o que eran defectuosos psicométricamente y que por lo contrario, como fuente de medida suplementaria en las áreas de relaciones familiares, desórdenes alimentarios, abuso de algunas sustancias, disponibilidad para recibir tratamiento psicológico o rehabilitación, además de tendencias a manifestar dificultades laborales. (37)

Así mismo, se crearon cuestionarios específicos para reunir información biográfica y suplementaria acerca de la muestra de adultos cuyas respuestas se utilizarían para establecer las nuevas normas de las prueba. La información suplementaria incluye a un instrumento para registrar los cambios o sucesos recientes; significativos en la vida de los sujetos (adaptado del formato de Holmes y Rahe, 1967). Con respecto a algunos sujetos que aceptaron ser examinados en conjunto con sus esposos (as) o con las parejas con quienes vivían se utilizó además una escala para medir como percibían a sus esposos o compañeros (adaptado a la escala de adaptación Diadica de Spanier) (Spanier 1976).

Así mismo, se estableció comunicación con sujetos entre 18 y 90 años de edad a través de varios métodos, aunque la mayor parte fue por medio de directorios o listas de publicidad. En Chapel-Hill, Carolina del Norte, se solicitaron sujetos por medio de anuncios y llamados especiales; también se establecieron seguimientos de los sujetos que aparecían en listas de áreas estratificadas de captación.

La muestra se tomó de algunas comunidades de siete estados: California, Minnesota, Carolina del Norte, Ohio, Pennsylvania, Virginia y Washington. Además, se agregaron, en forma proporcional a la muestra, los resultados de la prueba aplicada a sujetos de una reservación india federal y a personas de varias bases militares, que no hubieran podido ser reclutados de otra manera.

Como se mencionó anteriormente, se hizo un esfuerzo especial para reclutar parejas casadas o que habían vivido juntas por lo menos un año. Esto se hizo para obtener diversos rasgos de personalidad y comportamiento de los sujetos de la muestra desde el punto de vista de las personas que seguramente conocían bien a dichos sujetos. (37).

La prueba se aplicó inicialmente a más de 2900 sujetos. Al examinar los registros de la prueba, la información acerca de los antecedentes de los sujetos, se redujo el número total de sujetos de la muestra normativa a 1138 varones y 1462 mujeres, es decir un total de 2600.

La razón más frecuente para excluir a un sujeto de la muestra fue un protocolo que no cumplía con los criterios de validez. Otros expedientes se desecharon por omitir datos biográficos o la forma de sucesos recientes de vida, de datos de identificación como la fecha de nacimiento o el sexo del sujeto.(36)

3.4 Interpretación de los indicadores de validez

En México se aplicó a una muestra de 1920 estudiantes de la UNAM. Se seleccionó una muestra representativa de la población universitaria. La muestra se obtuvo al azar en la que resultaron sorteadas las facultades de Artes Plásticas, Contaduría y Administración, y Ciencias como representantes de dicha población.

Originalmente se seleccionaron 2246 estudiantes, equivalentes al 10% de la población universitaria. Se excluyeron algunos sujetos por diversas razones, como el que su edad no cayera en el rango de entre 17 y 36 años; en que los datos de identificación del protocolo fueran incompletos o el no cumplir con los criterios de validez del protocolo, quedando finalmente constituida por 1920 sujetos; 813 de sexo masculino y 1107 del femenino. (39)

Los criterios de validez que se consideraron fueron los siguientes:

- φ Índice de gough (F-K) Hasta + 9
- φ Verdaderos hasta el reactivo 454 (80%).
- φ Falsos hasta 454 (80%).
- φ Sin respuesta hasta 29 reactivos.
- φ Inver, entre 5 y 13.
- φ Invar, hasta 13.
- φ Fp hasta 11.
- φ F hasta 20.

Se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre la población mexicana y la estadounidense, pero menores, a las que se encontraban en el MMPI original. La mayor parte de estas diferencias son pequeñas y poco relevantes, pues en ninguna de las escalas clínicas la localidad mexicana llega a presentar medias que caigan arriba de T 55 (puntajes que salen de las escalas), ni mucho menos dentro de niveles psicopatológicos como sucedía con la primera versión del instrumento. Esto, tanto en lo que se refiere a la escala básica, como a la de contenido y a la suplementaria.

Por lo que respecta a la escala básica en los varones, las mayores diferencias se encontraron en las escalas L (mentira) y 8 (esquizofrenia). En las mujeres las diferencias más amplias se encontraron también en la escala L y en 5 (masculinidad-femineidad). (39)

En las escalas de contenido, las mayores diferencias se encuentran en los hombres, en la escala de miedo, en donde los mexicanos puntúan más alto y, en las mujeres en la escala de obsesividad, en donde las mexicanas puntúan más bajo, así como en las de miedos y personalidad tipo A, en las que las mexicanas puntúan más alto.

Los coeficientes de confiabilidad alfa resultaron bastante altos en la población mexicana estudiando tanto en lo que se refiere a la escala básica como las de contenido y suplementaria.

Finalmente es importante enfatizar que el MMPI-2 aparece más apropiado que el MMPI original para evaluar población mexicana. En los diversos estudios realizados hasta el momento, el instrumento a mostrado altos índices de confiabilidad además de validez interna y externa, sin embargo, es necesario aplicar el inventario a muestras representativas de diversa regiones y sectores del país para estandarizar el instrumento a nivel nacional. (39)

3.5 Integración de Escalas de Validez y Clínicas en el MMPI-2

El MMPI-2 está conformado por 567 reactivos de opción cierto – falso. Se integra por tres tipos de escala, siendo estas: Escala básica (de validez y clínicas), Escala de contenido y Escala suplementaria.

Escalas De Validez:

- φ Escala F (Infrecuencia, 60 reactivos). Esta escala identifica aquellas personas que contestan en una dirección particular menor al 10% de los normales.
- φ Escala K (Corrección, 30 reactivos). Esta escala fue construida para identificar la defensiva clínica.
- φ Escala Fp (Posterior, 40 reactivos). La escala Fp actualmente incluye aquellos contestados por menos del 10% de los adultos normales en la parte posterior de la prueba.
- φ Escalas de inconsistencias: INVER e INVAR. Estas dos nuevas escalas de validez han sido introducidas en el MMPI-2 para ayudar al clínico en la evaluación de contenido opuesto.
- φ Escala INVER (Inconsistencia en la prueba, 23 reactivos). Se compone de parejas de contenido opuesto.
- φ Escala INVAR (Inconsistencia en las respuestas variables, 67 pares de reactivos).

El MMPI-2 cuenta con diez escalas clínicas o básicas:

1. De tipo neurótica, (Hipocondría, Depresión, Histeria y Psicastenia).
2. De tipo psicótico. (Paranoia, Manía, Esquizofrenia, Introversión social).
3. Relacionadas con la Identidad Sexual y tendencias a actuar Psicopáticamente (Dp y M-F).

3.6 Descripción de las Escalas clínicas

- φ Escala 1 (Hs: Hipocondrías, 32 reactivos). Los reactivos de esta escala no están restringidos a un sistema del cuerpo a un patrón de síntomas más bien incluyen general, debilidad, fatiga y mala salud.
- φ Escala 2 (D: Depresión, 57 reactivos). Los rasgos predominantes son sentimientos de tristeza, pesimismo hacia el futuro, pobre autoestima, falta de motivación, preocupaciones por ideas de muerte o pensamientos suicidas.

- φ Escala 3 (Hi: Histeria, 60 reactivos). Los factores que integran son negación de ansiedad social, necesidad de afecto, abandono-malestar, dolencia somática e inhibición de la agresión.
- φ Escala 4 (Dp: Desviación Psicopática, 50 reactivos). Los reactivos pueden detectar a personas que reconocen este tipo de problemas, pero, falta de interés por la mayoría de las normas sociales y morales de conducta, así como conflictos frecuentes con figuras representativas de autoridad, no se enriquecen con la experiencia pasada, tienen problemas el control de impulsos, no logra postergar con eficacia la necesidad de sus instintos.
- φ Escala 5 (Mf: Masculinidad-Feminidad, 56 reactivos). Los reactivos cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que los hombres y mujeres en general, difieren. En sujetos masculinos, los puntajes por encima de T 65 indican actitudes como pasividad, sensibilidad acentuada, dependencia, sumisión, gusto por la estética, la literatura, etc. En mujeres los mismos puntajes sugieren: tosquedad, atrevimiento, agresividad, autosuficiencia, independencia, rebeldía y pobre emotividad, pero a cambio de continuos fracasos escolares y/o laborales.
- φ Escala 6 (Pa: Paranoia, 40 reactivos). Los reactivos detectan susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros. Harris-Lingoes identificaron tres contenidos en sus subescalas: ideas persecutorias, sentimentalismo e ingenuidad. Los síntomas más observados son desconfianza y sensibilidad a la crítica, ideas de referencia, delirios de importancia, suspicacia, hostilidad proyectiva, problemas en su relación interpersonal, celotipia, venganza, etc.
- φ Escala 7 (Pt: Psicastenia, 48 reactivos). La escala detecta ansiedad o angustia, normas morales estrictas, tendencia a culparse porque las cosas no salen bien y esfuerzos para controlar rígidamente los impulsos. Los síntomas frecuentes son: experimentar excesivas dudas, indecisión constante, temores, miedos, fobias, tendencias perfeccionistas, sentimientos de culpa irracionales, severos problemas en la atención-concentración, severas tendencias higiénicas, etc.

φ Escala 8 (Es: Esquizofrenia, 78 reactivos). El contenido de los reactivos cubre un amplio campo de conductas excéntricas, experiencias raras y susceptibilidad marcada en los sujetos. Los síntomas más notables son: incongruencia en la expresión afectiva, aislamiento emocional, fraccionamiento en los procesos del pensamiento, fantasías y/o contenido extraño del pensamiento, apatía extrema o falta de interés en el medio, grave frustración por carencias afectivas, pobre contacto social, etc.

φ Escala 9 (Ma: Hipomanía, 46 reactivos). Se valoran las áreas de ambición exagerada, extroversión, aspiraciones elevadas, falta de moralidad, aceleración psicomotora, imperturbabilidad, sobrevaloración del yo, distractibilidad frecuente, insomnio recurrente, pensamiento con gran tensión, caracterizado por lenguaje rápido, fuga de ideas, y estados anímicos que van de lo eufórico a lo repentinamente triste o depresivo. Lo regularmente interpretado en este cuadro, es la negación de tendencias neurótica depresivas.

φ Escala 0 (Is: Introversión social, 69 reactivos). Las puntuaciones por encima de la media, reflejan un incremento de los niveles de timidez social, preferencia por permanecer solo y carencia de autoafirmación social. Los sujetos son en este estado: modestos, lentos estereotipados, faltos de originalidad, inseguros, sentimentales y frustrados sobre todo en su relación interpersonal y/o heterosexual.

Escalas de contenido

Las escalas de contenido se alejan de la información centrada en la posible presencia de psicopatologías y permiten poder tener datos sobre áreas de problemas predominantes en una persona.

El MMPI-2 cuenta con quince escalas de contenido:

1. Síntomas o tensiones internas

φ Ansiedad (ANS, 23 reactivos). En puntuación alta, se notan síntomas generales de ansiedad. Incluyen tensión y problemas somáticos, además de dificultades para dormir, tendencia a preocuparse en exceso y falta de concentración. A veces

temen volverse locos, experimentando tensión constante en la vida, con muchas dificultades en la toma de decisiones..

- φ Miedos (MIE, 23 reactivos). Se da testimonio de individuos con muchos temores específicos, y a miedos derivados de fenómenos naturales.

- φ Obsesividad (OBS, 16 reactivos). Los sujetos muestran gran dificultad para tomar decisiones y probablemente tiendan a meditar excesivamente sus puntos de vista y problemas. Ante esto, los que los rodean se impacientan mucho.

- φ Depresión (DEP, 33 reactivos). Se aprecian a individuos con pensamientos depresivos significativos, acompañados de sentimientos de tristeza, incertidumbre sobre el futuro y desinterés en la vida. Son además intranquilos, infelices, lloran fácilmente, se sienten sin esperanza y con una sensación de vacío interior. Asimismo, pueden presentar intentos de suicidio o deseos de estar muertos, ya que por lo regular, pueden pensar que están condenados o que han cometido pecados imperdonables.

- φ Preocupaciones por la salud (SAU, 36 reactivos). Se observan muchos síntomas físicos en relación con diversas funciones corporales, como podrían ser los trastornos gastrointestinales, neurológicos, sensoriales, cardiovasculares, molestias respiratorias. En suma los sujetos se preocupan mucho por su salud o se sienten más enfermos que la mayoría de las personas.

- φ Pensamiento delirante (DEL) (24 reactivos). Se involucran procesos del pensamiento psicótico. Los examinados pueden mostrar alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias y pueden reconocer que sus pensamientos son extraños y peculiares. Puede acompañarse de ideación paranoide, o también creer que tienen una misión: especial que cumplir en la vida o que tienen poderes especiales.

2. Tendencias Agresivas Externas

φ Enojo (ENJ, 16 reactivos). Sugiere problemas para controlar la ira o el enojo. Se ha observado en sujetos irritables, gruñones, impacientes, además de arrebatados y obstinados, llegando a maldecir todo el tiempo o a destrozar cosas, y en su pérdida de control, también suelen agredir físicamente a los demás.

φ Cinismo (CIN, 23 reactivos). Se ha encontrado que las personas presentan creencias misantrópicas, esto es, suponen, que, detrás de los actos de los otros, hay motivos negativos escondidos, consideran que se debe desconfiar de la gente que utiliza a otras y son amigables solo por razones egoístas.

φ Practicas antisociales (PAS, 22 reactivos). Se refieren problemas de conducta durante los años escolares, así como prácticas antisociales o delictuosas, como robos en las tiendas, entre otras. Por lo regular se identifican con las actividades de los criminales y aunque no apoyan conductas delictuosas explícitamente.

φ Personalidad Tipo A (PTA, 19 reactivos). Se encuentran personas que se caracterizan por ser difíciles de sobrellevar, continuamente apresurados y orientados al trabajo, con frecuencia se impacientan y son tan irritables como fastidiosos. Además, no les gusta esperar o ser interrumpidos, ya que según ellos, jamás hay tiempo suficiente en un día para realizar sus tareas y entre tanto, suelen ser dominantes en sus relaciones con otros.

3. Autoconcepto Negativo

φ Baja autoestima (BAE, 24 reactivos). Son individuos con una pobre opinión de si mismos, no creen simpatizarles a otros ni ser importantes. Pueden mantener muchas actitudes negativas acerca de si mismos, como no ser atractivos, ser torpes o inútiles o que son una carga para los demás. Por ello, suelen sentirse abrumados por todas las fallas que ven en sí mismos.

4. Área de Problemas Generales

- φ Incomodidad Social (ISO, 24 reactivos). Sujetos que se perciben muy inquietos en torno a otros, por lo que prefieren estar solos, aislados, no les gustan las reuniones, siendo tímidos y apocados.
- φ Problemas familiares (FAM, 25 reactivos). Los sujetos refieren discordias familiares, describiendo a sus familias como carentes de amor, peleoneras y desagradables, reportando que pueden llegar a aborrecer a algunos miembros de su familia, también han reportado maltratos en su infancia y considerarse infelices y carentes de afecto dentro del matrimonio.
- φ Dificultades en el Trabajo (DTR, 33 reactivos). Los sujetos asumen actitudes que probablemente contribuyan a un desempeño pobre en sus empleos. Algunos de los rasgos que son relevantes, son la pobre confianza en si mismos. Dificultades para concentrarse, obsesividad, tensión, presión y actitudes negativas hacia los colaboradores.
- φ Rechazo al tratamiento (RTR, 26 reactivos). Las actitudes negativas de los sujetos hacia los terapeutas y al tratamiento relacionado con su salud mental.

Escala Suplementaria

Las escalas suplementarias sirven de ayuda para la interpretación de las escalas clínicas o básicas y aumentar la cobertura de problemas y de trastornos clínicos.

El MMPI-2 cuenta con trece escalas suplementarias:

- φ Ansiedad (A, 39 reactivos). Puntuación alta refleja angustia o ansiedad, inconformidad y problemas emocionales amplio, son sujetos que tienden a la inhibición, con un control exagerado de sus impulsos, siendo incapaces en la toma de decisiones, inseguros y sumisos, aparte de ser perturbados fácilmente en situaciones sociales. En puntuaciones bajas, reflejan ausencia de angustia emocional, siendo más bien personas enérgicas, competitivas y socialmente

extrovertidas, asimismo, pueden mostrarse incapaces de tolerar la frustración, prefiriendo la acción a la reflexión.

- ϕ Represión (R, 39 reactivos). Puntuación alta, habla de personas convencionales y sumisas, se esfuerzan por evitar disgustos o situaciones desagradables. Puntuación baja, se encuentra en personas deshinbidas, enérgicas y expresivas, siendo poco formales e inquietas, aparte de astutas, agresivas y dominantes en sus relaciones con otros.
- ϕ Fuerza del yo (FYO, 52 reactivos). Es una medida tanto de adaptación y entereza como recuerdos personales y del funcionamiento eficiente de un sujeto. Se considera esta escala, como un buen indicador general de salud psicológica, buen contacto con la realidad, sentimientos de suficiencia personal y buena resistencia física.
- ϕ Alcoholismo de Mac Andrew (MAC-R, 49 reactivos). Se ha encontrado la tendencia o propensión a la adicción en general, más que con la tendencia al alcoholismo solamente.
- ϕ Hostilidad Reprimida (Hr, 28 reactivos). Proporciona una medida de la capacidad individual para tolerar la frustración de desquitarse.
- ϕ Dominancia (Do, 25 reactivos). Es una medida de la tendencia de un individuo a tener ascendencia y control sobre los demás en sus relaciones interpersonales.
- ϕ Responsabilidad social (Rs, 30 reactivos). Las personas tienden a conceptuarse a sí mismos y a ser percibidas por otras personas, como decididas a aceptar las consecuencias de su propia conducta.
- ϕ Desajuste Profesional (Dpr, 4 reactivos). Es útil en la identificación de problemas emocionales, entre estudiantes universitarios de nivel profesional, pero no muy eficaz para predecir futuras dificultades de adaptación.

- φ Género masculino y femenino (GM y GF, 47 reactivos). Puntaje elevado en masculinos se relaciona con una gran confianza en sí mismo, perseverancia marcada y amplitud de intereses, además de la carencia de temores o ideas de referencia. En las mujeres también se relaciona con una gran confianza en sí mismas, con honestidad y disposición para probar nuevas cosas.

- φ Desorden por Estrés Post- Traumático de Keane (EPK, 6 reactivos). Esta escala se desarrolló a fin de detectar algún tipo de desorden con estrés postraumático.

- φ Desorden de Estrés Post- Traumático de Schelenger (EPS, 60 reactivos). Estas dos escalas tienden en gran parte, a ser más independientes una de la otra; ambas se pueden usar conjuntamente para mejorar la calificación diagnóstica.

Entre las características de esta prueba es que es auto descriptivo, en donde el sujeto a través de los 567 reactivos que forman la prueba define sus propias características así como la imagen de sí mismos. (Citado en Lucio y Reyes 1995)

CAPÍTULO IV PROCESO METODOLÓGICO

4.1 Planteamiento del Problema

¿Cuáles son los rasgos de personalidad que se presentan con mayor frecuencia en el paciente psiquiátrico con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad?

Quienes sufren TLP suelen experimentar un tipo peculiar de depresión que se caracteriza por sentimientos de vacío y una emocionalidad negativa variable. Aunque pocas veces llegan al grado de acosar a otras personas, suelen sentirse profundamente afectados por incidentes interpersonales que la mayoría de la gente pasaría por alto. Es común que quienes sufren este trastorno formen relaciones demandantes repentinamente intensas con los demás y que perciban a los demás como buenos o malos (escisión). La intensidad inapropiada de sus relaciones genera experiencias recurrentes de angustia y rabia. De hecho, la ira y la hostilidad son características perdurables que se encuentran en muchas personas con este trastorno. Además de tener relaciones perturbadas, quienes sufren tal trastorno, suelen confundirse en cuanto a su propia identidad, o el concepto de quiénes son. La incertidumbre sobre quiénes son puede expresarse en cambios súbitos en sus elecciones de vida, como planes profesionales, valores, metas y tipo de amistades. Esta confusión de la identidad puede llegar al grado de que pierden claridad sobre los límites entre ellos y los demás.

4.2 Objetivo General

Describir los rasgos de personalidad más frecuentes de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, por medio de la Escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2.

4.3 Objetivos Específicos

1. Describir las características demográficas de dichos pacientes como: edad, escolaridad, ocupación y estado civil.

2. Obtener el perfil del paciente con TLP mediante el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2).

4.4 Hipótesis de Trabajo

Es posible conocer características de personalidad del paciente psiquiátrico con diagnóstico TLP, según sus rasgos psicológicos individuales, empleando el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2), a través del análisis de la elevación de puntajes de la sub escala básica: Hs (Hipocondrías), D (Depresión), Hi (Histeria), Dp (desviación Psicotrópica), MF (Masculinidad- Femenidad), Pa (Paranoia), Pt (Psicastenia), Es (Esquizofrenia), Ma (Hipomanía), Is (Introversión Social), contenido: Ansiedad (ANS), Miedo (MIE), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Preocupaciones por la salud (SAU), Pensamiento delirante (DEL), Enojo (ENJ), Cinismo (CIN), Practicas antisociales (PAS), Personalidad tipo a (PTA), Baja Autoestima (BAE), incomodidad social (ISO), Problemas familiares (FAM), Dificultades en el trabajo (DTR), Rechazo al tratamiento (RTR), suplementaria: Ansiedad (A), Represión (R), Fuerza del yo (FYO), Alcoholismo (MAC-R), Hostilidad reprimida (Hr), Dominancia (Do), Responsabilidad social (Rs), Desajuste profesional (Dpr), Género masculino- femenino (GM y GF), Desorden por estrés post -traumático de Kaene (EPK), Desorden de estrés post- traumático de Shelenger y las escalas de validez L, F, K.

4.5 Hipótesis Específicas

Hi: Es posible identificar los rasgos de personalidad del paciente psiquiátrico con diagnóstico Trastorno Límite de la Personalidad mediante el Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI-2).

Ho: No es posible identificar los rasgos de personalidad del paciente psiquiátrico con diagnóstico Trastorno Límite de la Personalidad mediante el Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI-2).

4.6 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

1. Sujetos femeninos de 18 a 30 años de edad.
2. Que acudan al área de urgencias o consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y que cuenten con un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, diagnosticado por los Médicos Psiquiatras, en base a los criterios del DSM-IV y CIE-10.

Criterios de Exclusión

1. Sujetos masculinos.
2. Que no cumplan con los criterios de inclusión.

4.7 Variables:

Variable independiente: Aplicación del MMPI-2.

Variable dependiente: Resultados en puntajes elevados de la escala básica

4.8 Definición de Conceptual de variables:

Definición Conceptual: Trastorno Límite de la Personalidad

Padecimiento caracterizado por un patrón de comportamiento prolongado (crónico), en el cual la persona realiza acciones impulsivas, presentando un estado de ánimo inestable, relaciones interpersonales caóticas que afectan su funcionalidad global, lo cual las hace susceptibles de comorbilidades psiquiátricas y médicas, así como del potencial para autoinflingirse daño.

Definición Operacional: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2

Puntajes T elevados en la escala básica del MMPI-2, a partir de T 65.

4.9 Método

4.9.1 Muestra / Participantes

El estudio se llevó a cabo seleccionando pacientes de los servicios de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

La muestra es una población de 40 pacientes.

Cabe mencionar que la presente investigación no incluyó participantes hombres, debido a que el TLP se presenta mayormente en población femenina. El TLP afecta a tres mujeres por cada varón y se presenta en 2% de la población general, 10% de pacientes psiquiátricos ambulatorios y 20% de los hospitalizados. En México, se ha encontrado en 2.0% de las mujeres y 1.7% de los varones de la población general y el 36% de los enfermos psiquiátricos hospitalizados.

4.9.2 Instrumento

Los pacientes que cubrieron los criterios de inclusión en el estudio, se les aplicó el MMPI-2 publicado en inglés en 1989 y traducido en México en 1992. (Lucio y Reyes, 1995).

El MMPI-2 es una de las pruebas más usadas en la actualidad y con mayor validez en México, debido a que es una de las pruebas más completas en cuanto a reactivos y tres escalas de de evaluación.

Retomando un poco los hechos que dan pauta a la confianza de la prueba, se determina que es una prueba con una alta puntuación en confiabilidad, debido a que los estudios realizados en la UNAM se consideraron los factores culturales, económicos y sociales de la población. La muestra fue de 2246 estudiantes, equivalentes al 10% de la población universitaria.

Este porcentaje es, a nivel investigación y estadístico, representativo para una estandarización en México, dando pie a que la aplicación de normalización en nuestro País, tuviera validez externa; por otro lado el respaldo que tiene la prueba por sí sola, es suficiente para mencionar que es válida internamente, dado que cuenta con escalas de validez que permiten que factores internos de la persona no afecten a los

reactivos a medir, como la mentira, defensividad, respuestas vacías, etc. Por otro lado, la prueba se sustenta en un marco teórico sólido para su función, se basa en la teoría de rasgos, teoría que marca que la personalidad se estudia en términos de la interacción de rasgos más o menos independientes, de actitudes o valores; basándose en esto, y en los tipos de rasgos que utiliza la teoría, se muestra como la prueba retoma esta teoría para su construcción; tomando así un sustento teórico comprobado en su época.

4.9.3 Escenario

Se identificaran a los pacientes que han acudido al área de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, del año 2000 al 2010, que hayan cubierto los criterios de inclusión del estudio.

4.9.4 Diseño y Tipo de Estudio

El tipo de estudio se puede clasificar como: Transversal, descriptivo y observacional, lo cual se refiere que en la investigación es imposible manipular las variables o asignarlas aleatoriamente. No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes (rasgos de personalidad), no provocadas intencionalmente por el investigador. Las variables, y en general las independientes, ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, es decir, el investigador no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron (21).

4.9.5 Procedimiento

Se llevó a cabo la selección de 40 aplicaciones del MMPI-2 de pacientes del área de Consulta externa una vez diagnosticadas por el médico psiquiatra, bajo los criterios descritos en el CIE-10.

4.9.6 Uso ético de la prueba

En cualquiera de las aplicaciones del MMPI-2, debe llevarse a cabo de tal manera que se garantice a la personas la discreción, condiciones para contestar el test sin distracciones o intromisiones, y completa seguridad de que los resultados del

inventario serán respetados, protegidos y utilizados sólo a favor y mejoramiento de su bienestar.

La aplicación o calificación negligente, la falta de cuidado para mantener los resultados seguros y a salvo, o alguna otra evidencia de insensibilidad con respecto a la administración del test, puede desvirtuar el valor de la información obtenida.

Asimismo, es vital que el examinador del test, esté alerta en relación con la existencia de una o más condiciones que incapaciten al sujeto, como: agudeza visual limitada, dislexia o afasia receptiva, trastornos de aprendizaje, intoxicación por alcohol o drogas, estados de aislamiento, reacciones tóxicas debido a diversos factores infecciosos o a otros delirios orgánicos; desorientación proveniente de lesiones o contusiones cerebrales, confusión después de un ataque epiléptico; impedimento neurológico residual por uso prolongado de varias drogas, estados de confusión durante etapas catatónicas o periodos de alucinación, la identificación profunda por una condición de depresión considerable o la destrucción debida a una reacción maniaca.

Cualquiera de estos estados o algún otro impedimento de naturaleza similar pueden limitar la habilidad del sujeto para cumplir con la tarea relativamente fácil de leer y comprender los reactivos y su consiguiente resolución. Además, la persona que aplica la prueba debe determinar si el sujeto puede leer los reactivos e interpretar su contenido desde el punto de vista cultural del que se derivan. El contenido del reactivo debe ser significativo para el sujeto, dado su nivel de experiencia en la vida.

Obtención de la clave del perfil

Para resumir los patrones de prueba que se obtienen en el MMPI-2, se usa un sistema de codificación que reduce el gran número de perfiles posibles a un número más práctico. Al codificar se le asigna un cifra a cada escala clínica. Tales cifras son la base para codificar los tipos de perfil y muchos clínicos los usan rutinariamente, en lugar de utilizar los nombres o abreviaturas no-clínicas.

Existen dos diferentes sistemas de codificación: el método original de Hathaway y el procedimiento de codificación amplio o total de Wels.

Interpretación del MMPI-2

La formulación de hipótesis interpretativas provenientes de los datos resumidos en el perfil clínico del nuevo inventario se establece sobre tres diferentes aspectos de estas puntuaciones interrelacionadas entre sí: la aceptación de las puntuaciones del perfil determinada por los indicadores de validez; la elevación absoluta de las escalas componentes en comparación con las normas de puntuación T correspondientes y las configuraciones relativas de estas puntuaciones dentro del perfil individual.

A su vez, estas conformaciones reflejan la confiabilidad y los patrones de las relaciones entre diversas escalas del perfil. Se proporcionan posibilidades de interpretación adicionales basadas tanto en las puntuaciones de las diversas sub escalas e índices suplementarios, como en un examen específico de la dirección en que se contesta cada uno de los reactivos, tal como se resumen en las listas de reactivos, significativos, y en algunos, en algunos patrones de las subescalas y en las puntuaciones de las sub escalas de contenido.

Un esquema para interpretar tanto el perfil básico paso a paso como la información adicional que se deriva de un registro del MMPI-2 incluye:

- ϕ Evaluar la validez del registro para la interpretación individual que incluya la determinación de la actitud que tuvo el sujeto al contestar el inventario y el grado en el que las respuestas a la prueba están de acuerdo con la información que se deriva de otros antecedentes que se tienen sobre dicho sujeto.
- ϕ Examinar las puntuaciones de las escalas clínicas del perfil básico para generar una lista de líneas posibles de interpretación con respecto a la personalidad y estado emocional actual del sujeto.
- ϕ Consultar varias guías sobre la interpretación del MMPI.2 para encontrar correlaciones comunes con el patrón de la clave o codificación, generado por el perfil clínico, que incluyan alternativas psicodiagnósticas posibles.
- ϕ Observar si existen frases significativas que puedan haber sido marcadas por el sujeto y que indiquen la existencia de problemas especiales o síntomas o preocupaciones que no se sospechaban con anterioridad.

φ Examinar las puntuaciones de la escala de contenido y suplementaria para ampliar las hipótesis de interpretación ya generadas, y para formular un resumen coherente de la dinámica de la personalidad, así como el posible tipo de diagnóstico, con las limitaciones pertinentes acerca de la confiabilidad de estas conclusiones, con base en las puntuaciones de los diversos indicadores de validez.

4.9.7 Análisis Estadístico

A través de un análisis exploratorio, se describirán las características de personalidad de las pacientes.

Para ello llevó a cabo la captura y el análisis de los datos; utilizando un programa estadístico SPSS, para las variables de interés, obteniendo frecuencias y porcentajes de las variables: edad, estado civil, ocupación y escolaridad.

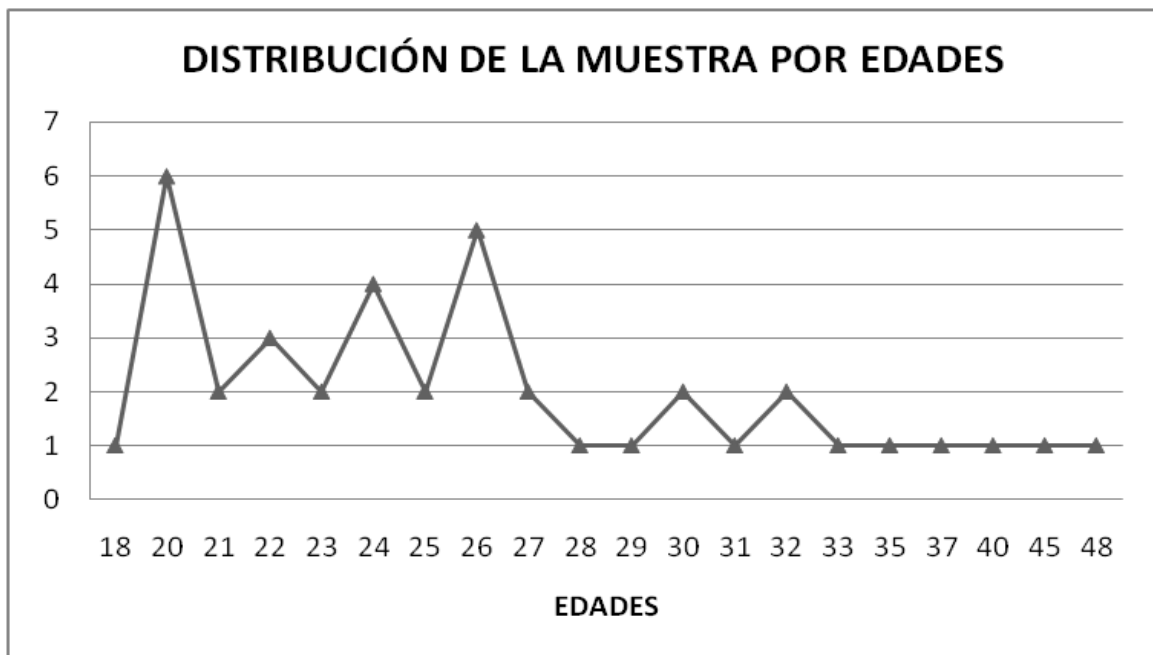
Se realizó un análisis estadístico del total de pacientes, obteniendo medidas de tendencia central y dispersión, tales como: media desviación estándar, así como el análisis unitario de la frecuencia en la respuesta para las sub escalas básicas, de contenido, suplementaria y sub escalas L, F, K.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue conocer los rasgos de personalidad en pacientes psiquiátricos con TLP. Por lo que se aplicó el MMPI-, a una muestra de 40 pacientes con dicho diagnóstico.

Primero se analizaron las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad y ocupación, para saber cómo se distribuye la muestra.

A continuación se muestran las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas mediante graficas:



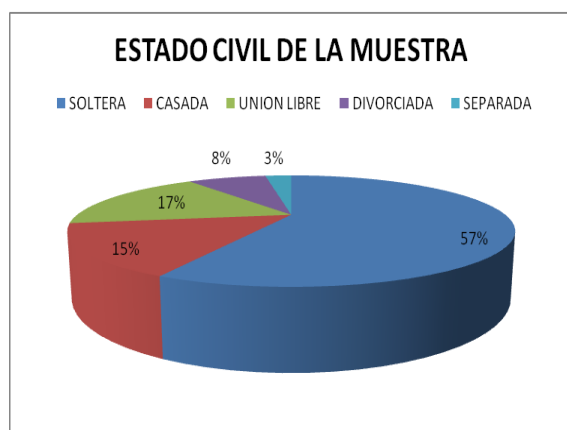
Al obtener las frecuencias y porcentajes de la variable edad, se observó que: las pacientes con TLP, se encuentran en dos picos modales de rango de edad: el primero es a la edad de 20 años (15%) y el segundo es a la edad de 26 años (12.5%).

RESULTADO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS



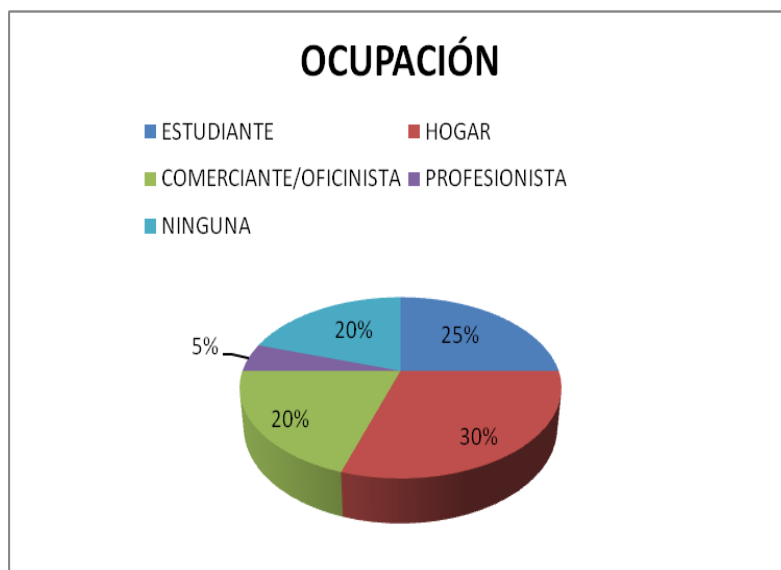
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
SECUNDARIA	11	27,5
BACHILLERATO	22	55,0
PROFESIONAL	7	17,5
Total	40	100,0

En la presente gráfica se muestra que el 55%, es el equivalente a 22 pacientes que tienen como escolaridad máxima el bachillerato; mientras que solo el 17 %, es decir, solo 7 pacientes cuentan con estudios profesionales.



ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERA	23	57,5
CASADA	6	15,0
UNION LIBRE	7	17,5
DIVORCIADA	3	7,5
SEPARADA	1	2,5
Total	40	100,0

El 57% de las pacientes presentan un estado civil de soltera, correspondiente a 23 mujeres, mientras que solo 6 pacientes están casadas.



OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
ESTUDIANTE	10	25,0
HOGAR	12	30,0
COMERCIANTE/ OFICINISTA	8	20,0
PROFESIONISTA	2	5,0
NINGUNA	8	20,0
Total	40	100,0

Se observa que el 30 % de las pacientes, correspondientes a 12 pacientes, su ocupación radica en las labores domésticas, mientras que el solo 5%, es decir solo 2, pacientes ejercen su profesión; y el 20% igual a 8 mujeres no tienen ninguna ocupación.

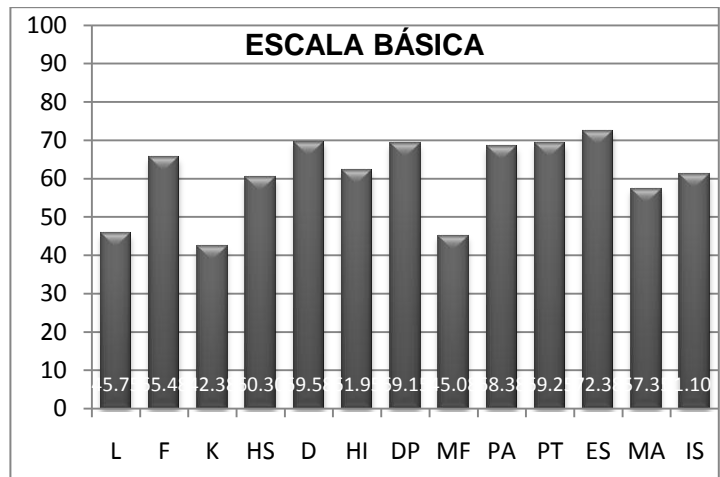
RESULTADO DE LAS ESCALA DE VALIDEZ DE LA MUESTRA

SUB ESCALAS	X PUNTAJES T	DS
L	53	10.923
F	65	14.567
K	43	10.786

Se encontró que en las sub escalas de validez señala que el mayor puntaje que se encontró fue en sub escala de F (65%).

Resultado de las escalas básicas de la muestra de 40 mujeres con TLP.

Escalas	X Puntajes T	DS
1 HS	60.30	13.5
2 D	69.57	14.48
3 HI	61.95	14.48
4 DP	69.15	14.20
5 MF	45.07	11.11
6 PA	68.37	16.06
7 PT	69.25	15.50
8 ES	72.37	18.79
9 MA	57.35	13.88
0 IS	61	11.56

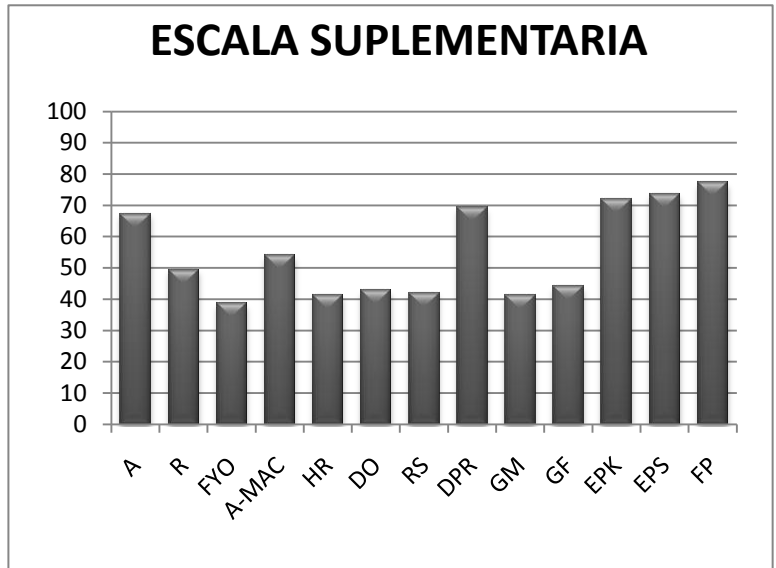


Las escalas con mayor elevación son las de depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia y esquizofrenia.

Clave: 28´134670-9/5:

Resultados de la escala suplementaria.

Escalas	X Puntajes T	DS
A	67.22	12.83
R	49.32	9.19
FYO	38.65	10.19
A-MAC	53.95	14.63
HR	41.27	8.02
DO	42.85	10.53
RS	42.05	11.42
DPR	69.32	14.14
GM	41.20	10.28
GF	44.02	10.68
EPK	71.92	17.92
EPS	73.60	15.10
FP	77.30	20.95

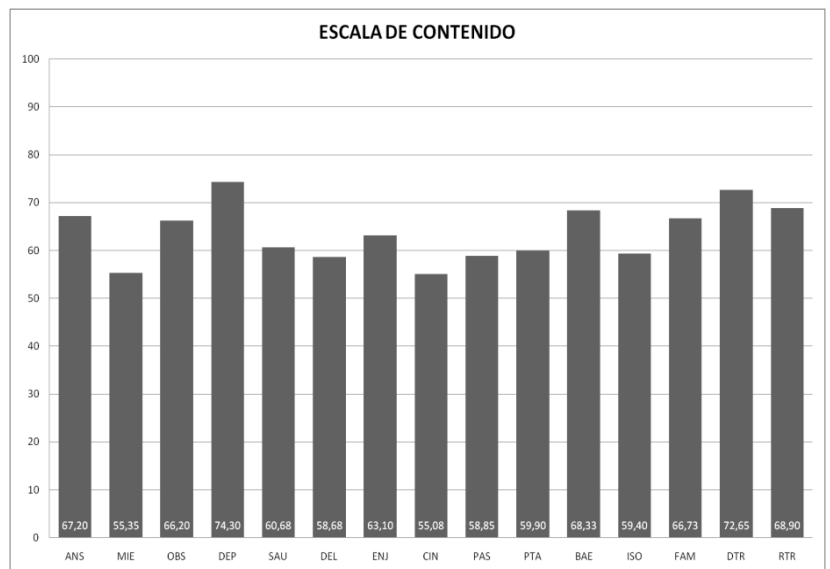


La sub escalas más elevadas fueron: la de ansiedad, desajuste profesional y desorden por estrés

postraumático. **Clave: EPK EPS FP´A DPR – A-MAC/R HR DO RS GM GF: FYO#**

Sub Escalas	X Puntajes T	DS
Ans	67	12.32
Mie	55	11.23
Obs	66	12.04
Dep	74	20.45
Sau	60	15.00
Del	58	13.25
Enj	63	14.34
Cin	55	12.46
Pas	58	13.51
Pta	59	13.35
Bae	68	13.95
Iso	59	13.19
Fam	66	12.62
Dtr	72	14.87
Rtr	68	16.90

Resultados de la escala de contenido



La gráfica nos muestra que las escalas de ansiedad, obsesividad, depresión, dificultad en el empleo y problemas familiares. **Clave: Dep´ Ans Obs Sau Enj**

Bae Fam Rtr – Del Cin Pas Pta Iso /

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En la escala básica la sub escala de depresión y esquizofrenia puntuaron como las más altas. Lo que nos indica que estas personas se sienten tristes, pesimistas ante el futuro, se autodeprecian, tienen sentimientos de culpa, lloran, se rehúsan a hablar, son irritables, se sienten inútiles, se les dificulta tomar decisiones, carecen de seguridad en sí mismas y pueden terminar tratamiento cuando se calma la tensión inmediata.

Por otro lado tienen dificultades para concentrarse, son obsesivas en su pensamiento, tienen conductas compulsivas, se sienten inferiores, son rígidas, tienen normas elevadas para sí y para los demás, distorsionan la importancia de los problemas, reaccionan exageradamente, son dependientes, son inmaduras, no interactúan bien socialmente, intelectualizan y racionalizan.

En la escala suplementaria las sub escalas con mayor puntaje fueron la de Desorden por Estrés post- traumático y Desorden de Estrés post- traumático de Schlenger. Reflejando: angustia, ansiedad, inseguridad y sumisión.

En la escala de contenido la sub escala de Depresión puntuó más alto. Por lo que puede apreciarse, que estas personas tienen pensamientos depresivos significativos, acompañados de tristeza, incertidumbre sobre el futuro y desinterés por la vida, además de ser infelices, tienen una sensación de vacío.

Al obtener la clave de las 3 escalas:

Escala básica: **Clave: 28´134670-9/5:**

Escala suplementaria: **Clave: EPK EPS FP´A DPR – A-MAC/R HR DO RS GM GF:
FYO#**

Escala de contenido: **Clave: Dep´ Ans Obs Sau Enj Bae Fam Rtr – Del Cin Pas Pta
Iso /**

Las características generales del estado de ánimo, se denotan ser cautelosas, retraídas y distantes con los demás, aunado a la tristeza, falta de energía, incapacidad para concentrarse, así como molestias físicas e insomnio. Además de poca confianza en sí mismas, con sentimientos de inadecuación y tendencia a autorreprocharse constantemente; estar angustiadas, sentirse miserables y desdichadas. Además manifiestan labilidad emocional, con relaciones superficiales, impacientes, inmaduras, con tendencia a manipular a los demás y con necesidad de sentirse queridas.

Las características generales en las relaciones interpersonales y de demanda de expresión del afecto que tienen estas mujeres, es mostrar poca tolerancia a la frustración, mostrando problemas con la autoridad, siendo rebeldes y con reacciones emocionales superficiales, ausencia de culpa y remordimiento. Dudan de sí mismas, existiendo cierta confusión con respecto a su identidad; y con dificultades en la capacidad de atención.

La angustia básica del paciente TLP es el miedo al abandono. La falta de constancia de objeto, la dificultad de guardar dentro de sí la imagen afectiva de las personas y sentirse acompañado por ellas aun en caso de su ausencia física, hace que cualquier estímulo pueda convertirse en potencialmente peligroso y sea, real o ficticiamente, motivo de alejamiento por parte del otro. Para evitar este alejamiento, pone en marcha una larga lista de maniobras, inconscientes unas, preconscientes otras y totalmente conscientes el resto, que intentan paliar estos peligros.

Con las variadas parejas sexuales que a veces tienen no buscan satisfacer el plano sexual, sino ser abrazado/a, ser tocado/a. De la misma forma la necesidad imperiosa de intimar con cualquier persona, de contar enseguida sus cosas habla de este hambre de afecto tan voraz. Debido a que sólo les importa la función que cumple el objeto y no el objeto mismo, pueden cambiarlo fácilmente en cuanto hayan conseguido otro que cumpla la misma función que el anterior.

Los sentimientos de vacío también forman parte del cortejo de sentimientos que amenazan con aniquilar al paciente TLP. La lista de conductas puestas en marcha para llenar este hueco sin fondo, este agujero negro o esta falta básica (Balint, 1968) pueden ser infinitas: acudir al abuso de sustancias psicoactivas, la inconstancia en

sus actividades, la dependencia voraz de alguien que le llene (cosa que jamás consigue), las autolesiones (cortes, quemaduras) o intentos suicidas, las conductas de búsqueda de sensaciones o los trastornos del control de los impulsos (cleptomanía, juego patológico o sobreingesta compulsiva) pueden utilizados para rellenar el vacío, obviamente sin éxito.

Por lo anterior se acepta la hipótesis de poder identificar los rasgos de personalidad del paciente psiquiátrico con diagnóstico TLP mediante el MMPI-2.

Sugerencias

Se invita a dar seguimiento de cada uno de los casos, para corroborar los datos obtenidos mediante el MMPI.2.

Sería apropiado que se investigarán más variables sociodemográficas, como por ejemplo, el tipo de familia al que pertenecen, características sobre su infancia, etc.

Comparar los resultados de esta investigación con otro tipo de población.

REFERENCIAS BIBLIO - HEMEROGRÁFICAS

1. Ponce de León, (2002) Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la Personalidad. Barcelona: Ars Medica
2. Beloch (1995) Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw-Hill
3. Halgin (2009) Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos. México: McGraw-Hill
4. Duran (2007) Psicopatología: un enfoque integral de la psicología anormal. México: Thompson
5. Nuttin (1998) La Estructura de la Personalidad. Buenos Aires: Editorial Kapelusz.
6. Allport, G. W. (1986). La Personalidad. (8va Ed.)
7. Eysenck (1987). Personalidad y diferencias individuales. Madrid: Pirámide.
8. Bruce (2003) introducción a la psicología clínica: ciencia y practica México: MacGraw Hill
9. Koldobsky (2005) Un desafío clínico trastorno Borderline de la Personalidad. Buenos Aires. Polemos
10. Bateman (2005) Psicoterapia para el trastorno límite de la Personalidad.
11. Guadalajara, Jalisco: Editorial Universitaria: Asociación psicoanalítica Mexicana.
12. Gunderson (2002) Trastorno límite de la Personalidad: guía clínica, Editores: Barcelona
13. Lineman (2003) Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós

14. Lucio (2003) Uso e interpretación del MMPI-2 México: Manual Moderno
15. Jarne (2006) Psicopatología. Barcelona: UOC.
16. Bellak (1993) Aspectos Básicos del yo. Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo. México: El Manual Moderno
17. Cameron (2007) Sistema Psicodinámico, Desarrollo de la Personalidad y psicopatología. México: Trillas
18. Carrasco /2007) Biología de los trastornos de la Personalidad. España: Ars Médica
19. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de Investigación CIE-10.(2006) Madrid Editorial: Panamericana
20. Kaplan (2002) Sinopsis de psiquiatría. Madrid: Editorial: Panamericana
21. Lucio, E y Reyes, I (1995). Manual al español MMPI-2. (Traducido y Adaptado al Español). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
22. Sampieri, H. y Cols. (1988) Metodología de la Investigación. Mc. Grew- Hill, México. Psychology. Vol. 44 (2) Apr 2003, 107-118.
23. Boeree (1999) Theories of Personality. En Menu Personality Theories (<http://webpace.ship.edu/cgboer/introduccion.html>)
24. Kernberg, O. F (1987) Trastornos Graves de Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas. México D.F.: Manual Moderno.
25. Díaz-Marsá Trastornos De La Personalidad
<http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tper.htm>
26. Dicaprio 1989 Teorías De La Personalidad. México: Graw- Hill
27. Soto 1990 estudios sobre algunos rasgos de personalidad del paciente suicida. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UNAM. D.F México

28. Millon (1985) La personalidad y sus trastornos. España: Martínez Roca
29. Allport, G. (1966): Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós
30. Graham, J. R. (1994). Kent Psicología Forense Foro sobre Aplicaciones del MMPI-2. MMPI-2 Noticias y Perfiles.
31. Porath, Ben. (1995). Uso forense de la MMPI-2. MMPI Talleres y Simposios. Minneapolis. Minnesota.
32. Berry, D. T. (1991). Detección de simulación en el MMPI-2: Un meta-análisis. Examen de Psicología Clínica.
33. Butcher, J. N. (1990). Desarrollo y uso de la MMPI-2 Contenido Escalas. Universidad de Minnesota Press, Minneapolis.
34. Ferrante, Victoria. (1993). Perfil psicopatológico de una población carcelaria. Aportes del MMPI-2. Prensa médica argentina.
35. Casullo, María M. (1996). Inventario MMPI-2 en pacientes psiquiátricos carcelarios. I. Escalas de contenido. Prensa médica argentina.
36. Casullo M (1999) Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral. Editorial: Paidós, Buenos Aires, Barcelona, México
37. McKinley, J. C. (1993). MMPI-2. Manual para Investigación. Universidad de Salamanca, España.
38. Noukki, A. L.; (1995). Perfil de validez de la MMPI-2 en la configuración de forenses. MMPI-2 Noticias y Perfiles.
39. Núñez, R., (1994). Aplicación del MMPI a la Psicopatología. Ed. Manual Moderno. México.
40. Butcher, James N. (2000). MMPI-2, Guía para principiantes. Manual Moderno.
41. Eysenck, Hans (1982). Enigmas de la Psicología. Morata.

42. Schultz, Sydney (2002). Teorías de la personalidad. Thomson.
43. Prat, Remei (2005). Psicometría. UOC.
44. López-Ibor Aliño, (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson.
45. Morales J. (2009) Abstracto: Diagnóstico Psicométrico en Clínica. Facultad de Psicología.
46. Halgin (2009) Psicología de la anormalidad, Interamericana editores. p353-358.
47. Caballo V. (1998) Manual para el tratamiento de los trastornos psicológicos Vol. 2, Siglo Veintiuno Editores: España p 517- 522.
48. Howard G. (2001) Psiquiatría General 5º edición, México: Manual Moderno. p 405- 422.
49. Jarne (2006) Psicopatología Barcelona: editorial Voc p 170-191.
50. Serason (1996) Psicología Anormal: 7º edición: Prentice Hall Hispanoamericana 221-242.
51. Millon (1998) Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV. Masson. Barcelona.

ANEXOS



S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota-2

Perfil de escalas básicas
(Normas mexicanas con K agregada)

MP 46-6,1

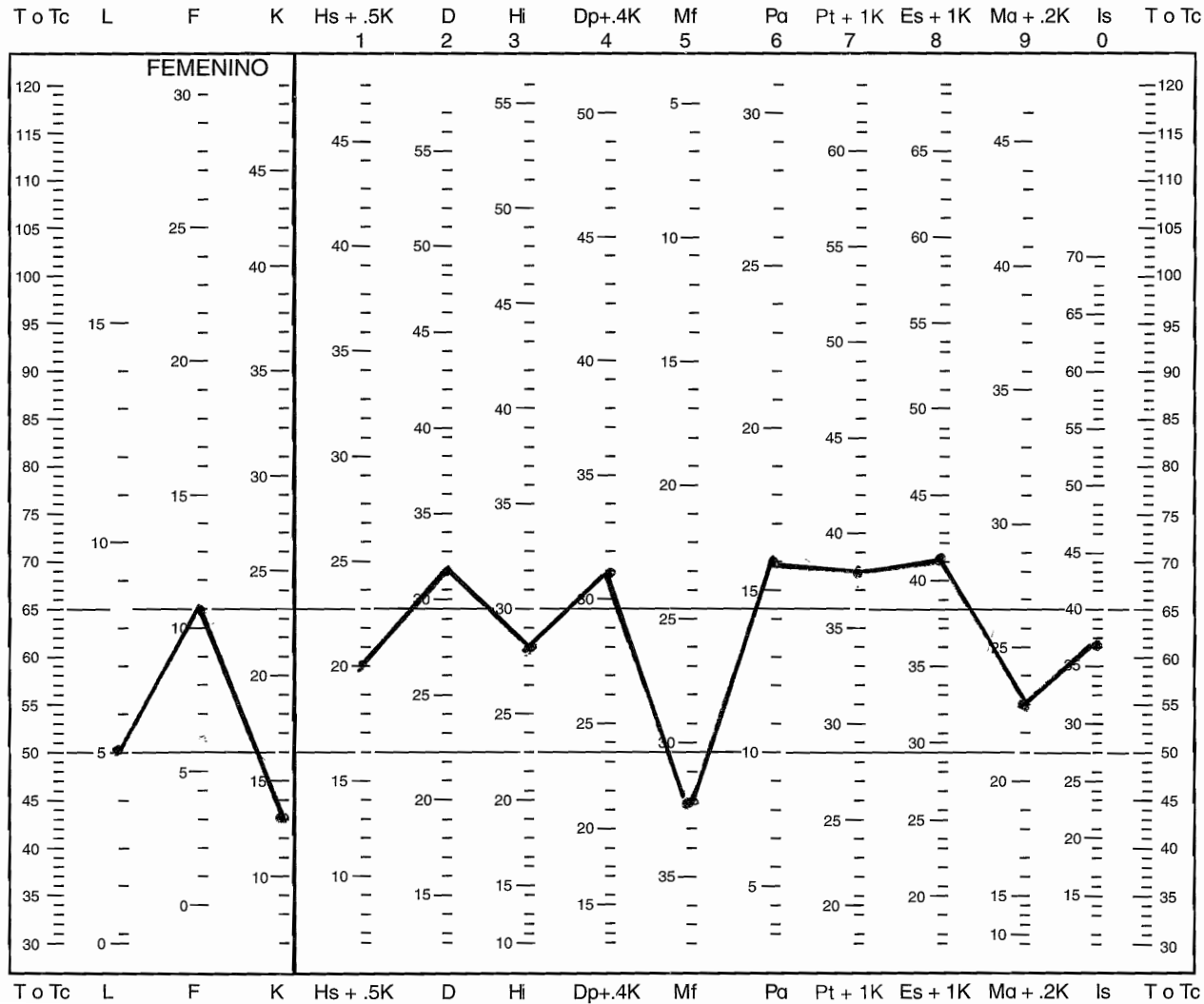
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2
Copyright © 1989, (renovado, 1970), 1943, 1942.
Este perfil, 1989 por Regents of the University of Minnesota
© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
Adaptación al español por E. Lucio
MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.R. por University of Minnesota

Nombre: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Referido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del calificador: _____

Nota: Este perfil está impreso en morado y negro. NO LO ACEPTE si es de un solo color.

Factor K

K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	0	0
0	0	0	0



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota-2

Perfil de escalas suplementarias (normas mexicanas)

MP 46-6,2

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2

Copyright © 1989, (renovado, 1970), 1943, 1942.

Este Perfil, 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995; este Perfil, 1999 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

Adaptación al español por E. Lucio

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son M.R. por University of Minnesota

Nombre: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____

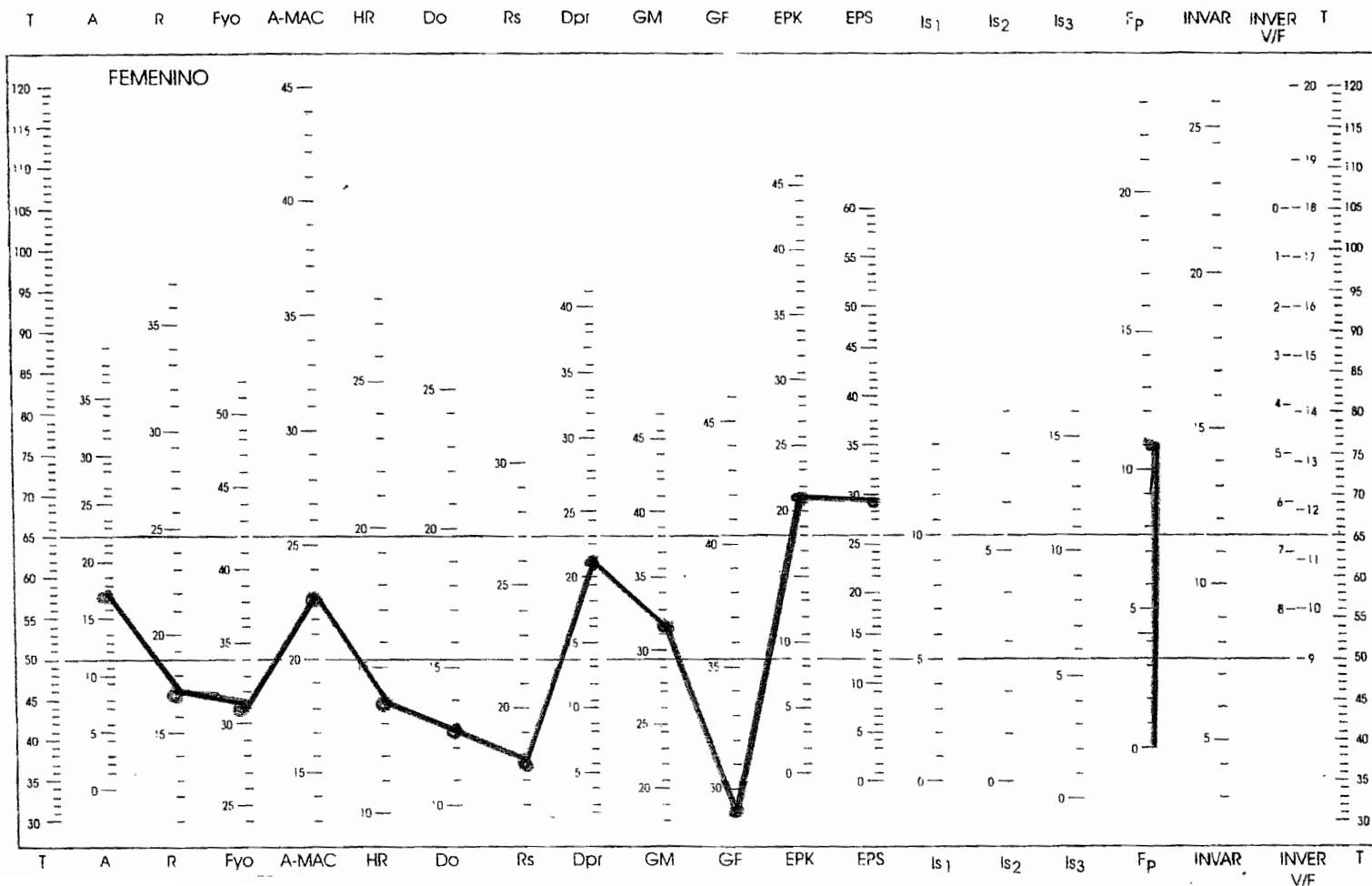
Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Referido por: _____

Clave del perfil: _____

Iniciales del calificador: _____

Nota: Este perfil está impreso en morado y negro. NO LO ACEPTE si es de un solo color.



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota-2

Perfil de escalas de contenido

MP 46-6.3

(normas mexicanas)

Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2

Copyright © 1989, (renovado, 1970), 1943, 1942.

Este Perfil, 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995; este Perfil, 1999 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México ©1994

Adaptación al español por E. Lucio

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son M.R. por University of Minnesota

Nombre: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____

Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Referido por: _____

Clave del perfil: _____

Iniciales del calificador: _____

Nota: Este perfil está impreso en morado y negro. NO LO ACEPTE si es de un solo color.

