



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera Licenciatura en Psicología

Conductas autodestructivas e impulsividad
en pacientes que padecen un trastorno
límite de la personalidad y estrategias que
promueven la integración social

N° 908

Sofía Levi

Tutora: Lucía Roig Chaubell

Departamento de Investigaciones
Fecha defensa de tesina: 11 de febrero de 2016

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Índice

Abstract	4
Introducción:	
Presentación del tema	5
Problema	7
Preguntas de la investigación.....	7
Relevancia y justificación de la temática	7
Objetivos generales	8
Objetivos específicos.....	8
Alcances y límites de la investigación	8
Estado del Arte	8
Marco teórico.....	10
Metodología - Procedimiento	10
1. Capítulo I: Introducción general al trastorno límite de la personalidad	12
1.1. Características diagnósticas	12
1.2. Diagnóstico	18
1.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad.....	19
1.4. Prevalencia	21
1.5. Curso.....	21
2. Capítulo II: La entrevista estructural como método diagnóstico del TLP	22
2.1. La entrevista estructural propiamente dicha	22
2.1.1. Fase inicial de la entrevista estructural	23
2.1.2. Fase media de la entrevista estructural.....	24
2.1.3. Fase de terminación de la entrevista estructural.....	25
2.2. Características estructurales de la organización límite de la personalidad	25
2.2.1. Prueba de realidad	26
2.2.2. Mecanismos de defensa primitivos	26
2.2.3. Labilidad yoica	28
2.2.4. Desviación hacia el pensamiento de proceso primario	29
2.3. Carencia de una identidad integrada	29
3. Capítulo III: Dificultades en las interacciones interpersonales.....	31
3.1. Conductas autodestructivas e impulsivas	31
3.1.1. Consecuencias de dichas conductas en el paciente que las ejecuta.....	31
3.1.2. Afección de familiares y allegados	32
3.2. Red Social.....	33
3.2.1. Características estructurales de la red social	34
3.2.2. Funciones de la red social	35
3.2.3. Atributos de cada vínculo	35
3.2.4. Estrategias que promueven la integración social de pacientes con TLP	35
4. Capítulo IV: Conclusiones	38
5. Referencias Bibliográficas	41

Abstract

Este trabajo es una revisión bibliográfica que aporta a la elección de un enfoque estructural para el correcto diagnóstico del Trastorno límite de la personalidad (TLP) propuesto por Otto Kernberg, poniendo en evidencia la falta de precisión del enfoque descriptivo y genético al ser aplicados a dicho trastorno. El TLP se caracteriza por un acentuado déficit de control de impulsos sobre la base de la inestabilidad emocional que explica la presencia de conductas autodestructivas e impulsivas. Resulta necesario tomar conocimiento de las conductas que pueden desarrollar los pacientes que padecen un TLP para prevenir el daño al paciente y a su grupo primario y secundario. Estas conductas pueden producir un cambio en la interacción con su red social y a su vez ésta modifica la dinámica con la cual se relacionaba el sujeto en cuestión. Al tener una fuerte incidencia la participación del entorno significativo del paciente en su tratamiento, es necesario tener conocimiento acerca de la forma en que impacta el comportamiento de los pacientes que padecen dicho trastorno en éste. Ya que es fundamental la participación de los familiares y allegados del paciente en el tratamiento para la prevención de recaídas y el restablecimiento de la red social. La familia recibirá apoyo y psicoeducación. Es por ello que resulta de suma importancia la investigación inicial de los síntomas y rasgos patológicos dominantes que trae el paciente que darán cuenta de las peculiaridades de las interacciones interpersonales.

Introducción

Presentación del tema

Actualmente, el trastorno límite de la personalidad es uno de los trastornos de personalidad más diagnosticados dentro de la práctica clínica moderna. El reconocimiento de este cuadro como entidad diagnóstica fue en 1980 por la Asociación Psicoanalítica Americana (APA) con la publicación del DSM III y doce años más tarde fue incorporado por el CIE (Clasificación mundial de las enfermedades, 1992) de la Organización Mundial de la Salud.

En 1938, Stern utilizó el término *borderline* para referirse a aquellos pacientes que no podían ser clasificados en las categorías neuróticas o psicóticas de la personalidad a los que denominó "grupo límite de la neurosis". Fue Stern quien dio sentido clínico inicial al constructo límite. A partir de entonces, diversos autores comenzaron a referirse de distintas maneras a estos pacientes. En 1941 Zilboorg se refiere a ellos como "esquizofrenia ambulatoria", en 1949 Hoch y Polatin los denominan "esquizofrenia pseudo-neurótica", en 1953 Knight "Estado Borderline" y en 1964 Frosch "carácter psicótico" (Pascual Mateos, 2008).

Otto Kernberg fue el primero que realizó investigaciones acerca del Trastorno Límite de la personalidad (TLP) en 1967. Fue a partir de este año que la construcción del constructo límite alcanzó un gran avance gracias a los aportes de Kernberg quien definió la organización límite de la personalidad como una de las tres formas de organización de la personalidad, situada fronterizamente (límite) entre los pacientes más enfermos que presentaban una organización psicótica de la personalidad y la de pacientes más sanos, con una organización neurótica de la personalidad. La organización límite de la personalidad se caracterizaba por una formación débil o fallida de la identidad, defensas primitivas (tales como escisión e identificación proyectiva), y juicio de la realidad. (Gonzales, Sánchez; 2005). A partir de entonces, Kernberg impulsó numerosas investigaciones con el objeto de hallar un instrumento diagnóstico y una psicoterapia eficiente para estos pacientes.

A partir de diversas investigaciones realizadas por Grinker, R., Werble, B., Drye, R. (1968) y Gunderson & Kolb (1978) (tal como se cita en Kernberg, 1987), surgen los primeros criterios diagnósticos con base empírica. Estos criterios fueron: relaciones interpersonales intensas e inestables, impulsividad, inestabilidad afectiva, ira, conductas suicidas o autodestructivas, alteración de la identidad, sentimiento de vacío, miedo al abandono, pérdida del juicio de realidad (incluye despersonalización, no realización y fenómenos alucinatorios).

En 1980 la APA incorpora el trastorno al DSM III por primera vez como entidad diagnóstica definida, al que denominó: "Trastorno límite de la personalidad". Es entonces cuando el trastorno adquiere mayor validez empírica al entrar oficialmente al sistema de clasificación del DSM pero que aún resulta precaria en su utilidad clínica específicamente por su incapacidad diagnóstica para predecir problemas con estos pacientes. En 1992 la CIE-10 incorporó al trastorno límite como "Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad" con dos subtipos: límite e impulsivo. En 1994 se publica el DSM-IV en donde el trastorno límite sufre modificaciones en su definición. Debido a los avances científicos en las últimas dos décadas fue necesario realizar una revisión al DSM IV, por consiguiente se publica en el año 2002 el DSM-IV-TR (2002) para conservar la validez del manual. La revisión del manual evidenció la necesidad de modificar el sistema de clasificación categorial. La clasificación de los Trastornos de la personalidad (TP) en el DSM-IV-TR (2002) resultaba insatisfactoria ya que no aportaba una valoración de la gravedad o prototipicidad, se producían grupos heterogéneos con el mismo diagnóstico, existía un escaso ajuste ente los pacientes y prototipos, así como también el solapamiento entre las diversas categorías trastornos del Eje I lo cual conducía a reducir su validez diagnóstica. Para resolver los problemas del modelo categorial se optó por la elección de un sistema de clasificación dimensional. Finalmente en el año 2013 se publica la quinta edición del manual con un sistema de clasificación dimensional, el DSM-V, en donde se realiza la última modificación del trastorno. El énfasis principal está puesto sobre la desregulación y desadaptación de los sujetos que padecen el trastorno y los problemas existentes en las relaciones interpersonales (Maggio, 2012; Pascual, 2008). El DSM-V define al Trastorno límite de la personalidad como "un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamientos que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto" (APA, 2013).

Resulta de suma importancia la investigación inicial de los síntomas y rasgos del carácter patológicos dominantes que trae el paciente que darán cuenta de las peculiaridades de las interacciones interpersonales (Kernberg, 1987). La profundidad en la que estos rasgos y síntomas vayan a ser explorados dependerá del método diagnóstico que se escoja. A su vez, resulta importante la correcta elaboración del diagnóstico ya que de este dependerá la elección del tratamiento que se llevará a cabo que apuntará en primer lugar a reducir las conductas de riesgo típicas de estos pacientes y evitar el suicidio consumado. El diagnóstico adquiere gran relevancia ya que constituye el punto de partida del tratamiento y un error en el mismo puede producir hasta la muerte. Ergo, es necesario recurrir a métodos diagnósticos que estudien con mayor profundidad la estructura yoica subyacente.

Los pacientes con un TLP carecen de una identidad integrada. Clínicamente conocida como síndrome de difusión de la identidad. "La difusión de la identidad se representa por un concepto pobremente integrado del sí mismo y otros significantes" (Kernberg, 1987). Se obtiene evidencia de la misma a través de autopercepciones y conducta contradictoria, experiencia subjetiva de vacío crónico y percepciones empobrecidas de los demás.

Al no integrarse el sí-mismo las personas con trastorno límite de la personalidad tienen la sensación que perderán su identidad y es a través de la presencia real del otro que corrobora el sentimiento de existencia y continuidad en el tiempo. Es decir, que el sujeto se redefine constantemente en función de la presencia real del otro que le proporciona un sentimiento momentáneo de existencia, de continuidad en el tiempo y espacio. En la clínica se observa por un lado, la presencia de manipulaciones en función de la necesidad de confirmar y completar el ser, y por el otro lado la expulsión del objeto. Una vez que el sujeto logra obtener el objeto deseado, éste se vuelve persecutorio e intrusivo. Lo cual provoca ataques de ira y aleja al objeto dañándolo. Ergo, cuando obtiene el objeto que desea, éste es eyectado. Es por ello que oscilan entre estas dos angustias, la angustia de intrusión y la angustia de separación. Esto explica los actings de muchos de estos pacientes en los que manipulan para recuperar al objeto perdido. Los cortes en la piel muchas veces son tildados como manipulación, pero generalmente son realizados como una forma de visualizar el dolor. Es una corroboración de los límites corporales que a su vez genera un mínimo sentimiento de consistencia yoica (Wapner, 2006).

El TLP se caracteriza por un acentuado déficit de control de impulsos sobre la base de la inestabilidad emocional. Además, se encuentra un exagerado temor al abandono y una poca tolerancia a la frustración que parece estar relacionado con la presencia de conductas autodestructivas e impulsividad.

Las conductas autodestructivas son aquellas en las que el sujeto ejerce violencia contra sí mismo. Éstas a su vez, pueden clasificarse en dos tipos. Por un lado, la conducta autodestructiva directa incluye "pensamientos suicidas, conductas suicidas y suicidio consumado", y por otra parte se encuentran las conductas autodestructivas indirectas, donde no hay una intención consiente de morir pero "pone en riesgo la vida de manera reiterada y frecuente, teniendo como consecuencia la autólisis del sujeto". (Díaz, Gonzales; 2008)

Por otro lado, la impulsividad es una predisposición a reaccionar de forma brusca, en ausencia de reflexión, sin considerar las consecuencias para sí mismo o para los otros. A su vez, es una respuesta ante un estímulo interpretado como amenazante. La impulsividad puede constituir un tipo de agresión inmediata o un rasgo de la personalidad (García, Santamarina, Huerta y Alonso, 2005).

La impulsividad también puede ser definida como "la tendencia a emitir una respuesta de forma rápida, en ausencia de reflexión y se caracteriza por comportamientos inadecuados, poco planificados y que frecuentemente ponen al individuo en riesgo de implicación delictiva". (Alcázar, M., Verdejo, A., Bouso, J. y Bezos, L.; 2010).

Las conductas autodestructivas e impulsivas impactan no solo en el sujeto que las ejecuta sino que también en su red social personal. Por consiguiente, presentan un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales. Según Sluzki, la red puede ser evaluada en términos de sus características estructurales, de las funciones de los vínculos y de los atributos de cada vínculo.

Resulta fundamental resaltar la importancia del papel de la comunidad en el tratamiento de las enfermedades mentales ya que el desarrollo de habilidades sociales del paciente y el combate del prejuicio

hacia estos, en muchas ocasiones dificultan su integración social. Es por ello, que implementar programas que incluyan a los agentes comunitarios próximos al sujeto facilita la reducción del aislamiento social de estos y un mayor manejo de las conductas de riesgo propias del trastorno (Chávez Mandelstein & Saiz Galdós, 2009).

Por otra parte, es importante fomentar la intervención en la comunidad de los trastornos mentales, específicamente en el caso del TLP ya que hay que trabajar en la integración y continuidad de la identidad que sólo puede proporcionarle su grupo primario y sus relaciones significativas. En contraposición con los tratamientos hospitalarios que exponen a los sujetos a la despersonalización, que refuerza la angustia desbastadora y características patológicas de estos pacientes.

Problema

El diagnóstico del trastorno límite de la personalidad presenta dificultades metodológicas, y más aún en pacientes que no encajan con facilidad en alguna de las principales categorías de enfermedades neuróticas o psicóticas. Un diagnóstico descriptivo, es decir aquel que se centra en la conducta observable y la sintomatología, puede resultar engañoso y limitado. Por otro lado, los diagnósticos arribados a través de un enfoque puramente genético aún se encuentran en su etapa inicial no pudiendo contribuir al problema clínico de la diferenciación de la sintomatología neurótica, límite y psicótica. Por esa razón resulta importante la correcta elección del enfoque a la hora de diagnosticar y por consiguiente, el método diagnóstico. Es por ello que Otto Kernberg propone el enfoque estructural para enriquecer el diagnóstico psiquiátrico, especialmente para aquellos casos que se resisten a una clasificación fácil. Además, este contribuye a la determinación del pronóstico del paciente y el tratamiento que se llevará a cabo.

Existe una relación entre las conductas autodestructivas e impulsividad y el trastorno límite de la personalidad. Es necesario reconocer el impacto que esto genera a nivel interpersonal ya que el comportamiento típico del trastorno no solo impacta en el sujeto que lo padece, sino que también en el contexto. Es decir, su red social.

Es frecuente la afección del grupo primario por las conductas autolesivas e impulsivas, características del trastorno límite de la personalidad. Por lo tanto, es indispensable conocer estas conductas para saber como impactan no solo en el sujeto que las ejecuta sino también en su red social y aún más en su grupo primario. La psicoeducación de las familias que están integradas por un paciente que padece dicho trastorno ocupa un rol fundamental ya que estas deben estar informadas, y así alcanzar mayor manejo sobre el trastorno evitando la sobrecarga de estas y/o el aislamiento social de las familias y el paciente.

Preguntas de la investigación

- ¿Qué método diagnóstico resulta adecuado para el diagnóstico diferencial de dicho trastorno?
- ¿Cómo impactan las conductas agresivas e impulsivas en la red social de la persona que padece un trastorno límite de la personalidad?

Relevancia y justificación de la temática

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno psiquiátrico grave y frecuente con una prevalencia de un 2% de la población general, un 10% de los pacientes visitados ambulatoriamente en psiquiatría y 20% de los pacientes hospitalizados (APA, 1994; APA, 2001). El riesgo más importante es el suicidio consumado presente entre el 8 y 10% de los pacientes que padecen dicho trastorno (APA, 2001; Pascual Mateos, 2008).

Estas cifras sugieren una alta incidencia del trastorno en la población y de dificultades terapéuticas evidenciadas en el alto número de suicidios. Esto denota la importancia del diagnóstico diferencial para la correcta elección de un abordaje que se ajuste con mayor precisión a las características del paciente. Por lo tanto, la elección del enfoque y método diagnóstico resulta importante para la elaboración del diagnóstico diferencial, siendo este uno de los problemas que invade el campo de la psiquiatría.

Además, resulta significativo el impacto de las conductas que presenta el paciente en su red social y más específicamente en su grupo primario. Resulta significativa la adherencia que presenta el paciente al tratamiento para lograr una mejora en la convivencia ya que al estar adherido al tratamiento se encuentra medicado, con apoyo psicológico y con mayor control sobre sus impulsos agresivos, favoreciendo la convivencia de éste con su entorno.

El diagnóstico diferencial del trastorno límite de la personalidad resulta un problema existente dentro del campo de la psiquiatría. El enfoque descriptivo y el genético han sido utilizados por muchos años pero no han sido lo suficientemente precisos cuando son aplicados a trastornos límites de la personalidad. Es por ello que el abordaje del trastorno límite de la personalidad a través de un enfoque estructural resulta más adecuado. Éste consiste en el análisis de la estructura psíquica predominante la cual se vuelve la matriz subyacente en la que se desarrollan los síntomas de la conducta.

Además, es necesario tomar conocimiento de las conductas que se pueden desarrollar en los pacientes que padecen un TLP para prevenir el daño al paciente y de su grupo primario y secundario, a partir de la comprensión de que dichas conductas se deben al padecimiento de un trastorno mental. Estas conductas pueden producir un cambio en la interacción con su red social y a su vez ésta modifica la dinámica con la cual se relacionaba el sujeto en cuestión.

Al tener una fuerte incidencia la participación del entorno significativo del paciente en su tratamiento, es necesario tener conocimiento acerca de la forma que impacta el comportamiento de los pacientes que padecen dicho trastorno en este. Es decir, la dinámica familiar.

Objetivos generales

- Proponer la entrevista estructural presentada por Otto Kernberg como método diagnóstico
- Analizar como impactan las conductas autodestructivas e impulsivas en pacientes que padecen un TLP en sí mismo y en su red social.

Objetivos específicos

- Establecer que características de la estructura del paciente con TLP se explorarán en la entrevista.
- Establecer las causas estructurales que provocan dichas conductas en el paciente
- Analizar las dificultades para establecer relaciones significativas.
- Analizar la dinámica de estos pacientes con su grupo primario y secundario.

Alcances y límites de la investigación

Se abordará las conductas autodestructivas e impulsivas del TLP desde el enfoque psicoanalítico utilizando las conceptualizaciones realizadas por Otto Kernberg. Las interacciones interpersonales serán abordadas desde un enfoque psicosocial y psicoanalítico. No se explorarán los tratamientos pertinentes para los TLP y su red social.

Este trabajo no va a incluir teorizaciones y abordajes desde la perspectiva neuropsicológica del TLP, es decir, los correlatos biológicos en el trastorno de la personalidad.

Estado del Arte

Otto Kernberg fue el primero que realizó investigaciones acerca del TLP en 1967. Kernberg definió la organización límite de la personalidad como una de las tres formas de organización de la personalidad, situada fronterizamente (límite) entre los pacientes más enfermos que presentaban una organización psicótica de la personalidad y la de pacientes más sanos, con una organización neurótica de la perso-

nalidad. La organización límite de la personalidad se caracterizaba por una formación débil o fallida de la identidad, defensas primitivas (tales como escisión e identificación proyectiva), y juicio de la realidad. (Kernberg, 1987).

A partir de diversas investigaciones realizadas por Grinker, R., Werble, B., Drye, R. (1968) y Gunderson & Kolb (1978) (tal como se sita en Kernberg, 1987), surgen los primeros criterios diagnósticos con base empírica. Estos criterios fueron: relaciones interpersonales intensas e inestables, impulsividad, inestabilidad afectiva, ira, conductas suicidas o autodestructivas, alteración de la identidad, sentimiento de vacío, miedo al abandono y pérdida del juicio de realidad (Gonzales, Sánchez; 2005).

Desde la introducción del TLP en el DSM en 1980, ha sufrido importantes modificaciones. La comprensión de dicho trastorno desde la psiquiatría da cuenta de una heterogeneidad aún en la actualidad. Desde la década del '70 aparecen conceptualizaciones que lo vinculan al ambiente o como una forma de presentación dentro del campo de la esquizofrenia. Posteriormente, las investigaciones y las descripciones clínicas lo vincularon con el espectro de los trastornos afectivos. Luego, se concibió el TLP como uno de los desórdenes relacionados con una falta de control de impulsos que dominó la clínica y la investigación de la época. Recién en 1990 se empiezan a diversificar las explicaciones del trastorno y es abordado desde diferentes marcos teóricos. Actualmente existe un cambio de paradigma en relación a la forma de concebir el TLP. Éste es considerado como un “desorden en la regulación de las emociones posiblemente de origen biológico, y de las interacciones de esta persona con esta desregulación en su contexto con un circuito de retroalimentación positiva” (Apfelbaum, Gagliosi; 2004) La práctica clínica se descentra del control de los impulsos.

Para la teoría biosocial del TLP, la desregulación de emociones explica las conductas y síntomas de las personas que padecen dicho trastorno. La desregulación como producto de la vulnerabilidad emocional, probablemente de origen biológico y sumado a esto la aplicación inadecuada de estrategias de modulación de las emociones. “La vulnerabilidad emocional estaría caracterizada por una gran intensidad de los estímulos emocionales, una respuesta muy intensa ante estos estímulos y un lento retorno al nivel basal una vez que la respuesta se ha activado” (Apfelbaum, Gagliosi; 2004). Por el otro lado, según Marsha Linehan la modulación de las emociones es aprendida durante el desarrollo y éstas junto con la vulnerabilidad emocional se retroalimentan e interrelacionan en el proceso de regulación emocional (Apfelbaum, Gagliosi; 2004).

Esta autora sostiene que un componente necesario para el desarrollo del TLP es un ambiente invalidante. “ (...) individuo y ambiente, experimentan transacciones importantes”. (Apfelbaum, Gagliosi; 2004).

Como consecuencia de la inestabilidad emocional se produce un acentuado déficit en el control de los impulsos que parece estar relacionado con la presencia de conductas autodestructivas como las autolesiones. Cabe considerar que la inestabilidad emocional del paciente va a modificar la dinámica de su grupo primario así como también ésta lo modificará a él. Las interacciones interpersonales de los pacientes con TLP se verán condicionadas por dicho trastorno. Por lo tanto, se puede decir que la enfermedad mental afecta no solo al paciente sino que también a su familia dificultando la comunicación intrafamiliar o incluso generando patologías adicionales que empeorarán la evolución del tratamiento. Se ha comprobado que dichas complicaciones pueden mejorar con el tratamiento terapéutico con las familias (Gunderson, 2002).

Los elementos más importantes de estas intervenciones son la psicoeducación sobre el trastorno, el re-establecimiento de una relación sana entre paciente-familia, el establecimiento de límites, la mejora de la comunicación familiar y el establecimiento de relaciones con la red social extensa, para evitar el aislamiento tanto de la familia como del paciente. Las intervenciones mixtas, individuales y familiares, han demostrado ser muy útiles en el caso de los trastornos de personalidad, en concreto en el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) (Rodríguez Moya, Pelaez; 2013).

Hasta la actualidad se han hecho pocos estudios sobre la eficacia de las terapias familiares en los trastornos de la personalidad (Quiroga y Errasti, 2001). Sin embargo, algunos datos que dan cuenta de

la eficacia de dichas terapias son: la disminución de las conductas auto-lesivas y suicidas, y la mejora de la capacidad de control de las conductas impulsivas.

Marco teórico

El presente trabajo pretende abordar las conductas autodestructivas e impulsivas en el TLP, aunque presentes en otros trastornos, desde un enfoque psicoanalítico a través de las conceptualizaciones realizadas por Kernberg tales como los criterios estructurales que diferencian la organización límite de la personalidad. Además se tomará un enfoque diagnóstico estructural que pretende enriquecer la exactitud de los diagnósticos diferenciales. Este le da importancia al diagnóstico del paciente como un individuo total, evaluando "su vida interna de relaciones objetales en términos de su concepto de sí mismo y de los otros significantes" (Kernberg, 1987). Este enfoque dinámico enriquece al diagnóstico descriptivo. Dichos pacientes presentan dificultades en las interacciones interpersonales con los demás significantes ya que tienen un concepto pobremente integrado del sí mismo y de otros significantes que se ponen de manifiesto con la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones y conducta contradictorias que no pueden integrarse de una manera emocionalmente significativa.

En un estudio llevado a cabo por Livesley (1998) (tal como se cita en Fernández Álvarez 2002):

Caracteriza a los trastornos de la personalidad por un fracaso en resolver las tareas vitales relacionadas con la adaptación que afecta a tres campos distintos, pero interrelacionados, del funcionamiento del sujeto: el sistema del self, las relaciones familiares o de parentesco y las relaciones grupales o sociales. Los fracasos en el plano individual se manifiestan en representaciones fragmentadas o poco desarrolladas sobre el sí mismo (Pérez, 2011).

Es frecuente la afeción del grupo primario y secundario por la dinámica de interacciones que se establecen entre estos. El grupo primario y secundario formará parte de la red social del individuo. Desde un enfoque psicosocial se tomará a Sluzki (1966) quien describe las características estructurales, funciones y atributos de cada vínculo. Dicho autor considera a la red como un entramado que sostiene al individuo en su vida cotidiana y a su vez contribuye a su reconocimiento como individuo. La red social cumplirá distintas funciones tales como: compañía social, guía cognitiva y consejos, regulación social, apoyo emocional, ayuda material y de servicios, y acceso a nuevos contactos. Estas funciones serán de gran importancia ya que le proporcionan al sujeto apoyo emocional que contribuirá a la regulación emocional necesaria para una adaptación del sujeto al contexto social en el que se encuentra. Esta función de control social ejercida por la red neutraliza las desviaciones del comportamiento y provee modelos de rol.

Metodología

Procedimiento

Inicialmente se escogió al trastorno límite de la personalidad como temática central de la presente tesina. El interés en la temática se debió al hecho que dicho trastorno constituye uno de los trastornos de la personalidad más diagnosticados dentro de la práctica clínica moderna. El diagnóstico diferencial del TLP resulta un problema existente dentro del campo de la psiquiatría y la alta incidencia del trastorno en la población general denota la necesidad de una correcta elección del enfoque y método diagnóstico. Dichos pacientes presentan conductas autodestructivas e impulsivas que producen daños tanto en ellos mismos como en su red social, alterando la dinámica familiar. La presente revisión bibliográfica se realizó recurriendo a libros de psicología y psiquiatría de autores destacados en la temática tal como Otto Kernberg, el DSM publicado por la APA, revistas de psicología, libros de psicología facilitados por la Fundación Aiglé y libros de psicología social tal como "La red social" de Sluzki. La búsqueda se realizó utilizando palabras

claves tales como: "TLP", "conductas autodestructivas e impulsivas", "relaciones interpersonales", "red social", "dinámica familiar", "características estructurales del paciente con TLP". La tesina se organizará en tres capítulos. El primer capítulo estará dedicado a la presentación del trastorno, el segundo capítulo contiene la entrevista estructural presentada por Otto Kernberg donde se explorarán las características estructurales del paciente con TLP. En el tercer capítulo, se analizará como impactan las conductas autodestructivas e impulsivas en pacientes que padecen un TLP tanto en sí mismos como en su red social.

Capítulo I: Introducción general al trastorno límite de la personalidad

1.1. Características diagnósticas

La personalidad puede definirse como todo aquello que nos representa y caracteriza, es decir, son los rasgos a través de los cuales los demás nos reconocen. Engloba la forma de pensar, sentir, comportarnos y relacionarnos. Incluye como nos manejamos en la vida, que estrategias de afrontamiento utilizamos. Es por ello que puede decirse que la personalidad es la totalidad de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria en condiciones normales. Es relativamente estable y predecible (J.C. Ferrali, comunicación personal, 16 de octubre de 2013). Asimismo, Cloninger (1998) define la personalidad como “La organización dinámica de los diferentes sistemas psicobiológicos del individuo que permiten una mejor adaptación, y cuya organización depende de la maduración neurobiológica, las experiencias interpersonales y afectivas, y la incorporación de normas sociales” (Téllez, J., Taborda, L. y Burgos, C., 2003).

A su vez, (Téllez, J., et al., 2003) sostienen que el concepto de la personalidad debe ser entendido desde la psicología como un elemento central para el estudio de dicha disciplina. Por el otro lado, sugieren que desde lo social la personalidad debe ser entendida como el componente que diferencia al individuo del resto de los miembros de la comunidad en el proceso de socialización.

Según el DSM-IV (1994) los rasgos de la personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos personales y sociales. Permanecen estables y constantes a lo largo del tiempo. Cuando estos rasgos generan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo en distintos contextos, son inflexibles y/o desadaptativos estamos ante un trastorno de la personalidad. Dicha valoración de la personalidad debe tener en cuenta los antecedentes culturales, étnicos y sociales del sujeto (APA, 1994). Sin embargo, a pesar del sufrimiento o disfuncionalidad que provoca el padecimiento de dicho trastorno no hay conciencia de enfermedad. Por lo tanto, se puede concluir que los síntomas son egosintónicos generando posibles dificultades en la adherencia al tratamiento (Kaplan & Sadock, 2001). El trastorno límite de la personalidad constituye uno de los diez trastornos de la personalidad descritos por la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), junto con una categoría adicional de “no especificado”. Éste a su vez es definido como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

En líneas generales los criterios diagnósticos de investigación de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992) presentan cierta similitud con los criterios generales del DSM-IV (1994) para los trastornos de la personalidad.

■ Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad DSM-IV (1994)

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
- (1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
 - (2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
 - (3) actividad interpersonal
 - (4) control de los impulsos
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Figura 1. Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad DSM-IV. (APA, 1994, p. 649)

El DSM-IV (1994) agrupa los desordenes de personalidad en tres grupos, cuyos criterios o síntomas se superponen.

- **Grupo A:** Raros y excéntricos
 - Trastorno paranoide de la personalidad
 - Trastorno esquizoide de la personalidad
 - Trastorno esquizotípico de la personalidad
- **Grupo B:** Dramáticos, emocionales, erráticos o inestables
 - Trastorno antisocial de la personalidad
 - Trastorno límite de la personalidad
 - Trastorno histriónico de la personalidad
 - Trastorno narcisista de la personalidad
- **Grupo C:** Ansiosos o temerosos
 - Trastorno de la personalidad por evitación
 - Trastorno de la personalidad por dependencia
 - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
 - Trastorno de la personalidad no especificado

El grupo B incluye a los sujetos inmaduros, caracterizados por su labilidad afectiva y por una peculiar emotividad que va acompañada de conductas descontroladas o socialmente desadaptativas causadas por sus dificultades para regularse de acuerdo con los reglamentos sociales y los códigos interpersonales. También, presentan con frecuencia acting-out (J.C. Ferrali, comunicación personal, 16 de octubre de 2013). Los pacientes que padecen un trastorno límite de la personalidad presentan estas características, es por ello que pertenecen al grupo B descrito por el DSM IV.

El DSM-IV (1994) define al Trastorno límite de la personalidad como “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos” (APA, 1994).

■ Criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad DSM-IV (1994)

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

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- (4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5
- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- (7) sentimientos crónicos de vacío.
- (8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- (9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

Figura 2. Criterios diagnósticos para un trastorno límite de la personalidad DSM-IV. (APA, 1994, p. 670-671)

Si bien los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (1992) difieren de aquellos postulados por el DSM-IV (1994), describen por primera vez en su décima edición, un trastorno que presenta características similares al TLP del DSM. Dicho trastorno es conocido como “Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad”, que a su vez se divide en dos subcategorías según el síntoma predominante. El tipo impulsivo se caracteriza por una incapacidad para planear acciones y medir las consecuencias de las mismas, acompañado por una notable inestabilidad emocional. El tipo límite presenta una alteración de la imagen de sí mismo, relaciones inestables, conductas autoagresivas precedidas por sentimientos de vacío y miedo al abandono.

■ Criterios diagnósticos para el Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad – CIE -10

Tipo impulsivo

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

Tipo límite

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

Debido a los avances científicos en las últimas dos décadas, fue necesario realizar modificaciones a la última edición del manual DSM. Fue entonces cuando se publicó el DSM-IV-TR (2002), para que éste mantenga su validez y siga siendo el manual más utilizado para el diagnóstico y estudio de los trastornos mentales. La revisión del manual evidenció la necesidad de modificar el sistema de clasificación pasando de un sistema categorial a un sistema dimensional. Un aspecto importante para esta transición es el reconocimiento de que el sistema categorial no capta toda la experiencia clínica u observaciones científicas. El DSM-IV-TR considera a cada diagnóstico categorialmente separado de la salud y de otros diagnósticos, es por ello que no capta los síntomas y factores de riesgo compartidos entre los trastornos según los estudios de comorbilidad. Entre distintas categorías de trastornos se encuentran muchos síntomas que son asignados a un trastorno en particular pero que pueden aparecer en distintos niveles de severidad en otros trastornos. Esto significa que el DSM, al igual que otros manuales de clasificación de los trastornos mentales, deberían acomodarse para introducir una aproximación dimensional de los trastornos que permita una descripción más precisa de la semiología de los pacientes para incrementar la validez del diagnóstico y optimizar la utilidad clínica del manual (APA, 2013).

Tanto el CIE-10 como el DSM-IV-TR parten del modelo de clasificación categorial tradicional que persigue el reconocimiento de clases diagnósticas precisas y homogéneas con límites precisos. Por lo tanto, todos los pacientes diagnosticados bajo la misma clase diagnóstica deben ser homogéneos, los límites entre las diferentes clases diagnósticas deben ser claros y por último, las diferentes clases deben ser mutuamente excluyentes. Cada trastorno constituye una categoría diagnóstica con perturbaciones específicas. El juicio clínico del modelo categorial se basa en presentar o no presentar un trastorno. Con el enfoque politético del DSM-IV-TR una vez que se cumplen la mitad más uno de los criterios diagnósticos independientemente de cuáles sean, el diagnóstico de TP puede realizarse. En consecuencia, existen

numerosas maneras de poder arribar al diagnóstico de TP obteniendo como resultado numerosos prototipos de pacientes que presentan dicho trastorno. En efecto, la clasificación de los TP en el DSM-IV-TR resulta insatisfactoria ya que existe un gran solapamiento de los criterios diagnósticos llevando a una proliferación de subtipos que se encuentran brevemente definidos. Quedan por resolver problemas en cuanto al modelo categorial, problemas en la clasificación y definición de los trastornos, comorbilidad, la valoración de gravedad o prototipicidad, la relación existente con los rasgos de la personalidad y la heterogeneidad de los mismos diagnósticos que tiene por objetivo reducir los diagnósticos comórbidos de los TP (Echeburúa , Esbec, 2011).

Finalmente, en el año 2013 la APA publica la última edición del manual: DSM-V. Los trastornos de la personalidad se encuentran en la segunda y tercer sección. En la segunda sección se encuentran la actualización de los trastornos y criterios diagnósticos presentes en el DSM-IV-TR. Mientras que en la tercera sección de estudios científicos futuros se encuentran los trastornos y criterios para los que aún no se ha obtenido evidencia científica para su uso clínico. Estos criterios diagnósticos son incluidos para marcar la dirección de los avances científicos en esta área y así, estimular estudios futuros. Esta sección contiene propuestas para el diagnóstico de trastornos de la personalidad y conceptualizaciones realizadas por el grupo de trabajo de trastornos de la personalidad del DSM-V (APA, 2013).

Esta nueva edición adopta un modelo dimensional cuyo objetivo consiste en reducir las categorías para aumentar la validez de los diagnósticos disminuyendo la superposición de criterios, así como también ofrecer mayor fiabilidad temporal y entre evaluadores. El DSM-V presenta una redefinición del TP, centrada en las fallas en la adaptación sobre el patrón dominante de pensar, sentir y comportarse que implican alteraciones de la identidad o de las relaciones interpersonales. En cuanto al TLP en particular, el DSM-V (2013) lo define de la siguiente manera:

Un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamientos que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto (APA, 2013).

En esta nueva edición del manual, el clínico debe evaluar en una escala de uno a cinco, cuanto se asemeja el paciente a la descripción prototípica ofrecida por el manual de cada categoría. De este modo, la severidad del trastorno también puede ser evaluada.

La categoría presente en el DSM-IV conocida como Trastorno de la Personalidad no especificado fue modificada en la última edición del manual, ahora conocida como “Otro desorden de la personalidad” que a su vez se subdivide en tres tipos. “Otro desorden de la personalidad debido a otra condición médica”, en la que debe especificarse que rasgo de la personalidad prevalece por ejemplo: paranoide, agresivo, apático, lábil, combinado, inespecífico u otro tipo. La segunda subcategoría es conocida como “Otro trastorno de la personalidad especificado”, esta se utiliza cuando un paciente cumple con los criterios para un trastorno de la personalidad pero no cumple con los criterios de algún trastorno de la personalidad en particular. Por último, la tercer subcategoría es conocida como “Trastorno de la personalidad no especificado”, se la diagnostica cuando se considera que un paciente presenta un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación del DSM-V (APA, 2013).

Los manuales diagnósticos permiten un mayor conocimiento de las características de un trastorno en particular. “Solo se puede llevar a cabo un diagnóstico exacto si se conoce cada uno de esos síntomas y síndromes y su valor semiológico” (Philippe, 2010). Sin embargo, la validez diagnóstica de los manuales ha sido el centro de numerosos debates en las últimas dos décadas. Es por ello, que muchos profesionales consideran necesario recurrir a otros métodos diagnósticos que evalúen en profundidad la estructura yoica de los sujetos.

Por otra parte, las dificultades encontradas en los abordajes del Trastorno límite de la personalidad se deben no solo al tipo de problemas que las personas padecen, sino al hecho que dicho trastorno se sitúa sobre los aspectos centrales de la personalidad. Es decir, que las formas de pensar, sentir y relacionarse

se verán comprometidas (Koldobsky, 1995). Según Belloch (2002), la presencia del trastorno en vastas áreas, es decir su omnipresencia, constituye su característica diferencial en cuanto a otros trastornos mentales.

No obstante, el padecimiento de dicho trastorno no implica la presencia permanente de desequilibrio. La mayoría de los pacientes se encuentran estables pero a su vez vulnerables a desencadenar una crisis ante una situación que les resulte estresante (García López, M; Pérez, M; Otín Llop, R, 2010, página 265).

A su vez, dichos autores sostienen que la palabra clave para definir el trastorno límite de la personalidad es la inestabilidad. Lo cual les resulta paradójico si se tiene en cuenta que una de las condiciones necesarias para diagnosticar el TLP es que los criterios diagnósticos permanezcan estables.

Por esta razón, esta contradicción parece ser válida en el caso del TLP ya que “ Lo ‘estable’ en el TLP es precisamente esa inestabilidad” (García López et al., 2010, página 266).

La inestabilidad se encuentra en distintas áreas de la vida del paciente. No todos los pacientes presentarán los mismos síntomas, es decir, que dependiendo del momento vital en el que se encuentre cada paciente los rasgos se presentarán con menor o mayor intensidad (Wapner, 2006, página 19).

En el área conductual uno de los síntomas más asociados al TLP son las conductas autolíticas que en muchos casos derivan en suicidio consumado. La presencia de conductas autolíticas parecen estar relacionadas con la falta de soporte familiar, la inestabilidad emocional crónica, el incremento de la irritabilidad que acompañado por la impulsividad característica del trastorno produce un cambio en el comportamiento aumentando así, las conductas de riesgo. Existe una marcada tendencia a actuar sin tener en cuenta la consecuencia de sus actos. Es por ello que las conductas autodestructivas constituyen una característica central de las personalidades límite (APA, 1994).

En la esfera afectiva un claro ejemplo de la inestabilidad son los sentimientos crónicos de vacío e intrusión, la anhedonia y el afecto intenso. El área de las relaciones interpersonales se encuentra condicionada por ésta última esfera ya que el miedo al abandono, la dependencia y la intolerancia a la soledad provoca conductas autolíticas o destructivas en su intento por evitarlo. Su dificultad para relacionarse provoca alteraciones en la relación terapéutica. Los abandonos de terapia, los problemas en la contratransferencia acompañados de regresiones en la evolución del tratamiento constituyen un claro ejemplo (APA, 1994).

En cuanto a la esfera cognitiva se pueden presentar episodios psicóticos breves. En diversas ocasiones se pueden presentar síntomas disociativos como despersonalización e ideación paranoide (APA, 1994).

Algunos síntomas son de mayor facilidad diagnóstica tales como las tentativas autolíticas, las autolesiones y los pensamientos pre-psicóticos. Por el otro lado, los sentimientos crónicos de vacío – irritabilidad, el miedo al abandono e intrusión presentan mas dificultades en su diagnostico, por consiguiente la remisión sintomática llevará mas tiempo (García López et al., 2010, página 268).

También, resulta relevante señalar las dificultades presentes en la práctica clínica en el manejo del TLP, debido a las propias características del trastorno (impulsividad, inestabilidad, entre otras) que en muchas ocasiones provocan fenómenos de contratransferencia difíciles de controlar por el profesional.

El TLP se caracteriza por una falta de control de impulsos y autodestructividad que en muchos casos pueden provocar la muerte del sujeto que padece dicho trastorno. Estas conductas impulsivas y autodestructivas conforman rasgos de la personalidad de estos sujetos que impactan en él mismo y en su red social. Por consiguiente, presentan un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales.

El miedo a ser abandonado puede ser desencadenado por un rechazo menor, como por ejemplo un amigo que le cancela una salida planificada conjuntamente. Este miedo puede provocar la ira del sujeto ya que puede sentirse descuidado o que no es importante para los demás. Cuando el sujeto se siente abandonado puede recurrir a comportamientos en búsqueda de seguridad. Las llamadas reiteradas constituyen un claro ejemplo, estas suelen producir irritación en el sujeto que las recibe. Tales comportamientos destruyen las relaciones interpersonales del sujeto y suelen generar el abandono que tanto temen. Además del miedo a ser abandonados, los pacientes que padecen un TLP pueden presentar

miedos recurrentes a estar solos y por ello, tienden a aferrarse rápida e intensamente a otros. A su vez, necesitan asegurarse que las otras personas significativas tienen los mismos sentimientos que ellos sienten hacia ellos y que cuando sufren, estos lo hagan del mismo modo. Pero debido al hecho que este entorno significativo del sujeto con TLP no siente las emociones con la misma intensidad que ellos, les produce un dolor intolerable. Este dolor los lleva a presentar distintos tipos de agresiones. En muchos casos agreden al otro y esto les genera vergüenza o arrepentimiento por temor a ser abandonados, es decir, que pasan de comentarios degradantes hacia el otro a asegurarle que es maravilloso. Este tipo de relaciones se vuelven inestables y tormentosas. La labilidad emocional característica del TLP es usualmente desencadenada por conflictos interpersonales y frustraciones. Según Linehan (1993), (tal como se cita en Aguirre, B., Galen, G., 2013) los sujetos que padecen dicho trastorno sienten las emociones de forma mas intensa y por un período de tiempo mas prolongado que las personas que no padecen el trastorno. Las emociones suelen ser tan intensas que el sujeto tiene la sensación de haberse sentido de ese modo toda su vida (Aguirre, B., Galen, G., 2013).

1.2. Diagnóstico

El TLP ha pasado de ser una expresión utilizada para aquellos pacientes cuyas características no se ajustaban a una estructura neurótica o psicótica, para convertirse en un diagnóstico válido con tratamientos psicoterapéuticos específicos y efectivos (Maggio, 2012).

Se tendrá como objetivo el establecimiento de un diagnóstico al que se arribará a través de la observación de los signos y síntomas que presenta cada paciente. La elaboración del diagnóstico puede arribarse únicamente a partir del encuentro terapéutico que genera una “relación médico-enfermo” (Henri Ey, 1980, página 76). Dicho examen clínico difiere de otros ya que pertenece al campo de la psiquiatría. Henri Ey (1980), describe al examen clínico en psiquiatría como un encuentro “ (...) fundado sobre una penetración intersubjetiva entre el espíritu del observador, que pretende comprender, y el espíritu del paciente, que se abandona o retrae al contacto con el otro. (...) debe entrar en relación afectiva y reflexiva con él “ ya que éste no puede limitarse a la observación de síndromes (Henri Ey, 1980, página 77). Por lo tanto,

(...) la observación psiquiátrica no puede ser ni puramente objetiva (descripción de los comportamientos) ni puramente subjetiva (análisis introspectivo por el sujeto de sus experiencias íntimas), sino que lo esencial del conocimiento clínico de las enfermedades mentales está constituido por el ‘encuentro’ de médico y enfermo. (...) En el encuentro persona a persona, están implicadas dos afectividades y el diagnóstico del psiquiatra se funda tanto sobre la conciencia que él puede tomar de la intercomunicación afectiva como sobre el conjunto de conocimientos y sobre su conocimiento particular del caso “ (Henri Ey, 1980).

El encuentro produce un constante “movimiento de transferencia [del enfermo hacia el médico] y de contratransferencia [del médico hacia el enfermo] “ (Henri Ey, 1980). Debido a las características propias del trastorno en varias situaciones se producen fenómenos de contratransferencia difíciles de controlar por parte del profesional. Al mismo tiempo, el diagnóstico del TLP presenta dificultades ya que puede asociarse e incluso confundirse con otra patología psiquiátrica. Es por ello que la semiología de los Trastornos de la personalidad debe realizarse a través de un corte longitudinal. A su vez, exige el estudio de la semiología del comportamiento y de la actividad psíquica actual (García López et al., 2010; Henri Ey, 1980).

Del mismo modo, el DSM-IV (1994) establece que aquellos rasgos de la personalidad que definen el TLP han de estar presentes desde el comienzo de la edad adulta. Los mismos deberán ser evaluados por el clínico a lo largo del tiempo en diversas situaciones en las que resulta complicado identificar los rasgos de la personalidad que causan malestar en el sujeto ya que se encuentran en sintonía con el yo del paciente. Es por ello que resulta relevante el testimonio aportado por el entorno del paciente para poder contrarrestar dicha dificultad. En muchos casos el paciente toma una actitud pasiva, permitiendo

que sean otros quienes exponen lo que le ocurre. Aquellos datos que sean obtenidos de una fuente distinta al propio paciente adquieren gran relevancia en la exploración psiquiátrica ya que muchas veces se obtiene información que el paciente no puede brindar (Bulbena, 2011). Es decir, tanto del entorno del paciente como de tests psicológicos. Los tests proyectivos han demostrado su eficacia en el estudio de las alteraciones de la personalidad, tales como el Rorschach, T.A.T, el test de frustración de Rosenzweig y el test de Szondi (Henri Ey, 1980).

Debido al hecho que del diagnóstico se desprende el tratamiento, y de éste depende el curso de la enfermedad y la calidad de vida del paciente, resulta de suma importancia la correcta elaboración del mismo. Los manuales diagnósticos han sido el centro de una gran polémica en los últimos años por su validez, es por ello que la elección del diagnóstico estructural resulta más acertada ya que explora con mayor profundidad la estructura yoica del paciente.

1.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

En la etapa inicial de evaluación de un paciente, se debe llevar a cabo un cuidadoso diagnóstico diferencial ya que de éste dependerá el pronóstico y el tratamiento (Kernberg, 1979, página 162).

La población clínica ubicada bajo la categoría nosológica del TLP es heterogénea. Esto ha provocado que en numerosos casos complejos se arribe a un diagnóstico errado. Esto podría deberse a la falta de precisión de los métodos diagnósticos. Un claro ejemplo es la clasificación del DSM-IV (1994) en donde se exige que se cumplan cinco de los nueve criterios expuestos por el manual para el diagnóstico del TLP. Por consiguiente, se puede arribar a numerosas combinaciones de criterios que permitirían que dos pacientes con el mismo diagnóstico coincidan en solo un criterio. De aquí la existencia de dicha heterogeneidad clínica, característica del TLP.

Como consecuencia se ha puesto en cuestionamiento a las clasificaciones categoriales. Es por ello que en la actualidad las clasificaciones dimensionales han cobrado mayor validez. Tal es el caso del DSM V (Pascual Mateos, 2008).

Asimismo, otros trastornos de la personalidad pueden ser confundidos con el trastorno límite debido a la multiplicidad de síntomas que afectan al TLP. Es necesario realizar un diagnóstico longitudinal ya que varios trastornos pueden presentar los mismos síntomas en un momento específico, especialmente para aquellos que presentan inestabilidad afectiva e impulsividad (Maggio, 2012, página 15). Por esta razón, es importante llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial basándose en las diferencias encontradas en sus rasgos característicos.

Si bien el trastorno histriónico de la personalidad también se caracteriza por el comportamiento manipulativo, la búsqueda de atención y la labilidad emocional, el TLP se diferencia de este último por su autoagresividad, las rupturas en las relaciones personales y los sentimientos crónicos de vacío y soledad.

Las ilusiones o ideas paranoides típicas del trastorno esquizotípico de la personalidad también pueden aparecer en el TLP pero suelen ser síntomas de carácter transitorio.

Aunque tanto en el TLP como en el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno narcisista se observan reacciones coléricas ante estímulos menores, en el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno narcisista no se observan conductas autodestructivas e impulsivas, preocupaciones por ser abandonado y desequilibrios en la percepción de la autoimagen.

El trastorno antisocial de la personalidad debe diferenciarse del trastorno límite de la personalidad, ya que aunque ambos presentan comportamientos manipulativos, los sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad tienen como fin obtener un provecho, gratificación material o poder. Mientras que el interés de los sujetos con un TLP es lograr el interés de su entorno o cuidador. Se diferencia del trastorno por estrés post-traumático ya que en éste las anomalías y conductas desadaptativas en la personalidad del paciente comienzan después de un hecho en particular.

El temor al abandono es característico tanto del TLP como del trastorno de la personalidad por dependencia, pero su diferencia radica en el hecho que en el caso del TLP los sujetos reaccionan con ira y sentimientos de vacío. Mientras que en el trastorno de la personalidad por dependencia el sujeto busca una relación que reemplace la anterior. Además, estas relaciones no suelen ser intensas e inestables como en el caso del TLP.

También se tiene que distinguir de los síntomas que pueden aparecer debido a una enfermedad médica o debido al consumo crónico de sustancias donde los rasgos de la personalidad aparecen como una consecuencia directa de las mismas.

No obstante, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del límite de la personalidad, se deberán diagnosticar todos los trastornos. Debe procederse del mismo modo si se presentan trastornos comórbidos. Se da con frecuencia en simultaneidad con otros trastornos del Eje I tales como los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno por estrés post traumático, los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad (APA, 1994).

La incorporación del trastorno de personalidad límite al DSM en 1980 abrió la puerta a una gran polémica en psiquiatría a la hora de diferenciar el TLP y el trastorno bipolar. El trastorno de personalidad límite se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad afectiva, control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen. Es decir, que la inestabilidad en el TLP afecta no solo al humor, sino que también la percepción de sí-mismo, las relaciones y el autocontrol presentando estados de ira y ansiedad. Es decir, conductas impulsivas y hostilidad en un intento por frenar el sufrimiento. Mientras que en el trastorno bipolar, la inestabilidad emocional es típicamente depresiva o maníaca y las conductas autodestructivas se deben a un sentimiento de omnipotencia (Maggio, 2012, página 16).

Muchos pacientes con un TLP, incluso aquellos que reciben tratamiento, suelen presentar transitoriamente síntomas que hacen que se plantee la posibilidad de un diagnóstico de esquizofrenia. A la hora de diferenciar la esquizofrenia de los desordenes fronterizos se debe considerar principalmente la capacidad para la prueba de realidad y la psicosis transferencial.

La ausencia de prueba de realidad en cualquier área es indicio de una organización psicótica de la personalidad. La interpretación de las defensas primitivas puede incrementar la regresión, es por ello que solo se interpreta para fines diagnósticos. Si se produce un incremento excesivo de la ansiedad el terapeuta deberá aliviarla. Por el contrario, si el paciente pone en evidencia que la prueba de realidad se encuentra conservada, se pasará a indagar las operaciones de defensa primitivas y su interpretación en la transferencia. Las operaciones defensivas en la esquizofrenia y en los estados límites son primitivas, a diferencia de los desordenes neuróticos. Además, en la esquizofrenia las operaciones defensivas protegen al paciente de la pérdida completa de los límites yoicos que en muchos casos provoca vivencias de fusión con otras personas u objetos. En cambio, en los trastornos límite las defensas primitivas protegen al paciente de la ambivalencia (Kernberg, 1979, página 162).

En cuanto a la neurosis transferencial característica del paciente borderline y la psicosis transferencial del paciente psicótico (en especial el esquizofrénico) presentan ciertas similitudes y diferencias. En primer lugar, tanto en la psicosis como en los trastorno límite se produce una pérdida de la prueba de realidad y pensamientos delirantes vinculados con el terapeuta. En segundo lugar, en la transferencia prevalecen vínculos objetales primitivos de carácter fantástico, es decir, que no pueden establecer vínculos diádicos o edípicos- triangulares como en el caso de la neurosis transferencial. En tercer lugar, en ambos casos se produce una fusión con el terapeuta que refleja una falta de diferenciación entre el yo y el no-yo.

Por otro lado, la psicosis transferencial del borderline se diferencia del paciente esquizofrénico ya que la pérdida de la prueba de realidad no afecta demasiado su funcionamiento fuera del encuadre terapéutico, en cambio, en la esquizofrenia la pérdida de la prueba de realidad es generalizada y refleja la naturaleza de sus pensamientos psicóticos. Además, estos experimentan una fusión simbiótica con el terapeuta que refleja su regresión. Los pacientes borderline durante la psicosis transferencial experimentan algún tipo de límite entre el terapeuta y su sí-mismo (Kernberg, 1979).

1.4. Prevalencia

Se estima que la prevalencia del trastorno en la población general es de un 2%, aproximadamente entre un 30 y un 60 % de la población clínica padece un trastorno de la personalidad. El 10% de los pacientes que asisten a los consultorios externos de salud mental padecen dicho trastornos, mientras que el 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados pertenecen a dicha categoría diagnóstica (APA, 1994). Prevalece más en mujeres, la relación es 3-1. Aunque los factores de riesgo por sexo no se conozcan, parece que estos interactúan con los factores de riesgo ambientales y como resultado potencian el desarrollo del TLP (Maggio, 2012, página 123).

1.5. Curso

La evolución de los pacientes que padecen un Trastorno Límite de la personalidad es variable. Se espera mayor desequilibrio en la adultez temprana, acompañado de un mayor deterioro y riesgo de suicidio. No obstante, la mayoría de los sujetos alcanzan una mayor estabilidad en su vida personal y en sus relaciones en la cuarta y quinta edad. Por lo tanto, se produce una disminución del uso de los centros de salud mental (APA, 1994; Pascual Mateos, 2008).

En un estudio llevado a cabo por Stevenson y Col. (2003) (tal como se cita en Maggio, 2012) se tuvo como objetivo determinar si la impulsividad en pacientes con un TLP disminuía o desaparecía con el paso del tiempo. Para ello se utilizó una muestra de 123 pacientes diagnosticados con un TLP. Estos fueron sometidos a un programa de psicoterapia ambulatoria. Se tomaron en cuenta los rasgos característicos del trastorno: conducta impulsiva, trastorno en las relaciones, trastorno cognitivo y trastorno afectivo. Los resultados revelaron que los pacientes añosos con TLP manifestaron menor impulsividad que los pacientes más jóvenes, pero no hubieron diferencias significativas en cuanto al trastorno afectivo, cognitivo y en los problemas interpersonales. Por lo tanto, legaron a la conclusión que solo las conductas impulsivas se extinguen con la edad en el TLP.

Se identificarán en las entrevistas iniciales los indicadores pronóstico. Estos facilitan la elección del tratamiento psicoterapéutico y la identificación de aquellas áreas inciertas para la fase pronóstica que pueden ser clarificadas a lo largo del proceso terapéutico.

Inicialmente, la presencia de ansiedad puede constituir un elemento pronóstico favorable para el establecimiento de una relación entre el paciente y el terapeuta.

Cuando se elabora un diagnóstico de TLP es necesario que el diagnóstico descriptivo contenga el tipo de patología caracterológica predominante. Esto adquiere una correlación directa con el pronóstico. A su vez, el pronóstico dependerá de factores, tales como: la intensidad de la labilidad yoica, en especial la tolerancia a la ansiedad, la capacidad de sublimación y el grado de control de los impulsos. La calidad de sus relaciones objetales, así como también el grado de integración y despersonalización de las estructuras superyoicas.

Por otra parte, desde el punto de vista clínico existe una variable en cuanto al pronóstico que no depende del paciente, ésta es la personalidad del terapeuta (ya que se requiere un terapeuta capacitado para lograr el monto de estructuración necesario). Esta variable pronóstica constituye un elemento crucial para el tratamiento de pacientes borderline (Kernberg, 1979).

Se considera indicadores de pronóstico negativo al abuso de sustancias, la comorbilidad con otro trastorno, la agresión, la labilidad afectiva, la cronicidad de los síntomas y la experiencia de abuso sexual y físico en la infancia e incluso maltrato infantil (Maggio, 2012, página 134).

Capítulo II: La entrevista estructural como método diagnóstico del TLP

Kernberg propone la existencia de tres organizaciones estructurales amplias conocidas como la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. Estas organizaciones estructurales tendrán la función de estabilizar el aparato mental, mediando entre los factores etiológicos y las manifestaciones conductuales presentes debido a la patología. Por lo tanto, la estructura psíquica del individuo se convierte en "(...) la matriz subyacente de la que se desarrollan los síntomas de la conducta" (Kernberg, 1998). Los factores que contribuyen a la etiología de la enfermedad tales como factores familiares, psicosociales, bioquímicos, genéticos o psicodinámicos, no serán considerados pero sus efectos se vuelven evidentes en el tiempo a través de la estructura psíquica del individuo. Se establecerá el tipo de organización que posee el paciente de acuerdo a las características predominantes, principalmente si cuenta con una identidad integrada, los mecanismos de defensa empleados habitualmente y su capacidad de prueba de realidad.

Según Kernberg (1998), la estructura neurótica de la personalidad cuenta con una identidad integrada en donde predominan mecanismos de defensa avanzados tales como la represión. Su capacidad para la prueba de realidad se encuentra conservada. A diferencia de lo que ocurre en la estructura neurótica, las estructuras límites y psicóticas poseen mecanismos defensivos primitivos que se centran en el mecanismo de escisión. Pero al igual que en las estructuras neuróticas, en las estructuras límite la prueba de realidad se encuentra conservada mientras que en las estructuras psicóticas se encuentra gravemente deteriorada. A su vez, existen otros rasgos de la personalidad que permiten diferenciar la organización límite de la neurosis. La presencia de debilidad del yo es un rasgo característico de la estructura límite, lo cual implica una incapacidad para demorar la descarga de los impulsos y modular los afectos como la ansiedad. Al mismo tiempo presentan dificultad en sublimar pulsiones así como también utilizar su conciencia para guiar la conducta (Kernberg, 1998).

La entrevista médica general fue tomada como modelo para la entrevista psiquiátrica tradicional. De modo que ésta establece un lazo inmediato entre la psicopatología del paciente y su tratamiento psicoterapéutico correspondiente. Para ello se evalúan los rasgos descriptivos y dinámicos en la interacción paciente-entrevistador. Según Kernberg (1987), estos enfoques no estructurales minimizan los datos objetivos dejando sin explorar la psicopatología del paciente de una forma sistemática. Es decir, que no establece los criterios estructurales que diferencia a la organización límite de la personalidad. Es por ello, que Otto Kernberg en colaboración con A. Carr, E. Goldstein, H. Hunt, L. Pessar, M. Stone, R. Blumenthal y S. Bauer, desarrolló una "entrevista estructural" que permite identificar las características estructurales de los tres principales tipos de organización de la personalidad. La entrevista estructural se centra en los síntomas, conflictos u obstáculos que presenta el paciente. En la interacción paciente-terapeuta se produce una confrontación que tiene como objetivo crear una tensión que pone de manifiesto la organización estructural y defensiva del paciente.

2.1. La entrevista estructural propiamente dicha

La entrevista estructural ha demostrado su eficacia al ser empleada particularmente en el diagnóstico de los trastornos límite ya que no solo agudiza el diagnóstico diferencial de los pacientes límite sino que también brinda información terapéutica y pronóstica importante. Se tomará como modelo la entrevista estructural descrita por Otto Kernberg (1989).

Se ha utilizado el término 'análisis estructural' para conceptualizar al yo como una estructura dinámica que integra otras subestructuras tales como las relaciones objetales interiorizadas, las operaciones defensivas del yo y diversos niveles de organización del funcionamiento mental. Además, el análisis estructural se refiere al estudio de la organización de conflictos inconscientes. Un claro ejemplo es el contenido mental del complejo de Edipo en donde se refleja la organización de las relaciones objetales interiorizadas. Kernberg (1987) ha aplicado todos estos conceptos estructurales para el análisis de las estructuras intrapsíquicas y conflictos de los pacientes límite, ya que el tipo de organización refleja las características predominantes del paciente (Maggio, 2012).

Existen razones por las que muchos entrevistadores eligen comenzar por la clásica elaboración de la historia psiquiátrica del paciente, previa a la entrevista estructural. Una de estas razones consiste en la

disminución de la ansiedad inicial del paciente para evitar el brote grave prematuro de los mecanismos de defensa primitivos ya que este constituye el examen tradicional del estado mental que se ajusta a las expectativas ordinarias de la interacción médico-paciente. Sin embargo, comenzar por la elaboración tradicional de la historia psiquiátrica del paciente antes de la entrevista estructural resulta desfavorable ya que al disminuir la ansiedad el paciente, éste logra adaptarse con mayor facilidad y las áreas de conflicto no son tan evidentes como cuando se activan los mecanismos de defensa.

La entrevista diagnóstica estructural se sirve de un enfoque psicoanalítico ya que utiliza el modelo de interacción paciente-entrevistador y la técnica psicoanalítica para interpretar los mecanismos de defensa y conflictos que surgen en la interacción y así, detectar los síntomas predominantes y la estructura subyacente de la personalidad (Kernberg, 1989).

Si el entrevistador mantiene una actitud no entrometida, en muchos casos esto despierta una tendencia hacia la idealización o dependencia por parte de los pacientes. En el caso contrario, si los pacientes perciben una actitud entrometida como es en el caso de algunos pacientes graves, esto podría llegar a despertar sentimientos paranoides.

Por otra parte, el entrevistador explorará simultáneamente el mundo intrapsíquico del paciente, la interacción que se genera en el aquí y ahora y, utilizará sus propias percepciones afectivas hacia el paciente para clarificar los mecanismos de defensa activados. Realizar todas estas tareas no es fácil, se requiere de experiencia y conocimiento psicoterapéutico para interpretar la transferencia, así como también experiencia con pacientes psiquiátricos.

2.1.1. Fase inicial de la entrevista estructural

El entrevistador comienza por preguntar los motivos por los cuales vino al tratamiento, sus expectativas sobre éste y sus dificultades o síntomas que más lo aquejan (Stone, 1980). En dicho interrogatorio inicial el entrevistador se centrará en los síntomas significativos que han surgido en el aquí y ahora de la interacción. Para ello se recurre a herramientas terapéuticas tales como la clarificación, confrontación e interpretación. El diagnóstico estructural dependerá en gran medida del manejo que tenga el paciente sobre estas, ergo, las respuestas del paciente brindan información que permite diferenciar las estructuras neurótica, límite y psicótica. Debido a que la prueba de realidad en los pacientes límites se encuentra conservada, estos pacientes logran en la mayoría de los casos una mejora de su funcionamiento yoico en el aquí y ahora de la entrevista con estas clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones. El entrevistador procederá confrontando al paciente al mostrándole sus discrepancias y preguntándole que opina y siente sobre ellas. Para responder a los interrogantes del entrevistador es necesario contar con la capacidad de introspección presente en cierto grado en los pacientes límite y totalmente ausente en estructuras psicóticas. Si el paciente es capaz de empatizar con las “confusiones” del entrevistador, brindará información que permite clarificar y corregir sus percepciones y la utilizará en las siguientes fases de la entrevista. A su vez, permite al entrevistador evaluar el grado de conciencia de enfermedad. Si las contestaciones del paciente no responden a las preguntas del entrevistador, ya sea porque no han sido lo suficientemente claras o porque no han sido comprendidas, éstas deberán volver a formularse de algún modo diferente y el entrevistador deberá evaluar si el paciente aún tiene dificultades para responder. Si éste es el caso, se deberá explorar si la naturaleza de la dificultad se debe a los altos niveles de ansiedad provocados por la entrevista, a un déficit de memoria o inteligencia, o si se debe a una alteración en la percepción propia de la interpretación psicótica (Kernberg, 1989).

Si al hablar de sus dificultades da cuenta de la memoria, la concentración y sus funciones cognitivas en general se podría tratar de un síndrome cerebral orgánico pero solamente, cuando la prueba de realidad se encuentra conservada.

Cuando un paciente responde satisfactoriamente las preguntas iniciales pero luego presenta dificultades al intentar clarificarlas, el entrevistador deberá explorar la naturaleza de la dificultad en busca de nuevos síntomas.

En el caso que un paciente responda y entienda completamente las preguntas iniciales, y al mismo tiempo, presente claramente su síntoma principal que lo trajo a la consulta así como también otras dificultades, el entrevistador puede proceder con otras preguntas subsidiarias que tendrán como objetivo investigar acerca de los rasgos patológicos del carácter. Los rasgos patológicos del carácter brindan información no sólo del tipo de patología del carácter, sino también su gravedad. Una vez que se ha alcanzado este punto del interrogatorio se puede proceder con la siguiente pregunta: "Me ha dicho usted sobre sus dificultades, y ahora, me gustaría saber más sobre usted como persona. ¿Podría describirse a usted mismo, su personalidad, lo que piensa que es importante que yo sepa (...)" (Kernberg, 1989, página 29).

A su vez, muchos pacientes presentan dificultades para hablar de sí mismos a causa de factores culturales o de personalidad. En estos casos, el entrevistador puede sugerirle al paciente que describa sus relaciones más significativas y que hable acerca de sus estudios o trabajo, su vida, sus relaciones sociales, entre otras. De este modo, se activarán los mecanismos de defensa primitivos y rasgos interpersonales en caso de que se trate de una estructura límite o psicótica que hasta entonces ha pasado inadvertida (Kernberg, 1989).

Podemos concluir que en la primera fase de la entrevista estructural en todos los casos se comienza igual pero la naturaleza de la psicopatología del paciente que manifiesta a través de las respuestas, conducirá a la misma por distintos rumbos. Se puede obtener mayor información sobre un área de dificultad a través de las técnicas de interpretación, confrontación y clarificación. Además, se debe detectar si el paciente presenta capacidad de prueba de realidad. Si hay ausencia de prueba de realidad estamos ante una estructura psicótica y la entrevista se centra sobre la naturaleza de la psicosis del paciente. En caso que se obtenga evidencia que la prueba de realidad se encuentra conservada, se procederá con la fase media de la entrevista estructural cuyo objetivo es evaluar la integración de la identidad o, en el caso contrario, la difusión de la identidad..

2.1.2. Fase media de la entrevista estructural

Debido al hecho que aún no se ha arribado a un diagnóstico definitivo sobre la estructura subyacente del paciente, es necesario conocer como procede el entrevistador ante la sospecha de que se trate de un síndrome orgánico o una estructura neurótica, límite o psicótica de la personalidad. A su vez, es necesario tener conocimiento de las posibles respuestas que surgen en la dinámica de la entrevista cuando se trata de un síndrome orgánico, o una estructura psicótica o neurótica para poder diferenciarla de la estructura límite de la personalidad.

Los pacientes que pueden responder a las preguntas de la fase inicial de la entrevista estructural expresando el motivo de consulta y las dificultades que los aquejan, y además presentan una neurosis sintomática en donde la prueba de realidad se encuentra conservada, corresponden a una estructura neurótica de la personalidad. En estos casos, el entrevistador proseguirá preguntándole al paciente sobre sus dificultades en las relaciones interpersonales, y en caso de que existan, cuales son los factores que impiden una buena adaptación al entorno. De este modo, se obtiene un diagnóstico más específico sobre los rasgos patológicos del carácter. Si el paciente presenta contradicciones al responder el evaluador deberá obtener información sobre el grado de integración del sí mismo del paciente. Cabe destacar que no se espera total armonía en los pacientes neuróticos pero si se espera una integración del concepto de sí mismo. Por lo tanto, la siguiente pregunta se ocupará de explorar la integración del autoconcepto y el de los demás significantes. Cada vez que surjan contradicciones el entrevistador puede confrontarlo e intentar clarificarlas, y así evaluar la capacidad de introspección del paciente. Por último, se explorará la dinámica de la entrevista teniendo en cuenta los efectos que está provocando en el paciente y la persona del entrevistador.

Cuando el paciente presenta un síndrome de difusión de la identidad estamos ante una estructura límite. Al paciente le resultará difícil ligar las dificultades actuales a conflictos pasados, ya que ante este síndrome la historia relatada por el paciente no constituye un dato confiable y relevante. Es por ello que es más probable encontrar los conflictos clave en las primeras entrevistas, a diferencia de los pacientes neuróticos que al contar con el mecanismo de la represión presentan mayores dificultades en relacionar el pasado con el presente porque los lazos se encuentran reprimidos. Del mismo modo, presentan dificul-

tades para integrar las representaciones de los demás significantes. Esta exploración de la difusión de la identidad activa los mecanismos de defensa primitivos que surgen más por la interacción que se genera en la entrevista, que por el contenido de la misma. En los pacientes límite es muy importante evaluar los rasgos antisociales y la calidad de las relaciones objetales ya que influyen en el pronóstico del paciente.

Ante la ausencia de prueba de realidad estamos frente a una estructura psicótica de la personalidad. En estos casos no debe utilizarse las técnicas de confrontación y clarificación en un intento por desafiarlo ya que esto podría resultarle amenazante. Por lo contrario, se debe intentar empatizar con la realidad interna del paciente e intervenir a través de las distorsiones del paciente.

Cuando no hay indicadores claros que la prueba de realidad se encuentra conservada y que se está ante la presencia de alucinaciones o delirios, se prosigue interpretando el aquí y ahora de las operaciones defensivas primitivas del paciente.

En caso que el paciente no pueda responder a las preguntas del entrevistador o que estas sean muy desorganizadas se debe explorar las funciones ejecutivas y así, descartar un posible síndrome cerebral orgánico, agudo o crónico. Por lo tanto, la entrevista estructural también puede contribuir a la elaboración de un diagnóstico diferencial de estados de confusión y la evaluación del deterioro provocado por un síndrome cerebral o demencia.

2.1.3. Fase de terminación de la entrevista estructural

Se alcanza la fase de terminación cuando ya se han explorado los rasgos del carácter y los síntomas neuróticos y patológicos, los mecanismos de defensa, la capacidad para la prueba de realidad y la integración o difusión de la identidad. El entrevistador proseguirá comunicándole al paciente que él ha finalizado su tarea. El paciente tendrá la oportunidad de comentar algún aspecto importante que no ha mencionado previamente y considera relevante. También, es necesario dejar tiempo para esta última fase ya que el paciente tendrá la oportunidad de expresar sus ansiedades y preguntas que han surgido a lo largo de la entrevista.

Esta última fase brinda información acerca de la motivación del paciente para continuar el proceso diagnóstico. Toda decisión que se tome acerca del proceso diagnóstico deberá ser compartida con el paciente. En caso que el entrevistador crea necesario tener otra entrevista antes de arribar a un diagnóstico definitivo, esto será comunicado al paciente.

2.2. Características estructurales de la organización límite de la personalidad

Los criterios estructurales de la organización límite de la personalidad no se basan en los síntomas y rasgos patológicos del carácter del paciente. Estos no constituyen criterios estructurales pero sí guían al clínico.

En 1975, Otto Kernberg identificó una serie de síntomas presentes en los pacientes límite que su especial combinación la diferencia de aquellos síntomas descriptivos típicos de las neurosis sintomáticas y las patologías del carácter. A continuación se enumerarán las principales categorías sintomáticas que formarán parte del diagnóstico presuntivo de una personalidad fronteriza. El diagnóstico definitivo no depende de estos, sino de la patología propia característica. Asimismo, la presencia aislada de uno de estos síntomas no constituye un signo patognomónico pero la identificación de dos de estos síntomas supone la existencia de una organización fronteriza subyacente (Kernberg, 1979, página 23).

- a) Ansiedad: crónica, difusa, libre y flotante.
- b) Neurosis polisintomática: tendencia a presentar varios síntomas neuróticos: fobias múltiples (especialmente aquellas que imponen restricciones graves a la vida diaria del paciente); síntomas obsesivo compulsivos; síntomas múltiples de conversión, (elaborados o raros); reacciones disociativas; hipocondriasis; tendencias paranoides e hipocondríacas.

- c) Tendencias sexuales perversas polimorfas: el paciente presenta una desviación sexual y a su vez, tendencias perversas.
- d) Estructura de personalidad prepsicótica “clásicas”: tales como la personalidad paranoide, esquizoide, hipomaníaca y ciclotímica con tendencias hipomaníacas.
- e) Neurosis impulsiva y adicciones: erupción repetitiva crónica de un impulso que satisface necesidades instintivas. Tal es el caso del alcoholismo, drogadicción y cleptomanía, entre otras.
- f) Trastornos del carácter de nivel inferior: las personalidades infantiles, narcisistas, como sí y antisociales presentan una organización fronteriza subyacente.

2.2.1. Prueba de realidad

La prueba de realidad es la capacidad de diferenciar el sí-mismo del no-sí mismo, lo subjetivo de lo objetivo, lo intrapsíquico de lo externo que proviene de la percepción de estímulos, así como también diferenciar la realidad de la imaginación. La organización neurótica y límite de la personalidad conservan la prueba de realidad, en contraste con las estructuras psicóticas de la personalidad. Es decir, que el síndrome de difusión de la identidad y los mecanismos de defensa primitivos diferencian a las estructuras límite de las neuróticas, mientras que la prueba de realidad permite diferenciar a las organizaciones límite de la personalidad de los síndromes psicóticos. En la clínica se comprueba la prueba de realidad por la ausencia de delirios y alucinaciones, por un afecto o emoción inapropiada, un contenido de pensamiento, conducta extraña o desadaptativa. Así como también, la capacidad de empatizar y clarificar otros puntos de vista.

En la entrevista diagnóstica estructural puede considerarse presente la prueba de realidad cuando se tiene evidencia que el paciente no ha tenido y no tiene alucinaciones o delirios y si los ha tenido, actualmente expresa extrañeza respecto a los mismos. Aquellos pacientes que no han tenido alucinaciones o delirios, la prueba de realidad puede evaluarse centrándose sobre cualquier afecto, emoción, contenido de pensamiento y conducta inapropiada que el entrevistador identifique. Se tendrá evidencia que la prueba de realidad se encuentra conservada si el paciente es capaz de empatizar con la percepción del entrevistador sobre estos aspectos.

En adición, se tiene evidencia de la capacidad de prueba de realidad evaluando el funcionamiento del paciente al interpretar las operaciones defensivas. Una mejora en el funcionamiento luego de la interpretación implica que la prueba de realidad se encuentra conservada. En contraste, si se produce un deterioro del funcionamiento luego de la interpretación, esto es indicio de la pérdida de prueba de realidad.

2.2.2. Mecanismos de defensa primitivos

La organización defensiva también presenta diferencias en la estructura neurótica, límite y psicótica de la personalidad. Por un lado, en la estructuración neurótica la organización defensiva durante el primer año de vida está constituida por el mecanismo de escisión. Las introyecciones e identificaciones generadas por instintos agresivos y libidinales se constituyen separadamente debido a la incapacidad de integración del yo temprano. Esta división defensiva del yo de las relaciones objetales internalizadas en buenas y malas será utilizada defensivamente para mantener los estados contradictorios del yo separados entre sí y así, lograr controlar la ansiedad que generan estos conflictos. Más tarde este mecanismo es rápidamente reemplazado por defensas yoicas más elaboradas que se centran en la represión y protegen al yo de los conflictos intrapsíquicos. Las defensas yoicas de alto nivel son conocidas como formación reactiva, aislamiento, intelectualización y racionalización. Esta disposición de separación de los estados yoicos va en detrimento de los procesos de integración necesarios para alcanzar una identidad yoica estable.

En contraposición con la estructura neurótica, en la estructura límite y psicótica predominan las operaciones defensivas primitivas, en especial los mecanismos de escisión. Los mecanismos de defensa primitivos protegen al paciente límite del conflicto intrapsíquico pero a su vez debilitan el funcionamiento yoico del paciente tanto en la entrevista como en su vida.

Sin embargo, la interpretación de los mecanismos de defensa de la organización límite genera una integración del yo que a su vez produce una mejora en la adaptación social y prueba de realidad de características transitorias. En cambio, la interpretación de las defensas en los pacientes psicóticos produce una regresión del funcionamiento yoico.

Por lo tanto, el efecto de la interpretación de los mecanismos de defensa constituye un elemento crucial para diferenciar la organización límite y psicótica de la personalidad en la entrevista diagnóstica. Es por ello, que la entrevista diagnóstica estructural de Otto Kernberg (1987) propone la identificación de los mecanismos de defensa primitivos.

A continuación, se describirán los mecanismos de defensa primitivos propuestos por el autor.

- a) Escisión: constituye una operación defensiva central ya que subyace a todas las siguientes. La escisión mantiene separadas las introyecciones e identificaciones opuestas. De este modo, protege al yo expulsando un derivado instintivo de su representación ideacional quedando separado de los otros sectores de la experiencia psíquica conciente con la excepción del plano emocional, de la ideación y del plano motriz.

Esta división defensiva del yo, va en detrimento de la integración yoica que tiene consecuencias patológicas debido a la incapacidad de alcanzar una identidad yoica estable a través de la síntesis de las introyecciones e identificaciones primitivas. Por consiguiente, la escisión es una causa esencial para dar cuenta e la labilidad yoica de la estructura límite, que al no necesitar tanta contracara como en el caso de los mecanismos de alto nivel, el yo débil presenta una tendencia a la utilización de este mecanismo. Esto crea un círculo vicioso entre la escisión y la labilidad yoica, en donde éstas terminan reforzándose mutuamente (Kernberg, 1989).

En la práctica clínica, existen numerosas manifestaciones directas de la escisión tales como divisiones de los objetos o percepciones de las personas en conceptos completamente buenos o completamente malos. A su vez, también pueden presentar cambios abruptos y radicales en los conceptos de los mismos. No hay conciencia de tal contradicción en la vivencia interna y el comportamiento del paciente ya que se encuentran en sintonía con el yo. Otra manifestación directa de la escisión consiste en la ausencia de control de los impulsos característica de los pacientes borderline. Los intentos del entrevistador por clarificar, interpretar y confrontar las contradicciones activan los mecanismos de escisión en la interacción provocando un aumento de la ansiedad y aumentando o disminuyendo la prueba de realidad en función de la estructura subyacente.

- b) Idealización primitiva: crea imágenes no realistas que refuerzan la tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos y totalmente malos, aumentando ilusoriamente su atributo positivo o negativo. Estas imágenes irreales, poderosas y totalmente buenas operan como una estructura protectora de la propia agresión y de la agresión proyectada en otros objetos peligrosos. Un claro ejemplo en la entrevista es cuando el entrevistador es visto por el paciente como una figura omnipotente y poderosa. Esta constituye a su vez, otra de las funciones del objeto ideal que al presentarse ante el sujeto habilita la identificación omnipotente debido al sentimiento de grandeza que lo protege contra la agresión y satisface sus necesidades narcisistas.

La idealización primitiva tiene efectos negativos para el desarrollo del ideal del yo y del superyó. Por último, puede ser considerada como precursora de otras formas de idealización.

- c) Formaciones tempranas de proyección, en especial la identificación proyectiva: La proyección es un mecanismo de defensa muy frecuente en los pacientes límite. Tiene como objetivo principal externalizar las imágenes agresivas y malas del sí mismo y los objetos. Esta externalización crea la aparición de objetos peligrosos y vengativos de los que el sujeto busca protegerse.

A pesar que el paciente límite puede diferenciarse de los objetos, la intensidad de las proyecciones debilita aún más sus límites yoicos produciéndose así una identificación con el objeto en el cual proyectó su agresión. Pues entonces, este objeto se vuelve amenazante para el sujeto y el temor a la propia agresión proyectada incrementa. Ergo, necesitan controlar al objeto para evitar ser atacado por éste.

En contraposición con lo que ocurre con los altos niveles de proyección, donde se le atribuye a otra persona el impulso que se ha reprimido en sí mismo. Cuando el paciente acusa al entrevistador de tener cierta reacción hacia él en la entrevista diagnóstica, refleja un claro ejemplo del empleo del mecanismo de la proyección.

- d) **Negación:** Existen fuertes tendencias a la negación en los pacientes borderline. Se manifiesta comúnmente cuando el paciente a pesar de ser conciente de haber experimentado pensamientos, sentimientos y percepciones respecto sí mismo y de los demás en determinado momento, estos son completamente opuestos a los que tuvo en distintas ocasiones y a pesar de recordarlos es incapaz de ligar ambos estados emocionalmente. Es decir que el paciente reconoce intelectualmente el recuerdo pero estos son incapaces de modificar su estado actual. La negación refuerza el mecanismo de escisión.
También, puede manifestarse como una falta de interés respecto a un conflicto, necesidad o peligro serio en la vida del paciente. De modo que la persona se muestra indiferente o insensible ante la situación, negando sus implicancias emocionales.
- e) **Omnipotencia y desvalorización:** La presencia de estos dos mecanismos revelan la utilización defensiva de las introyecciones e identificaciones primitivas.
En estos mecanismos los pacientes oscilan entre la necesidad de establecer una relación con un objeto "mágico" idealizado y los sentimientos fantasiosos de su propia omnipotencia.
En ambos casos se produce una identificación con un objeto idealizado completamente bueno y poderoso, con el objetivo de ser protegido de aquellos objetos persecutorios. La persona u objeto idealizado es tratado como una extensión del sí-mismo de modo que si ya no le proporciona ningún tipo de gratificación o protección es abandonado. Es aquí donde podemos observar la desvalorización de los objetos externos como una de las consecuencias de la omnipotencia. Sin embargo, existen otras razones que dan lugar a la desvalorización como las destrucciones vengativas del objeto que frustró las necesidades de paciente. La destrucción de los objetos significativos acarrea consecuencias perjudiciales para el paciente en sus relaciones objetales internalizadas y sobre las estructuras que intervienen en la formación del superyó.

2.2.3. Labilidad yoica

Los pacientes límite presentan un yo débil debido a la predominancia de los mecanismos de defensa primitivos. Esta característica según Kernberg (1987) constituye un aspecto "específico" de labilidad yoica. Teniendo en cuenta lo que se ha desarrollado previamente sobre los mecanismos de defensa podemos concluir que la disposición de separación de los estados yoicos en las estructuras límite perjudica los procesos de integración necesarios para alcanzar una identidad yoica estable.

La labilidad yoica también puede ser evaluada en el grado de control de los impulsos, la tolerancia a la ansiedad, en los canales de sublimación desarrollados más allá de su propio interés inmediato. Estos constituyen según Kernberg (1987), aspectos "inespecíficos" de labilidad yoica que pasará a desarrollar a continuación.

En primer lugar, un aspecto inespecífico de labilidad yoica es la falta de tolerancia a la ansiedad. En este caso no es el grado de ansiedad lo que se debe tener en cuenta, sino la manera en la que reacciona el yo a una ansiedad mayor a la que se experimenta habitualmente. En aquellos pacientes que la ansiedad se manifiesta de manera crónica, esta característica deberá ser evaluada durante varias semanas.

En segundo lugar, la falta de control de impulsos constituye otro aspecto inespecífico de labilidad yoica que debe ser diferenciada entre la falta de control de impulsos específico, inespecífico y individualizada. Las conductas impulsivas son un claro ejemplo de la falta de control de impulsos. En la falta de control de impulsos inespecífica se presenta como una impulsividad impredecible producto del incremento de la ansiedad. Por el contrario, la falta de control de impulsos de carácter específico se encuentra en sintonía con el yo. Además, se repiten en numerosas ocasiones las conductas impulsivas pero no existe un contacto emocional entre la vivencia del paciente y el área involucrada. Por consiguiente, se podría decir que el mecanismo de la negación mantiene esta vivencia disociada.

Para finalizar, el desarrollo insuficiente de los canales de sublimación constituye el tercer aspecto inespecífico de labilidad yoica. Para evaluar este aspecto se debe tomar en consideración las capacidades del paciente en relación a sus logros y el ambiente del sujeto ya que existen ciertas condiciones que estimulan o impiden el desarrollo de la misma. Por lo tanto, la ausencia de la capacidad de sublimación es un indicio fundamental de labilidad yoica.

2.2.4. Desviación hacia el pensamiento de proceso primario

Examinar el estado mental de los pacientes límite en la práctica clínica presenta dificultades para detectar una alteración formal de sus procesos de pensamiento. Es por ello que resulta necesario emplear tests proyectivos. Éstos se convirtieron en un instrumento indispensable para el diagnóstico de la personalidad fronteriza ya que demostraron ser eficaces a la hora de detectar el indicador más importante de la organización fronteriza: las regresiones al pensamiento de proceso primario.

2.3. Carencia de una identidad integrada

Clínicamente conocida como síndrome de difusión de identidad, consiste en un concepto pobremente integrado del sí mismo y de otros significantes. “Se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa, y percepciones huecas, insípidas, y empobrecidas de los demás” (Kernberg, 1987, página 9).

En contraste con las estructuras neuróticas, en donde las imágenes del sí mismo ('buenas' y 'malas') han sido integradas en un sí mismo comprensivo y donde las imágenes 'buenas' y 'malas' de los otros pueden integrarse en conceptos comprensivos de los demás, en la organización límite de la personalidad dicha integración falla y tanto las representaciones del sí mismo como de los objetos permanecen como representaciones afectivo-cognoscitivas del sí mismo y de los otros múltiples y contradictorias (Kernberg, 1987, página 10).

Esta falta de integración de los aspectos “buenos” y “malos” es consecuencia de la agresión temprana de estos pacientes. Por lo tanto, en los pacientes límites existe una disociación de las representaciones “buenas” y “malas” del sí mismo y de los objetos. Ergo, la integración de la identidad incluye no solo el grado de integración del sí-mismo y de sus objetos significativos, sino también la continuidad temporal que tienen los pacientes sobre los demás y sobre sí mismo.

El sentimiento de ser uno mismo, es decir, la ilusión de tener una identidad no debe darse por sentado ya que esta no se encuentra desde el principio. En un primer momento se produce una fusión y confusión con el objeto donde el objeto y el no objeto, es decir, el yo y el no-yo no se encuentran diferenciados.

En las patologías graves, en contraste, no se conforma el sí-mismo y es por ello que estas personas tienen la sensación que en cualquier momento dejarán de ser, perdiendo su identidad y es a través de la presencia real del otro que corroboran el sentimiento de existencia y continuidad en el tiempo. Muchas veces logran la presencia del otro a cualquier precio. Las conductas manipulativas ejercidas por estos pacientes constituyen un claro ejemplo.

Pero aún cuando el sí-mismo y el no-sí mismo se encuentran diferenciados como ocurre en el caso de los pacientes borderline, existe una incapacidad de articular las cargas libidinales y agresivas respecto un mismo objeto. Wapner (2006) sostiene que esta falla se produce por un predominio de la agresión pregenital que impide que la libido las neutralice y como consecuencia se mantienen escindidas. El hecho que no se produzca la integración de las propias contradicciones pulsionales, es decir de los aspectos buenos y malos, impide la formación de un sí mismo integrado y el establecimiento de la constancia objetiva. Esto deriva en la incapacidad que tienen los pacientes borderline de establecer relaciones objetales totales. Por lo tanto, no se integra el sí-mismo como una unidad capaz de tolerar la ambivalencia de sus propias contradicciones pulsionales y aspectos buenos y malos. Como consecuencia, no se constituye el objeto como algo constante. Es por ello que podemos decir que la calidad de las relaciones objetales del paciente depende del grado de integración de su identidad y de la continuidad temporal que tienen sobre sí-mismo y los demás (Kernberg, 1987).

La calidad de sus relaciones objetales se encuentran contaminadas por sus agresiones genitales y pregenitales, lo cual deriva en percepciones poco realistas de los demás. Las dificultades encontradas en la interacción con los demás significantes brinda información para evaluar la calidad de sus relaciones objetales. Se obtiene evidencia de la difusión de la identidad cuando en la entrevista diagnóstica el paciente se muestra incapaz de transmitir relaciones significativas y por otra parte, el entrevistador es incapaz de percibir en las mismas una concepción del sí mismo y de otros significantes del paciente. La descripción de los otros significantes es altamente contradictoria lo cual produce cambios repentinos de estados emocionales que provocan conductas contradictorias. De modo que, la entrevista estructural constituye una herramienta diagnóstica que permite obtener conocimiento del grado de integración del sí-mismo y de la percepción de los objetos (Kernberg, 1987, página 10).

A lo largo de sus obras Kernberg nunca deja de lado que existe un aspecto constitucional pero sin olvidar el rol del objeto primario. Según dicho autor, al no poderse integrar la corriente libidinal con la agresiva se produce una difusión de la identidad y una falla en la constancia objetal. Es decir que el déficit en la constitución del sí-mismo no es un dato primario, sino que es una consecuencia final de un desarrollo complejo cuya base es constitucional. Por lo tanto, para Kernberg el déficit del sí-mismo es un punto de llegada que comienza por una falta de integración (Wapner, 2006). En tal sentido, la integración del sí-mismo no es algo dado sino que se construye en la interacción. Según Mead (1968) uno no se experimenta a sí mismo de forma directa sino que lo hace indirectamente a través de la perspectiva de los demás. En el proceso de interacción social el cuidador le atribuye significado a los gestos del bebé, esto permite que el bebé discrimine progresivamente sus estados internos a través de la mirada de un otro. Se obtiene evidencia de la constitución del sí-mismo cuando el sujeto es capaz de pensarse como objeto de su propia conciencia y asumir el rol de los otros respondiéndose desde la perspectiva de estos. A esta capacidad la denomina conciencia reflexiva. En la socialización primaria el niño se identifica con los otros significantes de distintas formas. El niño acepta los roles y actitudes de los otros significantes, los internaliza y se apropia de ellos. La adjudicación de roles será el resultado de la interacción social (Anzieu & Martin, 1971). El niño refleja las actitudes que los otros significantes previamente tomaron con él. Esto forma parte de un proceso dialéctico entre la autoidentificación y la identificación que hacen los otros, y entre la identidad objetivamente atribuida y la identidad que es subjetivamente asumida. "La identidad se define como la ubicación en un mundo determinado y puede asumírsela subjetivamente solo con ese mundo" (Berger y Luckman, 1986). Es decir, el niño se aprende lo que es por como lo llaman. Esto tiene que ser subjetivamente asumido por el niño. El sujeto se apropia de la identidad y el mundo social a través de procesos de internalización proporcionados por los otros significantes. Ergo, "El grupo se vuelve imprescindible como sostén de la identidad" (Anzieu y Martin, 1971). En consecuencia, no puede pensarse al sujeto de forma aislada ya que éste forma parte de un contexto social que ejerce influencia en él, y éste a su vez es modificado por el sujeto. De modo que, el proceso de advenimiento del sí mismo debe pensarse como un proceso dinámico entre el sujeto y sus relaciones interpersonales significativas.

Capítulo III: Dificultades en las interacciones interpersonales

3.1. Conductas autodestructivas e impulsivas

Las conductas impulsivas se presentan de formas muy diversas en el TLP de las cuales las conductas autodestructivas y el consumo de drogas son las más peligrosas. Constituyen la razón más frecuente por la que estos pacientes llegan a los centros de urgencia y comienzan su respectivo tratamiento. Aunque estas conductas no impliquen el suicidio consumado, resultan muy peligrosas ya que pueden afectar la salud del paciente. Resulta necesario diferenciar las autoagresiones de los intentos de suicidio debido al hecho que no todas las personas que se autoagreden presentan pensamientos suicidas. Las personas que presentan estas conductas realizan un gran esfuerzo por evitar estos pensamientos y se sienten verdaderamente agotados e incapaces de predecir los pensamientos que sus mentes producirán (Aguirre & Galen, 2013).

3.1.1. Consecuencias de dichas conductas en el paciente que las ejecuta

Las conductas autolesivas y suicidas características del TLP alarman a la familia del paciente y al clínico. Éstas suelen ser los motivos principales por el cual estos pacientes acuden a los servicios de urgencia. Por el contrario, estas conductas preocupan poco al paciente que suele presentar ideación suicida desde una edad temprana. Asimismo, utiliza las autolesiones para regular sus estados emocionales aversivos. Las consecuencias de la presencia de estas conductas en muchos casos resultan desastrosas ya que pueden provocar la muerte del sujeto que las ejecuta, el aislamiento social de estos y la sobrecarga de los familiares en el intento por controlarlas (Guía, 2012, página 52).

La ideación suicida y las autolesiones pueden deberse a diversos motivos. Tales como llamar la atención, liberarse del sufrimiento emocional al concentrarse en el dolor físico, sentir que controlan el sufrimiento, autocastigo, expresar su enojo a otros, sentirse reales, comunicar su sufrimiento emocional y pedir ayuda, hacer visible el dolor o para acabar con su vida. Las autolesiones pueden planearse con anticipación o pueden realizarse impulsivamente consciente o inconscientemente. Generalmente son conscientes de las razones para autolastimarse, sin embargo, la comprensión de estas razones no permite la disminución o desaparición de estas conductas que a menudo se tornan adictivas. Las personas que se cortan pueden no sentir dolor mientras lo realizan. Muchas solo lo hacen en zonas del cuerpo que pueden ser fácilmente escondidas por la ropa, mientras que otras personas no esconden sus heridas ya que éstas son una manera de pedir ayuda o de transitar el sufrimiento abrumador. Autolastimarse libera opiáceos del cuerpo, más conocidos como endorfinas beta. Este químico genera un sentimiento de bienestar general. Las automutilaciones (sin intento de suicidio) incluye: cortes, quemaduras, romperse huesos, golpes de cabeza, penetración de agujas, arrancarte pelo y costras, entre otras. (Kreger & Manson, 2010; Wapner, 2006; Aguirre & Galen, 2010). Las autoagresiones pueden ser clasificadas en diferentes subtipos en una escala que vaya desde leve (que implica un nivel de severidad y frecuencia bajo) a moderado severo (que implica frecuentes autolesiones que a menudo derivan en necesidad de atención médica) (Aguirre & Galen, 2013).

El riesgo en el TLP es crónico, pero las situaciones de crisis constituyen un riesgo agudo ya que aumentan las conductas de riesgo (Guía, 2012).

Los pacientes borderline son perturbados por imágenes contradictorias del sí-mismo que no son capaces de integrar. Los pacientes con frecuencia relatan tener sentimientos de no ser ellos mismos, lo cual provoca sentimientos de vacío. A su vez, declaran sentirse diferentes personas dependiendo con quienes se encuentren y aburridos cuando se encuentran solos, y dependientes de los demás que les proveen un modelo de cómo tienen que ser, comportarse y pensar. Es por ello que dicho sentimiento de vacío y caos interior vuelve a los pacientes borderline dependientes de las señales que les proveen los otros sobre cómo comportarse, cómo deben pensar y cómo deben ser, mientras que estar solos los deja con un sentimiento de "no ser". Esto explica los esfuerzos y conductas impulsivas característica de estos pacientes para evitar estar solos, así como también sus descripciones de pánico, disociación y conductas para evitar el aburrimiento. En la mayoría de los casos las conductas de los pacientes con TLP no son

intencionalmente manipulativas. Este tipo de conductas puede ser visto como intentos desesperados para aclamar el sufrimiento o para satisfacer sus necesidades sin intención de lastimar a los otros (Kreger & Manson, 2010).

A continuación se exponen los factores de riesgo de suicidio consumado en el TLP (Valerde, 2012):

- Historia previa de intentos de suicidio (principal factor predictivo de suicidio consumado).
- No tener pareja, estar sin trabajo y encontrarse aislado emocionalmente.
- Historia de abuso sexual
- Nivel educativo elevado
- Mayor gravedad del trastorno
- Comorbilidad con el abuso de sustancias y con episodio depresivo mayor.

Las autolesiones resultan muy peligrosas para el sujeto que las lleva a cabo, es por ello que es importante la detección de las mismas por el equipo de salud ya que la vida del paciente puede encontrarse en riesgo. Para ello, existen instrumentos de valoración del riesgo de suicidio y autolesiones. Tal como las escalas de suicidio y autolesión en entrevistas como Self- Injerious thoughts and behaviors Interview (SITBI), y la Suicide attempt self- injury interview (SASII). Ambas escalas valoran pensamientos y conductas suicidas y autolesivas incluyendo la frecuencia, el método, el grado de planificación, atribución de causas, propósito, facilitadores y probabilidad de reincidencias. Por último, la funcional assessment of self-mutilation (FASM). Esta es la entrevista más breve en comparación a las mencionadas anteriormente, esto puede deberse al hecho que su evaluación está limitada a las autolesiones no suicidas.

Por otra parte, existen escalas que han sido estudiadas para la conducta suicida en general, es decir, por fuera del TLP. Entre ellas, la Escala de ideación suicida (SSI), Suicidal Behaviors questionnaire (SBQ), y Beck suicidal ideation scale (BSIS) (Valerde, 2012; Fundación Foro).

3.1.2. Afeción de familiares y allegados

Las personas con TLP perciben al mundo como un lugar peligroso, por ende, desarrollan un estado de alerta permanente. A su vez, se sienten vulnerables e impotentes. En consecuencia, oscilan entre un estado de dependencia y autonomía permanente. De aquí el rechazo y la dependencia hacia los otros. Estas ideas contradictorias confunden a la familia y allegados del paciente, quienes a menudo no logran anticipar y controlar estas conductas. Frecuentemente son interpretadas como personales, lo cual se ven atrapados por sentimientos de culpa, ira, aislamiento, abatimiento, desesperación, angustia, negación y confusión. Es entonces cuando en su intento por resolver la situación emplean estrategias que a menudo son desfavorables y terminan reforzando las conductas riesgosas del paciente. Es común escuchar a las familias decir que cualquier cosa que realizan para intentar conseguir una mejoría del paciente no funciona. Este círculo vicioso acrecienta los sentimientos de soledad y desesperación que suele verse en la urgencia (Gagliesi, et al., 2004).

Las reacciones más frecuentes de los familiares y relaciones significativas del paciente son (Gagliesi, et al., 2004, página 31):

- Ira
- Aislamiento
- Negación
- Enojo
- Depresión
- Angustia
- Culpa
- Desesperanza, sensación de estar atrapado
- Dependencia mutua
- Adopción de hábitos poco saludables
- Adopción de pensamientos propios del trastorno
- Afeción de la autoestima

Las intervenciones familiares de pacientes con TLP suelen iniciarse en períodos de crisis, período en que la familia requiere orientación y directrices. Las preocupaciones más frecuentes en los familiares suelen ser el temor al suicidio, el manejo de las relaciones coléricas, las conductas impulsivas y los problemas de comunicación.

Se debe proveer al paciente y a su familia de psicoeducación sobre el trastorno y su respectivo tratamiento para que estos intervengan de forma activa en el tratamiento. A su vez, se les debe brindar información respecto a los síntomas y conductas característicos del trastorno, la vulnerabilidad del paciente al estrés y la forma de abordar las conductas. Se tiene como objetivo la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales del trastorno para fortalecer las relaciones del sujeto con su entorno. Se obtiene evidencia de los efectos psicosociales a través de los problemas emocionales, familiares, económicos, laborales, sociales y académicos que estos pacientes suelen tener. Se debe ayudar al paciente a hacer frente a su entorno y en sus relaciones interpersonales específicamente. "El debilitamiento de los vínculos familiares, la fragmentación de los lazos interpersonales terminan por acarrear un riesgo para la salud física y mental, y menoscaban la capacidad de afrontamiento frente a la crisis" (Muchnik, Seidmann, 1998, página 26).

La crisis no es mala per se ya que posibilita la búsqueda de transformaciones. A su vez, existen factores que obstaculizan el cambio tal como el hábito, la conducta no reflexiva y la falta de conocimiento experto respecto a una problemática específica (Muchnik, Seidmann, 1998).

La psicoeducación también tiene como objetivo identificar los factores que desencadenan o exacerban la crisis y promover modelos de acción para prevenir recaídas (Guía, 2011, página 59).

En las situaciones de crisis la psicoeducación es la intervención más recomendada mientras las terapias psicológicas y las psicosociales forman parte del manejo general del TLP (Guía, 2011, página 225) La psicoeducación constituye "un instrumento útil, de uso habitual, eficiente y de fácil aplicación" (Guía, 2011).

Se consolidan los recursos y las habilidades que posee el paciente para hacer frente a las situaciones problemáticas para evitar recaídas y alcanza el mayor estado de bienestar posible. La psicoeducación también contribuye a evitar la estigmatización de los trastornos psiquiátricos facilitando el acceso a su respectivo tratamiento. Esta se basa en la participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad.

Resulta importante obtener información acerca de la frecuencia y calidad de las relaciones sociales que ha establecido el paciente a lo largo de toda su vida, así como de las relaciones significativas en el momento actual.

La evaluación de la estructura familiar y el patrón relacional es importante para establecer un plan terapéutico y poder detectar en el entorno familiar y social del paciente factores que puedan actuar como elementos de estrés o vulnerabilidad así como los que pueden actuar como factores de protección (Guía , página 61, 2011).

Es decir, que la red social constituye un recurso humano significativo per se y a su vez una fuente generadora de recursos (Muchnik & Seidmann, 1998).

3.2. Red Social

Es frecuente la afección de grupo primario y secundario del paciente debido a la calidad de las interacciones interpersonales que estos tienden a establecer. Cooley (tal como se cita en Seidmann, 1989) describe al grupo primario como aquel en el que sus miembros desarrollan una relación espontánea, cara a cara, que les brinda una primera experiencia social y emocional intensa. Se los denomina primarios porque son los agentes que introducen al sujeto en la cultura de una sociedad, donde incorpora los significados sociales básicos que componen la identidad. El grupo primario por excelencia es la familia y el grupo de pares o amigos.

Deben explorarse las características de la vida social e interpersonal del paciente a través de una evaluación de su “red social personal”. Éste concepto fue desarrollado por Carlos Sluzki (1966) para dar cuenta de aquellas relaciones que el sujeto considera significativas.

La “Red social personal” o “Red social significativa” constituye un nivel intermedio de la estructura social. Este nivel constituye un eslabón determinante para comprender los procesos de integración psicosocial, desarrollo de la identidad, promoción del bienestar y consolidación del cambio (Sluzki, 1966).

La red social personal, es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona y contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí. La red social personal puede ser registrada como mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona (Sluzki, 1996).

La red social personal incluye a todos los individuos con los que relaciona una persona. Puede ser representada en cuatro cuadrantes según Sluzki (1966): familia, amistades, relaciones laborales o escolares y relaciones comunitarias o de servicio. A su vez, sobre los cuatro cuadrantes se discriminan tres niveles de intimidad y compromiso. El círculo interno estará conformado por aquellas personas con las que el paciente mantenga una relación íntima (tales como familiares y amigos cercanos), en el círculo intermedio de relaciones personales se ubicarán a aquellos sujetos con los que el paciente mantenga un menos grado de compromiso (como por ejemplo, relaciones sociales o profesionales que se establecen personalmente pero sin intimidad, familiares con los que no mantiene una relación cotidiana y amistades sociales). Por último, en el círculo externo se ubicarán aquellas personas con las que el paciente mantenga una relación ocasional.

El conjunto de individuos ubicados en los cuatro cuadrantes y en los tres niveles de intimidad, constituyen la red social del sujeto.

A su vez, la red puede ser evaluada en función de sus características estructurales, las funciones de los vínculos y los atributos de cada vínculo. La exploración de la red social personal constituye un fin terapéutico ya que el trazado de la misma permite identificar a los sujetos que formarán parte del tratamiento y aquellas redes que deberán modificarse ante situaciones de crisis y/o desactivarse si se lo considera necesario. Del mismo modo, el trazado de la red no solo enriquece el trabajo terapéutico, sino que también los procesos de evaluación y admisión.

3.2.1. Características estructurales de la red social

El tamaño, la densidad, la composición, la dispersión, la homogeneidad y heterogeneidad, los atributos de vínculos específicos y el tipo de funciones constituyen las características estructurales de la red social personal. El tamaño dará cuenta del número de personas de la red. Las redes numerosas corren el riesgo de la inacción, es decir, dar por supuesto que alguien más se ocupará del problema. Por otro lado las redes mínimas son menos eficaces ya que sus miembros suelen sobrecargarse durante períodos de crisis y tensión. La densidad constituye la segunda característica estructural de la red, estará dada por la conexión existente entre los miembros de la red independientemente del sujeto identificado. La composición dará cuenta de la distribución de los miembros en los cuatro cuadrantes, es decir, qué proporción en relación al total posee cada cuadrante. La dispersión evalúa la distancia geográfica entre los miembros. Otra característica estructural estará dada por la homogeneidad o heterogeneidad demográfica y sociocultural de los integrantes de la red.

Los atributos de vínculos específicos también constituyen otra característica estructural, tal como la intensidad u compromiso de la relación, la historia en común y el tiempo de mantenimiento de la misma.

Por último, el tipo de función que cumple cada vínculo y la red en su conjunto constituye una característica estructural fundamental.

3.2.2. Funciones de la red social

Cada vínculo de la red cumplirá un rol distinto. Los tipos de relaciones interpersonales determinan las funciones de la red. La red encarna las siguientes funciones (Sluzki, 1966):

- Apoyo emocional: interacciones con actitudes emocionales positivas, empáticas, simpáticas de estímulo y apoyo. Esta función es típica de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas.
- Guía cognitiva y consejos: establecer relaciones con el objeto de compartir opiniones, información, comunicar expectativas y proveer modelos de rol.
- Compañía social: llevar a cabo actitudes de forma conjunta o simplemente el estar juntos.
- Regulación social: interacciones que neutralizan las desviaciones del comportamiento que se apartan de las expectativas culturales reafirmando las responsabilidades y roles dentro de una sociedad. Esta favorece la resolución de conflictos.
- Ayuda material y de servicios: apoyo físico o de conocimiento experto sobre temas específicos. Por lo tanto, los terapeutas quedan incluidos dentro de la red de los pacientes psiquiátricos.
- Acceso a nuevos contactos: establecimiento de nuevas relaciones que se incorporan a la red social del individuo.

Las funciones de los vínculos se establecen en reiterados encuentros una vez que se ha sobrevivido al paso del tiempo, son consideradas exitosas. Hay relaciones que cumplen más de una función y ciertos eventos específicos pueden transformarlos en recuerdos o nuevos vínculos. Las relaciones íntimas suelen cumplir simultáneamente numerosas funciones.

3.2.3. Atributos de cada vínculo

Asimismo, según Sluzki (1966) cada vínculo puede ser evaluado en términos de sus atributos, a saber:

- Las funciones prevalentes identifica que función o funciones caracterizan al vínculo.
- La multidimensionalidad o versatilidad, es decir, cuantas funciones cumple un determinado vínculo y en caso contrario se indica la falta de variabilidad en la función del vínculo.
- La reciprocidad, evalúa si la función o funciones que cumple un vínculo es mutuo. Dará cuenta de la asimetría o simetría del mismo.
- La intensidad, evalúa el compromiso de la relación así como también el grado de continuidad.
- La frecuencia del contacto da cuenta de la constancia del vínculo.
- Historia de la relación, este atributo dará cuenta del período de tiempo en que el vínculo se ha formado y al experiencia previa a que se forme el mismo.

3.2.4. Estrategias que promueven la integración social de pacientes con TLP

Las intervenciones comunitarias dirigidas a personas con trastorno mental grave y crónico han permitido que estos pacientes se inserten con mayor éxito en la sociedad. El tratamiento asertivo comunitario (TAC) y el Acompañamiento terapéutico (AT) son dos modelos psicosociales que vienen siendo empleados en los últimos treinta años en el campo social comunitario con pacientes con TLP.

El TAC es un programa terapéutico conformado por un equipo multidisciplinar que lleva a cabo un tratamiento y rehabilitación integral en la comunidad. Brinda servicios de apoyo para ayudar a las personas

con trastornos mentales graves y crónicos y a sus familiares con el objetivo de evitar la hospitalización psiquiátrica y que estos tengan la posibilidad de vivir de forma autónoma en la comunidad. Esta práctica terapéutica ha sido validada por numerosos estudios de carácter científico. Las características principales del TAC han sido sintetizadas de la siguiente manera:

- 1) Los equipos de TAC, tal como lo indica su nombre, son fundamentalmente asertivos. Es decir, su objetivo principal es lograr la participación activa del sujeto en su tratamiento.
- 2) Estos equipos son multidisciplinarios (incluye profesionales sanitarios y sociales). Debe abordar diversos aspectos tal como la administración de la medicación, la conciencia de enfermedad, entre otras.
- 3) Todos los miembros del equipo cooperan en la intervención de todos los usuarios. La proporción de usuarios por profesional debe ser bajo. Con un máximo de diez usuarios por profesional.
- 4) Las intervenciones se realizan en la comunidad (siendo esta su característica distintiva).
- 5) Trabaja con el desarrollo de habilidades y actividades para la vida cotidiana, necesarias para vivir en la comunidad.
- 6) A diferencia de otros servicios, el TAC se caracteriza por el rápido acceso que tienen los usuarios con una disponibilidad de 24 hs diarias los siete días semanales (lo cual aumenta su flexibilidad).
- 7) Su servicio es individual, ergo, su plan de intervención estará adaptado a las capacidades y necesidades de cada usuario.
- 8) El período de duración del mismo estará supeditado a la situación particular de cada sujeto.
- 9) Por último, se trabaja con las familias a través de la psicoeducación y brindando apoyo cuando se lo considere necesario.

Asimismo, el Acompañamiento terapéutico (AT) es un dispositivo clínico que centra su intervención en la relación y el vínculo con el paciente, y su Red social personal. García y Ramírez (1995), (tal como se sita en Chévez Mandelstein & Saiz Galdós, 2009) lo consideran un dispositivo clínico instrumentado dentro de la teoría de las redes sociales que expande el terreno de la clínica a los espacios íntimos del paciente. El AT puede definirse como un dispositivo flexible que “ (...) desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios (...) promoviendo la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, (...) (Chévez Mandelstein & Saiz Galdós, 2009). El dispositivo de AT construye en la vida diaria del paciente, una red artificial temporal que tendrá la función de sostener el encuadre terapéutico fuera de los espacios terapéuticos propiamente dichos. Tal como sostiene Chévez Mandelstein & Saiz Galdós (2009) éste cumplirá la función de andamiaje de los pacientes en el ámbito de la vida cotidiana. El AT es una intervención, no es un tratamiento per se. Este será una estrategia que forma parte de un tratamiento.

Será la función del trabajador social evaluar la red social del paciente y eliminar los obstáculos que impiden que se desarrolle el tratamiento en la vida cotidiana del paciente. Mientras que el AT trabajará en la red. En consecuencia, podemos decir que el AT es un dispositivo a desplegar en la vida cotidiana del paciente con el objeto de articular el tratamiento con el ámbito social comunitario.

De la articulación teórica y práctica de los dos modelos anteriores surge el Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC). Este recurso está integrado por un equipo multidisciplinar, creado con el fin de facilitar el mantenimiento en el domicilio y en la comunidad de las personas con enfermedades mentales crónicas que presentan dificultades en la integración social. Los objetivos generales del EASC son:

- 1) Apoyar el desarrollo de los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados del Centro de Salud Mental.
- 2) Facilitar la vinculación regular del usuario con el Servicio de Salud Mental con recursos comunitarios y específicos de atención social que mejoren la vida de los mismos.
- 3) Apoyar el mantenimiento del sujeto en su propio domicilio, entorno familiar y sociocomunitario en las mejores condiciones posibles. Así como evitar situaciones de marginación y abandono.
- 4) Brindar apoyo a las familias con el objeto de aliviar las situaciones de sobrecarga. Ergo, se desarrollan capacidades de autonomía personal, social y manejo comunitario.

Los EASC diseñan un Plan de Atención Social Comunitaria ajustado a las características y necesidades de cada paciente para alcanzar los objetivos previamente explicitados. Para ello, se interviene en tres áreas. A saber:

- El domicilio: se fomentan habilidades que faciliten el autocuidado, la autonomía personal, las relaciones familiares y se implementa la psicoeducación.
- La familia: se asesora a las mismas brindándoles información y apoyo para resolver aquellos problemas que obstaculizan la convivencia y sobrecarga de los mismos. Se tiene como objetivo mejorar la vinculación y fomentar la participación activa de los mismos en el tratamiento a través del uso de recursos comunitarios.
- El medio comunitario: se le provee información al paciente de los recursos comunitarios con los que cuenta y del uso de los mismos. Así como también la recuperación de las habilidades previamente adquiridas.
- Vinculación con la red: se trabaja en el apoyo y uso de la misma.

Las estrategias de intervención dependen de cada caso pero se basan principalmente en la psicoeducación y en el entrenamiento de las habilidades sociales. Es importante el período de desvinculación con estos servicios de apoyo para evitar la dependencia de los mismos y lograr la permanencia de las habilidades alcanzadas durante el mismo. De aquí, la importancia de que el paciente haya logrado establecer diferentes vínculos en su propio contexto social ya que estos reemplazarán los establecidos con el EASC. El EASC son recursos diseñados desde una perspectiva comunitaria que ofrece un tratamiento integral junto con la posibilidad de establecer vínculos y una red social que les permita a los sujetos con trastornos mentales graves y crónicos vivir en la sociedad de la manera más adaptativa posible.

Es fundamental resaltar la importancia del papel de la comunidad en el tratamiento de las enfermedades mentales ya que el desarrollo de habilidades sociales del paciente y el combate del prejuicio hacia estos, en muchas ocasiones dificultan su integración social. Es por ello, que implementar programas que incluyan a los agentes comunitarios próximos al sujeto facilita la reducción del aislamiento social de estos y un mejor manejo de las conductas de riesgo propias del trastorno (Chévez Mandelstein & Saiz Galdós, 2009).

Resulta de gran relevancia fomentar la intervención en la comunidad de los trastornos mentales, específicamente en el caso del TLP ya que hay que trabajar en la integración y continuidad de la identidad que sólo puede proporcionarle su grupo primario y sus relaciones significativas. En contraposición con los tratamientos hospitalarios que exponen a los sujetos a la despersonalización, que refuerza la angustia desbastadora y características patológicas de estos pacientes.

Capítulo IV: Conclusiones

La presente tesina permite dar cuenta de la complejidad del abordaje clínico y las dificultades terapéuticas del TLP evidenciadas en el alto número de suicidios y conductas de riesgo recurrentes de estos pacientes. Debido al hecho que del diagnóstico se desprende el tratamiento, y de éste depende el proceso salud-enfermedad y la calidad de vida del paciente, resulta de suma importancia la correcta elaboración del mismo, siendo éste uno de los problemas que invade el campo de la psiquiatría. Los manuales diagnósticos han sido el centro de una gran polémica en los últimos años por su validez, es por ello que la elección del diagnóstico estructural resulta más acertada ya que explora con mayor profundidad la estructura yoica del paciente. Por lo tanto, la profundidad en que los rasgos del carácter patológicos dominantes sean explorados dependerá del método diagnóstico que se escoja.

Las dificultades encontradas en el abordaje del trastorno límite de la personalidad se debe no solo al tipo de problemas que estos sujetos padecen, sino al hecho que dicho trastorno se sitúa sobre los aspectos centrales de la personalidad. Es decir, que las formas de pensar, sentir y relacionarse se verán comprometidas. Esta constituye una de sus características diferenciales en cuanto a otros trastornos mentales. Por lo tanto, el trastorno se verá reflejado en muchas áreas de la vida de estos pacientes presentando problemas principalmente en sus relaciones interpersonales.

En el área conductual uno de los síntomas más asociados al TLP son las conductas autolíticas que en muchos casos derivan en suicidio consumado. La presencia de estas conductas parecen estar relacionadas con la falta de soporte familiar, la inestabilidad emocional crónica, el incremento de la irritabilidad que acompañada por la impulsividad característica del trastorno produce un cambio en el comportamiento aumentando así, las conductas de riesgo. A su vez, existe una marcada tendencia a actuar sin tener en cuenta la consecuencia de sus actos. Es por ello que las conductas autodestructivas constituyen una característica central de las personalidades límite. Éstas suelen ser la razón principal por el cual estos pacientes acuden a los servicios de urgencia. Estas conductas pueden deberse a distintos motivos como querer llamar la atención y manipular el entorno, pedir ayuda, hacer visible el dolor ya que el dolor físico les resulta más tolerable que el psíquico, comunicar su sufrimiento emocional, sensación de control sobre el sufrimiento, para autocastigarse o acabar con su vida.

Las consecuencias de estas conductas en muchos casos resultan devastadoras ya que pueden provocar la muerte del sujeto que las ejecuta, el aislamiento social de estos y la sobrecarga de los familiares en el intento por controlarlas. Además, presentan un exagerado temor al abandono y una poca tolerancia a la frustración. Es por ello que oscilan entre un estado de dependencia y autonomía permanente. De aquí el rechazo y la dependencia hacia los otros. El miedo a ser abandonados les genera una angustia que amenaza su identidad y continuidad en el tiempo. Esto les provoca una sensación de vacío permanente que en su intento por calmarlo realizan conductas vistas como manipulativas por el entorno para evitar el abandono real o imaginario. Como consecuencia carecen de una red social de apoyo con la cual contar en el transcurso del tratamiento. Estas ideas contradictorias confunden a la familia y allegados del paciente, quienes a menudo no logran anticipar y controlar estas conductas frecuentemente interpretadas como personales. Éstos relatan sentir culpa, ira, desesperanza, dependencia mutua, aislamiento, abatimiento, desesperación, angustia, negación, afección del autoestima, adopción de pensamientos propios del trastorno, hábitos poco saludables y confusión. Es entonces cuando en su intento por resolver la situación emplean estrategias que a menudo son desfavorables y terminan reforzando las conductas riesgosas del paciente. Es fundamental que estos pacientes cuenten con una red que los valide y apoye, ya que será necesaria su presencia para reestructurar las relaciones y posibilitar el entrenamiento de habilidades con el objeto que el paciente alcance una mejor calidad de vida en la sociedad.

Estas conductas impulsivas y autodestructivas conforman rasgos de la personalidad de estos sujetos que impactan en él mismo y en su red social. Por consiguiente, presentan un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales. Incluso la relación terapéutica se verá perjudicada por los comportamientos propios del trastorno que en muchas ocasiones provocan fenómenos de contratransferencia difíciles de controlar por el profesional. El paciente borderline representa un desafío clínico para los profesionales de la salud mental ya que al ser una patología esencialmente vincular resulta complejo el establecimiento de un encuadre terapéutico. Además, la alta tasa de suicidios, el alto porcentaje de estos pacientes en los centros de salud mental, la falta de programas de tratamiento específicos junto con la insuficiencia

de estructuras, dan cuenta de la necesidad de seguir trabajando en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con TLP. A su vez, el riesgo constante de suicidio, las conductas autodestructivas tal como las automutilaciones, las dificultades interpersonales, su acentuado déficit de control de impulsos junto con las reiteradas reacciones de ira y la falta de conciencia de enfermedad que obstaculiza el cambio, reflejan la necesidad de trabajar interdisciplinariamente. Como profesionales del área de salud mental tenemos la responsabilidad ética y moral de crear un espacio interdisciplinario con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, en tanto estado de completo bienestar físico, social y mental.

Considero que la realización de este trabajo será útil ya que aporta información que servirá a la hora de elegir el método diagnóstico con el objetivo que se le otorgue la importancia que amerita el mismo. Se buscará evitar el abandono del paciente y de sus familiares brindando psicoeducación y apoyo constante durante el tratamiento que mejor se ajuste a las características de cada sujeto. Resulta fundamental destacar la importancia de lo psicoeducativo para prevenir recaídas ya que al no tener cura el éxito terapéutico reside en prevenir y evitar recaídas. Cuanto más estable esté el paciente por mayor período de tiempo, mayor será el éxito psicoterapéutico. La estabilidad es alcanzada a través de las relaciones interpersonales de la red social que en un primer momento el dispositivo terapéutico le arma al paciente que luego serán reemplazadas por los familiares y allegados del mismo. Se debe convocar, incluir y sobre todo responsabilizar a los familiares para que se involucren e impliquen en el tratamiento del paciente.

Se debe generar un espacio de confianza con estos pacientes para que en el seno de las sesiones el sujeto pueda ir articulando sus aspectos disociados. La labor clínica tendrá que integrar sus aspectos disgregados, que son reproducidos en cada acto impulsivo de su vida cotidiana. La interpretación debe hacerse en el aquí y ahora con estos pacientes que tienen el psiquismo con aspectos disgregados, nunca llevarlos a una regresión que pueda generar una descompensación psicótica. A su vez, se le debe clarificar los aspectos positivos y negativos. Es decir, cuando el paciente nos comunica que cosas le han generado ira, enojo, labilidad, vulnerabilidad se le debe presentar situaciones reales y concretas de la vida confrontando y clarificándole los aspectos disociados. Las interpretaciones nunca deben ser metainconcientes sino desde el presente. Ergo, no se debe buscar el sentido de una conducta patológica sino que se debe buscar el "para qué" y de este modo lograr que el paciente reaprenda frente a este psiquismo despersonalizado.

Asimismo, el analista tendrá que poder ser soporte de esta contratransferencia masiva, invasiva, disgregada y despersonalizada. De aquí la importancia del análisis personal y la necesidad de los espacios de supervisión, que como su palabra lo indica es la visión macro de un otro al que uno le supone un saber. No debemos olvidarnos que en estos espacios disgregados o fisuras psíquicas que tiene el paciente borderline van a aparecer todo tipo de fenómenos impulsivos, adicciones, bulimias y excesos como una forma de calmar la sensación de abandono y vulnerabilidad psíquica en la que viven cotidianamente que les genera la necesidad de fusionarse en un otro en la que el analista no queda exento. El paciente borderline va a perderse en esta transferencia y va a generar contratransferencialmente de los más diversos sentimientos en el analista, quien deberá tratarlos en los espacios de supervisión o terapia personal mencionados anteriormente. Se deberán tomar en cuenta los actos impulsivos, es decir, los pasajes al acto y se tendrá que llamar a una guardia o un sistema de emergencia. Por lo tanto, se debe tener un dispositivo de emergencia cuando se trabaja con estos pacientes ya que en la patología en cuestión los actos se encuentran en el lugar de la palabra y sobre todo nos encontramos con un riesgo cierto e inminente de acuerdo con la ley 26.657. Los pasajes al acto, las impulsividades, las drogas, los excesos, las patologías orgánicas, la promiscuidad que lleva a todo tipo de conductas de riesgo como la hepatitis, el HIV, la sífilis, entre otras; constituyen un claro ejemplo.

Por otra parte, es importante fomentar la intervención en la comunidad de los trastornos mentales, específicamente en el caso del TLP ya que hay que trabajar en la integración y continuidad de la identidad que sólo puede proporcionarle su grupo primario y sus relaciones significativas. En contraposición con las hospitalizaciones que refuerzan los sentimientos de despersonalización que caracteriza a estos pacientes que aumenta la angustia desintegradora y conductas de riesgo en el intento por calmarlas.

A nivel social se debe contar con un dispositivo familiar-social junto con el psicólogo, el psiquiatra y el asistente social en el cual el paciente pueda quedar cubierto frente a esta vulnerabilidad en la que se encuentra, es decir, frente a esta incapacidad que tienen de poder defenderse de sus propias pulsiones

ya que la peligrosidad para el paciente borderline se encuentra adentro a diferencia del neurótico que siente que la peligrosidad proviene del mundo externo y se defiende de ella con la represión. En el paciente borderline hay un predominio de pulsión de muerte. El analista se encontrará frente a la pulsión de muerte y deberá elaborarla contratransferencialmente.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre, B., Galen, G. (2013). Mindfulness for borderline personality disorder: relieve your suffering using the core skill of dialectical behavior therapy. 1° Edition. New Habinger Publications. Oakland, CA. EE.UU (traducción personal).
- Alcàzar, M., Verdejo, A., Bouso, J.y Bezos, L. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Revista neurológica* 2010; 50(5): 291-299. Disponible en la web: www.neurologia.com
- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed.TR). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual o Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA. (traducción personal).
- Anzieu, D. & Martin,J.Y. (1971). La dinámica de los grupos pequeños. Capítulo 1. Ed: Kapeluz, Bs.As.
- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed.). Barcelona: Masson.
- Belloch Fuster, A., Fernández Álvarez, H. (2002). Trastornos de la personalidad. Madrid, España. Editorial Síntesis.
- Bulbena, A. (2011). Exploración psiquiátrica. En J. Vallejo Ruiloba (7ª Ed). Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona, España: Elsevier.
- Berger, P., Luckman, T. (1968). La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Amorrortu.
- Chaslin Philippe. (2010). Primeras nociones sobre los trastornos mentales y su clasificación. En: Elementos de semiología y clínica mentales. (1ª Ed.): Buenos Aires: Polemos.
- Chévez Mandelstein, A.; Saiz Galdós, J. (2009). La intervención socio-comunitaria en sujetos con trastorno mental grave y crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas. Madrid. Intervención psicosocial. Vol. 18 N° 1. Madrid
- Díaz Rodríguez.A.C, Gonzalez sardoval, A.M,Minor Ferra.N, Moreno Almazam.O. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastorno de personalidad en adolescentes mexicanos. Revista electrónica de psicología Iztacala, Volumen 11 (No. 4 diciembre de 2008. Página 46.
- Echeburúa, E., Esbec, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V (Artículo especial). Actas Psiquiátricas, 39 (1): 1-11.
- Fernández Álvarez, H. (2002). Trastornos de la personalidad. Madrid, España. Editorial Síntesis.
- Fundación Foro para la Salud Mental. (2013). Manual de entrenamiento en habilidades. Fundación Foro para la salud mental. CABA.
- Gagliesi,P., Pechon, C., Boggiano, J,P., Teitelbaum, J., Fabris, V,H., Alfelbaum, S., Herman, L. (2004). Programa Psicoeducativo dirigido a personas con desorden límite de la personalidad, sus familiares y allegados. Disponible en la WEB: <http://www.trastornoborderline.com.ar/pdfs/desordenlimite.pdf>
- García, I., Santamarina,S., Huerta,M y Alonso,M. (2005). Topiramato en el tratamiento de la impulsividad en enfermos mentales ambulatorios. Servicio de psiquiatría. Hospital Valle del Nalón. Langro. Asturias.España.Gabinete de estudios. 12 (2): 46-51 24.

- García López, M; Pérez, M; Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [versión electrónica], v.30 (n.2), páginas: 263-278. Disponible en la WEB: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000200005&script=sci_arttext&tlng=pt
- Gonzales Guerrero.I, Robles Sanchez. J.I.(2005).Agresividad y delictología en el trastorno límite de la personalidad. Psicopatología Clínica, legal y forense. Vol. 5. Página 107-125.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
Disponible en la WEB:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf
- Gunderson, J. G. (2002). Trastorno Límite de la Personalidad. Guía clínica (Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide). Barcelona: Ars XXI de Comunicació.
- Henri Ey, Bernanrd, P., Brisset, C. (1978). Tratado de psiquiatría (8ª Ed.). Barcelona: Mansson, S.A.
- Kaplan, H. I., y Sadock, B. J. (2001). Trastorno de la personalidad. En Sinopsis de psiquiatría (8ª ed.) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kernberg, O. (1979). Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Nueva York: Paidós.
- Kernberg, Otto (1987). Trastornos graves de la personalidad. El manual moderno, S.A. de C.V. México, D.F.
- Koldobsky, N.M.S. (1995). Desordenes de la personalidad. En M.S. Richards (2ª Ed.). Introducción a la psiquiatría. Buenos aires: Salerno.
- Maggio, J.L. (2012). El Trastorno Límite de la Personalidad y la Bipolaridad. (1º Ed.). Buenos Aires: Editorial Salerno.
- Mason, J.L.(2012). Stop Walking on Eggshells. 2º Edition. New Harbinger Publications. Oakland, CA. EE. UU. (Traducción personal).
- Mead, G. (1968). Espíritu, persona, y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social. 1º ed. Buenos Aires, Editoriala Paidos.
- Muchnik, E., Seidmann, S. (1998). Aislamiento y soledad. Buenos Aires: Eudeba.
- Organización mundial de la salud (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10ª Ed.). Ginebra: Editorial Médica Panamericana.
- Pascual Mateos, J.C.(2008). Tratamiento del paciente con trastorno Límite de la personalidad en urgencias: efectividad de los antipsicóticos atípicos. Hospital de la Santa Creu. Universidad autónoma de Barcelona.
- Pérez, A (2011). Abordaje del Trastorno de la personalidad. En Fernández Alvarez (1ª Ed). Paisajes de la psicoterapia. Buenos Aires: Polemos.
- Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los Trastornos de Personalidad (Effective psychological treatments for personality disorders). Psichotema, 13(3), 303-405.
- Rodríguez Moya, L; Pelaez, C.J. (2013) Terapia familiar en los trastornos de la personalidad. Acción psicológica, vol. 10 (no.1 Madrid enero-junio 2013) página 1-5.

- Saiz Galdós, J.; Chévez Mandelstein, A. (2009). La intervención sociocomunitaria en sujetos con trastorno mental grave y crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas. Madrid. Intervención Psicosocial. Vol. 18. 1-11.
- Seidmann, S. (1998). Dinámica de los pequeños grupos. Ficha de cátedra. Universidad de Belgrano.
- Sluzki, Carlos. (1966). La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica. Editorial Granica. Barcelona.
- Stone, M. (1980). The Borderline Syndromes. New York: Mc Graw- Hill.
- Téllez, J., Taborda, L. y Burgos, C. (2003). Psicopatología clínica. Bogotá, Colombia: Nuevo Milenio Editores. http://www.robertexto.com/archivo/trast_pers_antisocial.htm
- Valerde, E. (2012). El comportamiento violento en el TLP. Tesina de master de Psicología clínica y de la salud. Disponible en la WEB :
<http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/El-Comportamiento-Violento-En-El-Trastorno-Limite-De-La-Personalidad.pdf>
- Wapner, J. (2006). Metaclínica de los bordes. Patologías límite y narcisista. Abordaje psicoanalítico. 1° ed. Buenos Aires. Editorial Letra Viva.

