

# CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

Vol. 5, número 2, 2005

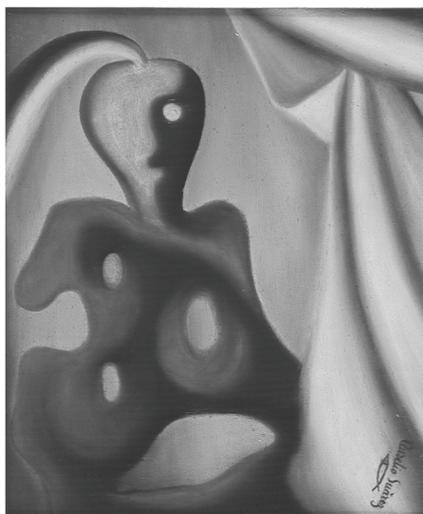


## ESTADOS LÍMITE

Pedro Marina González  
(Compilador)

# CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 5, número 2, 2005



## **ESTADOS LÍMITE**

Pedro Marina González  
(Compilador)

Fundada en 2001

Director: Víctor Aparicio Basauri

Subdirector: José Filgueira Lois

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, Ignacio López Fernández y Juan José Martínez Jambrina.

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)  
Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web [www.aen.es](http://www.aen.es) de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: "Puramente cerebral". Reproducción de un óleo de Aurelio Suárez expuesto en el Museo de Bellas Artes de Oviedo, que autoriza su reproducción.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 750

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

Periodicidad: Semestral

**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria** colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

# CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

## SUMARIO

Vol. 5 - Núm. 2 - 2005

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	93
<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>	
<b>Personalidad fronteriza, límite o “borderline”: características etiopatogénicas, diagnósticas y evolutivas</b> <i>V. Rodríguez Melón</i> .....	95
<b>La intervención grupal en los cuadros límite</b> <i>N. Caparrós Sánchez</i> .....	109
<b>Trastorno límite: el largo viaje del diván al Boletín Oficial del Estado</b> <i>G. Rendueles Olmedo</i> .....	121
<b>Terapia icónica en inestabilidad emocional. Estudio preliminar</b> <i>S. Santiago López y colaboradores</i> .....	151
<b>Inserción laboral de personas con trastorno límite de personalidad (TLD)</b> <i>N. Castán Ballarín</i> .....	165
<b>INFORMES</b>	
<b>Convención de Bangkok</b> .....	178
<b>IN MEMORIAM</b> .....	184
<b>RESEÑAS</b> .....	187
<b>REUNIONES CIENTÍFICAS</b> .....	197
<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	201

## Presentación

En este número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria se recogen las ponencias presentadas por los autores en el IX Curso de Psiquiatría y Salud Mental, organizado por la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría como una de las actividades de la Escuela de Salud Mental, celebrado en Oviedo los días 17 y 18 de Febrero de 2005 y que tuvo como tema los Estados Límite.

La actualidad que ahora vuelven a tener los trastornos de la personalidad y en especial los catalogados como límites, hizo oportuno organizar un Curso que permitiera una puesta al día de una de las expresiones de malestar psíquico que todavía hoy continua con una imprecisa conceptualización a pesar de ser conocida desde los orígenes de la psiquiatría moderna. Expresión de esta indefinición son las diferentes denominaciones que ha recibido a lo largo del tiempo –de la “manía sin delirio” de Pinel al “borderline” de Stern, pasando por la “insania moral” de Prichard o la “personalidad lábil” de Schneider- y el hecho que en las clasificaciones internacionales aparezca con distintos nombres: trastorno límite de la personalidad en la traducción del DSM IV y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en la CIE 10.

El curso tenía por objetivos: avanzar en la comprensión de la organización psíquica del sujeto con un trastorno límite, conocer la variada expresividad sintomática y presentar maneras de desarrollar un proceso terapéutico, y se pretendían cubrir estos objetivos hilvanando las ponencias de manera que, por un lado, se proporcionara una visión histórica que aquilatara las aportaciones de las distintas escuelas al concepto del trastorno, con una atención más destacada al psicoanálisis por sus extensas y relevantes contribuciones, y que por otro, se aportara una visión clínica del mismo que tuviera en cuenta la complejidad y diversidad de las manifestaciones, entendidas como expresión de un mismo problema y no como añadidos comórbidos resultado de sumatorias diagnósticas. Además, interesaba también dar a conocer experiencias de tratamiento rigurosas e iniciativas de integración sociolaboral puestas en marcha por el movimiento asociativo vinculado a los afectados y sus familiares como modelos de intervención comunitaria en este tipo de problemas.

Estas intenciones quedan ahora recogidas en las páginas de este número de la revista. La calidad de los artículos es el resultado del trabajo y la capacidad de los autores para poner en el papel el producto depurado de su experiencia, investigación y conocimiento.

*Pedro Marina González  
Compilador*

# Personalidad fronteriza, límite o “Borderline”: características etiopatogénicas, diagnósticas y evolutivas

**Bordeline personality: etiopathogenic, diagnostic and outcome characteristics**

Valentín Rodríguez Melón  
*Psiquiatra. Psicoanalista*  
León

## RESUMEN

*Se trata de una comunicación de Introducción a los Trastornos de personalidad Límite, Borderline o Fronterizos.*

*Mantenemos una idea básicamente clínica de esa estructura, y después de un breve resumen del desarrollo histórico de ese concepto, hacemos hincapié en aquellos factores que interfieren en el desarrollo de la personalidad, lo que consideramos alteración básica de esta estructura psíquica. Pasamos así a enumerar las causas más importantes e influyentes procedentes de los ámbitos familiar y social. Y hacemos un breve recuerdo a las nociones más importantes de la Evolución de la personalidad desde dos perspectivas:*

- *La integración de la relación Self-Objeto siguiendo las líneas de Meltzer-Kernberg.*
- *El proceso de Separación-Individuación de Margaret Mahler.*
- *Para concluir que son dos trastornos básicos:*
- *La escisión del Self y del Objeto .*
- *La detención en la subfase de Reaproximación de la fase de Separación-Individuación.*

*Estas dos alteraciones, junto a la disminución de la Represión, los refugios narcisistas y las alteraciones del estado de ánimo lo que condiciona la clínica psicodinámica de esta estructura psicopatológica.*

**Palabras clave:** *Personalidad límite, Borderline o Fronteriza, Causas evolutivas, Psicogénesis y sociogénesis, Rasgos dinámicos y clínicos. Escisión, Narcisismo.*

## ABSTRACT

*This paper is an introduction to borderline disorders.*

*We have a basically clinical idea of that structure, and after a brief summary of the historic development of that concept, we stress those factors that influence personality development and which we consider a basic alteration in this psychic structure: a stoppage in the evolutionary procedure. Next we will list the most important and influential causes originating in family and social environments. And We Will briefly review the most important notions about personality evolution from two perspectives:*

- *Integration of the Self-Object relationship according to Meltzer-Kernberg*
- *Separation-Individuation process according to Margaret Mahler.*
- *To reach the conclusion that they are two basic disorders:*
- *Splitting Self and Object*
- *And Stoppage in the substage of Reapproximation of the Separation-Individuation stage.*

*These two disorders, together with the decrease in Repression, narcissistic refuges and disorders in the state of mind are with condition the psychodynamic clinical of this psychopathological structure.*

**Keywords:** *Borderline, Evolutionary causes, Psychogenesis and sociogenesis, Dynamic and clinical features, Splitting, Narcissism.*

## I. CONCEPTO

El Concepto de Personalidad Borderline, Fronterizo o trastorno Límite es pensado aquí como una Realidad Clínica que se ha ido conformando a expensas de un cuadro, relativamente constante, que se presenta fundamentalmente en el individuo adulto, aunque también se describen casos en niños y sobre todo en adolescentes, que está caracterizado por alteraciones crónicas de la conducta, y que es englobado dentro de los Trastornos de la Personalidad por el Manual de Diagnóstico (DSM III y DSM – IV), como una patología para cuya confirmación diagnóstica debe de reunir al menos 5 de las siguientes categorías o áreas sintomáticas.

1º. - Muy sensibles a experiencias de separación o abandono, con realización de grandes esfuerzos para evitar esa posibilidad tanto de forma real como imaginaria.

2º. - Relaciones personales inestables, intensas, oscilando desde la idealización y la devaluación.

3º. - Alteración de la Identidad, tanto general de sí mismos, como en determinadas áreas, fundamentalmente en el área de la sexualidad.

4º. - Conductas impulsivas (uso de sustancias psicótropas, sexuales, en la esfera de la alimentación, juego, etc..).

5º. - Comportamientos repetidos, o amenazas, de autolesiones o de suicidios.

6º. - Inestabilidad afectiva, con oscilaciones permanentes del estado de ánimo, generalmente reactivas a acontecimientos externos.

7º.- Sensación crónica de vacío o aburrimiento.

8º.- Intensa Rabia, con dificultades para el control de la misma.

9º.- Episodios psicóticos breves, pasajeros y repetidos, generalmente paranoides y también reactivos.

A los que habría que añadir otros dos.

10º.- Refugios Narcisísticos, que van a ser la causa de numerosos fallos terapéuticos.

11º.- Sintomatología Polineurótica, como expresión de una "huida hacia delante" de la organización psíquica.

## II.- DATOS DE EVOLUCIÓN HISTÓRICA

De manera artificial y esquemática, vamos a señalar 4 momentos que nos parecen claves para la definición final de este concepto.

1º. **Definición del término.**- El término Borderline aparece por primera vez en 1884, utilizado por primera vez por el psiquiatra inglés HUGUES, para hablar de la existencia de "una locura" que afecta a muchas personas que "*pasan la vida cerca y continuamente oscilando en esa línea que bordea y separa locura de cordura*".

2º.- Hasta 1950.- Periodo **de ubicación clasificatoria**, en el que la mayoría de los autores que trabajan en la clasificación de las enfermedades mentales; tratan de aislar y denominar cuadros clínicos que teniendo similitud con los trastornos psicóticos conocidos como la Esquizofrenia no tienen sin embargo la evolución defectual de ésta.

Así encontramos los conceptos de:

- Las Heboidofrenias de KAHLBAUM (1890).

- La "Esquizofrenia Latente" de BLEULER (1911).

- La Esquizoidia de KRETSCHMER (1921) .

- Las Esquizomanías de CLAUDE (1926).

- Las personalidades "como si" de Helen. DEUTSCH y HENDRICK (1940).

- La "esquizofrenia mitis" de Otto FENICHEL.

- o la "Psicosis Mitis" del español Marco MERENCIANO.

- Por esta época, FREUD, habla en varias ocasiones sobre la posibilidad de que se den cuadros o estados transitorios entre las Neurosis y las Psicosis, donde hay una disminución o ausencia de la Represión como factor fundamental en su dinámica y nos deja descrito minuciosamente un caso clínico de Trastorno Borderline de la Personalidad en su "Historia de una Neurosis Infantil" o "el Hombre de los Lobos" (1914) como se le conoce habitualmente.

3º.- Periodo de 1950-1960, en el que hay una auténtica revolución psicoanalítica para clarificar, ordenar y Reclasificar los cuadros clínicos desde la idea de Conflicto psíquico (Escuela americana): **Período de búsqueda de Identidad psicoanalítica** que ubica y define por primera vez los **Estados Fronterizos**.

En este período Arlene WOLBERG habla ya claramente del cuadro Borderline como una estructura psicopatológica diferenciable de las Neurosis y las Psicosis con elementos dinámicos propios. Desde este primer movimiento y hasta los años 60, Robert KHIGHT, y la propia American Psychoanalytic Association, con GREENSON, ZETZEL Y ZILBORG, crean un panel para el estudio y limitación de estos Estados fronterizos que se enriquece con las aportaciones de Arnold MODELL cuando define la "Transferencia fronteriza" como Transicional (en el sentido de Winnicott) en la que el paciente considera al terapeuta en parte

una persona autónoma y en parte formado por partes arcaicas del Self del paciente. También hay que consignar como anécdota histórica en este período el trabajo de Melitta SCHMIDBERG, la hija "renegada" de M. Klein, que enfatiza a modalidad de la Terapia de Apoyo como única posible en estos casos. Su aportación solo tiene valor histórico, y aunque se ha visto que la Terapia de Apoyo no es el tratamiento ideal para este tipo de procesos, ha servido para pensar en la necesidad de abordaje psicoanalítico algo apartado de la línea ortodoxa de su aplicación.

4º.- de 1960-1990.- **Período de búsqueda etiológica.**

A partir de 1960 se da un giro a estos cuadros buscando su etiología y hay que referirse indefectiblemente a los estudios iniciados por:

- MASTERSON que habla ya de un "adolescente Borderline" donde además de describir este cuadro en esta edad, enfatiza la importancia de una madre entorpecedora del crecimiento como la causa de la aparición de esta sintomatología.

- RIMSLEY, que ubica la iniciación del trastorno en una detención del proceso de Separación-Individuación en la subfase de Reaproximación (rapprochement o de reaseguramiento), en la que la madre soporta mal los ensayos de separación-acercamiento que el niño realiza porque necesita aferrarse a él. La madre solo es "buena" y establece vínculos amorosos con el niño cuando éste está unido a ella, y se vuelve indiferente, "mala" o no está disponible libidinalmente cuando éste inicia conductas de alejamiento. Esto determina que se formen en el niño dos Representaciones mentales: Una "unidad parcial premiadora" (representación buena del Self + representación buena de la madre + un vínculo amoroso) y una "unidad parcial retrayente" formada por una representación mala del

Self + una representación de un Objeto materno rechazante + un vínculo afectivo dominado por el odio. Estas dos representaciones van a tener dificultad para unirse en una Unión total y Coherente del Self.

- Y fundamentalmente desde 1970 los trabajos de Otto KERNBERG, que abarcan todos los aspectos de esta estructura psicopatológica, tanto causal, como diagnóstica, pronóstica y terapéutica. Kernberg caracteriza esta organización como crónica, estable y específica, con elementos típicos y exclusivos que agrupa a 4 sectores básicos:

- a).- *Una constelación sintomática típica.*

- b).- *Unas defensas típicas en las que predomina la Escisión y a la que siguen los procedimientos más arcaicos como la negación, idealización, omnipotencia e identificación adhesiva.*

- c).- *Una particular configuración patológica de las relaciones de objeto internalizadas (no integración total ni del Self ni del Objeto, y un exceso de identificación proyectiva que le lleva a hacer fusiones con objetos idealizados en situaciones de Regresión como la Transferencia) y*

- d).- *Hechos genético-dinámicos característicos de trastorno evolutivo en los que no se alcanza la Constancia Objetal.*

( En este período, y por el valor que tienen los escritos en lengua española tenemos que destacar al argentino Carlos PAZ y al español Víctor HERNÁNDEZ que hacen buenas aportaciones al tema).

5º.- de 1970 en adelante.- **Período de búsqueda de soluciones terapéuticas,**

- Búsqueda de hallazgos bioquímicos y anatómicos típicos en este tipo de pacientes.

- Búsqueda de un tratamiento eficaz en base psicoanalítica: Sustitución del Diván por el Grupo y / o la Institución.

### III.- ETIOLOGÍA

La estabilización estructura de una Patología Borderline, solo se logra si concurren y se complementan una serie de factores causales tanto en intensidad como en tiempo constante de actuación.

Podemos dividir las causas en 4 grandes grupos:

A.- **Causas Constitucionales**, que vienen englobadas en lo que denominamos **Temperamento**, que son los rasgos que aporta el individuo desde el nacimiento; el Temperamento es algo genético que determina que el balance amor-odio con el que venimos al mundo, se incline a favor de éste último.

Estos pacientes ya vienen con un exceso de agresividad, de impulsividad, de hiperactividad e hiperreacción afectiva que se va a traducir en una mayor intensidad de sentimientos como la envidia, los celos, la rabia, o en conductas de mayor destructividad.

Son niños que desde el nacimiento duermen poco y mal, que lloran mucho y que crean mucha dificultad a sus madres para poder adivinar la causa de su ansiedad y aportar pautas de apacibilidad. Son los llamados "Niños hiper" que aportan rasgos de hiper-agresividad, hiper-sensibilidad, hiper-impulsividad e hiper-reacción a acontecimientos como manifestaciones precoces.

La manera en la que se concreta este Temperamento es:

a.- en una alteración neuroquímica En general se ha visto un déficit del sistema serotoninérgico en el ámbito de todo el Sistema Nervioso Central, aunque en otros se observa también hipofunción del S. Noradrenérgico, y del dopaminérgico).

b.- en una alteración anatómica (hiperactividad de la zona de la amígdala cerebral o de hipofunción del sistema inhibidos que liga a ésta con el neo-córtex).

c.- alteración bioeléctrica (lesión cerebral

mínima en cierto modo semejante a las alteraciones comiciales)

d.- alteración genética, relacionada con el Gen PLA2A.

B.- **Causas Ambientales.**- Hacen referencia al tipo de relaciones de objeto que se han establecido en las primeras épocas de la vida del niño y que van a constituir un sistema que se va interiorizando hasta formar parte de la estructura psicológica del individuo. Aquí se han esgrimido multitud de factores:

a).- Relacionados con el Grupo Familiar:

1.- El trastorno es más frecuente en casos de familias monoparentales donde el crecimiento del niño se ha hecho con uno solo de los padres, o con una de estas figuras permanentemente cambiantes. Es notablemente frecuente el caso del niño que en su historia ha coincidido con varias figuras masculinas distintas y alternativas que no ha permitido una elaboración de la problemática edípica con un mismo personaje.

2.- o parejas jóvenes. O bien en grupos familiares donde madre y padre son aún muy jóvenes, sin haber resuelto aún la conflictividad edípica que se reactiva con ocasión de la maternidad-paternidad que reactiva todas esas defectuosas resoluciones y no pueden contener las ansiedades evolutivas del hijo.

3.- Es interesante y sobre todo valioso por haber sido realizado sobre una muestra de unas 10.000 familias británicas, el estudio de Meltzer y Harris que encuentran sistemáticamente en los antecedentes de los pacientes borderline un tipo organización del grupo familiar que denominan: familia en pandilla, en banda o en gang y que está caracterizada entre otras cosas por:

- Ausencia de barrera generacional. En ese grupo todos son "colegas"

- Las funciones adultas del grupo, pueden recaer sobre cualquier personaje de la familia y no específicamente sobre personas cronológicamente adultas.

- Predomina la excitación y la seducción como formas sustitutivas de relación amorosa.

- En el sistema de valores, hay una búsqueda del éxito a cualquier precio y a costa de lo que sea.

- No se valora el pensamiento propio, y se sustituye por la acción, por mentiras, slogan, ticket, esnobismos, pensamientos ajenos que son "robados" al otro y usados como propios. etc.

- Se crece por identificación adhesiva, se rechaza la experiencia,

- Lo importante es no angustiarse por nada, y para ello, los padres se identifican con sus hijos adolescentes apareciendo conductas de abuso fundamentalmente sexual.

4.- Desde el modelo teórico del Apego de Bowlby, son niños que han hecho un Apego Inseguro, en los que las pautas de los padres han condicionado una mala evaluación reflexiva sobre ellos mismos y las situaciones, así como una ausencia de pautas de conducta apropiadas de respuesta y de la búsqueda de recursos para enfrentarse a situaciones difíciles.

b).- Relacionados con la figura materna:

Hemos visto como rasgo central, que se trata de una madre que no tolera bien la separación. Pero se habla además de la existencia de una madre inadecuada que puede tener diversas características.

- Vamos a encontrar una madre con ausencia de lo que Bion llama Capacidad de Rêverie que tiene que ver con la capacidad de "adivinar" o de dar contenido y significado mental a las ansiedades del niño, y reaccionar con una conducta tranquilizadora y favorecedora de una envoltura cognitiva (base de la creación de pensamientos) a esos desórdenes afectivos.

- O es una madre que atiende las necesidades físicas, pero no es capaz de conectar con las emocionales del bebé (madre

operatoria) o si conecta las rechaza o las re proyecta en el hijo: madre operativa o madre "altavoz" o "que rebota".

- Madre usada pero no destruida (que se paraliza y se somete ante las conductas de ansiedad del niño que aprende así una supervaloración del Poder).

- Madre fálica, que trata de sustituir de forma muy poco exitosa la ausencia del padre (madre-falso padre).

- O una Madre que es incapaz de elaborar duelos o de aproximar al hijo a experiencias ligadas a la Posición Depresiva.

c) .- *Relacionados con la figura paterna.*

- Lo más frecuente es la Ausencia, unas veces física y más frecuentemente de la Función paterna.

- O bien una prevalencia crónica de situaciones de trauma o abuso físico, psíquico o sexual por parte de esta figura sobre los hijos.

C.- **Causas Sociogenéticas.**- No cabe duda que cuando nos enfrentamos a una "enfermedad nueva" nos hace pensar también en una "nueva manera de enfermar" como apunta Cruz Roche y desde esta perspectiva no podemos evitar relacionar que si ha habido tantos cambios en la sociedad en la que vivimos que una de las consecuencias sea la creación de un individuo "nuevo" con distinta forma de organización psíquica.

Desde luego, ya no se ven aquellos grandes delirios psiquiátricos que desde los siglos XIX y XX hasta bien entrados los años 70 y 80 eran tan frecuentes de observar en las Consultas o en los Hospitales Psiquiátricos. Hoy sería casi imposible encontrar un caso Schreber como lo encontró Freud para hacer una disección tan magnífica, y lo que dominan son los cuadros con abundancia de sintomatología "negativa"- más difíciles de diagnosticar – o patologías más silenciosas como las "Psicosis blancas" de Green. Tampoco se

ven las grandes y estructuradas neurosis: histérica, fóbica u obsesiva.

Tal vez en ello tenga que ver tanto el diagnóstico precoz de la ansiedad, como el uso frecuente, masivo, precoz e indiscriminado de medicación psicotrópica que al reducir la intensidad de la presión afectiva impide las organizaciones defensivas firmes o los procesos de intento de reparación de la ruptura libidinal con el mundo como son los delirios.

El resultado es que "no se da tiempo" a que aparezcan estas organizaciones de tipo defensivo. Y a la consulta psicoanalítica vienen con demandas de ayuda a niveles más regresivos que antes, bien porque utilizamos teorías y técnicas de Psicoterapia Psicoanalítica que nos permiten ver aspectos defectuales más profundos o bien porque estamos asistiendo a patologías más severas – de déficit evolutivo – que las clásicas del Conflicto freudiano entre Deseo y Prohibición. Ahora, se habla más de patología del carácter, del comportamiento o de problemas de insatisfacción inespecífica sobre todo en el ámbito de las relaciones interpersonales.

Desde este Cambio pluridimensional, se han señalado las modificaciones que se consideran más importantes de la Sociedad que pudieran influir basándose en interactuar con lo temperamental-genético para producir esta personalidad estabilizada y disfuncional, ya que el aparato psíquico a través de esta interacción permanente con lo externo, no solo sirve para adaptarse a la realidad externa, sino que ésta va modificando su propia estructura dinámica, su funcionamiento, en un proceso de retroalimentación continuo y permanente.

Entre estas modificaciones destacamos:

- Crisis y Pérdida de la Autoridad, tanto en el ámbito político (porque nos han llevado a la guerra) como a nivel familiar, donde ha aumentado el desprestigio de las figuras de autoridad.

- Crisis y Pérdida también de las idealiza-

ciones de las Ideologías y de las Religiones. Que han traído consigo una pérdida del Ideal del Yo –al menos éste ha quedado difuminado– y con ello se pierde un modelo de identidad que permitía a un individuo ir hacia lo desconocido con una estructura teórica, con una Identidad, que le daba una relativa seguridad a mantener o a confirmar. Hoy, se ha perdido el valor del pasado y de la Cultura, que no favorecen la adaptación por el desarrollo tecnológico y vertiginoso actual.

Cambios en la Estructura familiar.- Además del desprestigio de la autoridad de la figura paterna ya señalada antes.

1) Nos encontramos familias donde se ha perdido o disminuido la Represión y la Distancia en las relaciones son ese salto generacional.

2) Con una disminución del número de hermanos que impide la elaboración de la competitividad y de la rivalidad en la época infantil, mucho más benigna que en la época adulta.

3) Son también grupos más pequeños, con pocos miembros que puedan soportar proyecciones, disociaciones y que sean alternativas de otras relaciones.

4).-Y sobre todo ha disminuido el tiempo y el desarrollo del niño en la familia que ha sido sustituido por el desarrollo en Instituciones: guarderías, escuelas, etc. Que hacen una evolución más rápida, más despersonalizada y permiten poco las individualidades en virtud de la creencia de que la uniformidad disminuye la ansiedad de vivir.

5).- De esta manera, la mayor parte del tiempo del desarrollo del individuo se realiza como perteneciente a un Grupo y a un Grupo cambiante: la guardería, la escuela, el taller, el instituto, etc., y es de suponer que el resultado evolutivo no será el mismo que el que se ha hecho mayoritariamente en un mismo grupo (el familiar). Recordamos que Anzieu nos dice

que individuo en un grupo se siente "traccionado", "tironeado" y distorsionado desde los otros miembros que tratan de que se adapte a un determinado rol conocido de su grupo raíz. Ese Yo va a adquirir por tanto, no solamente mayor flexibilidad sino una mayor disposición a la "desarticulación" en varias unidades adaptativas (yo-modular), sino también una disminución de la "densidad" del núcleo de su propia identidad; rasgos ambos característicos de este tipo de personalidad.

Además de estos factores reseñados, personalmente quisiéramos hacer hincapié e invitar a reflexionar en otros datos que nos parecen significativos.

- Se ha dicho que el prototipo de la Sociedad Post-moderna es el paciente borderline, y una estructura borderline es la organización psíquica normal durante la Adolescencia.

- Hoy la Adolescencia se ha dilatado en parte por un factor externo: el Adolescente se ha convertido en un "objeto de fácil y gran consumo", y sobre este hecho, la sociedad de mercados, favorece la amplitud de su existencia por ser simplemente un mercado floreciente.

- Pero también tenemos que consignar, que hoy el individuo tarda más en evolucionar desde la Adolescencia hasta adquirir niveles de independencia y de responsabilidad que correspondan a una estructura mental adulta. Tal vez esta dificultad esté ligada a que nos encontramos en esta "sociedad del bienestar" con un mundo externo "ya conquistado", donde todo está conseguido. La pulsión agresiva no se puede externalizar y sublimar en una conquista de un mundo externo que ya parece previamente sometido a nuestros deseos; de esta forma esta pulsión, al no poderse dirigir "hacia afuera" se dirige contra el Self y atraviesa el Yo disgregán-

dolo en pedazos, en diversos y múltiples “Yo-es” que le proporcionan una identidad frágil y proclive a las escisiones y disociaciones que son el núcleo de esta personalidad límite.

- Con frecuencia, los psicoanalistas, tan ligados a lo infantil nos olvidamos que la Adolescencia es un período donde se renegocian todo tipo de ansiedades, de pulsiones, de identidades, y que esta re-negociación se hace habitualmente con personajes familiares que están pasando por crisis de pérdidas (edad media de la vida, climaterio masculino o femenino, duelos de figuras parentales, pérdida de entusiasmo-lozanía, etc.) y es muy frecuente que estas pérdidas y la herida narcisista tan importante que conllevan, traten de compensarse con un aferramiento y un refuerzo de la relación de apego a los hijos que no facilita en nada el crecimiento de éstos y sí en perpetuar esa “eterna adolescencia”.

## CONSECUENCIAS EVOLUTIVAS

Las causas antes señaladas van a interferir y concluir en una detención de la evolución del aparato psíquico, que es la alteración central de esta patología Límite.

Quisiéramos previamente y de forma muy resumida hacer una REFERENCIA A LA EVOLUCION del aparato psíquico humano desde una perspectiva psicoanalítica que pueda hacernos más comprensible luego la psicodinámica de estos cuadros y que sea lo más común posible a los distintos modelos que el Psicoanálisis maneja.

### Ideas Básicas sobre la Evolución:

1°.- **Necesidad de OTRO** para ser UNO (la subjetividad). Necesitamos siempre la relación con Otro aparato psíquico tanto para tener una Identidad, como para poder desarrollarnos y evolucionar psíquicamente.

Hoy no sería concebible – desde el punto de vista psicoanalítico - la existencia de un “Tarzán” en el género humano, o no pasaría de un estado autista.

2°.- **El objetivo es la interiorización de un Objeto Bueno Interno**, Valioso que sirva:

- como núcleo de integración de las distintas partes del Self, y

- como núcleo o base de identificación profunda, que se reforzarán luego con otras experiencias (esto es lo que falla en el paciente Límite).

El objetivo es tener interiorizado un “algo valioso” que sepa sostenernos en momentos difíciles tanto de causa interna como externa.

3°.- **Método para alcanzar ese objetivo: a expensas de las relaciones precoces del niño** fundamentalmente con la madre y luego con otras personas del entorno, que deben de aportar:

- Equilibrio Placer/displacer. En esa época el niño solo se mueve entre el Placer-Displacer (que se derivan de la incorporación o no, de cosas satisfactorias y de la expulsión o no de cosas dolorosas), o lo que es lo mismo a expensas de mecanismos de Introyección y Proyección (solo con un Buen Equilibrio entre estas dos funciones, podremos luego tener un aceptable nivel de tolerancia a la frustración)

Seguridad.- Hay dos momentos en este juego de Equilibrio de Introyección/Proyección:

- el ejercicio simple de estos dos mecanismos.  
- hacer esa experiencia (introyección-proyección) y ver cómo la tolera el otro. Si es coincidente, se siente seguridad y se crea la base del crecimiento.

4°.- **La Meta final**, es el logro de:

- Una Separación del Objeto Necesitado, sin que este se destruya.

- Una Integración del Objeto Ambivalente (Bueno y Malo al mismo tiempo).

5°.- **Este proceso se desarrolla una vez**,

desde nuestro nacimiento hasta los 3 años aproximadamente (36 meses), se hace por **Etapas sucesivas** y se acompaña de una evolución-maduración biológica (sobre todo del S Nervioso) y social (hay que pensar que debido a la plasticidad neuronal el proceso de evolución psicología puede repetirse en otras condiciones –esta es la base esperanzadora de la Psicoterapia-).

6°.- **Las Interferencias** Congénitas o ambientales (papel de la madre) que interfieran esta evolución y que paralicen alguna de estas fases → Consecuencia → Cuadro Psicopatológico Específico, según la etapa que haya sido interferida. (ese es el gran aporte de la Psicología evolutiva).

El proceso evolutivo de la Personalidad sigue fundamentalmente 2 líneas:

A.- Línea de Relación con el Objeto: Donde se va desde un estado de **Fusión** (Con-fundido con Otro igual = Su expresión sería la Simbiosis) → Se sigue luego de una **Relación** (unión con otro algo distinto = cuya expresión sería La Dependencia ) →

para acceder finalmente a un estado de **Separación** (sentirse distinto a los demás, pero siempre en referencia a Otro).

B.- Línea de Integración del Objeto: Se parte de experiencias de Satisfacción-Insatisfacción o de Presencia-Ausencia ligadas a la relación con el Otro-Objeto → Hacia los 3 meses, vemos aparecer un estado en el que **Self y Objetos Bueno y Malo están separados e indiferenciados del Yo** → En torno a los 18 meses ya hay **Diferenciación Self unido a Objeto idealmente Bueno** (ausencia de Dolor) **o a Idealmente Malo** (presencia de Dolor) **pero separados** → Y a partir de los 30 meses, podemos ver un Self que Contiene la Representación de Objeto Total Ambivalente (Bueno y Malo), no idealizado y que soporta la Separación del Objeto Real. **(es la fase de la Constancia Objetal)**.

Duración del Proceso: No menos de 36 meses.

Lo veremos mejor en el Esquema de Meltzer-Kernberg (figura 1).

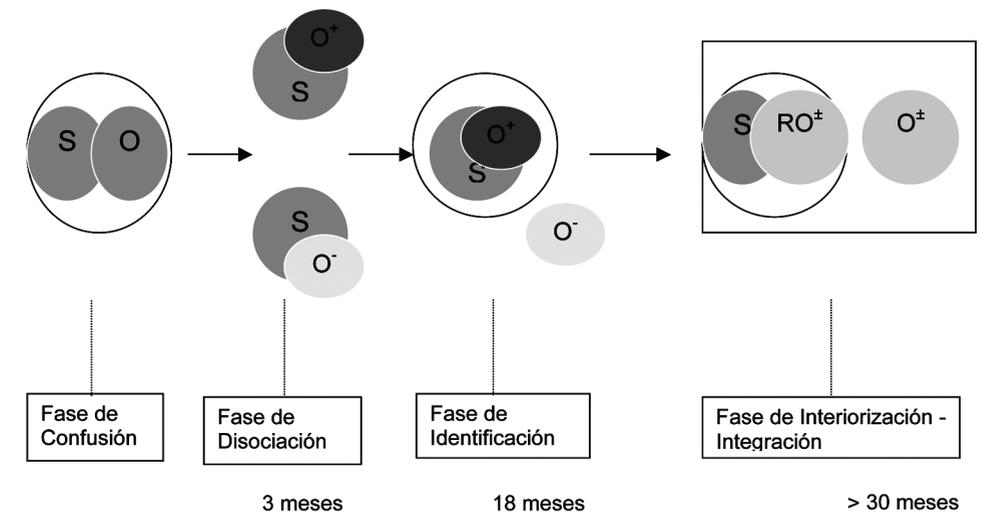


Figura 1. Esquema evolutivo de Meltzer.

Otra forma de ver esta patología ligada a un trastorno evolutivo, lo podemos hacer con el Esquema de Rimsley, siguiendo la línea horizontal que representa el modelo de M. Mahler.

El Esquema de Rimsley, tiene:

- un eje horizontal superior donde coloca la evolución del tiempo, en meses.
- y un eje inferior en el que se colocan los distintos cuadros psicopatológicos posi-

bles ligados a una alteración del proceso normal evolutivo.

- Entre ambos ejes, se colocan otros que representan cada uno de ellos un modelo psicoanalítico distinto sobre el que se puede estudiar esta correlación: Evolución psicológica – Cuadro Psicopatológico.

En este caso nos limitaremos al Modelo Psicoanalítico de M. Mahler que nos parece más completo y adaptado a nuestra exposición.

De 0 a 4 semanas	De 1 a 5 meses	De 5 a 36 meses - Fase Individuación-Separación			
		5-8 meses	8-15 meses	15-24 meses	24-36 meses
Fase de autismo normal	Fase de simbiosis normal	Subfase de diferenciación	Subfase de ejecución	Subfase de acercamiento	Subfase de constancia
Patología neonatal y somática	Psicosis infantiles. Esquizofrenia	T. Paranoides T. Bipolares	Alexitimia Psicosimáticos	<b>Borderline</b>	Narcisismo

Figura 2. Esquema de Rimsley (línea M. Mahler).

La Estructuración de la Personalidad Límite estaría condicionada por un fallo en este proceso de la separación-individuación en la subfase de Reaproximación, en la que el niño ya puede caminar, ha aparecido el lenguaje, su capacidad simbólica y empieza a hacer experiencias de colocarse a una distancia de la figura materna y “observa y negocia con ella” estos primeros movimientos de autonomía. Aquí el objeto todavía es parcial e inestable (idealmente bueno o malo). Es por ello que aquí es tan importante lo ambiental – no solo lo constitucional – para provocar fallos en la evolución.

#### **IV.- ETIOPATOGENIA.- CLÍNICA DINÁMICA**

A lo largo de la comunicación hemos visto que diversos autores atribuyen a este cuadro una base fundamental: Disminución o ausencia de Represión (Freud, Green), fracciona-

miento del Yo por la pulsión, alteración del núcleo de identidad (Gunderson), desarrollo distinto del neurótico desde lo constitucional por déficit en el proceso de simbolización-pensamiento (Bion), etc.

Pero siguiendo esta línea de pensamiento de considerar la alteración-detención del desarrollo como base de la patología, y conectándola con la realidad clínica que nos vamos a encontrar, voy a señalar la existencia de 4 datos centrales que van a determinar, según sea la combinación entre ellos, todo el cortejo sintomático posterior. Estos datos son:

**A.- Mantenimiento del fenómeno de la ESCISIÓN tanto del Yo como del Objeto (o su representación) y del vínculo que los une.**

Separación permanente entre lo Bueno y Malo que además se idealizan, según las experiencias hayan sido placenteras o no.

Esta Escisión es una Organización Estable y se va a mostrar como:

1.- Mecanismo de Defensa.- La ansiedad, los conflictos van a tratarse con una Regresión a esta Escisión y a la fusión del Yo con uno de los objetos escindidos.

2.- Como fenómeno intrapsíquico (Estructura yoica inestable).- En principio el mundo interno está lleno de Objetos Malos porque representan lo que No se Tiene: Las Carencias, las Ausencias y las Necesidades.

Esta experiencia de Dolor permanente le lleva a Conectarse y a tratar de Interiorizar un Objeto Bueno y Continente. Pero este intento “choca” con el exceso de agresión (envidia-ira) que comportan todos sus mecanismos mentales y le lleva a interiorizar un Objeto que siente destruido y que tiene que volver a Eliminar, y así sucesivamente.

3.- como modelo de Relaciones interpersonales. Siguen también el mismo mecanismo: Desde la soledad (que viven como Abandono) → búsqueda de Objeto → Fusión con él → Claustrofobia → expulsión-alejamiento → soledad → nueva vivencia de abandono → claustrofilia, etc..

**B.- Patología en relación a experiencias de SEPARACIÓN.**

Generalmente la sintomatología se desencadena y aparece en momentos de Separación que se hacen intolerables porque son vividas como amenazas de desintegración del Self lo que les lleva a hacer una Regresión a la fase Simbiótica (fusión e identificación con un objeto parcial, idealizado o denigrado).

Con consecuencia de esta escisión y fusión con el objeto, las reacciones y relaciones van a ser continuamente cambiantes porque no hay capacidad de tolerar ambivalencias. Son personas que no toleran situaciones de separación, y que en esos momentos van a presentar síntomas más agudos, de desintegración.

**C.- Organización en la Posición Esquizo-Paranoide kleiniana.**

Tanto por la escisión como por las regresiones a posiciones simbióticas, el yo va a organizar organizará las ansiedades y los vínculos según los rasgos de esta posición y esto nos lleva a pensar en 3 niveles:

- Funciones alteradas.
- Mecanismos de defensa arcaicos.
- Síntomas psicóticos.

Y D.- **Patología derivada de la PROXIMIDAD al bloqueo evolutivo**, y por lo tanto de fácil “contaminación”. Básicamente van a ser:

- trastornos afectivos
- organizaciones narcisistas.

Intentamos ahora hacer, de una manera muy esquemática y resumida, una correlación entre estos datos estructurales y el cortejo clínico correspondiente:

**I.- Sintomatología derivada de la alteración del Proceso de Separación**

1.- Desencadenamiento de la sintomatología, en los momentos en los que hay que enfrentarse y elaborar separaciones. Y ahí vamos a ver:

- En Niños cuando se tienen que separar de la madre para dormir, que tienen dificultades para hacer este paso.
- En Adolescentes cuando tienen que negociar intentos de separación de figuras parentales protectoras.
- En general en todos los Momentos ligados a crecimiento-Independencia

2.- Intolerancia a las Separaciones y Reacciones Patológicas de Separación afectiva. Vemos que junto a una enorme agresividad (por angustia), intentan hacer una regresión a fusiones simbióticas con la madre que se tolera o no, y es cuando vienen (o los traen) a consulta.

3.- Tipo de Relaciones Interpersonales .-

Vienen marcadas por fusiones temporales con otro (mimetización) y por la Dificultad

de encontrar una Distancia con el Otro en este círculo vicioso: Acercamiento → Atrapamiento (fusión) → angustia claustrofóbica → separación → sentimientos de abandono (claustrofilia) → nueva aproximación → nueva fusión.

Esto va a dar como un tipo de relaciones en los que lo típico es la (**Triada**) caracterizada por:

- *Intensas y Prematuras*. En general son fusiones temporales con otro. (Ej. salida de la madre hacia parejas).

- *Dependientes*, pero negando la Dependencia, atacando de forma cruel a los que les acogen que viven como objetos parciales u ocultando la dependencia a expensas de una pseudogenitalización.

- *Superficiales*: se entregan rápidamente pero pronto cambian y sustituyen para encontrar otras fuentes de satisfacción o placer. Solo usan al objeto. Buscan impactar pero no profundizan, solo están mientras obtienen placer la satisfacción. Son los típicos “provocadores”.

Es interesante observar cómo se traduce este tipo de relación en el marco psicoanalítico: Hacen un Control total de la persona del terapeuta durante la sesión, presionan permanentemente para hacer cambios en el Encuadre y terminan invadiendo nuestro ap. Mental para intentar convertirnos a través de sus mecanismos de Identificación Proyectiva en “su deseo-ilusión de cura”.

4.- Alteración de la identidad. Tienen dificultad para saber quienes son, por no poder hacer fenómenos de introyección y separación de objetos. Alteración de la identidad que se puede ver desde distintas formas:

a).- Confusión de Identidad (Sufren frecuentes episodios de despersonalización y/o desrealización).

b).- Crisis de Identidad – Erickson- Se perciben a sí mismos distintos de cómo los perciben los demás.

c).- Difusión de Identidad (Kernberg)- Pobre integración del Sí-mismo que acepta contradicciones. Tienen gran dificultad para describirse a sí mismos y a los que les rodean con cierta profundidad.

d).- Formación de Identidad Negativa y/o Adhesiva, como formas de crecimiento.

e).- Alteraciones parciales de la identidad, muy frecuentemente en el área de la sexualidad.

5.- 5.- Dificultad para hacer Procesos de Simbolización.

Por incapacidad de separarse de Objetos primarios, y por escasa tolerancia a la frustración.

- No pueden aprender de la experiencia.
- No pueden cambiar.
- No usan lenguaje sino acción.
- No usan pensamientos.
- No hacen Fantasías ni ensoñaciones. Uso de pensamiento concreto.

**II.- Sintomatología derivada del fenómeno de Escisión y del funcionamiento en la Posición Esquizo-Paranoide.**

1.- Tipo de Ansiedad (Paranoide: de muerte o destrucción masiva del Self Confusional: de destrucción de su ap. psíquico).

2.- Mecanismos de defensa de naturaleza paranoide.

- sensación de aislamiento y desconfianza.
- oscilaciones de su autoestima.
- sistema persecutorio del esquema corporal (anorexia-bulimia, nosofobia-hipocondría).

3.- Otros mecanismos de Defensa arcaicos, que conllevan una deformación de la realidad o de confusión por el uso de:

- Escisión.
- Negación.
- Defensas Maníacas.
- Abuso y Exceso de I. Proyectiva (Porosidad, ausencia de límites, falta de orden narrativo, riesgo de confusión por Destrucción de su ap. Mental).

4.- Intolerancia a la Frustración

Hay un Fallo o ausencia de Represión. El inconsciente invade el Self, y éste tiene que evitar permanentemente lo agresivo, lo destructivo, la muerte. Este inconsciente invade y desborda al exterior y viceversa. La vida es así muy difícil.

5.- Episodios Psicóticos, frecuentes, en general breves, reversibles, de tipo paranoide, y muy frecuentemente tóxicos respecto a todos los productos psicotropos pero particularmente al cannabis.

6.- Uso del cuerpo – Lo vamos a ver utilizado en tres modos distintos:

- Como evacuación. “Objeto vertedero” de experiencias rechazadas o “no pensadas” que dan lugar a diversas somatizaciones. Este cuerpo-depósito de desechos, se torna persecutorio en forma de nosofobia o de hipocondría.

- Bien como un Continente cuyo contacto pone límites a ansiedades de despersonalización o de muerte. (Necesidad de contacto físico para aliviar ansiedad).

- O bien como objeto al que se le pide una sensación que favorezca la experiencia de un Yo más integrado (conductas autopunitivas de mutilación o daño).

7.- Patología sexual, también muy variada. Es en general una sexualidad pre-genital, que no ha llegado a lo edípico, que se maneja con objetos parciales y donde podemos ver:

- Problemas de identidad, que se circunscribe a esa área.
- Hipersexualidad escasamente placentera, que se plantea como una huída hacia delante donde se busca el contacto tratando de controlar las tendencias fusivas.
- Tendencia Polimorfa-Perversa (uso abusivo del otro).

**III.- Sintomatología derivada de organizaciones de “Proximidad”.**

**A.- Alteraciones secundarias a Trastornos afectivos.**

1.- La Angustia no se calma si no que se expresa directamente en forma de Crisis de Rabia, Impulsividad y Agresividad y que vamos a ver:

- Como actos impulsivos (autoagresivos).
- Como actos hétero-agresivos, no muy estructurados. Suelen ser en forma de ataques en estado crepuscular sin recuerdo posterior o parcial.
- Como alteración de control de impulsos en diversos campos: uso de drogas, en el juego, en los hábitos alimenticios, en el área sexual, etc. (mejoran en ambientes muy estructurados).

2.- La Depresión, atípica, que se vive como ausencia de sentimientos, como sentimientos de vacío y aburrimiento, indiferencia, ideas de suicidio, o de somnolencia y tendencia al letargo.

Depresión que utiliza como defensas:

- proyección en otros.
- o de pertenencia a sectas buscando “la paz del alma” o de grupos marginales y sectas.
- o de conductas auto-destructivas con las que se “liberan”.

3.- Labilidad afectiva

Estado de irritación crónica o de demanda de atención desmesurada muy difíciles de contener y que tienen a veces una necesidad de descarga motora (rompen cosas).

**B. Alteraciones secundarias a Rasgos narcisistas.**

En general se muestran como rasgos de Carácter: autosuficiencia, arrogancia, endiosamiento, trato despreciativo al otro y de odio hacia los objetos de los que dependen. En la relación analítica se convierte en una resistencia y el paciente termina relacionándose solo con la parte de ellos colocada en nosotros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Anzieu D.**- "El Grupo y el Inconsciente".- Ed. Biblioteca Nueva (Madrid 1986).
2. **Bion, W.R.**- "Una teoría del Pensamiento" en Volviendo a Pensar.- Ed. Hormé (Buenos Aires, 1972).
3. **Cruz Roche, R.**- "Algunas consideraciones sobre la Agresividad humana".- Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid . Nº 24.96.
4. **Grinberg, L.**- "Prácticas psicoanalíticas comparadas en trastornos Psicóticos".- Paidós (Buenos Aires, 1977).
5. **Gunderson, J.**- Characteristics of borderlines. In Borderline Personality Disorders.- Ed. Hartocollis. (New York, 1977).
6. **Gunderson, J.**- Empirical studies of the borderline diagnosis. The American Psychiatric Association Review (Washington 1982).
7. **Gunderson, J.**- The diagnostic interview for borderlines.- American J. Psychiatric (1981).
8. **Haro, G y otros.**- "Marcadores genéticos del Trastorno Límite de la Personalidad a través del Modelo de los 7 factores: resultados preliminares".- Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana. Papeles del P. Jofré (Valencia, 2005).
9. **Harris, M y Meltzer, D.**- "Familia y Comunidad".- Ed. Spatia (Buenos Aires, 1990).
10. **Hernández Espinosa, Víctor.**- "Patología Narcisística y Borderline".- Monografía de la Fundación Vidal y Barraquer.- nº 2 de 1991 (Barcelona).
11. **Kernberg, Otto.**- "Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico".- Paidós. (Buenos Aires, 1979).
12. **Kernberg, Otto.**- Las Teorías de las relaciones objetales y el Psicoanálisis Clínico".- Paidós (México, 1993.)
13. **Kernberg, Otto.**- "Trastornos Graves de la Personalidad".- Ed. Manual Moderno.- (México, 1998).
14. **Klein, M.**- "Notas sobre algunos mecanismos Esquizoides" en Desarrollos del Psicoanálisis .- Ed. Hormé (Buenos Aires, 1962).
15. **Klein, M.**- "Envidia y Gratitud" y "Sobre el desarrollo de las emociones Básicas".- Obras Completas.- Ed. Hormé (Buenos Aires, 1962).
16. **Mahler, M.**- "Separación-Individuación".- Paidós. (Buenos Aires, 1990).
17. **Meltzer, D.**- "El Proceso Psicoanalítico".- Lumen-Hormé (Buenos Aires, 1993).
18. **Milton T. Davis, R.**- "Trastornos de la Personalidad en la vida moderna".- Ed. Masson (Barcelona, 2001).
19. **Paz, Carlos A.**- "Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos".- Ediciones Nueva Visión (Buenos Aires, 1976).
20. **Rinsley, D.**- "An object-relations view of borderline personality. In borderline Personality disorders".- Ed. Hartocollis (New York, 1977).
21. **Rinsley, D.**- "An object-relations view of borderline personality. In borderline Personality disorders".- Ed. Hartocollis (New York, 1977).
22. **Rubio, V.**- "La Vulnerabilidad en los trastornos de la personalidad: familia, genética y ambiente" - Fundación Cerebro y Mente (Madrid, 2003).
23. **Thomas, J.**- Curso-Seminario sobre Patología Borderline: Instituto Europeo de Estudios Psicoanalíticos.- (Madrid, 1992-93).
24. **Tirapu Ustároz, J. y cols.**- "Propuesta de un Modelo dimensional para los trastornos de personalidad".- Actas Esp Psiquiatr. 2005.

Dirección para correspondencia:  
 Valentín Rodríguez Melón  
 Gran Vía de San Marcos, 57 - 3.º dcha. - 24001 León  
 vrmelon@usuarios.retecal.es  
 vrodriguezmelon@yahoo.com

# La intervención grupal en los cuadros límite

## Group intervention with borderlines

Nicolás Caparrós Sánchez

Psiquiatra. Psicoanalista. Imago Clínica  
 Madrid

### RESUMEN

*El cuadro borderline representa un lugar oscuro en psiquiatría. Una pequeña revisión de la historia del concepto lo demuestra.*

*Las aproximaciones diagnósticas DSM-IV y CIE 10 no contribuyen a esclarecer este estado de cosas. En nuestra opinión, el diagnóstico psicoanalítico extraído de la estructura de la personalidad es el que más contribuye a disipar esta confusión.*

*La psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica proporciona a este tipo de pacientes la contención necesaria y tras ella la posibilidad de intentar que en su estructura personal se haga posible la internalización de los vínculos. Su falso self y la pobreza de su mundo interno, así como la frecuencia con que se presentan reacciones terapéuticas negativas, dificultan esta incorporación vincular.*

**Palabras clave:** *Personalidad límite, psicoterapia de grupo, reacción terapéutica negativa, pulsión de muerte, conflicto, déficit.*

### INTRODUCCIÓN

Voy a tratar de la psicoterapia de grupo de orientación analítica en los casos límite; más estrictamente, del modelo grupal *analítico-vincular* en relación con este tipo de trastorno. Pero, antes parece conveniente que aclare como psicopatólogo algo de la confusión que rodea a este diagnóstico.

El programa de esta misma reunión se hace eco de este estado de cosas: "¿De qué

### ABSTRACT

*Borderline concept is very difficult and problematic. A brief history of the concept is the best proof of my assertion.*

*The DSM-IV and CIE 10 don't enlighten this situation.*

*The group psychotherapy founded in psychoanalysis gives to these patients the opportunity of being held and besides that contend with the possibility that their personal structure can internalize the binds. Their false self, the poorness of their internal world and the negative therapeutic reaction are great complications in order of this bind incorporation.*

**Keywords:** *Borderline personalities, group analysis, negative therapeutic reaction, death drive, conflict, deficit.*

hablamos cuando decimos *estados límite?*" - se pregunta.

Sin pretender ser exhaustivo, las siguientes alteraciones pueden entrar, de un modo u otro, en la órbita difusa de lo *límitrofe*:

*Trastornos esquizofreniformes.* Descritos en 1937 por Langfeldt para señalar cuadros reactivos; en la actual DSM IV (1) (2) requieren de la presencia de síntomas positivos y negativos que duren más de un mes y

menos de seis meses. Criterio temporal de dudoso valor.

*Trastorno esquizoafectivo.* Alteración en la que coexisten un episodio afectivo con síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.

*Trastorno esquizotípico.* Que comprende déficits sociales y personales, distorsiones cognitivas o perceptivas: creencias *sui generis*, pensamiento mágico, ideación paranoide. Tiene su origen más directo -según Goti Elejalde (3)- en el concepto de *esquizofrenia latente* expuesto años atrás por Bleuler con signos psicóticos moderados o atenuados y sin deterioro.

*Trastorno esquizoide.* Caracterizado por el distanciamiento en las relaciones interpersonales y una expresión emocional congelada. Evitación y retraimiento.

*Trastorno narcisista.* Que presenta tendencia a la grandiosidad, falta de empatía, afecto envidioso y arrogante. Rasgos todos ellos que evidencian pobreza de vínculos.

Y por fin el *trastorno límite, borderline o limitrofe* propiamente dicho. Patrón general de inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen y la afectividad. Gran impulsividad, que para muchos es su aspecto más característico. Relaciones personales inestables e intensas. Tendencias autodestructivas. Sentimientos crónicos de vacío. Ideación paranoide relacionada con el *stress*.

Es una aproximación a este concepto lo suficientemente vaga y genérica para que abarque alteraciones de muy diversa estirpe.

La CIE-10 (4) define los trastornos límite como aquellos que presentan siquiera tres de los siguientes aspectos: dudas sobre sí mismo y la propia imagen; facilidad para implicarse en relaciones intensas pero inesta-

bles; esfuerzo excesivo por evitar el abandono, amenazas y actos de autoagresión, sentimientos crónicos de vacío.

La DSM III-R clasificaba los cuadros límite dentro del apartado de los trastornos esquizotípicos.

Sólo queda reiterar la dudosa utilidad de estas orientaciones.

## LA HISTORIA DEL CONCEPTO

¿Qué avatares ha seguido esta noción pro-  
teiforme a lo largo de los años?

Puede remontarse a Kraepelin la idea de *borderline* cuando, en 1883, lo describió como una forma atenuada de *demencia precoz*. (5)

Un año después, Kahlbaum denominó a este trastorno *heboidofrenia*.

Hughes (1884) y Rosse (1890) (mencionan este entorno conflictivo en una época en que la psiquiatría intenta establecer clasificaciones de los trastornos mentales asentados en lesiones evidenciables mediante la anatomía patológica (Meynert) o la disfunción cerebral (Charcot), incluían a pacientes que oscilaban a lo largo de su vida entre la *demencia* y la *normalidad*.

Kraepelin (1912) sitúa a las personalidades límite entre las neurosis y las psicosis acentuando su carácter de estado frontera.

Bleuler refiere estos cuadros como *preesquizofrenia* o *esquizofrenia latente*.

Demencia precoz y esquizofrenia son, para los respectivos autores, el eje central de la psicopatología. Lo *borderline* se construye orientado por esas referencias.

Bastantes años después Stern (1938) utiliza el término *borderline* con una extensión semejante a la actual. En un sentido parecido se pronuncia también Knight al manifestar la dificultad de definir con precisión este cuadro debido a que no es insumible en los dos grandes grupos diagnósticos al uso: neuróticos y psicóticos.

Para resaltar tanto sus afinidades como las diferencias con la esquizofrenia ha recibido también denominaciones tales como *esquizofrenia pseudoneurótica* (Hoch), *a-psicótica, larvada, mitis, latente, benigna, ambulatoria*.

A finales de los cuarenta, en plena extensión de las ideas psicoanalíticas, una serie de clínicos, entre ellos M. Mahler y Ross, identificaron a un grupo de niños *atípicos* cuya alteración de la función yoica y de las relaciones objetales era menos severa que la de los niños psicóticos, pero de mayor intensidad que la de los neuróticos. Mahler los ubicó en el extremo de mejor pronóstico de un *continuum* que empieza en las *psicosis autista y simbiótica*. Denominó *psicóticos benignos* o *borderline* a este conjunto de pacientes.

En 1952, A. Wolberg describió el costado *repetitivo* de la ambivalencia seducción/agresividad, del insaciable deseo de gratificaciones, de la evitación consiguiente de frustraciones, de la incidencia de conductas autopunitivas.

Por 1954, Ekstein y Wallerstein propusieron el término *borderline* para designar a un grupo de niños que *no* siguen el camino hacia la psicosis, pero que presentan una serie de rasgos impredecibles que, paradójicamente, es su carácter más predecible. Se identifica por oscilaciones muy rápidas en el funcionamiento yoico.

Alteraciones del Yo, mal control de la agresividad, pobreza en las relaciones de

objeto, labilidad en el estado de ánimo, tales son los rasgos que por entonces cobran mayor importancia para este diagnóstico.

Las primeras menciones patogenéticas y patodinámicas describen a estas personalidades aquejadas de conflictos sucedidos en edad temprana, expresión de un fracaso de integración del *sí mismo*. Estas precisiones iniciales no sufren modificaciones de fondo en muchos años. Poseen un escaso sentido de la propia identidad, dirá Charry en 1983, (7) y del alcance de sus sentimientos; la violencia sigue siendo uno de sus rasgos más expresivos. Pueden presentar, junto con alteraciones psicosomáticas, breves episodios de apariencia psicótica, cuadros depresivos y cierta tendencia al suicidio. (8)

Aronson (1985) (9) revisó la historia del concepto ya por entonces equívoco y halló una verdadera selva de contradicciones.

Más recientemente (1989) (9) este autor hace notar dos usos principales de la noción:

1) en referencia a su carácter fronterizo entre dos cuadros bien delimitados.

2) como rótulo dentro de un trastorno concreto.

Dentro de la primera acepción podemos citar los diagnósticos de *esquizofrenia borderline* (Zilboorg), *latente* (Bleuler y Federn); en el apartado 2) la *personalidad borderline*, descrita por Grinker y Gunderson, que más tarde encontrará acomodo en la DSM-III y en la CIE-10 desde un punto de vista fundamentalmente descriptivo y al concepto dinámico estructural del psicoanálisis extendido sobre todo por Kohut (10) y Kernberg (11) (12) en Estados Unidos.

Mencionaré también mis propias contribuciones desde un ángulo psicoanalítico que

hacen énfasis ante todo en las características de los vínculos (Caparrós 1981, 1992b) (13) (14).

Links (1988) (15) afirma que los límites están afectados por un trastorno severo y crónico que se manifiesta en la adolescencia, deben su situación a deprivaciones tempranas y abusos sexuales en ese mismo período. Subraya ante todo la posible etiología traumática de este cuadro.

En esta época Gunderson (1987) (16) propuso la siguiente definición: forma de disfunción severa de la personalidad cuya presentación clínica está estrechamente ligada al contexto interpersonal en que el paciente es observado.

Las investigaciones psicoanalíticas que se han desarrollado mientras tanto tienden a establecer una múltiple aproximación para el esclarecimiento de la estructura psíquica soporte de este tipo de personalidades; los puntos fundamentales son:

1°. La delimitación de los mecanismos de defensa que emplea tanto para el mantenimiento de su propia integridad, sea cual fuere, como para la protección ante situaciones persecutorias, propias de la posición esquizo-paranoide (M. Klein) o de la fase oral (Freud). En este sentido la estructura de estos cuadros es muy arcaica.

2°. El grado de precariedad de su estructura, puesta de manifiesto por la excesiva o inadecuada presencia de disociación, represión, identificación proyectiva, regresión, renegeación, etc. (17)

3°. El análisis del manejo que alcanzan del medio circundante –muy escaso-, de la deficiente capacidad de internalización de normas y el desenvolvimiento estereotipado y repetitivo en relaciones interpersonales,

que comprenden simultáneamente una valoración pobre del sí mismo y un escaso investimento afectivo del otro.

4°. Finalmente, abordan la cuestión del control/descontrol de los impulsos y sus vicisitudes relacionadas con el castigo, la culpa, retaliación, etc.

Dentro del mismo ámbito O. Kernberg (1975, 1984) dota de un amplio contenido a esta noción.

Por mi parte en los años 1994 y 2004 he publicado lo que considero más esencial a propósito de este tipo de trastorno (6, 18). Dije entonces que el gran componente narcisista de estos pacientes impide un normal investimento del objeto.

De este breve y apresurado repaso se pueden extraer varias conclusiones.

- a) Que el diagnóstico *personalidad límite* es, cuando menos, controvertido.
- b) Que la perspectiva descriptiva que emplean tanto las sucesivas DSM como la CIE-10, son de muy escaso valor en psicopatología.
- c) Que sólo el diagnóstico estructural de la personalidad profunda, que es lo que se propone la perspectiva psicoanalítica, permite hacer un uso válido de este concepto.

## LOS CUADROS LIMÍTROFES (BORDERLINE)

Aún sabedores de las indudables restricciones y falta de claridad de este diagnóstico su empleo se ha hecho inevitable y cubre un espectro real de la psicopatología.

La psiquiatría que ha ido más allá de lo descriptivo se vio obligada a considerar entidades que no se ajustan a las grandes líneas diagnósticas sino que representan bien sea formas mixtas o bien espacios de transición;

a ese grupo de cuadros les conviene de modo especial la denominación de trastornos límite, cuadros fronterizos, limítrofes o simplemente *personalidades borderline*. Como tantos otros diagnósticos de origen ambiguo éste también da lugar a una cierta confusión. Al mismo tiempo, su existencia ha resultado muy conveniente, como en su día ocurrió con los trastornos de la personalidad (psicopatías), para servir de diagnóstico nebuloso y cómodo, hecho casi siempre por exclusión frente a otros cuadros «más seguros» y no mediante una investigación psicoanalítica en sentido estricto (O. Kernberg, 1967).

L. F. Crespo (2002) (19) cita a este respecto unas reflexiones de O. Kernberg:

«Es concepción ampliamente aceptada por la psiquiatría el fenómeno *borderline* como una entidad psicoestructural, separada del grupo de las psicosis. En este sentido, resulta importante destacar que, según Kernberg (1967), la estructura *borderline* no se puede diagnosticar basándose solamente en signos detectables puramente descriptivos, sino en base a una investigación psicoanalítica en sentido estricto. En efecto, la estructura *borderline* de la personalidad se presenta bajo los siguientes parámetros: mecanismos defensivos específicos (disociación, idealización primitiva, identificación proyectiva excesiva, omnipotencia y devaluación del objeto, signos inespecíficos de debilidad del Yo (escasa tolerancia a la frustración y a la incertidumbre, descontrol de impulsos y poca capacidad para la sublimación); relaciones objetales internas y externas patológicas; tendencia al pensamiento de procesos fijos primarios.

Por el contrario, el síndrome psiquiátrico que define el trastorno *borderline* de la personalidad es un concepto descriptivo y fenomenológico, diferente por tanto aunque coincida en algunos puntos. Se trataría aquí de un episodio micropsicótico, transitorio, reversible y egodistónico, caracterizado por una impulsividad difusa, sentimientos crónicos de rabia, relaciones interpersonales inestables, perturbaciones de la identidad, sensación general de aburrimiento y de vacío y una tendencia a llevar a cabo actos autodestructivos.»

Importante distinción la que diferencia la perspectiva psicoanalítica que, junto a las descripciones, aporta –como elemento capi-

tal- el análisis de la estructura, de el síndrome psiquiátrico basado a veces en la fenomenología pero sobre todo en la descripción.

H. Modell (1963) refiere con humor la analogía entre los casos límite y los puercoespines, que tienen la necesidad concomitante de aproximarse para sentir calor y de separarse para no herirse. Esto pone de manifiesto sus dificultades ante el principio de realidad y las dudosas identificaciones que exhiben.

Actualmente está muy extendida la tendencia psiquiátrica a considerarlos estados prepsicóticos (20).

## LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA EN GRUPO DE LOS PACIENTES BORDERLINE

La historia de la psicoterapia de grupo vino jalonada siempre por situaciones de emergencia en la clínica: número excesivo de pacientes y la existencia de situaciones traumatizantes considerables como guerras y accidentes o enfermedades somáticas de larga duración y mal pronóstico. La impotencia para proporcionar un tratamiento individual da entrada al grupo y éste se encarga de mostrar sus propias posibilidades con las propiedades terapéuticas que encierra. Si es muy evidente que somos y nos estructuramos en el grupo y por el grupo, no parece tan obvio que este colectivo pueda ser también un espacio privilegiado de lo terapéutico. Así lo demuestra la lentitud de su implante como dispositivo clínico.

He repetido en distintas ocasiones que si somos y enfermamos en el grupo también habremos de sanar en él.

El *grupoanálisis* o el *modelo analítico vincular* que hemos ido trabajando a lo largo de los años, inspirado en las concepciones de

E. Pichon-Rivière, pretenden con sus respectivas técnicas, identificar primero y explicitar después los conflictos y déficits intrapsíquicos puestos de manifiesto en el espacio intersubjetivo que el grupo proporciona.

No existe, como se ha escrito reiteradas veces, una verdadera antítesis entre *intrapsíquico* e *interpersonal*, lo uno es expresión de lo otro en planos diferentes: individuo o colectivo.

Existen diversas perspectivas teóricas como sus consiguientes técnicas en el grupo de fundamento psicoanalítico.

El grupo bioniano trata de leer en el grupo a partir de los *supuestos básicos*, verdaderas instantáneas de situaciones concretas del proceso grupal, de sus represiones y avances, de sus conquistas y resistencias. La orientación llamada grupoanalítica, que se origina en Foulkes, centra su atención en el análisis de la llamada *matriz grupal* (21). Finalmente, tanto Pichon-Rivière como nosotros mismos nos guiamos por el concepto central de *emergente*.

Supuesto básico, matriz grupal y emergente son nociones generales para trabajar en el grupo desde la óptica psicoanalítica. Con ellas se intenta extraer y descubrir *sentido* al grupo, que es el espacio para la subjetividad. La subjetividad alienada se defiende del grupo. El grupo sin sujetos deviene *masa*.

El grupo es la condición necesaria y suficiente del sujeto, que se convierte en tal al incorporar al grupo como *grupo interno*. Grupo y sujeto son las versiones interpersonal e intrapsíquica de una misma cosa.

Los comentarios anteriores sirven para definir el peso que esta noción posee tanto en su versión psicoevolutiva como terapéutica. Pretendo huir así de los viejos usos de las indicaciones y

contraindicaciones de la psicoterapia de grupo, tema que la investigación ya ha superado.

¿Qué decir ahora de la psicoterapia de grupo en los pacientes *borderline*?

Poco se podía decir que no sonase a doctrinario sin precisar antes el término límite y las cualidades elementales del grupo terapéutico que van a servir para la intervención clínica.

Como todo cuadro patológico, el límite surge de su estructura grupal de origen. Siendo así que, en nuestra opinión, el *borderline* es un sujeto que presenta un déficit y no un conflicto mal resuelto, su grupo primario es decir la familia, acusa también un déficit por la mal-función paterna o materna. Conviene distinguir entre *disfunción* y *ausencia de función*. La no-función propicia la psicosis.

El llamado complejo de Edipo es un ejemplo del desenvolvimiento normal-neurótico del grupo original. En él se despliega el grupo en toda su complejidad y lo hace en un proceso de progresiva complicación.

Podemos enunciarlo así:

1º) Al comienzo existe la relación diádica madre-hijo (*sistema madre-bebé*).

2º) La madre inicia el proceso de separación y al mismo tiempo *presenta al padre*.

3º) El niño/a se frustra y pretende resistir a este nuevo estado de cosas que le aleja de la relación diádica.

4º) El proceso culmina si es coronado por el éxito.

5º) El doloroso hallazgo de que “dos seres, papá y mamá, se relacionan entre sí y no sólo para mí o contra mí, sino *sin mí*”.

Ello significa que el grupo familiar pasa a ser “grupo interno bien estructurado”.

A partir de este *desideratum* podemos inferir que sólo un sujeto idealizado puede atravesar de modo impecable por estos tránsitos con la ayuda de unos no menos perfectos padres.

Sabemos que, en rigor, el complejo de Edipo no se resuelve nunca por entero, siempre estará aquejado de procesos imposibles y de frustraciones inevitables. Fijaciones, amor/odio excesivos, agresividad, etc.

El grupo comienza a gestarse en el complejo y delicado sistema madre/bebé que viene a reemplazar el narcisismo primario en el que el bebé es, sin saberlo, nada y todo, reino de la totalidad y de la indiferencia. Narcisismo que concluirá más tarde en la alteridad edípica.

El niño plantea siempre la monótona demanda impelida por la *necesidad* que la relación con la madre transformará en ese equivalente psicológico que llamamos *deseo*. A la ciega y monótona demanda del bebé se enfrenta una madre matizada y singular, la madre concreta. Encuentro desigual y necesario. Tal es el sistema madre/bebé.

Pero el grupo, en sentido estricto, comienza cuando lo diádico trasciende, cuando la relación a dos, que aislada estaría destinada al agotamiento, encuentra el obstáculo del tercero: el padre, la encarnación de la ley, el requisito del símbolo. Todo ello se resume en la llamada *función paterna*. La función materna cede parte de su espacio original a este nuevo sujeto que aparece como tal tras la presentación que de él hace la madre; así se da cima a la triada: la formalización sintética del grupo.

Los fracasos o desviaciones más o menos intensos de estas funciones son los responsables de las variaciones estructurales que sub-

yacen a las diferentes patologías. El grupo terapéutico es un espacio que pretende modificarlos.

A diferencia del grupo familiar, un grupo terapéutico carece de historia, no es un grupo natural, su tarea es la cura, la transformación por la clínica, no formar sujetos.

El grupo terapéutico habría de ser el lugar donde la técnica analítica *supla* los déficits e *interprete* los conflictos de los sujetos que lo componen.

La integración de un neurótico (que está caracterizado por sus conflictos) en un grupo, no tropieza con obstáculos mayores; por el contrario un trastorno de personalidad, un límite o un psicótico, en razón de sus aspectos deficitarios más o menos importantes, ofrecen mayor resistencia al grupo. El déficit es un ataque al vínculo y por ende al otro y por lo tanto al grupo. Ser límite implica un grupo interno patológico en el sentido de lo deficitario.

Lo *borderline* representa menos una frontera entre la neurosis y la psicosis, que una tierra de nadie (A. Green 1962), tierra sin inscripciones.

Las relaciones que establece son pseudoedípicas, no operan en el seno del conflicto edípico *sino contra el conflicto*, eso lleva a desarrollar un modo de relación maniaco con deseo de control, triunfalismo y desprecio. El desprecio sobreviene ante todo como consecuencia de la herida narcisista que el límite padece de forma crónica. Todo modo maniaco es una defensa contra la depresión y la angustia de separación. Controlar para negar la depresión, despreciar para negar la angustia.

En los estados limítrofes encontramos un *falso self* (Winnicott 1969) que puede dar la impresión de una cohesión mayor que las

psicosis. La conjunción de las defensas maníacas (17) y el falso *Self* provoca lo que Kohut (1971) denominó *transferencia idealizada* característica de estos estados que conviene diferenciar de la idealización propia del sujeto normal cuando funda la diada Yo ideal/ideal del yo. Aquí se trata de un *self grandioso* que propicia una transferencia primitiva de tipo especular:

El Otro como Yo

O incluso

El Otro es Yo

en la apoteosis de la simetría. En esta misma anulación de la diferencia, el fronterizo muestra lo precario de sus relaciones interpersonales.

Al hilo de estas reflexiones debo añadir también que, como contraste con otros tipos de transferencia donde los aspectos reviviscentes y evocadores son esenciales, en estos casos son verdaderas relaciones inaugurales que están sucediendo en el aquí y ahora del acto terapéutico, que remiten a procesos biográficos anteriores.

Los mecanismos de defensa que contribuyen a la transferencia idealizada son la identificación proyectiva, la renegación (*Verleugnung*), la escisión (*Spaltung*) junto con el sentimiento de omnipotencia que forma en el sentir de Kernberg (1967) la *idealización primitiva*.

En algún momento de la relación transfe-rencial ésta evoca las huellas de una madre idealizada y de un padre débil pero protector.

En lo que respecta a la contratransferencia hay que decir que estos pacientes son capaces de revivir sentimientos muy regresivos en el terapeuta. La función especular (*mirroring*) del terapeuta junto con la *función alfa* de Bion (20), que permite descomponer la depositación monotonal del paciente en un

espectro diferenciado que sustituya la bruta y arrasadora sensación por la posibilidad de pensar es una capacidad fundamental que debe contar entre los cometidos de los terapeutas de estos pacientes.

*La reacción terapéutica negativa en el borderline (23, 24).*

Dicho de forma sintética, la reacción terapéutica negativa equivale a la ruptura de los vínculos y eso es, precisamente, obra de la llamada pulsión de muerte.

Conviene no confundir este estado con la transferencia negativa donde el vínculo, que existe, es utilizado para investir al terapeuta del afecto de odio, agresión, envidia, etc.

No-vínculo en la primera. Vínculo agresivo en la segunda.

La reacción terapéutica negativa es el obstáculo principal de la psicoterapia con este tipo de pacientes. No consiste en una reacción *contra* el terapeuta sino *sin* éste.

La frecuencia con que se registran este tipo de reacciones se debe a su fragilidad narcisista. Hay que decir que todo vínculo significa una herida para el narcisismo, por lo que comporta de pérdida de autosuficiencia. En efecto, el vínculo está asestado a otro, remite a una falta, resume la constatación de la carencia y el modo de resolverla. La reacción terapéutica negativa representa al mismo tiempo una defensa narcisista contra el vínculo y sus consecuencias y una señal de angustia frente al temor de no ver satisfecha la demanda.

Para el paciente *borderline*, el grupo es un lugar de desconfianza y los terapeutas seres potencialmente idealizables, sujetos a la vez a la reacción terapéutica negativa que puede provocar la ansiedad catastrófica. Una de las numerosas paradojas a las que

está sometida la terapia de los pacientes *borderline* viene representada por la tensión existente entre su necesidad de “grupo” y el deseo de aniquilarlo para prevalecer de manera omnipotente.

La omnipotencia apunta por igual a dos objetivos: la plenitud que, por definición, se basta a sí misma y la ruptura de vínculos que por su mera existencia representan servidumbre, relativismo y dependencia. Ambas tendencias colisionan en una caótica mezcla: el *máximo* vital de Eros, que se contiene en sí mismo y la pulsión de muerte, encarnada en la soledad, la ausencia de tensiones y de lazos vinculares.

El grupo es un espacio propicio para muy diversos cometidos, ello es consecuencia de que este sistema ofrece grados distintos de complicación. No es lo mismo el “grupo fraternidad-terror” que traza una sola diferencia, interno/externo, o si se quiere dentro/fuera, donde pertenecer al grupo o ser ajeno a él es el rasgo esencial. *Dentro* implica esta cadena de significados: fraterno – igual – bueno – conocido – semejante; *fuera*, a su vez, es: extraño – terror – ajeno – diferente – malo – desconocido. Suprema y fundamental división allá en las fuentes mismas del origen.

El *emparejamiento*, por el contrario, supone una estructura grupal de mayor nivel. Se ha operado una diferencia en el seno del primitivo “dentro”. En la interioridad han surgido diferencias. Las funciones materna y paterna representan para el grupo familiar, que es el verdadero grupo natural, el auténtico motor de la subjetividad. Lo que establecen estas funciones es una relación asimétrica con los bebés/niños/hijos que da sentido a su cometido.

La tarea del *grupo familiar* es el logro de la subjetividad, vale decir la maduración, de

la independencia que reconoce la dependencia, de la separación, de la diferencia, del vínculo; todo a un tiempo. La tarea del *grupo terapéutico* es otra cosa. En primer lugar ha de ser creada por cada grupo para él mismo, intenta solventar los conflictos y déficits de sus integrantes. Además, si en el grupo familiar las funciones paterna y materna son agentes estructurantes, en el grupo terapéutico la función que caracteriza al terapeuta se limita a hacer manifiesto a los ojos de los miembros del grupo la función estructurante que desarrolla el quehacer de ellos mismos como agentes de su propia cura, organizados como sistema. *Subjetivación* en un caso, *cura* en otro. Eso implica una gran diferencia entre familia y colectivo terapéutico, ambos son grupos, los dos son sistemas, pero se distinguen en aspectos fundamentales. Ante todo, sus respectivas tareas difieren. El logro de la subjetivación en el primer caso, la cura en el segundo. Investir significa dotar de sentido; redistribución de los investimentos, resignificar y buscar otros sentidos en el segundo.

Los cuadros límites adolecen de subjetividad. Si Freud dijo que el histérico sufre de reminiscencias, el límite se aqueja de una personalidad precaria. Su aparato psíquico se enfrenta al conflicto, incapaz de tratar con él, pero suficientemente apto para pretender ignorarlo escindiéndolo en sus partes antitéticas. El neurótico sufre por el conflicto que le sobrepasa.

El psicótico conjura su angustia descomponiendo un conflicto que le resulta intolerable en sus partes que juzga inconciliables. Escinde y anula la antítesis, elimina el sufrimiento, o al menos trata de hacerlo, pero es al precio de enajenarse de la realidad.

El *borderline* no puede utilizar la escisión, como es el caso del psicótico, salvo en contadas ocasiones. Está demasiado estructurado para hacerlo. Pero tampoco es capaz de enfren-

tar los binomios antitéticos que son la razón última del conflicto, ya sea este amor/odio, incorporación/rechazo, fusión/asco y un largo etc., y se enfrentan en un combate que rememora aquellos que la mitología relata como duelos entre el Caos y el Orden. El conflicto no es *mi conflicto*, algo que forma parte de mí, sino un ente extraño que me frustra y que no pertenece a mi Yo, una especie de zona libre conflictos, como habría podido decir Hartmann. Incapaz de negar el conflicto y de elaborarlo, el límite se empeña en una batalla *sui generis*. Su grito podría muy bien ser aquel de “Muera aquí Sansón con todos los filisteos”. Morir para ser, matar para ser aniquilado. En una *tierra de nadie*, como ya se encargó de señalar A. Green, el limítrofe careció de la función continente de la madre y fue completado por la pseudopresentación del padre cuando exhibía una sensible dificultad para acceder al símbolo. Ley del padre sin el preceptivo reconocimiento de la madre.

Todo pretendido, todo pseudo, un falso *Self*, una Ley que aparenta introyectar.

Desarrollo desigual del aparato psíquico: un Ello que mantiene intactas sus peculiaridades más primordiales; un Yo incapaz de gobernar esos impulsos; un Superyó mitad retaliador mitad pseudolegal. Teme la represalia de ese otro que imagina, idéntico, simétrico, que alberga sentimientos demoledores hacia él tal y como los que éste experimenta y al mismo tiempo la simulación del acatamiento de una ley.

La cognición prospera, la emoción se ancla y permanece en los irreductibles orígenes. Ese desfase caracteriza al “límite” que padece de la ilusión de estar liberado del grupo, de no precisar de él. Ha superado la servidumbre a la que otros mortales estamos sometidos.

El grupo o el Otro para el “límite” es en todo caso un objeto que le está sometido, si

no es así, sólo resta el enfrentamiento o negar su existencia. El grupo, con su cuota de principio de realidad, ha de imponerse por su sola existencia a la oceánica pretensión del *borderline* de ignorarlo. Debe mostrar que está ahí, que es, que puede acoger, contener, albergar, renunciando desde un principio al enfrentamiento cuasi mágico que propone el limítrofe.

El grupo, podría decirse, no es un objeto persecutorio, ni tampoco un buen objeto gratificante, el grupo no es otro sino más bien un *espacio*, una atmósfera, un continente donde de manera inevitable se desempeñan los conflictos, las ansiedades, los deseos, las angustias y las gratificaciones. El grupo no es un objeto sino un ambiente y los terapias deberían tenerlo claro, para que esa noción pueda ser transmitida en un segundo movimiento a los pacientes.

Para ese tipo de trastorno la “oferta del grupo” debe ser propuesta y entendida como *la posibilidad de un espacio* que, ahora, se hace manifiesto para *reconocer, reconocerse y ser reconocido*; nombrar, nombrarse y ser nombrado. Todo como requisito indispensable, como antesala de cualquier incursión más compleja en el proceso de Subjetivación. Para el limítrofe el grupo terapéutico es un espacio y una ocasión de aceptar y ser aceptado tanto por el otro de la díada como por el tercero, un lugar para hacer manifiestos los vínculos que ya existen aunque negados y para señalar los déficits y carencias.

El grupo releva al *borderline* de la entrega autoerótica a la reflexión de “quien soy Yo sin” o “quien soy Yo en mí mismo” de rancia estirpe narcisista, para enfrentarle al *con* y al *contra*. En suma, de las complejas vicisitudes de unos vínculos demasiado simples, harto radicales que le caracterizan y que son resumen de la vieja neurastenia encerrada en aquella an-

tigua y conocida frase de “Paren el mundo que me bajo”. Pero ya no es posible. El mundo continúa y su progresiva globalización ejerce al mismo tiempo una función *universal y persecutoria*. El hombre unidimensional, un producto mitad sociológico mitad político que dio a conocer H. Marcuse en su famoso texto, cede su sitio ahora *al hombre en el límite*, al hombre fronterizo y quizás mejor decir, parafraseando a Green, al hombre en tierra de nadie, al ser entre fronteras, en un territorio sin señas de identidad, ese lugar proteiforme y dudoso.

En ese territorio que roturan muchos grupos familiares de nuestro tiempo se desarrolla el ser disarmónico que posee una cabal capacidad cognitiva y que, al mismo tiempo, la ve encastrada en un sustrato emocional arcaico. Y triunfa la emoción que estalla contra el principio de realidad que se antoja intolerable. Una emoción que adopta la siempre falsa envoltura de la normalidad o de la psicosis. El grupo como espacio nuevo es de hecho un lugar donde el difícil empeño terapéutico puede tener lugar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **DSM IV.-** Atención primaria.- Masson S. A. (Barcelona, 1997).
2. **Hales Retal. DSM-IV.-** Tratado de psiquiatría.- 3ª Ed. Masson (Barcelona, 2000).
3. **Goti Elejalde J, Bernardo Arroyo M, Roca M.-** Trastorno esquizotípico de personalidad perspectivas actuales. Arch. Psiquiat. Vol. 65. Oct-nov 2002 nº 4. 291-322.
4. **CIE-10.-** Trastornos mentales y del comportamiento.- OMS (Ginebra, 1994).
5. **Ey H, Bernard, P, Brisset, Ch.-** Tratado de Psiquiatría.- 8ª Ed. Toray-Masson (Barcelona, 1978).
6. **Caparrós N.-** La imputabilidad del psicópata in Aportaciones de la psicología en el ámbito jurídico.- Consejo General del Poder Judicial (Madrid, 1994) 167-206.
7. **Charry D.-** The borderline personality Am. Pham. Physician. 1984 27 (1): 195-202.
8. **Aronson TA.-** Historical perspectives of borderline concept: a review and critique.- *Psychiatry Ag.* 1985 48 (3): 209-222 (1985).
9. **Aronson TA.-** A critical review of psychotherapeutic of the borderline personality.- Historical trends and future direction.- J. Nerv. and Ment. Dis. 1989 77 (9): 511-528 (1989).
10. **Kohut H.-** Análisis del Self.- Amorrortu (Buenos Aires, 1977).
11. **Kernberg O.-** Estados fronterizos y narcisismo.- Paidós; (Buenos Aires, 1979).
12. **Kernberg O.-** Trastornos graves de la personalidad.- El manual moderno (México, 1987).
13. **Caparrós N.-** La construcción de la personalidad. Las psicopatías.- Ed. Fundamentos; (Madrid, 1981).
14. **Caparrós N.-** Psicopatología analítico-vincular, tomo II.- Madrid.- Quipú Ed.- 1992b.
15. **Steiner M, Links, PS, Korzekwa, M.-** Biological markers in borderline personality disorders: an overview. Can. J. Psychiatry. Jun. 33 (5): 350-354.
16. **Gunderson JG, Zanarini MC.-** Current overview of borderline diagnosis.- J. Clin. Psychiat. Ag. 48: 5-14.
17. **Athanasiou-Popesco C.-** La defensa maniaca.- Biblioteca Nueva (Madrid, 1999).
18. **Caparrós N.-** Ser psicótico. Las psicosis.- Biblioteca Nueva (Madrid, 2004).
19. **Crespo LF.-** Interacciones de las partes psicótica y neurótica de la personalidad in los procesos borderline.- Rev. de Psicoanal. de la Asoc. Psic. de Madrid 2002a; 37: 137-156.

20. **Bion WR.**- Differentiation of the psychotic from non-psychotic personalities. In *Second Thoughts: selected papers on Psychoanalysis.*- N York: Janson Aronson.- 65-85 (New York, 1967).
21. **Bion WR.**- Aprendiendo de la experiencia.- Paidós; (Buenos Aires, 1975).
22. **Ezquerro A.**- El grupo en la clínica in *Y el grupo creó al hombre.*- Biblioteca Nueva.- 191-228 ( Madrid, 2004).
23. **Green A.**- El concepto de fronterizo in *De locuras privadas.*- Amorrortu (Buenos Aires, 1990).
24. **Grotstein J.**- The psychoanalytic concept of primitive mental status. II.- The borderline syndrome, Section 3. *Contemp. Psychoanal.* 1984b 20, 266-343.

Dirección para correspondencia:  
*Nicolás Caparrós*  
*Imago Clínica*  
*c/ Pintor Rivera, 20 - Bajo A*  
*28011 Madrid*  
*caparros@imagoclinica.com*

## Trastorno límite: el largo viaje del diván al Boletín Oficial del Estado

### Boderline disorder: a long journey from the divan to the Official gazette

Guillermo Rendueles Olmedo  
*Psiquiatra. Centro Salud Mental IV*  
*Gijón (Asturias)*

#### RESUMEN

*Este artículo deconstruye la categoría diagnóstica del T. Límite mostrando por un lado las falsas analogías que permiten su inclusión en la DSMIII y por otro su genealogía desde lo interminable de la cura psicoanalítica al tratamiento medicalizado.*

**Palabras clave:** *Borderline, Límite, Cura Psicoanalítica, DSM III.*

El Trastorno Límite emerge de la DSM-IV con la respetabilidad -la fiabilidad y la validez- otorgada por una clasificación aceptada en todo el mundo y con pretensiones de basarse en la evidencia. Con esas credenciales no es extraño que las personas así etiquetadas soliciten y consigan, como veremos al final de este artículo, del Ministerio de Sanidad protección y protocolos de tratamiento muy similares a cualquier enfermedad médica. Pero ocurre que, a mi juicio, cualquier examen histórico de los consensos y disensos con que se construye la DSM III alejan al Trastorno Límite de Personalidad del simple descubrimiento por observación - el ciclador rápido de los trastornos bipolares por ejemplo- y lo acercan a una categoría de etiqueta administrativa, consensuada gremialmente para clasificar enfermos con una patología mental de curso proteico y mal pronóstico terapéutico.

#### ABSTRACT

*This essay proposes a deconstruction of the borderline personality disorder as a diagnostic category. It shows the spurious analogies that leads to its inclusion in the DSM III and its genealogy from the endless psychoanalytic cure to the medical treatment.*

**Key Words:** *Borderline, Limit, Psychoanalytic Cure, DSM III.*

La retórica de la ciencia en psiquiatría es el subtítulo de un texto- The selling of DSM III-<sup>1</sup> imprescindible a mi juicio para comprender como, de repente, una serie de etiquetas conductuales ligadas a las prácticas artesanales de psiquiatras y psicólogos separados por escuelas y modelos de enfermedad mental de difícil coexistencia, logran homogeneizar y validar sus clasificaciones. Homogeneización lograda no en función de un descubrimiento científico o una revolución teórica, sino mediante un proceso de votaciones y consensos políticos que definen la existencia o inexistencia de algunos síndromes psiquiátricos.

Esta anomalía psiquiátrica en la metodología de construir un paradigma, un sistema clasificatorio que moldea o conduce nuestro pensamiento y nuestra práctica por unos caminos preestablecidos, que redacta árboles de deci-

1. Kirk S, Kutchins H: The selling of DSM. New York. Aldine 1992.

siones haciendo aparecer o desaparecer enfermedades mentales mediante reñidas votaciones resulta un escándalo para la ciencia normal<sup>2</sup>. Si hubiese que votar la etiología infecciosa de la úlcera de estómago cuando dicha hipótesis se formuló no hubiese llegado a una subcomisión de los congresos de digestólogos: un experimento y enconadas discusiones basadas no en consensos sino en pruebas, evidenció la verdad de esa etiología. Mientras esa evidencia no pueda establecerse, mejor no caer en la puerilidad, rebajando los niveles lógicos, simulando dobles ciegos, para obtener esas evidencias como hacen los psiquiatras cuando emplean esa palabra e intentan aparentar un nivel de certeza del que carecen.

Para la psiquiatría comunitaria de la segunda mitad del siglo XX el diagnóstico de Defecto Esquizofrénico o de Cronicidad resultó un concepto escandaloso que parecía limitar las posibilidades terapéuticas antiinstitucionales o ralentizar la necesidad de las reformas psiquiátricas. Pero la psiquiatría crítica por pluma de Bassaglia tuvo la prudencia de no imponer el “axioma convenien-

te” a la práctica -el defecto esquizofrénico es el efecto de la institución total- y por tanto no obligar a olvidar el autismo. Con ello se permitió a posteriori comprobar su realidad cuando se instauraba en esquizofrénicos que gracias al éxito de la reforma nunca conocieron el manicomio.

Mediante la exclusión por votaciones de las perversiones sexuales o del trastorno de personalidad sádico como objetos psiquiátricos nunca sabremos si son realmente el negativo de la neurosis como decía Freud o el principal trastorno de carácter de nuestros días que dice Th. Millon.

Pero las definiciones del Trastorno Límite nos lleva aún más allá: a olvidar las figuras semiologías más trabajosamente forjadas por la fenomenología clásica. En la descripción de los síntomas cognitivos de los Trastornos Límite que podemos ver en el esquema 1 hay un apartado de “Síntomas Transitorios Casi Psicóticos”

*Esquema 1 Entrevista Diagnóstica.*

Entrevista Diagnóstica DIB-R: Sección Cognitiva		
Pensamientos Extraños	Experiencia Paranoide	Síntomas transitorios casi psicóticos
Susplicacia Telepatía Ideas sobrevenidas Ilusión recurrente Clarividencia Desrealización	Auto referencia Idea paranoide	Delirios Alucinaciones

2. De Kuhn a Toulmin existe acuerdo científico que sólo por un descubrimiento que transforme radicalmente un campo científico-la etilogía viral de un síndrome-o por un nuevo aparato de observación-el telescopio-que confirme los hechos en discusión es posible una homogenización de un campo científico. Mientras tanto es preferible que peleen mil escuelas.

La psicopatología clásica había desarrollado toda su finura descriptiva de las vivencias psicóticas durante más de un siglo para que un apartado así equivaliese al absurdo del ginecólogo que diagnosticase a una paciente de casi-preñada o un poco preñada. Separar las pseudo-alucinaciones de las alucinaciones, la despersonalización o desrealización neurótica basada en el cómo si de la apofanía esquizofrénica, lo deliroide de lo delirante, los procesos de los desarrollos fue el intento de crear un lenguaje bien hecho que las DSM III y IV, destruyen con la rudeza de suponer a los síntomas psiquiátricos como algo observable, como algo que pudiesen denotarse. Señalar las conductas paranoides con el dedo -esto es una auto referencia- sin la mediación de los giros del lenguaje como se hace con una ictericia o una mancha en el pulmón es la única evidencia -imposible- para psiquiatras.

La confusión respecto al T. Límite formalizado por la DSM IV, llega a la caricatura con el plural de los criterios diagnósticos que exige 5 o más ítems del cuadro sinóptico adjunto que permite etiquetar de límite a un sujeto mediante un sistema de 151 combinaciones posibles.

#### Criterios diagnósticos DSM-IV: 5 o más ítems

- Evitar abandono
- Relaciones personales con patrones extremos de idealización-devaluación
- Alteración de identidad
- Impulsividad dañina en dos áreas
- Automutilación-tentativas de suicidio
- Inestabilidad afectiva
- Sentimiento crónico de vacío
- Ira inapropiada
- Ideación paranoide transitoria

3. Millon TH.:Trastornos de la Personalidad .Mas allá de la DSMIV. Masson. Barcelona 1999.

4. Jorge Tizón ha teorizado muy brillantemente-pero a mi juicio de forma equivocada-la científicidad de la terapia en función de los análisis y comparaciones de escuelas terapéuticas en ese marco.

Y es que a confesión de parte pocos argumentos bastan: Millon<sup>3</sup> afirma que designar al síndrome que nos ocupa como Trastorno Límite es la peor elección posible y que él propuso las siguientes alternativas.

#### La peor elección posible

TH. Millon 1978

- Personalidad Cicloide
- Personalidad Inestable
- Trastorno Ambivalente
- Trastorno Quijotesco

Nuestro autor a pesar de ser el coordinador y prácticamente el legitimador teórico del eje II de la DSMIII ni elude autocríticas ni oculta toda la politización, todos los conflictos que rodearon al supuesto consenso clasificatorio que hoy nos gobierna y que podemos ejemplificar con unas breves citas:

**“En la actualidad son las fuerzas económicas y no el avance teórico ni la investigación empírica las que están marcando la pauta en el desarrollo de la psicoterapia”.**

Millon no se ha convertido en un marxista ortodoxo sino que protesta por la cobertura que los seguros médicos realizan de los malestares psíquicos y que obliga según él a medicalizar diagnósticos, a expresar dramas vitales en términos de síndrome-evolución-pronóstico y dar un formato médico de las intervenciones terapéuticas en función del reembolso a los clientes de las facturas de sus terapeutas. Intervenciones que deben mostrar la eficacia de sus técnicas reintegrando a la normalidad lo más rápido y económicamente posible sin mucha discusión sobre lo que eso significa<sup>4</sup>.

No menos radical es Millon en sus afirmaciones respecto a las determinaciones po-

líticas de las categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad en la DSMIII:

**”La no inclusión del trastorno sádico autodestructivo de la personalidad –el problema diagnóstico más importante de los años 90 –constituye un absurdo de elusión política para guardar bajo la alfombra síndromes evidentes”.**

La cita quizás precisa la aclaración contextual de su genealogía. La descripción de un carácter sádico que subyace por ejemplo al maltratador doméstico o en los agresores sexuales es uno de los supuestos básicos del sistema clasificatorio de Millon que sintetiza la descripción del Psicópata Explosivo de Schneider con las tradiciones psicoanalíticas resumidas por Sullivan de la proyección-introyección de la agresividad del Hombre contra sí mismo.

El Trastorno Sádico recibió según Millon por parte del “holding feminista” de la APA una total descalificación sin ningún argumento psicopatológico en función de su posible utilización médico legal en la disculpa legal del maltrato femenino. El Trastorno fue sometido a referéndum y declarado inexistente por la APA y desapareció del Eje II de la DSM IV.

**Figura sobre Fondo:** Ante este reconocimiento por parte de su autor de las debilidades del concepto del Trastorno Límite ¿debe la crítica limitarse al mismo o extenderse al todo, a la clasificación de la que emerge el síndrome?

La deconstrucción y la genealogía de la DSM III dejan pocas dudas: toda la clasificación responde al intento de imponer una racionalidad tecnológica que lejos de superar la razón fenomenológica -lo explicable, lo comprensible-, o de analizar mejor la tectónica de los sentimientos -tristeza vital, triste-

za psicológica-, habilita una nomenclatura que simplifica y reduce conductas confusas y discursos complejos a síntomas “observables”o “evidentes”.

La historia de la elaboración de la DSM III y sobre todo la forma de resolver los conflictos teóricos eludiéndolos y afirmando la posibilidad de clasificarlos de forma empírica no puede ser más miserables a nivel lógico a pesar de su eficacia para ordenar el campo de las prácticas psiquiátricas. Pero esa capacidad para lograr consenso no oculta su carácter de instrumento administrativo, de clasificación gremial -equilibradora de los intereses de la industria psicoterapéutica-capaz de construir unas categorías fiables a costa de eludir el conflicto sobre la validez de los síndromes de la DSMIII para describir las conductas patológicas en el hombre.

Unas citas de Robert Spitzer iluminan de forma clara las fobias y filias que guiaron la larga construcción de la DSM III.

Su primera afirmación es el “Desastre de la DSM II” y la alarma que ello debe crear en el gremio psi al afirmar Spitzer que “todas las categorías diagnósticas psiquiátricas tienen una fiabilidad inferior a la esperada cuando se las objetiva con el índice estadístico de Kappa: no ya categorías confusas como histeria o esquizofrenia salen malparadas sino que la PMD o la Oligofrenia resultan diagnósticos con escasa fiabilidad de diagnóstico”. El descubrimiento era un secreto a voces: la discusión nosológica es algo ajeno a los intereses psiquiátricos de aquellos años en la medida que la división en escuelas y la imposibilidad de un modelo psicológico común era aceptado como un límite para cualquier consenso real. Conseguir un consenso sin acuerdos sobre los modelos psicológicos que sustentaban la conductas patológicas se consideraba en la época algo similar a intentar una clasifi-

cación médica sin acuerdo sobre la fisiología humana. De ahí que todo el mundo aceptaba el escándalo de las psiquiatrías nacionales (Bouffes Delirantes en Francia, Reacciones esquizofrénicas en EEUU) en la medida que reflejaba el nivel real de acientificidad de la disciplina y permitía el conflicto de paradigmas sin cerrar en falso- con negociaciones y votaciones gremiales- lo que no se había superado en el ágora científica.

Las alarmas de Spitzer alertaban de riesgos reales que esta falta de fiabilidad ocasionaba en la práctica psiquiátrica: incapacidad para la actuación judicial, imposibilidad de segundas opiniones, babel científica, pero ocultaba las críticas radicales no tanto a la fiabilidad sino de la validez de los diagnósticos psiquiátricos.

Cuando se inician los trabajos de la DSM III Task Force (550 psiquiatras evalúan 12.000 historias) hay tres frentes que amenazan a la institución psi: T. Szasz publica y se convierte en un best seller “El Mito de la Enfermedad Mental” donde afirma literalmente la acientificidad de las categorías normal-patológico en psiquiatría.

Goffman es nombrado presidente de la asociación de sociólogos americanos tras publicar su *Internados* y popularizar la teoría del etiquetado psiquiátrico: las llamadas enfermedades mentales no serían sino violaciones de normas residuales donde el proceso de diagnóstico y tratamiento representan una normalización encubierta.

Pero la señal de alarma fundamental ocurre cuando al inicio de las reuniones preparatorias de la DSMIII la revista científica más prestigiosa del mundo acaba de publicar “On being sane in insane place” en la que una docena de simuladores diagnosticados de esquizofrenia ingresados en psiquiátricos

y sus conductas de tomar notas para la investigación son diagnosticados de “síntomas psicóticos”. La airada respuesta de Spitzer es ignorada por Nature y desencadena una ola importante de apoyo defensivo en el gremio psiquiátrico que se siente amenazado por estas críticas radicales y decide impulsar un manual basado en la evidencia.

Al tiempo que Spitzer lanza avisos apocalípticos sobre el riesgo que representa la antipsiquiatría para el oficio psiquiátrico (Ilegaremos a ser supertrabajadoras sociales), empieza a reclutar un grupo de investigadores que fuesen a la vez nostálgicos de las viejas seguridades pero innovadores: los neokraepelinianos en las universidades y los “jóvenes turcos” antipsicólogos de los hospitales constituyen los “colegios invisibles” que nutren la Task Force, a los que nuestro autor dirige cientos de misivas, reúne en múltiples subcomisiones y juntos publican gran cantidad de artículos.

Los resultados teóricos parecen el parto de los montes. Se limitan a:

- 1) Ignorar el problema de la validez y concentrarse en el de la fiabilidad.
- 2) Restringir el flujo de información durante la entrevista al diseñar un modelo que filtra el diálogo médico –paciente que permite un análisis objetivo: la RDC.
- 3) La pretensión de establecer unos criterios objetivos violando la imposibilidad de ostentar los pensamientos y sentimientos consensuada por la filosofía del siglo.
- 4) Establecer unas líneas de corte sintomático que son la caricatura de las constantes fisiológicas en medicina. Las escalas que miden depresión o angustia siempre pueden contestarse de forma ambigua.
- 5) Adecuar y sobrevalorar unos índices estadísticos de Kappa que caricaturizaban la DSMII y confirman la fiabilidad de los diagnósticos DSM III.

De cualquier forma los colegios invisibles no pudieron mantener las discusiones clasificatorias al margen del mundo y al menos dos discusiones hicieron explícitas las convenciones de la elaboración de la DSM III y obligaron a votar la existencia de algunos cuadros psiquiátricos.

Las guerras gay fueron las más populares con el enfrentamiento de Marmor contra el propio Spitzer para desterrar el diagnóstico de Perversiones. Recordemos que éste fue un concepto central tanto para Freud -las neurosis como negativo de las perversiones- como para la psicopatología clásica con su teoría de la psicopatía sexual. Movimientos de consenso para reformular las perversiones ego-distónicas, como adaptaciones subóptimas, terminaron en fracaso. Fue preciso para resolver el conflicto un referéndum que dio la razón a Marmor y dejó a Spitzer con un “severo disconfort por tener que usar el referéndum como criterio de eliminación de un síndrome psiquiátrico”.

Menos disconfort sufrió nuestro autor con las guerras psicológicas cuando intentó imponer como principio que los “mental disorders are a subset of medical disorders” descalificando los diagnósticos de neurosis y cediendo en el último minuto a la afirmación de Blane -presidente de los psicólogos americanos- que mostraba que en 10 de los 17 grandes diagnósticos desarrollados hasta entonces por la APA no se conocía etiología médica y sí modelos de producción por vía del aprendizaje.

El final de la historia no precisa énfasis: el éxito de la recepción a nivel mundial es tan clamoroso que coloniza la CIE 10 y al publicar la DSM III Spitzer convoca ya la tarea de trabajar en la DSM IV.

La capacidad de la DSM III para psiquiatrizar, para transformar en síndromes psiquiátricos cualquier malestar humano se refleja en una ocurrencia de Ivan Golberg que publica una página de Internet afirmando la emergencia de un Internet Addiction Disorder intentando burlarse de las categorías recién inventadas por la APA. Para su sorpresa la parodia es tomada en serio y al cabo de dos meses hay un movimiento importante para incluir en los trastornos por abuso el mal uso de los chats. Moraleja: con la DSM no se juega.

El éxito de la DSMIII colonizar otras clasificaciones es visible en la transformación de la CIE respecto al Trastorno Límite que nos ocupa.

#### CIE 10: Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad

- Límite
- Impulsivo

Cuando Millon criticaba el bautizo como Límite de un cuadro tan polimorfo como el que reseñamos seguramente pensaba en un deslizamiento del significado que permitiría a muchos autores definir el límite como cajón de sastre donde incluir todos los fracasos terapéuticos que en función de su resistencia a la cura bailaban de lo neurótico a lo psicótico. De hecho Knight<sup>5</sup> utiliza el concepto para reformular desde el psicoanálisis el viejo concepto de Psicosis Latente: un cuadro con síntomas neuróticos pero que tiene una estructura caracterial psicótica que condiciona la mala respuesta de determinados pacientes a la terapia psicoanalítica. Desde los modelos organicistas Akiskal y Klein<sup>6</sup> usan la etiqueta Límite con idéntico sentido de “gravedad implícita sobre una sintomatología leve”: se

trata de expresiones atenuadas de una enfermedad afectiva del espectro bipolar.

Pero donde el Trastorno Límite expone toda su ambigüedad de significados es cuando tiene que eludir la vieja exigencia fenomenológica respecto al trastorno primario y el solapamiento con otros síndromes mediante el recurso a la comorbilidad. Según Fabrega<sup>7</sup> 2/3 de los pacientes diagnosticados de T. Límite padecían algún trastorno del EJE I: T. Afectivos, Consumo de Substancias o T. por Angustia.

En el mismo sentido el 70% de los Límites habrían cometido Tentativas de Suicidio o para mayor confusión según Zanerini<sup>8</sup> 1/3 de los pacientes Límites cumplían criterios del Cluster A del eje II de la DSM IV.

Un primer balance del saber contenido en las descripciones del Trastorno Límite por la DSM consiste en constatar que es más una pretensión de saber que una descripción sintromática. De ahí la necesidad de recuperar las descripciones del nivel real con el que operamos los psi que no es otro que lo **artesanial**. Descender a la descripción de los casos reales, las historias clínicas que constituyen el material con el que se construyen las descripciones teóricas etiquetadas de Trastorno límite con el método DSM III es la tarea que nos conduce al siguiente apartado.

**Freud y los Trastornos Límite:** Aunque Freud nunca diagnosticó como Límite ningún paciente, dos de sus pacientes diagnosticados por él como Histeria y Neurosis Obsesiva -Anna O y El hombre de los lobos- me parecen muy indicados para incluirlos en el proceso de construcción este Trastorno.

**Ana O:** la descripción sintomática que Freud nos ofrece de su enferma parece claramente inscrita en el círculo de los trastornos histéricos con espectaculares síntomas de conversión y disociación. Parálisis y anestias que siguen una distribución en función de la anatomo-fisiología fantástica (anestias en guante, parálisis paradójicas del mismo lado de la cara y los miembros). Padece también trastornos de conducta que sugieren una doble personalidad: rebelde de día, sumisa de noche. Doble uso del inglés o el alemán según quisiera llamar la atención del interlocutor. Conductas auto-heteroagresivas bastante pueriles y buscadoras de protagonismo familiar. Ataques de gran y pequeño mal histérico.

Pero indudablemente también ya hay en la descripción freudiana algunos síntomas que hoy nos permitirían sospechar un Trastorno Límite: alucinaciones visuales, episodios de desrealización, despersonalización, terrores delirioses en relación con la muerte de su padre, trastornos alimentarios graves, trastornos somatomorfos, conductas parasuicidas que obligan a su hospitalización.

Contra la evolución hacia la curación descrita en el texto freudiano cuando Anna logra una relación transferencial amorosa con su terapeuta, sus sucesivas recaídas y reparaciones en diversas clínicas europeas con diagnósticos de: Depresión, Adicción a la Morfina, Tentativas de Suicidio, Psicosis Histérica. Conjunto diagnóstico que etiquetan una biografía que hoy sería etiquetada como T. Límite.

Pero a la larga y contra esos infaustos diagnósticos Anna sí se cura, y ya como Berta Pappenheim reaparece como una brillante ac-

5. Knight R. Estados fronterizos en Psiquiatría Psicoanalítica Horme, Buenos Aires 1962.

6. Akiskal HS: The temperamental borders of affective disorders Acta Psycia. Scand 1994, 89 32-37.

7. Fabrega H y colb: Pure personality disorders in a intake psychiatric setting Journ Disor Persona 1992, 6 153-61.

8. Citado en el texto de N. Szerman ya reseñado.

tivista del movimiento feminista en el marco del sionismo que logra poner en pie una gran obra de auxilio social a madres solteras e hijos ilegítimos y una interesante obra teórica contra la literatura machista de su tiempo (algún psicoanalista le reprocha escribir contra el artículo de un tal Dr. Moebius titulado “Acerca de la debilidad mental fisiológica de la mujer”) eso sí manteniéndose lejos de cualquier cura psicoterapéutica. Vive activa hasta los 77 años manteniendo sus compromisos sociales con enorme abnegación hasta el final de su vida. De sus logros da cuenta un sello emitido por la República Alemana en su honor calificándola de “Asistente de la Humanidad”. En su dorada vejez un periodista le pregunta por los beneficios del psicoanálisis y Berta contestó que “el psicoanálisis es en manos de los médicos lo que la confesión es en manos del sacerdote católico; depende del utilizador y de la utilización” de ahí su no recomendación de curas psicológicas para ninguna de sus protegidas.

Como es habitual la historia psicoanalítica trata de descalificar el discurso de B. Pappenheim comparándolo con el de Mary Baker- fundadora de la Christian Science – afirmando en ambas una “compulsión fálica” a superar al médico en su poder curativo. Subraya la hagiografía freudiana así mismo la continuidad del carácter histérico de Ana con su protesta masculina y sus logros sociales que “la debieron hacer profundamente feliz”. Israel llega a reprocharle incluso no haber previsto la barbarie nazi y no haber hecho emigrar a tiempo los niños judíos asilados por ella hacia Palestina<sup>10</sup>.

**El Hombre de los Lobos:** Pocas vidas parecen más reducidas a una historia clínica

que la de Sergio que cuando escribe su autobiografía<sup>11</sup>, lejos de percibir como el horror de su vida viene determinada por la historia que le arruinó y le exilió, o percibir el impacto de su desgracia familiar -su padre, su hermana y su esposa se suicidan-, comienza afirmando su condición de enfermo preferido de Freud convirtiendo esa condición de paciente profesional en el eje y centro de su narración vital.

Y es que efectivamente Sergio es el paciente que confirma a Freud en su teoría de la realidad histórica de la escena primaria en la génesis de la neurosis. Según Freud el de Sergio es el primer análisis de un paciente bien terminado donde se descubre tras la neurosis adulta la neurosis infantil y en el que la asociación libre desvela como tras el miedo a las mariposas se esconden múltiples ilusiones del deseo (la fantasía de los lobos o el placer de mirar las nalgas a las criadas) que conducen al recuerdo de un “triple coito a tergo” de sus padres contemplado por Sergio cuando aún no ha cumplido los tres años” que le marca para siempre.

Unos años después de ese análisis y mientras Sergio lleva una vida bastante miserable completando su salario de agente de seguros con los subsidios freudianos mientras oculta la posible riqueza de unas joyas recuperadas de Rusia, sufre un delirio hipocondríaco. Se inicia con una fobia a su nariz junto a una intensa paranoia con planes agresivos contra un cirujano que le atendió por recomendación de Freud.

Es de nuevo psicoanalizado gratuitamente por Ruth Brunswick que tras un nuevo psicoa-

nálisis, y la oportuna muerte del cirujano objeto de sus delirios de perjuicio y hacia el que tenía planes agresivos, le considera de nuevo curado, esta vez de un delirio hipocondríaco.

Unos meses antes de la segunda guerra mundial cuando Viena es un infierno de persecución nazi, Sergio es descubierto por M. Gardiner en un estado deplorable: su esposa acaba de suicidarse “sin motivo ya que no era judía” y de nuevo el gorroneo de Sergio logra lo imposible: dinero y un pasaporte diplomático para ir a París y Londres a una nueva cura psicoanalítica que contiene su intensa depresión.

Mantenido hasta su muerte por la ayuda de los círculos psicoanalíticos que le compran acuarelas y le pagan generosamente artículos autobiográficos sobre su cura con Freud muere en Viena tras sufrir algunos episodios depresivos.

La autobiografía de Sergio ofrece pocas dudas respecto a su inclusión en la categoría Límite y de hecho así ha sido: en los manuales psicoanalíticos sobre T. Límite, el Hombre de los Lobos suele inaugurar la genealogía<sup>12</sup> del síndrome. Cuando M. Gardiner conoce a Sergio dos características le llaman la atención respecto a la idea que sobre él se había hecho a partir de los escritos freudianos. La primera lo mentiroso que es Sergio y el cambio sufrido respecto a la impresión de total honestidad y de sujeto veraz con que Freud lo describe en su relato como apoyo a la historicidad de sus recuerdos. Sergio en su relación con Freud le ha ocultado la mejora de su fortuna para poder seguir recibiendo un dinero que los círculos psicoanalíticos recaudaban en su favor a ini-

ciativa de Freud. La única disculpa que esboza Sergio ante el reproche de Gardiner fue que lo “del engaño fue cosa de mujeres”: su madre y esposa le aconsejaron no decir nada de las joyas para seguir lucrándose.

Un segundo rasgo que sorprende a Gardiner es la ceguera histórica del Hombre de los Lobos y su total ausencia de caridad para con las víctimas. Cuando su esposa le cuenta su intención suicida él tan solo responde ¿por qué si tú no eres judía?. En idéntico sentido cuando pide un pasaporte para salir de Viena no se apercebe o no le importa la necesidad de salir del país de miles de víctimas del nazismo que ya tienen la vida pendiente de un hilo. Gardiner<sup>13</sup> justifica su ayuda a Sergio -ella está organizando apoyos clandestinos a los perseguidos- porque es una persona tan en peligro de muerte, tan absolutamente incapaz de cuidarse o cuidar a su madre como cualquier rabino de la ciudad.

La mala evaluación de lo real por parte de Sergio resulta llamativa en uno de los últimos capítulos de la autobiografía, cuando una vez liberada Viena no se le ocurre otra cosa que ir con sus acuarelas a pintar el cuartel general ruso. El terror al ser capturado parece autolimitado y realístico: se libró del fusilamiento por un nuevo golpe de suerte.

El seguimiento de un caso desde casi la primera infancia hasta su muerte a los 80 años convierte al Hombre de los Lobos en una suerte de neurosis experimental. Los cuidados de su médico personal que le acompaña en sus viajes adolescentes, su observación y diagnóstico por Kraepelin, su ingre-

9. En la biografía de Freud, E. Jones colecciona epítetos malevolentes para describir la evolución de las pacientes que abandonaron el psicoanálisis: “tuvo un carácter amargado, padeció estreñimiento y murió de cáncer intestinal”.

10. Especialmente malevolente me parece la interpretación que hace L. Israel en “La histérica, el sexo y el médico” donde interpreta toda su vida de histérica como una búsqueda de amor que conduce al desastre a todos los que la rodean.

11. Yo el Hombre Lobo. En el hombre de los lobos. M. Gardiner y colb. Nueva Visión. Buenos Aires, 1960.

12. Carlos Paz: Estructuras y estados fronterizos. Nueva Visión, 1976. Buenos Aires.

13. Muriel Gardiner aparte de psicoanalista y médico es la persona real que inspira la novela Palimpsesto y la película Julia. Fue una rica heredera que contribuyó con su fortuna y talento al éxito del psicoanálisis y un verdadero ángel custodio de Sergio Pankejeff.

so y observación en uno de los mejores manicomios de Europa, los diferentes diagnósticos psicoanalíticos que recibe, y la redacción de una versión autobiográfica de lo que le pasa, la evaluación analítica a los 80 años que hace Gardiner, convierten a Sergio en un objeto de discusión diagnóstica ideal.

Así lo percibió López Ibor quien en una revisión del caso pre DSM III ya anticipa una visión organicista de lo que hoy llamamos T. Límite. En el contexto de su afirmación de las Neurosis como Enfermedades del Ánimo enfatiza López Ibor en lo cíclico de los trastornos de Sergio y la coincidencia de su curso clínico con las fases de un trastorno depresivo mayor donde la sintomatología pseudo neurótica o las fobias corporales no eran más que la patoplastia que emergía de los ciclos depresivos que se iniciaban en la infancia y que Freud confundía con obsesiones y trastornos comprensibles desde el conflicto familiar.

Las modernas versiones de Akiskal que relacionan los Trastornos Límite con los Trastornos del Humor reproducen idéntico razonamiento apoyados en argumentos de respuesta a los antidepresivos perdiendo por ese camino la riqueza del análisis diferencial de los sentimientos y su adscripción a uno de los estratos -vitales o endógenos, psicológicos o espirituales- que daban apellido a la depresión en el modelo fenomenológico más allá de la simplezas de un poco más o un poco menos triste que caracterizan la DSMIII.

#### Genealogías Organicistas

- Klein: Distinta respuesta a fármacos
- Fóbico-Ansioso
- Inestable
- Distrofia histeroide
- Akiskal
- Ciclotímicos

**¿Teorías de Trastorno Límite o Artesanías para el manejo de Pacientes Difíciles?:** la tesis de este escrito sobre el Trastorno Límite afirma que se trata de un concepto difuso, usado de forma arbitraria mediante el truco de alargar los predicados que describen conductas muy variadas, con unos rasgos comunes de malos resultados en terapia que se contraponen con una adhesión pegajosa a los terapeutas. Así los criterios que definen el T. Límite rotulan una serie de trastornos de conducta heterogéneos que permiten que la DSM III no deje fuera de su “poder de nombradía” un elevado número de casos. En ese sentido la exposición sucesiva de los modelos descriptivos, explicativos o terapéuticos del T. Límite ocupan tantos centenares de páginas en cualquier manual que no merece la pena repetirlos. Su cantidad y heterogeneidad ya califica su rigor. Por eso elegí para la exposición de los modelos sobre el Trastorno Límite no la síntesis teórica -por otro lado imposible ya que cada modelo de T. Límite parece hablar de otro trastorno conductual distinto al anterior- sino el resumen de los casos clínicos en que varios de los autores más citados en la bibliografía se apoyan.

Si a cualquiera de esos autores que glosamos le preguntamos sobre como sabe que los T. Límites son como él los describe, si es honrado nos responderá que por las deducciones de la observación sus pacientes. Creo que la lectura de esas historias bastará a cualquier lector atento para convertirlo al escepticismo al ver el salto mortal que todos los autores cometen desde la heterogeneidad y pobreza de sus materiales clínicos a la especulación teórica.

#### Otto Kernberg<sup>14</sup>

Elegir a este autor para iniciar la deconstrucción del T. Límite resulta de la constatación de que es el primero en alejarse de la des-

cripción del Trastorno Borderline como estado evolutivo o como síndrome de paso, para afirmar su entidad como cuadro clínico estable en sus diversas manifestaciones: “La personalidad Borderline es una organización patológica específica, estable y crónica, no es un estado fluctuante entre la neurosis y la psicosis”.

Los estados borderline son concebidos por Kernberg como un proceso de difusión de identidad que interrumpe la coherencia mental y que altera el insight sobre los límites del yo y el juicio correcto sobre el espacio intermedio donde se construye la imagen de sí mismo y de los otros, que según este autor inauguran la construcción del yo normal. El caos conductual, el continuo cambio de afectos respecto a sí mismos y a las figuras significativas no será sino el resultado de esa disociación primaria de la autoimagen y la incoherencia afectiva hacia los otros. Los defectos de interpretación de lo interpersonal hace a los P. Límites juzgar a las personas cercanas como totalmente buenos o totalmente malos, a carecer de lo que Winnicott llamará objetos intermediarios y no ser capaces de reificar sus afectos en esos espacios intermedios y por ello a fluctuar conductualmente entre amores y odios excesivos y sucesivos.

También alternarían el pensamiento lógico con un pensamiento mágico basado en generalizaciones excesivas. Aunque Kernberg parece referirse al contexto de la sesión psicoanalítica describe como estos pacientes generalizan por ejemplo principios de identidad en función de compartir un predicado con la definición mayor. Sus deducciones identitarias sería del estilo “si yo soy virgen, y la Virgen María también es virgen, entonces yo soy la Virgen María” (silogis-

mos similares fueron descritos por Von Domarus en la lógica del esquizofrénico).

Por otro lado estos pacientes sufren según Kernberg de un exceso de pulsiones agresivas que los incapacita muy precozmente para diferenciar el origen externo o interno de sus sentimientos.

Todos estos rasgos los hace muy malos candidatos al psicoanálisis tradicional ya que idealizando al terapeuta crean unos lazos de dependencia tales que se convierten en pacientes eternos. Cualquier intento de terminar la relación desencadena transferencias psicóticas y graves regresiones que obligan según Kernberg a modificar desde el principio el encuadre de la cura tipo aceptando el análisis interminable.

Dos de los casos propuestos por O. Kernberg en “El tratamiento de pacientes con organización borderline “ pueden ilustrar esas teorías.

**M. A.:** Mujer soltera de 37 años, hospitalizada por consumos de alcohol y drogas que inicia psicoterapia psicoanalítica durante su ingreso con escasos insight hasta el alta. Tras ella realiza rápidos progresos en su análisis tras los que logra organizar su vida y romper con los viejos patrones de conducta pseudopsicopáticos y controlar sus cortocircuitos impulsivos. En el año siguiente al alta consigue un trabajo continuado con unos rígidos horarios que cumplía sin problemas. Estableció relaciones sociales serenas lejos de los viejos círculos antisociales que antes frecuentaba y permaneció abstemia de drogas o alcohol. No obstante, mantenía relaciones sexuales “promiscuas “ con hombres que la explotaban afectivamente según

14. Kernberg: Organización Borderline de la personalidad 1967. También Tratamiento de pacientes con trastorno borderline de la personalidad incluidos en la antología Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos. Carlos Paz. N.V. Buenos Aires, 1976.

nuestro autor por la actitud masoquista que presentaba hacia ellos.

La relación terapéutica fue tornándose opaca tras el primer año de luna de miel, con una actitud amistosa convencional, tras la que un sentimiento de vacío parecía ocultar una fuerte desconfianza hacia el terapeuta negada a nivel consciente por la paciente.

Desde la primera interpretación transfe-rencial, según el terapeuta la paciente amenazó con romper la relación y comenzó a beber de nuevo, se deprimió y tras hacer amenazas suicidas fue reingresada al cabo de 18 meses de tratamiento. Durante el ingreso su terapeuta describía su mundo interno como un desierto. "No sabía porque bebía, o porque estaba deprimida ni mostraba ninguna transferencia positiva. Solo recordaba que durante las borracheras tenía una ira irreprimible que volvía hacia sí durante la depresión".

Dada de alta continúa la terapia y repite idénticas secuencias: tras temporadas de normalidad, episodios depresivos o de consumos de sustancias que obligan a nuevos ingresos con idéntico bloqueo en la elaboración de sus motivaciones.

Tras el tercer ingreso nuestro autor comprende que ella lo experimentaba como el padre distante, frío y agresivo que rehúso rescatarla de una madre aún más distante y agresiva. La paciente pudo recordar con gran emoción como en la niñez fue abandonada en la casa enferma de gravedad porque su madre quería atender unos compromisos sociales. Pudo expresar entonces su temor a destruir al terapeuta sí expresaba todo su resentimiento acumulado contra la coalición de estos padres abandonicos. La solución para sobrevivir que repitió con el terapeuta al que fue la distancia afectiva: lo consideraba un amigo paternal e inoperante frente a las

pasiones con sus objetos amorosos a los que permitía conductas de abuso. Protestaba así contra el padre terapeuta haciendo fracasar sus esfuerzos mediante sus recaídas.

**Miss M.:** Mujer con una importante obesidad y sentimientos de intensa inseguridad en las relaciones sociales que durante las primeras sesiones verbaliza sus convicciones de que tenía el derecho a comer de todo, engordar, pero ser deseada y admirada por la armonía de su cuerpo.

Cuando el terapeuta le señaló su incapacidad para atraer hombres provocó en ella un ataque de ira y negó tal aserto atribuyendo esta percepción a la falta de sensibilidad de su escuchante. Kenberg la describe en el inicio del tratamiento como alguien que tenía la convicción de que podía acudir a cualquier hora, prolongar a demanda la sesión y no pagar o llevarse a casa las revistas de la sala de espera.

A posteriori empezó a arrojar la ceniza encima de los muebles y a pretender tener citas amorosas con el terapeuta. Cuando este le señaló lo impertinente de sus conductas sonrió, alabó la perspicacia del terapeuta pero no cambió en nada sus actos inadecuados.

Solo cuando el analista le explicó que había límites para su tolerancia amenazando con interrumpir la terapia pudo expresar unos sentimientos de omnipotencia y un pensamiento megalomaniaco casi-psicótico que subyacían a sus autovisiones conscientes que permitió continuar la cura.

Insiste nuestro autor en la necesidad de resolver estos núcleos de pensamiento mágico y esos procesos de falsa identidad casi esquizofrénicos para fijar unos límites realísticos y hacer progresar la terapia de cuyos resultados finales no logramos enterarnos por el texto.

**Roy R Grinker**<sup>15</sup> publica en 1968 "El síndrome borderline. Un estudio conductual de las funciones del yo" que pasa por ser la primera investigación psicodinámica de corte experimental sobre el tema. La publicación es el resumen de casi 10 años de investigaciones en el Instituto Psiquiátrico del Estado de Illinois donde Grinker y sus colaboradores observaron a posteriori las historias clínicas de 50 pacientes seleccionados a priori con una serie de criterios bastante discutibles (se excluyo pacientes con consumos de alcohol, drogas, se incluyo a pacientes claramente histriónicos) identificando cuatro grupos por proximidad a otras categorías diagnósticas:

- 1)B. Psicótico: Caracterizado por trastornos alimenticios, trastorno en control de la agresividad con ira manifiesta, alteración de identidad y trastornos manifiestos de desrealización-despersonalización.
- 2)B. Central: Síndromes caracterizados por una pseudo depresión inhibida que evolucionaba a trastornos crónicos de inhibición, déficit cognitivo y conductas de aislamiento cercanos al déficit esquizofrénico.
- 3)B. Como Sí: Pacientes sin graves trastornos de conducta pero anhedónicos, alexitímicos y con una pseudo-vida integrada que se descompensan de forma brusca y amotivacional hacia graves tentativas de suicidio.
- 4)B. Neurótico: Pacientes que combinan lo que entonces se llamaba una depresión neurótica con un trastorno de carácter histérico, relaciones dependientes y trastornos somatomorfos.

**Bordeline Psicótico:** Mujer de 30 años, casada, con dos hijos. En el momento del ingreso vive con sus padres ya que es incapaz del auto cuidado propio o de su familia nuclear. Múltiples quejas de incapacidad para rutinas mínimas, con tendencias abandoni-

cas, trastornos de atención y memoria selectiva que sugieren trastornos disociativos. Sobre esta rutina vital subdepresiva repentinos trastornos de conducta antisociales.

En el momento del ingreso se muestra confusa y con escasa conciencia de enfermedad "Yo no se si debo estar aquí o no. Mi padre quería que viniese" comenta de forma incoherente en sus primeras entrevistas terapéuticas.

Su enfermedad comienza de forma brusca cuando tras llevar durante años una vida normal y competente en el cuidado familiar de su marido e hijos, con ocasión de una invitación a cenar se despertó con una crisis de angustia con sensación de muerte inminente que exigió ingreso médico con diagnóstico de Trastorno Neurótico (hoy ataque de pánico).

A partir de ese episodio es tratada ambulatoriamente con psicoterapia pero en los dos años siguientes sufre internamientos psiquiátricos en dos ocasiones durante tres meses por fantasías suicidas sin clara intencionalidad de paso al acto.

Durante la terapia desarrolló una intensa transferencia erótica con fantasías diurnas e intentos de seducir al terapeuta durante las sesiones con continuos pasos al acto. Al tiempo mantiene relaciones sexuales extramatrimoniales calificadas de promiscuas en contraste con sus normas de comportamiento previo.

Al terminar su terapia, aparentemente compensada y coincidiendo con un cambio de domicilio sufre un nuevo episodio depresivo que le lleva de nuevo terapia y a relatar a su marido sus infidelidades con el resultado de un divorcio.

15. Grinker R.: The Borderline syndrome Basic Books. New York, 1968.

La paciente comenzó a beber y a establecer nuevas relaciones sexuales que no lograban estabilizarla. Cuando uno de sus amantes le propone matrimonio hace una nueva depresión con un intento de suicidio por ingesta de barbitúricos. Tras nuevo ingreso psiquiátrico y alta repite conductas alcohólicas con nuevo ingreso y posterior integración en grupo terapéutico.

Tras ir a vivir con sus padres un año realiza una nueva tentativa suicida con cortes en muñecas y nueva ingesta masiva de alcohol y barbitúricos que motiva el ingreso actual del relato.

Ginker la califica como una paciente con trastorno esquizoide ya que desde la infancia “siempre estuvo fuera de comunicación con sus padres y abuelos”. “Ella fue el objeto narcisista de su madre –que ya sufría una severa patología- que la usó para presumir de su apariencia sin preocuparse de sus sentimientos”. “En la escuela descubrió su anestesia afectiva y su necesidad de alcohol o drogas para sentirse viva que logro encapsular en normalidad matrimonial”. Al tiempo desarrolla un trastorno de identidad que la exige atarse alguien para complementar un yo que de otra manera es incapaz de mantener unos límites netos. Su vínculo con los otros era inestable e intenso, un “colgarse del otro” que oscilaba siempre entre explosiones de amor apasionado e ira no menos impulsiva que ejemplificaba su incapacidad para los afectos estables.

El centro de sus problemas según nuestro autor reside en su angustia confusional, su incoherente sentido de la identidad por falta de límites yoicos que la llevan a la depresión y sus intentos de escapar mediante la promiscuidad, las drogas y el alcohol de las que busca refugio con las hospitalizaciones psiquiátricas. Por el contrario existe una adaptación aceptable a su medio social y lo espectacular de los síntomas no traduce una patología psicótica franca.

**Bordeline Central:** se trata de un joven de 22 años, soltero, pastor protestante, que consulta y pide ayuda por su incapacidad para establecer o mantener relaciones afectivas. Sus sentimientos aparecían y desaparecían de forma brusca y sin motivo pasando del bienestar al malestar. El mundo le parecía bueno o malo de forma alternativa manteniendo actitudes pseudoautistas de alejamiento de cualquier contacto humano y búsquedas precipitadas de afecto. El paciente mantenía una relación de noviazgo con una joven de su entorno sobre la que relataba una profunda inseguridad afectiva tanto de sus propios sentimientos como en los de ella. Se ha prometido y roto el vínculo varias veces con intensas depresiones tras la ruptura. En una de ellas amenazas suicidas que motivan el ingreso.

Resaltan los autores los vínculos objetales vacilantes como manifestación de una falla en la identidad así como un miedo a la dependencia que sumen al paciente en unas conductas de huida-refugio que lo incapacitan para la vida.

**El Bordeline Como sí:** se trata de un paciente calificado de de adaptativo-desafectivo-defendido que bordea lo depresivo pero que es descrito por la enfermera que lo atiende en el hospital como “más desconectado que deprimido”. Su conducta parece bizarra y no participa ni se implica en ninguna actividad de la unidad de hospitalización donde vive, a pesar de que conoce y guarda información sobre todo lo que ocurre, manteniéndose distante de todos y de todo. No presenta síntomas psicóticos -niega delirios o alucinaciones- pero si un defecto cercano al autismo ya que la única relación afectiva que resuena es la que mantiene con su padre ante el que reacciona con cierta normalidad durante las visitas. No hay tampoco quejas de ansiedad, depresión o ira aunque cualquier

circunstancia externa de conflicto en la unidad entre pacientes o personal le perturba y le hace huir desfavorido.

En conjunto no presenta motivación clara a terapia salvo por su hipersensibilidad a la violencia abierta que en su opinión es lo que le provoca las conductas de retirada y la búsqueda de su padre como protector.

**El Bordeline Neurótico:** mujer con diagnóstico previo de depresión y conducta dependiente. Casada con un hombre 10 años mayor que ella del que tiene mucha dificultad de separación. Durante la hospitalización siempre pegada a otra paciente en la que busca una figura de protección.

En la exploración no presentaba clara tristeza endógena pero sí desesperanza, sensación de ser una perdedora, de estar vencida por la vida y una vivencia desesperanzada del futuro. Relata su vida como una biografía siempre necesitada de figuras de apoyo, niega iniciativas o deseos propios y afirma un carácter que está bien si se deja llevar y tiene un ambiente protector, pero que se deprime si está sola o tiene que tomar decisiones.

Adaptación aceptable a ambientes conocidos y muy mala al conflicto, con conductas de fugas, abandono de autocuidado y pseudo-depresión abandonica.

Varios ingresos hospitalarios breves con diagnósticos de depresión y mejoría al establecer el insight de sus trastornos en el marco de un vínculo estable con su terapeuta.

**Bergeret<sup>16</sup>: Depresión y Trastornos Límite.** Las historias clínicas que Bergeret propone desde que escribe un capítulo sobre los estados límite para la Enciclopedia

Médico Quirúrgica parecen centrarse en describir procesos disociativos muy precoces resultado de un trauma anterior a los 7 años que no es posible integrar en la conciencia con lo que las biografías sufren continuos cortacircuitos conductuales. Al mantenerse fuera del campo de la misma ese trauma crea una especie de campo inconsciente horizontal basado en la vivencia de que lo que ocurre no le esta pasando al sujeto sino a otro, o mejor a nadie creándose así un pseudo yo alternativo.

Esa estructura en lugar de evolucionar hacia lo histérico provoca una depresión precoz que permite transitar por el Edipo con una latencia del conflicto que únicamente aporta síntomas melancólicos que suelen pasar desapercibidos hasta la pubertad tardía en que sufren una primera descompensación.

Uno de los casos que propone en La depresión y los estados límites es el siguiente:

**Gilberte:** Mujer de 29 años casada y con dos hijas. Consulta por “sentirse mal en su propia piel” y estar irritable o ansiosa de forma constante con los demás, manifestando al tiempo una incapacidad absoluta para tolerar la soledad.

Su madre “era una parisina superficial con pocos afectos para su hija o su familia dedicada a lo frívolo”. Su padre es descrito por ella como perezoso y poco responsable. Formaban un matrimonio poco estable que se divorció y con los que nuestra paciente cortó cualquier relación de adulta.

Bergeret la describe en el primer encuentro como encantadora, cariñosa y atrayente con el terapeuta al que impresiona inicial-

16. Bergeret J.: La depression et les etats limites. Payot. Paris, 1974.

mente como una paciente con estructura histérica. Ella describía sus relaciones reales -al contrario de la transferencia con Bergeret- como distantes y frías: “la gente no me produce interés. Por eso me aislé, solo me gusta leer, pasear y en los últimos años no le saco partido a nada de la vida”.

El marido de Gilberte era 9 años mayor que ella y era descrito como un “débil de carácter”, rechazando nuestra enferma desde hacía años las relaciones sexuales con él. Tuvo dos hijas que cuentan en el momento de la terapia con 8 y 9 años.

Mantiene relaciones sexuales con un amante sin verdadera satisfacción: “es una forma de luchar contra el tedio”. Discusiones y reconciliaciones sucesivas con marido y amante culminan en una depresión con riesgo suicida durante la psicoterapia -“Yo creo que todo lo hice mal”- que exigen el ingreso de Gilberte en un psiquiátrico donde fue diagnosticada de Neurosis Traumática.

Bergeret señala que el yo de la paciente no estaba fragmentado como hacía prever la historia sino que era un yo lacunar y que su contacto aparentemente histérico encubría un narcisismo intolerante con el desinterés afectivo de cualquier figura afectiva, apareciendo una ansiedad psicótica si sospechaba cualquier abandono por el terapeuta.

En la terapia se recuperaron recuerdos de un intento de seducción a los 3-4 años por un vecino que nuestro autor considera patognómico de los bordelines así como fantasías de destrucción corporal y devoración por pequeños animales. La terapia progresó desde la frialdad ante el relato histórico a los intentos de seducción al terapeuta, finalizando con la aparición de un ideal de yo muy rígido que ocasionó la depresión con los posteriores rellenos de las lagunas ocasionadas por el

trauma infantil que convirtieron las entrevistas en espacios expresivos que lograron la cura.

Bergeret proporciona otras historias clínicas de T. Límites muy diferentes de Gilberte en la que los diagnósticos iniciales son Psicosis Aguda (Caso Norberto), Esquizofrenia (Rachel). En todas ellas el trauma real y la etapa de latencia depresiva homogeneiza esa aparente variedad semiológica.

La dificultad de acercamiento a estas historias clínicas y su aparente o real heterogeneidad creo hacen referencia tanto marco del relato psicoanalítico proporcionado por Bergeret como a la falta de distancia entre el relato y la interpretación. Como en esos diálogos de Woddy Allen todo va en un mismo paquete informativo y lo narrado y lo interpretado se superponen sin posibilidad de una recuperación fenomenológica de las historias.

Los dos autores que proponemos a continuación por el contrario ofrecen historias en las que la observación y la interpretación guardan una distancia que nos permite una mejor observación:

**Masterson y Rimley**<sup>17</sup>: Proponen una estructura de los bordeline caracterizada por un yo en calidoscopio, dotado de defensas muy arcaicas de tipo forclusivo, con conductas transgresoras y pseudopsicopáticas producto de un fracaso durante la fase de individuación que determina en la adolescencia una tormenta conductual de ensayos de adaptación múltiples que no logran crear un hilo argumental en la biografía y menos un proyecto de vida.

La originalidad de la interpretación consiste en atribuir un papel etiológico central a la madre real del paciente frente a la noción psicoanalítica de novela familiar que impedía cualquier referencia no fantasmática. Para Masterson la madre del paciente límite

tiene una estructura de carácter muy patológica: ávida de afecto, desatendida por un padre insuficiente, proyecta toda su vida de fantasías en el futuro borderline al que concibe como un bebe mágico que dotara de sentido a su vida.

De ahí que esta madre es incapaz de tolerar cualquier movimiento de autonomía en su hijo al que trasmite un chantaje emocional global “sí te independizas pierdes a tu madre”. El paciente intenta a pesar de todo ser autónomo y cuando lo logra se deprime volviendo al redil materno pero eso sí con conductas tormentosas que testimonian su protesta contra el dominio materno.

**Ana** es una joven de 16 años, adoptada por su familia de convivencia, que sufre un trauma importante cuando a los 10 años la niñera que la criaba murió al tiempo que su madre enfermó de porfiria sufriendo abandonos en su cuidado. El padre adoptivo mantenía una relación distante con la familia dedicando todo su tiempo al trabajo.

Ana fue siempre una niña problemática que hizo una escalada en sus trastornos de conducta hasta hacerse ingobernable por su familia o maestros.

En casa no guardaba ninguna disciplina: dormía de día y velaba por la noche, comía fuera de hora, no obedecía ninguna orden materna y agredía a cualquiera que no cumpliera sus caprichos. En la escuela se vestía inadecuadamente, respondía a los profesores y tenía continuas faltas de disciplina y amenazas de expulsión.

Efectivamente fue expulsada del colegio público donde estudiaba por fumar marihua-

na (estamos a finales de los 60) y a los 14 años un psiquiatra la diagnosticó “esquizofrenia simple” y aconseja a sus padres adoptivos su ingreso en un hospital estatal.

Por el contrario los padres la envían desde los 14 a los 15 años a un internado privado bastante acogedor de donde fue de nuevo expulsada por promiscuidad sexual. Allí temió en varias ocasiones estar embarazada y fantaseaba con fugas románticas y un estilo de vida bohemio.

De nuevo en su antigua escuela solo duró 7 semanas antes de su nueva expulsión. Otro psiquiatra intentó psicoterapia que resultó fallida por falta de implicación de Ana. Su conducta empeoró al empezar a mantener relaciones con heroinómanos de su entorno lo que ya provocó su ingreso psiquiátrico como paciente no voluntaria donde fue tratada por J. Materson.

En realidad Ana es hija de una adolescente de 15 años que la dio en adopción sin que conozcamos datos. Para sus padres adoptivos fue un objeto de crianza que “aseguraba” un matrimonio al borde de la ruptura. Fue un bebe difícil según su madre adoptiva que lloraba y se golpeaba de continuo escupiendo y vomitando la comida que se le ofrecía. Sus padres adoptivos tuvieron que contratar una criada que se turnaba con ellos para tenerla siempre en brazos meciéndola. Solo de esta criada aceptaba comida.

A los 5 años se le dijo que era adoptada y que debía estar orgullosa: había sido elegida por sus padres y por tanto debía quererlos más que las otras niñas a los suyos. La madre afirma que desde los 5 años ella tenía que estar en la escuela con Ana para evitar sus fugas. En casa la asistenta era la única capaz de hacerla obedecer mientras sus padres eran

17. Masterson J.: Psicoterapia intensiva del adolescente dordeline. Cuadernos ASAPPIA. Buenos Aires, 1972. También The Borderline syndrome: the role of the mother. InternJ of Pshoanalysis, 1975.

incompetentes para establecer una disciplina mínima: ella gritaba hasta que le levantaban castigos y así lograba lo que quería.

En el hogar había un verdadero cisma con un exagerado poder de la mucama que formaba alianzas transgeneracionales con Ana contra sus padres. Cuando Ana tiene 8 años la criada desaparece y a posteriori le comentan que ha muerto.

Durante el ingreso viste de forma desafiante, contraría todas las normas y lentamente mejora su relación con el terapeuta mientras se mantiene hostil con su padre y exigente y caprichosa con su madre, que la complace en todas sus extravagantes peticiones durante las visitas

Ana resumió su tratamiento así: pasé por tres fases. Primero todo era duro<sup>18</sup> como un cuartel, odie a mi madre por traerme aquí y pense que no era ni madre ni nada parecido. En la segunda fase volví a ser una nenita corriendo entre usted (Materson) y mi madre. Ahora estoy creciendo intentando caminar entre la dependencia que odio y la libertad que temo.

Según Materson la paciente tuvo una evolución positiva y no tuvo recaídas tras el alta: la capacidad para la autonomía personal con la pérdida materna le permitió cesar en sus conductas provocadoras del cuidado externo.

**M. Mahler** en Simbiosis Humana propone el fracaso de la fase separación-individuación entre madre-hijo como causa del trastorno borderline. Ese fracaso impide al niño realizar "los verdaderos procesos de identificación e internalización de su imagen corporal teniendo que mantener continuamente una confirmación de su identidad en el espejo de los otros".

El futuro borderline entre los 2 y los 4 años elabora un falso self por una falta de referencias maternas que incapaz de establecer una separación gradual oscila entre el rechazo—calificándolo de mal hijo— y la simbiosis.

Esa incapacidad para un reencuentro cordial tras la separación entre madre-hijo genera un conflicto de imágenes que en el niño cristaliza en una imago de mala madre imposible de introyectar de forma serena lo que genera la congelación del conflicto identificador que hace al niño quedar perdido entre la búsqueda de la simbiosis infantil y el rechazo materno a esa dependencia.

A pesar del lenguaje analítico de esta exposición difícilmente accesible al profano, el atractivo de algunos casos de Mahler resultan de que son casos observados en una guardería no enmarcados en un proceso de cura analítica: son en realidad una observación naturalista y una prognosis de futuro que visto desde fuera tiene un formato cercano a las descripciones etológicas.

**Jay** fue un niño precoz que caminaba ya cuando tenía 10 meses y medio. En esa etapa su esquema corporal y su orientación aún estaban en una etapa de fusión y confusión simbiótica con su madre. Mahler describe sus rabietas al separarlo de la madre cuando se marchaba de la guardería, lo forzado de sus abrazos cuando volvía a recogerlo, su aislamiento de los juegos y la interacción durante las primeras horas de la ausencia.

Lo más llamativo de su conducta eran las situaciones peligrosas en que se involucraba Jay por su precocidad motora y la falta tanto de cuidados maternos como de alarma durante esas situaciones. Jay se subía a sitios altos y su madre de una forma consciente y

voluntaria no se movía del asiento para ayudarlo o protegerlo ni tampoco parecía alarmarse ante el peligro

De ahí que Jay no progresase adecuadamente en su maduración motora y a los dos años impresionaba por su impetuosidad y lo repetitivo de sus conductas motoras. Según Mahler toda la conducta de Jay era una petición implícita y una provocación para que lo cuidase una madre incompetente. Cuando ella no estaba en la sala lo tormentoso de las conductas y su peligrosidad disminuía de forma drástica.

La precocidad motora de Jay debería haber obligado a su madre a actuar como un yo auxiliar toda vez que había un retraso madurativo en el resto de sus capacidades y funciones psicológicas. La madre debido a sus conflictos internos se quedaba paralizada cuando Jay se subía y caía de los armarios y a posteriori adoptaba un aire de imperturbabilidad para aparentar la normalización de una situación anormal. Ella no podía dejar de vigilarlo a distancia pero quedaba como paralizada para movilizarse como cuidadora.

Mahler enfatiza la dificultad de muchas madres para tolerar la autonomía motora de sus hijos porque según ella no es fácil abandonar su posesión simbiótica de cuando no se mueven de la cuna o el corralito.

De ahí su incapacidad para hablarles y modular con ordenes su nivel de autonomía sin peligro para ellos. Jay no se quejaba nunca de sus caídas y su madre mantenía que era insensible al dolor y tuvo un mal proceso de maduración verbal y un completo fracaso en los juegos con niños de su edad que se apartaban de él. A los 20 meses era incapaz de inhibir cualquier impulso o compartir espacio de juegos atacando y rompiendo cualquier juguete a su alcance, apareciendo un retraso en la orientación espacial.

Los exámenes descartaron lesión neurológica y lo disarmónico de su desarrollo siempre fue interpretado como secundario a su trastorno afectivo por los neurólogos de la guardería.

A los 30 meses Jay presentaba una actitud perpleja ante sus compañeros, un desconocimiento de su imagen corporal absoluta y una tolerancia a la soledad que parecían una copia en espejo de la de su madre que fue calificada por Mahler de cuasi esquizoide. La madre interactuaba con Jay cuando se dirigía directamente a ella pero se mostraba perpleja y paralizada ante las rabietas de su hijo que mostraba una conducta más adaptada y menos peligrosa para sí cuando su madre no estaba presente. A los dos años Jay encontraba placer en repetir palabras y ese juego permitió un acercamiento madre-hijo que se vio interrumpido por un desarrollo disarmónico del resto de las funciones yoicas.

Especialmente llamativo era la deficiencia del esquema corporal que según Mahler impedía a Jay integrar cualquier adquisición intelectual fuera de la simbiosis y la presencia real de su madre. Jay trataba de cumplir continuamente los deseos de su madre: la única interacción repetitiva que ambos tenían era cuando uno y otro se encontraban para que la madre leyese un cuento, ya que Jay repetía que su madre deseaba que el fuese un intelectual destacado. Jay continuó siendo un niño con malos resultados en el manejo de su cuerpo, sin amigos, con rabietas de difícil control y terrores nocturnos que le obligaban a dormir con su madre.

En conjunto dice Mahler Jay no logró establecer un límite claro con su madre y por ello no lograba tampoco establecer límites claros en sus funciones yoicas o en su manejo de la realidad estando continuamente cortocircuitado por sus impulsos y carencia de energía libre para separar su self de su mun-

18. Mahler M.: Simbiosis Humana. Morritz. México, 1972.

do objetal ni era capaz de organizar un marco espacio temporal donde organizar un aparato lógico sobre la realidad.

Finaliza Mahler su trabajo con esta prognosis “cuando Jay se graduó de nuestro Jardín de Infantes, nosotros predijimos que alcanzaría un ajuste fronterizo con rasgos esquizoides a menos que se instituyera una experiencia emocional correctora”. Se le hicieron estudios a los 7 años que confirmaron las predicciones y se hicieron otras nuevas, pronosticando que Jay evolucionaría hacia un “borderline como sí” funcionando con un falso self en búsqueda de una identidad.

**Charlie** fue un paciente tratado por Mahler en dos periodos de su vida. Durante su infancia en Europa, siguió tratamiento psicoanalítico por su negativa de acudir a la escuela, su miedo a quedar ciego y su necesidad de llevar gafas negras de forma permanente, así como unas conductas agresivas hacia su madre.

La figura de esta madre es de nuevo decisiva en la génesis de la patología de Charlie propuesta por Mahler “tuvo una larga fase “simbiótica-parasitaria” con una madre narcisista muy seductora que solo podía aceptar a Charlie si lo consideraba una continuación de sí misma. No tenía la más mínima consideración por el niño: ella necesitaba bebés constantemente y tuvo hijos sucesivos hasta su climaterio.

Lo abandonó afectivamente a los 3 años y Charlie desarrollo una identificación en espejo con su padre que pareció compensar la situación, pero al final de ese año su padre se deprimió y Charlie sufrió un nuevo abandono por lo que volvió a una simbiosis absoluta con su madre. Un día que esta lo llevaba a la guardería y atropello a un hombre,

Charlie afirmó que la policía le detendría a él por el accidente y no volvió a la guardería. Comenzó a llevar gafas negras para no ser reconocido y desarrolló al tiempo fobias al fuego, a quedar ciego y comenzó a ser muy violento con su madre arrojándole objetos o dándole patadas sin aparente provocación. En este primer análisis de Charlie con Mahler elaboran esa introyección destructiva con su madre y sin tiempo para establecer una reparación de los límites del yo la relación se rompe por avatares históricos.

Charlie inicia un nuevo análisis en la adolescencia con Mahler ya en América. Los motivos son un sentimiento de vacío interior y una falta de self con ausencia de sentimientos reales, acompañados de ideación megalomaniaca e imitación consciente de su padre mientras buscaba para casarse una chica dulce y buena, “una madre simbiótica dice Mahler con quien reparar su terrible historia”.

**Teorías del Vínculo y Trastorno Límite:** en los primeros escritos de Bowlby<sup>19</sup> todas estas esotéricas teorías sobre la crianza patológica generadora de Trastornos Límite parecieron tomar tierra. Desde sus estudios etológicos con aves, el miedo le pareció a Bowlby algo primario en el hombre que por compartirlo con el resto de primates no necesitaba otra explicación que su valor evolutivo de supervivencia: los prehomínidos que no tuvieron miedo a la noche, a las serpientes, o que no se mantuvieron unidos a sus madres en sus primeros años de vida se reprodujeron menos que los que nacían aprendidos con esos temores en su código genético. De ahí que contra Freud o el conductismo, el miedo a la separación no necesitaba de hipótesis explicativa porque el miedo era la causa que explicaba el resto de las conductas infantiles.

19. Bowlby J. Maternal care and Mental Health. Ginebra. WHO, 1951.

La descripción de dos tipos de vínculos que separaban a los niños con fobia a la escuela de los niños normales, en función de la disponibilidad de las figuras de apego que dan seguridad al niño con buena capacidad de separación con el nombre de apegos serenos o ansiosos<sup>20</sup> abre unos cauces a mi juicio interesantes para reformular la teoría de los T. Límites de forma cuasi experimental.

Así lo empieza a hacer Steele<sup>21</sup> que propone como substrato de los T. Límite lo que llama un Vínculo Desorganizado, caracterizado por unas relaciones caóticas del niño con la figura de apego que se muestra unas veces acogedor, disponible y protector mientras en otras ocasiones es una figura inaccesible, abandonica o incluso cruelmente agresiva.

El niño que no logra integrar de forma coherente estas conductas de una figura a la que necesita “acceder”<sup>22</sup>, frena su capacidad reflexiva y deja de atribuir una hipótesis de mente a sus cuidadores para explicar esas conductas tan impredecibles. Inicia por ello un desarrollo irracional: ya que vive en un mundo no comprensible, donde al parecer reina el azar que convierte los días en fastos o infaustos según los variables humores de sus cuidadores, desarrolla un modelo adaptativo de conductas inestables y abandono al juego de impulsos en una inestabilidad de carácter permanente que permite interactuar mejor con un mundo impredecible. En un universo donde los otros carecen de sentimientos, caracteres de buenos o malos y aún de pautas repetidas de cambios de humor, abandonarse

a conductas impulsivas carentes de introspección no es la peor de las opciones.

En idéntico sentido la vergüenza, la fantasía de no ser lo suficientemente bueno como para ser querido y merecer el apoyo parental es otra constante de estos vínculos desorganizados que generan niños que prefieren cambiar su autoestima adoptando una identidad de niño malo que no merece ser querido que protege la bondad del padre que sólo reacciona y que han sido descritas por Crowe<sup>23</sup>.

Holmes J<sup>24</sup> precisa aún más lo específico del vínculo del T. Límite al que llama Disorganized Attachment o Vínculo D que se produce cuando la figura de apego se convierte en ocasiones en una fuente de amenaza como por ejemplo una madre habitualmente cariñosa pero que agrede al niño cuando bebe o es abandonada por su pareja. Una tal figura de apego genera en el niño un conflicto de aproximación-evitación que convierten la conductas de estos niños en algo muy cercano a las que genera el doble vínculo en la familia del joven esquizofrénico<sup>25</sup>.

**Deidre** es un caso que Holmes propone. Se trata de una paciente de 45 años divorciada 2 veces y que vive con su tercera pareja en los últimos 11 años. Tiene 4 hijos: el mayor de su primer matrimonio con quien no tiene contacto, dos más de su segundo matrimonio, un cuarto de su actual pareja.

Ha trabajado en el servicio doméstico pero en los últimos años permanece de baja

20. Bowlby J. La separación afectiva. Paidós, 19880.

21. Steele K. Predictors of antisocial personality. British Journal, 2004. 27 184:118.

22. La disponibilidad para el acceso afectivo, la vivencia de que ella estará allí para protegerme si la necesito es la característica central de la figura de apego sereno para Bowlby.

23. Ctove M. Never good enough journal of Psychiatric. New Zealand, 2004.

24. Holmes Jeremy Sisorganized Attachment and Borderline Personality Disorder. Attachment-Human Development, 2004.

25. El texto de Laing El yo dividido. Paidós, 1972. Me parece valioso en la descripción de la génesis de estados psicóticos cercanos a los T. Límite.

casi permanente debido a diagnósticos médicos de “ansiedad” o “depresión”.

Es enviada al centro de salud mental porque se le diagnostica un trastorno de personalidad debido a sus arrebatos de rabia. En el último de estos episodios atacó a su pareja con un candelabro y le produjo lesiones que precisaron ayuda médico-quirúrgica e intervención de la trabajadora social de la comunidad.

Deidre acude al centro con su pareja, Geof y tiene muchas dificultades para separarse de él, de soltarse de su brazo cuando es invitada a entrar en la consulta médica mientras él queda en la sala de espera.

La primera impresión es de una mujer débil, mal vestida, abandonadamente gorda y no bien peinada. Pide antes de sentarse un vaso de agua y es incapaz de sentarse o hablar antes de beber con avidez varios vasos.

Cuenta a retazos una historia personal muy deshilvanada con un estilo incoherente: refiere acontecimientos que “le ocurren” y de una vida de la que no se siente en absoluto protagonista sino “sufridora pasiva de traumas”.

Se cría con su madre y padre hasta los 2 años en que éste la abandona. La madre se casa de nuevo y tiene 4 hijos más. Deidre se siente de sobra en su nueva familia, estigmatizada además por los recuerdos de las violencias de su padre desaparecido. Violencias y maldades del padre huido repetidas por su madre a la menor oportunidad ante su nueva familia, el vecindario o la maestra con el comentario de que Deidre es el vivo retrato en todo de su padre.

La situación empeoró cuando su padrastro empezó a abusar de ella psíquicamente en público y sexualmente en privado. Comienza a sufrir terrores nocturnos y fobias escolares.

Deidre abandona tan pronto como puede su “casa” casándose con el primer chico que se lo propone y que previsiblemente la embaraza y abandona en el segundo año de su matrimonio.

Se casa de nuevo rápidamente por un problema de supervivencia con otro hombre con el que permanece 10 años en pareja, tolerando malos tratos y violencia doméstica hasta reunir el coraje de abandonarlo.

Este patrón de conducta tolerante con el maltrato parece fijado en la paciente que cambia de tema en la conversación hacia el terror que siente al salir de casa y que pone en relación con su visión en los espejos y escaparates de las tiendas en plena sesión cuando se ve reflejada en el espejo Deidre entra en pánico y repite ¿quién es esa? ¿quien es esa?, dando muestras de extrañeza y temor ante su propia imagen. Al parecer la única forma de evitar el miedo a su imagen reflejada en cualquier escaparate es ir fuertemente cogida del brazo de su compañero y mirando al suelo.

Durante la terapia el terror se pone en relación con la respuesta que la madre de Deidre le proporcionaba cuando preguntaba por su padre desaparecido: “mírate en el espejo tu eres su vivo retrato”. El recuerdo le producía durante la sesión un movimiento de cabeza que parecía mitad miedo y mitad desesperación.

Tras las sesiones cuando Geoff reaparecía ella le golpeaba en las piernas y luego lo abrazaba y no lo soltaba durante bastantes minutos hasta desaparecer por la calle.

En conjunto el vínculo desorganizado de Deidre repetía un patrón clásico de los niños que durante una sesión de juegos se sienten abandonados por su madre y sufren un trauma con otros niños y cuando vuelve antes de establecer un apego ansioso que evita la separación castigan a la madre por no

estar presente cuando han sufrido la angustia. Deidre se sentía incapaz de detener su conducta de agresión por abandono, prescrita por la identificación con su padre y dada la impotencia de cualquier figura de apego de protegerla de su visión de sí misma como mala reaccionaba con un patrón sucesivo de agresión-apego ansioso.

Obviamente los únicos partenaires posibles para estos pacientes son los flemáticos o afecto-evitadores como Georg que toleraban la agresión y continuaban en su sitio como figuras de apego sereno aunque insuficiente.

El modelo Vínculo Desorganizado explicaría también en parte la comorbilidad del Trastorno Límite y los Trastornos Disociativos: en ambos el trauma y el maltrato infantil lejos del ser la novela neurótica, de la que nos habla Freud cuando concluye que sus histéricas le engañan, se transforman en el recuerdo parásito de un drama que destruye para siempre la confianza del paciente en cualquier relación humana acogedora.

**T. Millon: El Patrón de Personalidad Inestable:** El paciente lector de este artículo recordara que este autor dirigió los grupos de trabajo que dieron lugar a la redacción del Eje II DEL DSM III (con satisfacción plena salvo las rabiets por la exclusión del Patrón de Abuso o Personalidad Sádica ya reseñada). Una de esas primeras satisfacciones es que la DSMIII “evitaba la obligación de elegir etiquetar a un paciente en función de sus síntomas actuales o las características que configuran el comportamiento de la persona durante largos periodos de vida”.

En su manual Millon<sup>26</sup> expone por extenso su teoría del aprendizaje biosocial y las escalas para el diagnóstico, que propone como un

modelo sincrético de todos los sistemas psicoterapéuticos anteriores. Ecléctico y poco convincente intento para integrar en un marco darvinista categorías tan heterogéneas como las desarrolladas por Freud, Bowlby, Beck.

Respecto al T. Límite propone una triple manifestación del síndrome, según la situación en que se observe al paciente. Cuando el límite está bajo la protección de una persona vivida como un vínculo seguro, presentará síntomas depresivo-dependiente: personas desanimadas, autodestructivas, inseguras y con un estilo cognitivo petulante. Seres caprichosos que convierten a las relaciones personales en fuente de conflictos continuos.

Cuando esos vínculos estables se rompen aparecerá un Límite con sintomatología cercana a lo psicótico: actividad paranoide, conducta autoagresiva, puestas en acto parasuicidas que se corresponden con regresión cognitiva y conductual que antaño dieron lugar a la calificación de trastornos esquizo-neurótico.

El caso que Millon nos propone como ejemplo del T. Límite es **Timothy D** un varón de 47 años, casado, con un desarrollo “típico de un sujeto masoquista”: decía que nunca había sido apreciado por nadie en especial por su esposa, madre y empleados. Era el hijo mediano de una familia “de condición humilde”. Su padre era un representante que ganaba lo justo para mantener a la familia en los límites de la clase media-baja, Tim era siempre comparado desde sus primeros años con su hermano mayor, un estudiante excelente que se convirtió en abogado exitoso y líder de su comunidad. Tim era un estudiante medio del que sus profesores decían que podía rendir más. La familia describía a Tim como un niño malo ya que

26. Millon TH. Trastorno de la Personalidad. Masson. Barcelona, 1999.

nunca había cumplido las expectativas que su madre tenía sobre él. Recordaba como de niño ella siempre le menospreciaba “debíamos haberte abandonado en el bosque al comprobar como eras: nunca te esfuerzas”.

“La historia laboral de Tim era bastante irregular ya que pocos trabajos le duraban más de 2-3 años y solían terminar cuando Tim se enfadaba y discutía con sus jefes. El patrón relacional que estableció con su madre se repitió con su esposa que ahora le describía como un hombre que no sabe qué hacer con su vida. “A veces estaba abatido pero otras veces exaltado, irritado y desvariando sobre todo. Actualmente (se refiere a 1994) esta ingresado por Depresión”.

Deseoso de conseguir el afecto y la aprobación de los demás, inseguro de sus sentimientos hacia sí mismo, abrigando profundos resentimientos y temeroso de las consecuencias de su cólera y su autoafirmación, Tim solía estar siempre en plena tormenta emocional, en un conflicto irresoluble que le impedía una conducta estable. Durante cortos periodos de tiempo era una persona aquiescente y agradable, pero de pronto se sentía fracasado, rechazado y abandonado y eso le encolerizaba. Cuando de nuevo volvía a sentirse confiado y con éxitos laborales se ponía eufórico y estaba en las nubes, haciendo planes grandiosos e improbables para el futuro.

Cuando sus esperanzas de éxito social volvían a frustrarse aparecía la hostilidad, tras la cual introyectaba sus resentimientos y se sentía abyecto, culpable e infantil. Durante esos periodos para contrarrestar estos sentimientos Tim corría y hablaba frenéticamente moviéndose de aquí para allá sin sentido alguno como si de un estado hipomaniaco sin

alegría se tratase. Estos estados duraban poco y tras ellos se reiniciaba el ciclo depresivo.

El caso se acompaña en el libro de Millon por un resumen interpretativo, un perfil MCMI-III y un esquema de desarrollo pato genético imposibles de resumir y que el lector puede encontrar en su manual ya citado.

**Sociogenesis de los T. Límite:** La sociología académica por boca de Merton y T. Parsons<sup>27</sup> ya habían propuesto un modelo familiar transmisor de una incongruencia en la transmisión de los valores morales congruente con las anormalidades de la Personalidad Inestable. Las familias que imponían a su descendencia la obligación de triunfar socialmente como condición del afecto parental, inculcando el incongruente respeto de las normas y a su violación sin ser descubiertos, eran familias que fabricaban trastornos de personalidad.

Paris<sup>28</sup> amplía a lo social ese esquema familiar y encuentra que la sociedad post industrial esta presidida por la Amorfia por la inconsistencia social que ha abolido cualquier modelo biográfico basado en la vocación, en las viejas virtudes, en el consenso social sobre lo que es una vida buena. Ya no hay relatos de vidas ejemplares a las que imitar. Una vida buena antaño era cumplir bien los distintos papeles que configuraban las edades del hombre: quien había sido un buen hijo y un buen escolar, había cumplido como adolescente, como soldado, había trabajado bien y había sido un buen padre de familia podía afirmar que había tenido una buena vida.

Todo ese esquema suena hoy a disparate y cada vida no tiene otra medida de “realización” que la suma de placeres logrados du-

rante ella. La amorfia comienza por la más que probable crianza en una familia caleidoscopio con varios divorcios y fratría de diversos orígenes, con un crecimiento en múltiples residencias, continuado en cambios de trabajo, de pareja, de amigos, de estilos de vida, de valores, etc<sup>29</sup>. Atribuir a irrelevantes instituciones sociales o a las virtudes ciudadanas el papel de dar una segunda oportunidad de crianza al predestinado por carácter o familia al patrón inestable de personalidad parece un chiste. A la sociedad -quien quiera que sea hoy esa señora- hay que llegar preparado para la dura competencia por un trabajo, un lugar donde vivir o unas relaciones a las que otros competidores también aspiran. El estado se compromete en el mejor de los casos a mantener el orden y los botiquines en el lugar de las competiciones pero en ningún caso a cuidar de los individuos que deben saber que nadie hará nada que ellos no hagan por sí. Los perdedores, en todo caso, recibirán un diploma al revés -un certificado de minusvalía psiquiátrica- que permite competir en circuitos sociales protegidos.

El trabajo fue durante la ilustración uno de los medios de cura privilegiados por los enciclopedistas contra los desastres ocasionados por una institución tan del viejo régimen como la familia. El marxismo en todas sus variantes repetía uno de los tópicos más fértiles del aristotelismo: la sociedad virtuosa servía de aparato corrector de los deseos individuales, enseñando a guiar las conductas por la prudencia y la moderación mediante la separación de los buenos y malos deseos, evitando en cualquier caso la desmesura, la hbris que había llevado a los héroes trágicos a la desgracia.

Sólo quedan restos del naufragio ilustrado: el trabajo como ganapán, el deseo como ley, la desmesura como felicidad, la virtud como rigidez caracterial.

Otra de las carencias fundamentales del postmoderno es la de **Sindéresis**: ese juicio interior que dice al individuo<sup>30</sup> socializado -el Pepito Grillo de Pinocho- si sus acciones son buenas o malas de la misma forma que percibe que las cosas son amarillas. La persona con un T. Límite muchas veces precisa más de adquirir ese juicio moral que invisiones psicoterapéuticas o experiencias afectivas correctivas.

Tres análisis sociológicos de la postmodernidad me parece que enfatizan no solo esa incapacidad de las estructuras sociales contemporáneas de limitar el daño del adolescente con T. Límite sino de favorecer los rasgos de discontinuidad en el desarrollo personal con la propuesta del Gorrón, del que ante toda situación debe buscar su ventaja, como el individuo con conducta racional de nuestro días.

El primer análisis corresponde a Elster<sup>31</sup> que al definir al Elector Racional como aquel que busca su máximo provecho en cada interacción personal no tiene otra posibilidad de definir al yo postmoderno más que como un Yo Sucesivo que, lejos de las coherencias conductuales que obviamente al no maximizar las ganancias labran la ruina del individuo, construyan un yo oportunista para cada situación. En ese sentido tanto el T. Límite como el adicto a drogas serán simplemente malos inversores en sí mismos, personas que no aciertan a apostar al largo plazo y solo se aplican a aplacar su angustia o des-

27. Parsons T. El sistema social. Revista de Occidente. Madrid, 1966.

28. Paris J. Sociocultural conceptions of the borderline personality. American Psychiatric Press, 1994.

29. E. González Duro, en El riesgo de vivir, Temas de Hoy, 2005, describe como prólogo a su estudio de las nuevas adicciones este análisis con extraordinario rigor.

30. Los libros de eA. MacIntyre, Tras la virtud y, sobre todo, Animales racionales y dependientes, Páidos, 2003; me parecen imprescindibles en el análisis de la edad oscura para la ética en que vivimos.

cargar su ira sin calcular las consecuencias a largo plazo de sus conductas.

El segundo análisis sociológico de la postmodernidad que me parece sugerente de describir rasgos de complementariedad con los T. Límite corresponden a Beck<sup>32</sup> y su concepto de Individuación Forzada-Sociedad de los Riesgos. La postmodernidad ha dejado de proponer una sociedad acogedora para los individuos, para imponer una sociedad de las desigualdades con triunfadores y perdedores de juegos sociales rápidos y sucesivos. Las viejas carreras que aseguraban un éxito social desaparecen. Ingenierías de minas que antaño suponían la trepa a las élites socioeconómicas llevan en unos años al paro. Viejas maestrías artesanas quedan obsoletas y regiones de prosperidad se hunden en la pobreza. Al individuo se le exige disponibilidad absoluta para adaptarse a ese proceso en la que todo lo sólido se fantasmaliza<sup>33</sup>. Quien no es capaz de esa flexibilidad en tolerar vínculos inestables no sobrevivirá a la exigencia de vivir con gozo esos cambios sociales continuos. La persona con necesidades patológicas de estabilidad o lentas en establecer vínculos serenos no parecen tener futuro en esa sociedad del riesgo.

El análisis de Guiddens<sup>34</sup> respecto a la transformación de la intimidad postmoderna también me parece revelador del aumento de riesgos para los pacientes con una estructura de Personalidad Límite. Frente a ese vínculo seguro que necesitan nuestros pacientes, la intimidad postmoderna se basa en el sentimentalismo como único cemento que une las relaciones amorosas o familiares. Ya nunca

más podremos hacer votos matrimoniales hasta que la muerte nos separa sino únicamente mientras nuestros sentimientos comunes nos unan y como los sentimientos suelen ser menos estables que las lealtades, los matrimonios o las familias se unen con fecha de caducidad. Lejos de ver en ello la “desgracia” del divorcio, Guiddens ve en la familia recombinante “una segunda oportunidad” o aún otra tercera para ensayar la búsqueda de la felicidad por los caminos libertarios que las antiguas tradiciones habrían cerrado.

Guiddens afirma que este triunfo del sentimentalismo electivo supone el primer régimen de libertad real del individuo, la primera situación social en la que lo subjetivo o el deseo y no las pesadas losas de la obligación de crianza y familia tradicional pueden proporcionar al postmoderno la felicidad romántica que antaño solo ocurría en las novelas. La libertad tiene sus costes y las adiciones o los trastornos de personalidad son nombres del fracaso en inventar la vida.

**Terapias del T. Límite ¿Ciencia, Técnica o Artesanía?:** Hay dos formatos de manuales sobre terapias en los T. Límites, unos cercanos a la literatura propagandística cuyo autor se declara perteneciente a una escuela y que obviamente afirma que sus técnicas son las mejores eludiendo la tozudez de los terapeutas de otras escuelas para rendirse a lo que para el escritor enclaustrado en sus modelos constituyen evidencias. Psicoanalistas, conductistas, cognitivistas, sistémicos organizan sus simposium para confirmar la bondad de sus epistemes sin referencias a los incrédulos.

31. De J. Elster pueden consultarse *Domar la suerte y Sobre las Pasiones*. Ambos en *Páidos*.

32. De U. Beck pueden consultarse *La Individuación*, y también, *La sociedad del riesgo*, de Z. Bauman. *Modernidad Líquida*, Cátedra, insiste en el tema.

33. Z. Bauman. *Identidad*. Losada. Madrid, 2005.

34. De Anthony Guiddens pueden consultarse *La transformación de la Identidad*, Ed. Cátedra, Madrid. *Modernidad e identidad del yo*, Península, Barcelona. Y *Consecuencias de la Modernidad*, Alianza Editorial.

Otros formatos se manifiestan eclécticos pero ofrecen otro cúmulo de disparates lógicos que no quisiera dejar de señalar. La afirmación mas repetida en el tema que nos ocupa es que hay evidencia empírica de que la eficacia en curar de la Terapia Dialéctica Conductual es mayor que la obtenida con cualquier otro método<sup>35</sup>: “en ensayos controlados se demuestra que la terapia dialéctica conductual en comparación con la terapia psicodinámica resulta más eficaz en la reducción de ingresos, tentativas de suicidio y visitas a servicios de urgencias”. Cuando se leen esos trabajos se reduce la evidencia: Linehan<sup>36</sup> publicó un estudio naturalístico de 39 pacientes tratados con este método que mostró una disminución de todos esos parámetros así como el de una mejora de la ira expresada y de la adaptación social.

Aceptando esa eficacia empírica, cuando observamos en qué se basa el método de Terapia Dialéctica Conductual resulta que es una combinación de terapia conductual, técnicas Zen y filosofía dialéctica. Si tomamos en serio la “evidencia” resulta que para tratar con mayor eficacia a los pacientes límite que mañana tenga en consulta, a diferencia de mi colega internista o cirujano no tendré que aprender técnicas operativas o interpretativas, sino que tendré que dejar de rezar rosarios para ir a ver a un monje budista y aprender Zen. En idéntico sentido tendré que olvidar mi adscripción filosófica al empirismo del lenguaje común y suscribir una filosofía “dialéctica” no sé si de base hegeliana o marxista.

#### “Terapia Dialéctica Conductual”

• ZEN: tolerancia al sufrimiento, la mente sabia, liberarse de apegos que causen dolor.

35. En la revisión de N. Szerman y colaboradores puede consultarse con provecho el tema. *Antheos*. Madrid, 2004.

36. Linehan MM. y cols.: *Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients*. *Archiver of General Psychiatry*, 1993. 50: 971-974.

• Filosofía dialéctica: síntesis entre elementos opuestos: síntesis- antítesis. La realidad es un todo interrelacionado.

Tamaños disparates no atentan contra la razón psiquiátrica que afirma que asumir ese formato de terapia corresponde a la ciencia toda vez que se hacen dobles ciegos comparando unas y otras. La verdad que revela el disparate es muy otra y nos lleva al principio de este artículo. Las pretensiones de definir científicamente y tratar de forma basada en la evidencia los trastornos límites son falsas porque el nivel en que nos movemos los psiquiatras en este campo es el de la artesanía basada en el saber prudencial

No hay ninguna técnica general que como un protocolo medico ni siquiera rehabilitador se pueda proponer como tratamiento del paciente límite sino que cada terapeuta articula unos microsabereres y unas habilidades personales como cada artesano que diseña sus piezas de cerámica.

La prueba es la dificultad de definir la mala práctica en psicoterapia. ¿Si un límite va a un terapeuta del seguro que es sistemático le trata y no le informa de los mejores resultados estadísticos de las técnicas TDC incurriría en mala práctica?

**Los peligros del etiquetado: de la DSM III al Estado.** Los riesgos de hipostasiar la etiqueta de Trastorno Límite en un diagnóstico médico consiste en incluir unas practicas artesanales como las psicoterapéuticas en el marco de la medicina social sancionadas como ciencia por el estado. Los rastros de la fibromialgia -desde dolores del alma a dolores del cuerpo tratados con protocolos- son seguidos para substituir la antigua práctica del

bricolaje terapéutico en el Trastorno Límite. También entre los Límites hay una Asociación de pacientes afectados por “la enfermedad” con todo su peso legal, mediático y social que como todo grupo de usuarios se transforma en un lobby que busca ventajas para sus afectados e influye en su institucionalización legal como enfermedad. Las consecuencias no queridas de descripciones psiquiátricas de situaciones vitales de sufrimiento íntimo que generalizadas se transforman en una idiotez son abundantes. En el Mobbing el dolor del trabajo asalariado analizado como una relación vertical entre el jefe y un subordinado de haber sido aplicados a la esclavitud supondría la no abolición de la relación amo-esclavo : una gran parte de los esclavos vivían con un lujo similar al de algunos animales de compañía de nuestra sociedad y si los azotados o muertos lo eran por la crueldad del mal amo por lo que nada malo había en el sistema de producción esclavista.

El resultado de esa hipóstasis del Trastorno Límite a enfermedad oficial se evidencia cuando el Estado tiene que dictar resoluciones que aparecen en un escrito del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 2001 en que acepta todas las peticiones de la asociación de pacientes límites, les otorga distintos derechos y designa “al servicio de psiquiatría de la Clínica Puerta de Hierro como centro de referencia para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad”<sup>37</sup>. Lo que había empezado como práctica artesanal basada en la prudencia o maestría-la fronesis propuesta por Aristóteles que guía las practicas humanas imposibles de reducir a la ciencia- de un terapeuta-maestro que era imitada y modificada por cada practico que trataba enfermos difíciles se transformaba así en una cura médica basada en normas sancionadas por el estado tutelada desde una institución que al imitar las practicas medicas construía su caricatura.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Akiskal HS.**- “The temperamental borders of affective disorders”.- Acta Psychia.Scand, 1994. 89 32-37.
2. **Baunan, Z.**- “Identidad”.- Losada (Madrid, 2005).
3. **Bergeret J.**- “La depression et les etats límites”.- (Payot Paris, 1974).
4. **Bowlby J.**- “Maternal care and Mental Health”.- Ginebra WHO,1951.
5. **Bowlby J.**- “La separación afectiva”.- Paidos,1980.
6. **Carlos Paz.**- “Estructuras y estados fronterizos”.- Nueva Visión (Buenos Aires, 1976).
7. **Ctove M.**- “Never good enough”.- Journal of Psychiatric (New Zeland, 2004).
8. **Fabrega H. y colb.**- “Pure personality disorders in a intake psychiatric setting”.- Journ Disor Persona, 1992. 6 153-61.
9. **Grinker R.**- “The Bordeline syndrome”.- Basic Books (New York, 1968).
10. **Kirk S., Kutchins H.**- “The selling of DSM”.- Aldine (New York, 1992).
11. **Knight R.**- “Estados fronterizos en Psiquiatría Psicoanalítica”.- Horme (Buenos Aires,1962).
12. **Masterson J.**- “Psicoterapia intensiva del adolescente bordeline”.- Cuadernos ASAPPIA (Buenos Aires,1972).
13. **Mahler M.**- “Simbiosis Humana”.- Morritz (México, 1972).
14. **Millon TH.**- “Trastornos de la Personalidad”.- Masson (Barcelona, 1999).
15. **Parsons T.**- “El sistema social”.- Revista de Occidente (Madrid, 1966).
16. **Paris J.**- “Sociocultural conceptions of the bordeline personality”.- American Psychiatric Press, 1994.
17. **Linehan MM. y cols.**- “Naturalistic follow up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal bordeline patients”.- Archives of General Psychiatry,1993. 50 :971-974.

37. Documento de la subdirección de atención especializada de Asturias a todos los especialistas 06 01003171.

# Terapia Icónica en Inestabilidad Emocional Estudio Preliminar

## Iconic therapy in emotional instability. Preliminary study

\*S. Santiago López; \*S. Castro Lucena; \*\*D. Cañamero Peral;  
\*\*\*A. Godoy Avila; \*S. Valverde Thomsem; \*\*V. Artacho Gómez;  
\*C. Marcos Márquez.

\*Psicólogo. \*\*Psiquiatras. \*\*\*Catedrático de Psicología

Centro Asistencial San Juan de Dios y Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento de la Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

### RESUMEN

*El objetivo de este estudio ha sido comprobar si la terapia icónica es eficaz para disminuir las conductas inestables como impulsividad o agresividad y aumentar las conductas adaptativas de afrontamiento.*

*Para ello se ha realizado un primer estudio preliminar con siete pacientes diagnosticados con trastorno límite de personalidad, a los que se les ha aplicado el tratamiento. Para este estudio, se les ha evaluado tanto pre-postratamiento como a los dos años de finalizar la terapia, en este último caso con el fin de comprobar si los resultados obtenidos se mantenían tras dos años de seguimiento.*

*Los resultados indican que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los períodos de evaluación así como una elevada potencia de efecto por lo que se puede concluir que esta terapia se encontraría en el grupo de las terapias eficaces, consiguiendo los objetivos de disminuir las conductas inestables, especialmente en los casos en los que predominaban las conductas autoagresivas, y, al mismo tiempo, aumentar las de afrontamiento.*

*Habría que destacar que los resultados presentados corresponden sólo a aquellas personas que finalizaron todo el protocolo, ya que su propia patología, con frecuencia, les hace abandonar antes de finalizar la terapia o no acudir a las evaluaciones finales.*

**Palabras clave:** *Inestabilidad emocional, terapia icónica, trastorno límite de personalidad.*

### SUMMARY

*The purpose of this study has been check on whether Iconic Therapy is efficient decreasing impulsive or aggressive unstable behaviours and improving confronting adaptive ones.*

*A preliminary study has been carried out on seven patients diagnosed with borderline personality disorder. The patients were treated and evaluated before and after the treatment and again after a period of two years to verify if the results still persist after that time.*

*The results show that there were statistically significative differences between evaluation periods and a great power of effect. As a result, this therapy could be considered efficient since it was successful decreasing unstable behaviours - especially in such cases of predominant aggressive behaviour - and improving confronting ones.*

*It is important to point out that these results correspond only to those patients that went through the entire protocol. Due to their own pathologies, certain patients often give up treatment or do not attend final evaluations.*

**Key words:** *Emotional instability, iconic therapy, borderline personality disorder.*

## INTRODUCCIÓN

La terapia icónica es un nuevo modo de intervención para tratar la inestabilidad emocional. Este tipo de intervención surge de la práctica clínica en 1999<sup>1</sup> y se consolida en 2002<sup>2</sup> para dar respuesta a personas impulsivas. En esta terapia se incluyen distintas técnicas ya conocidas en el campo de la Psicología adaptándolas a las características de la población emocionalmente inestable.

Para paliar el déficit atencional que dichas personas pueden presentar, se usan dibujos o iconos. Al principio, con estos iconos se pretendía captar la atención y facilitar la comprensión del paciente, pero ha resultado ser más terapéutico de lo esperado ya que muchos de los pacientes tratados reconocieron que los iconos les habían ayudado, en los momentos de ofuscación emocional o impulsividad, a evocar los conceptos trabajados durante la terapia y que dicha evocación (por la memoria visual instantánea), les había hecho actuar de otro modo en esos momentos. Por otra parte, también se han elaborado

otras estrategias complementarias específicas para esta terapia.

Modelo explicativo y terapéutico integrado:

La terapia icónica cuenta con un *modelo explicativo* de la conducta problema que recoge y agrupa, en categorías, las conductas inestables más frecuentes. Así, este modelo ayuda al terapeuta a situar las múltiples conductas del paciente dentro de la categoría a la que pertenecen (autoagresión, heteroagresión, o escape), pudiendo así intervenir en dicha categoría y no en la manifestación concreta o circunstancial del momento. Del mismo modo, este modelo sirve como herramienta para que el terapeuta ayude al paciente en su propio insight, para ello tendrá, primero, que identificar su conducta inestable y, después, buscar el detonante de dicha conducta (generalmente alguna frustración) y, por último, el aspecto subyacente de vulnerabilidad: baja autoestima, pensamiento dicotómico, cogniciones y dependencia. Así, el paciente puede observar y reconocer la relación y funcionamiento de sus conductas inestables (ver figura 1).

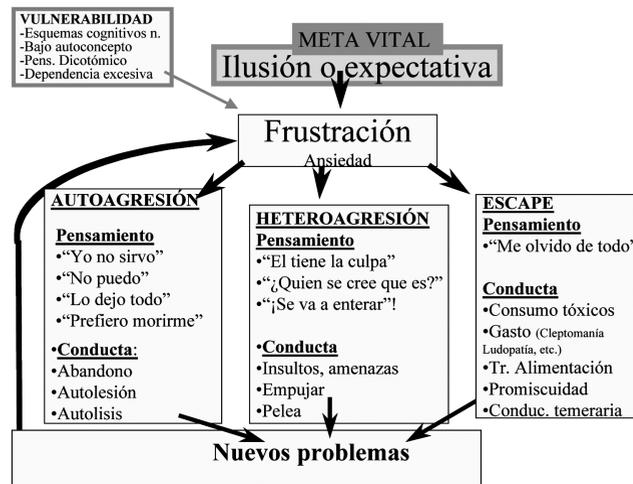


Figura 1. Modelo explicativo. Aspectos de vulnerabilidad (cuadro superior izquierdo) y tipos de respuestas inadaptadas ante la frustración que establecen un circuito cerrado entre: frustración-conducta inadaptada-nuevos problemas y nuevas frustraciones.

El *modelo integrado* consta de dos partes, el modelo explicativo (brevemente descrito en el párrafo anterior) y el modelo terapéutico, que ofrece una serie de estrategias de afrontamiento como puede verse en la figura 2. Este modelo integrado permite que los pacientes vean reflejadas sus conductas inestables (circuito izquierdo de la figura 2) y, a continuación, seguir el recorrido de posibles

estrategias de afrontamiento que les guíen hasta una solución, y desde allí hasta su meta (circuito derecho de la figura 2). Así, el modelo terapéutico integrado en el que se basa esta terapia, es utilizado por los pacientes como si de un mapa se tratara: para orientarse en el recorrido por las técnicas útiles para afrontar dificultades de forma adaptativa y manteniendo su estabilidad.

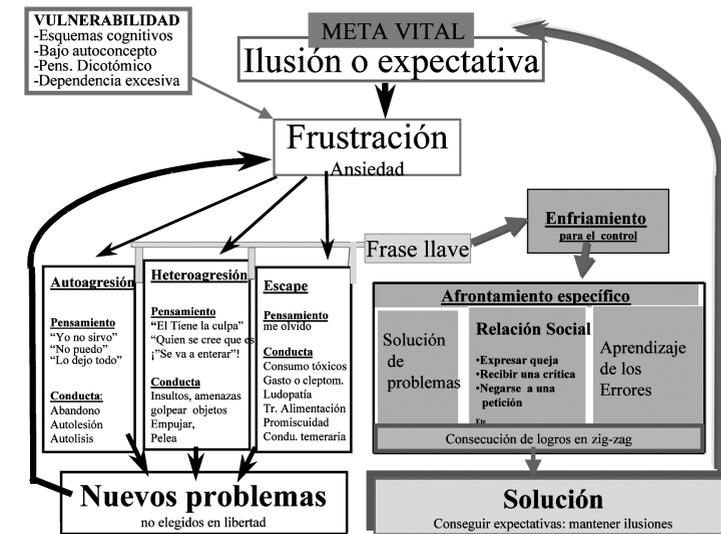


Figura 2. Modelo integrado. Modelo de conducta inadaptada o inestable (circulo izquierdo) y modelo terapéutico o de conducta adaptativa (circuito derecho) unidos por la “frase llave” como técnica que permite el cambio de circuito.

Como puede observarse en la figura 2, esta terapia integra y ordena distintas técnicas, así, siguiendo la dirección de la flecha del circuito derecho, el paciente pasa desde la técnica “frase llave” (3), a la relajación psíquica con distanciamiento emocional del problema (4, 5, 6), y posteriormente a solución de problemas (7), competencia social (8, 9, 10) y otras que han sido diseñadas específicamente para esta terapia (11), hasta conseguir una solución que le permita acceder a su meta vital.

Por otra parte la terapia icónica contempla una serie de estrategias para trabajar los aspectos de vulnerabilidad como la autoesti-

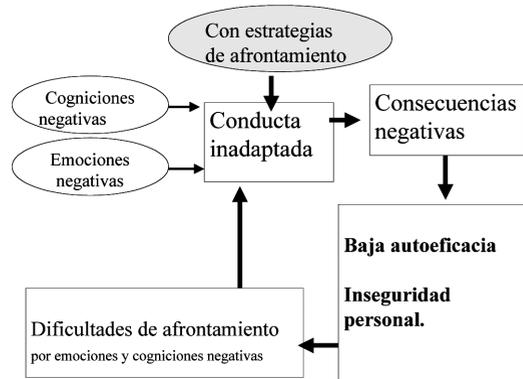
ma, el pensamiento dicotómico, los esquemas cognitivos y la dependencia excesiva. Para ello, se fomenta la autoeficacia (12), se usan preguntas estructuradas específicas para esta terapia que hacen reflexionar al paciente sobre sus conductas inestables y sobre los posibles recursos a utilizar para estabilizar sus conductas (13), y se utiliza una serie de iconos que representan estrategias para trabajar los distintos aspectos de vulnerabilidad mencionados (13).

Así, esta terapia integra no sólo distintas técnicas sino también diferentes tipos de abordajes, ya que defiende que el paciente

debe ser atendido desde tres vertientes: emocional, conductual y cognitiva, considerando que si no se dan los tres tipos de intervención será más difícil conseguir el cambio terapéutico. Así, el planteamiento defendido es:

- Si los pacientes sólo se entrenan en el uso de estrategias de afrontamiento como las re-

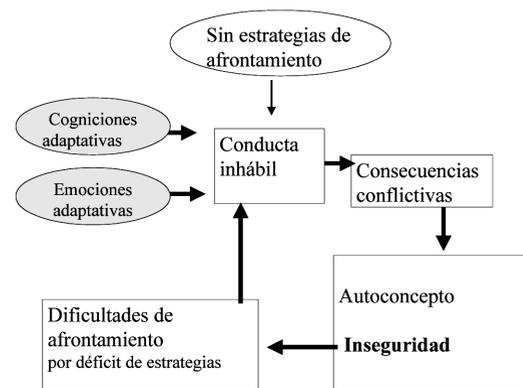
cogidas en el circuito derecho del modelo de la figura 2, pueden llegar a conocer bien cómo tienen que actuar para resolver sus conflictos, pero probablemente no lo aplicarán en su vida real, ya que su falta de preparación cognitiva y emocional (esquemas cognitivos, bajo autoconcepto, dependencia) dificultará el uso de dichas estrategias (ver figura 3).



**Figura 3.** Los espacios circulares representan los aspectos a trabajar, y los espacios rectangulares las conductas o pensamientos del paciente. El color más oscuro representa la intervención concreta trabajada.

- Si el terapeuta interviene sólo en las cogniciones o en las emociones pero se olvida de las estrategias concretas a utilizar para afrontar conflictos o dificultades, el paciente

estará preparado y motivado para el cambio, pero puede actuar de forma inhábil, por desconocimiento de estrategias para resolver conflictos o problemas (ver figura 4).

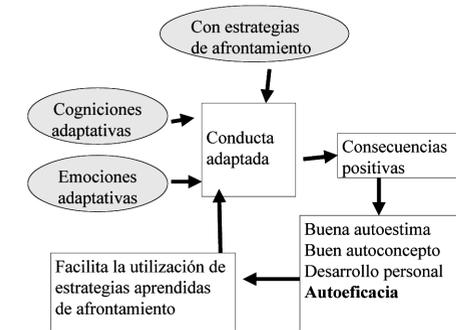


**Figura 4.** Los espacios circulares representan los aspectos a trabajar, y los espacios rectangulares las conductas o pensamientos del paciente. El color más oscuro representa la intervención concreta trabajada.

- Para conseguir una mejora en lo relacional, será por tanto necesario intervenir simultáneamente en lo conductual, en lo cognitivo y en lo emocional (ver figura 5).

Esta terapia, por tanto, integra distintas técnicas y formas de intervención: para el entrenamiento usa técnicas conductuales;

para las cogniciones usa el razonamiento sociocrático a partir de preguntas estructuradas; y para las emociones, la relación terapéutica en cada una de las situaciones o conflictos que durante la terapia puedan surgir tanto con el propio terapeuta como con otras personas con las que el paciente se relacione (familia y amigos)<sup>1</sup>.



**Figura 5.** Los espacios circulares representan los aspectos a trabajar, y los espacios rectangulares las conductas o pensamientos del paciente. Esta figura, a diferencia de las dos anteriores, incluye el color oscuro en todos los espacios, lo que representa la intervención integral.

La terapia icónica se ha aplicado hasta el momento actual a un total de 156 pacientes. Esto ha permitido ir ampliándola y depurándola hasta su estructuración, tal como se acaba de exponer, en el año 2002. La observación clínica en estos pacientes indicaba que se producía una mejora observable, pero ha habido que elaborar instrumentos de evaluación que permitiesen su estudio formal y su investigación empírica. Ahora, con la terapia ya estructurada y con los instrumentos de medida diseñados (13), se ha iniciado dicho estudio que actualmente está en proceso. En este artículo presentamos un estudio preliminar que se llevó a cabo hace dos años y el seguimiento durante este tiempo. Para ello, se han seleccionado algunas variables a medir antes y después del tratamiento con los siguientes objetivos:

aumenta sus conductas adaptadas o de afrontamiento, y disminuye las conductas inadap- tadas de inestabilidad emocional.

Los *objetivos concretos* son:

1. Comprobar si se reducen las conductas inestables manifiestas (autoagresión, heteroagresión y escape).
2. Comprobar si mejora la funcionalidad social, laboral y familiar.

## DISEÑO Y ANÁLISIS

En función de estos objetivos, el diseño utilizado ha sido de medidas repetidas (pre-tratamiento, postratamiento y seguimiento).

El objetivo general es comprobar si tras la aplicación de la terapia icónica, el paciente

Se realizó un análisis preliminar y exploratorio de los datos para conocer la distribu-

1. Para más información puede consultar: Santiago, 2005.

ción de los mismos, posibles errores en su introducción, datos atípicos y el cumplimiento de los supuestos para pruebas paramétricas con el fin de decidir qué tipo de pruebas utilizar para el análisis de los datos.

Este análisis exploratorio nos permitió tomar como decisión utilizar la prueba no paramétrica de Wilcoxon (Z), fijándose el nivel de significación en  $p < 0,05$ . También se analizó la potencia del efecto utilizando la prueba  $d$  de Cohen (14).

Para la introducción, archivo y análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 12.0.1.

## METODO

### Sujetos:

El estudio que aquí se presenta se ha realizado en contexto hospitalario con 12 personas (dos varones y diez mujeres con una edad media de 25 años y con un nivel cultural medio-alto), de los cuales, únicamente 7 finalizaron el tratamiento y transcurridos dos años acudieron a las evaluaciones de seguimiento. Estas 12 personas estaban diagnosticadas como trastorno límite de personalidad, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, que presentaban conductas graves (con riesgo para la integridad física propia o de otros). Dichos casos, llevaban diagnosticados como mínimo 3 años y desde su diagnóstico no habían presentado períodos de funcionalidad socio-laboral superiores a 3 meses. Todos ellos estaban bajo tratamiento farmacológico como mínimo desde dos años antes de la aplicación de esta terapia. El tipo de fármaco que se mantuvo durante la aplicación de la misma, fue en su mayoría estabilizadores del humor, benzodiacepinas e hipnóticos y, en casos puntuales, antidepressivos y antipsicóticos.

### Medidas:

- **Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II)** (15). Esta entrevista se ha utilizado para seleccionar la muestra por sus reconocidas características para la evaluación de trastornos de personalidad.

- **Breve Historia Biográfica.** Esta es una entrevista estructurada, diseñada específicamente para este estudio, que se administra tanto a la familia como al paciente y en ella se recogen, entre otros aspectos: antecedentes, fecha de inicio de la conducta problema y evolución de la misma.

- **Exploración de Conductas Inestables.** Entrevista estructurada, diseñada específicamente para este estudio, en la que se recogen los datos descritos por la familia, tanto sobre las conductas inestables como sobre la funcionalidad adaptativa observada. Evaluándose así los objetivos 1 y 2 de este estudio:

- Para evaluar el objetivo nº 1, se pide a la familia que describa las conductas autoagresivas, heteroagresivas o de escape que el paciente haya podido presentar durante el último año y a continuación el evaluador las valora según su gravedad (intensidad) mediante la operativización que a continuación se presenta.

- Para evaluar el objetivo nº 2 se recoge la funcionalidad social, laboral y familiar.

- **Entrevista Familiar de Seguimiento.** Esta entrevista estructurada, diseñada específicamente para este estudio, mide los cambios observados por la familia desde que terminó la terapia.

- **Operativización de conductas inestables** a través de la “exploración de conductas inestables”. Se utiliza una escala tipo Likert de 0 a 5, donde: 0= no presenta, 1= pensamiento o verbalización, 2= conductas disruptivas

sin repercusión en la evolución del sujeto, 3= conducta disfuncional con repercusión en la evolución del sujeto, 4= conducta grave con riesgo para la integridad física, 5= muy grave con riesgo de perder la vida o perder la integración social o laboral.

- **Operativización de conductas de afrontamiento** a través de la “exploración de conductas inestables”. Se utiliza la escala tipo Likert de 1 a 5, donde: 1= incapacidad severa de adaptación, 2= serias dificultades de adaptación, 3= con dificultades para su desarrollo personal, 4= bastante adaptado (abandona trabajo, genera conflictos pero los resuelve), 5= buena adaptación (mantiene red social, trabajo, armonía familiar, resuelve dificultades cotidianas con respuestas adaptativas).

### Procedimiento:

Para cumplir con la confidencialidad exigida por la L.O. 15/1999 de Protección de Datos, los pacientes firmaron el consentimiento informado antes de iniciar la evaluación. A continuación, fueron evaluados con el cuestionario SCID-II y con la “Breve historia biográfica”. Con estos dos instrumentos se comprobó si cumplían los criterios de selección antes mencionados. Los que cumplían dichos criterios pasaron al estudio, y su familia fue entrevistada, permitiendo recoger la información necesaria para la cumplimentación de la “exploración de conductas inestables”. Los datos de este último instrumento recogen las conductas inadaptadas en el último año.

A continuación, y dado el contexto hospitalario en que se encontraban estos pacientes, se les administró la terapia icónica mediante una sesión grupal y dos individuales a la semana. En las sesiones grupales se les entrenó en el uso de estrategias de afrontamiento. En las sesiones individuales, se trabajó en aspectos de vulnerabilidad (autoestima, pensa-

miento dicotómico y esquemas cognitivos), y se les ayudó a generalizar el uso de las estrategias aprendidas a su vida real mediante situaciones relacionales que surgían en el propio contexto hospitalario y mediante permisos terapéuticos a su contexto habitual.

Todos recibieron un total de 15 sesiones grupales y 30 individuales, así como tratamiento farmacológico. Tras finalizar este período, fueron nuevamente evaluados para comprobar los cambios producidos (evaluación postratamiento), y al cabo de dos años fueron nuevamente evaluados, mediante la “exploración de conductas inestables” y “entrevista familiar de seguimiento”, para comprobar si los cambios se mantenían (seguimiento). Durante el primer año los pacientes asistieron a una sesión de recuerdo cada 2 meses, y en el segundo año recibieron una sola sesión y mantuvieron el tratamiento farmacológico que ya venían recibiendo desde antes de la terapia.

## RESULTADOS

Se presentan los resultados de los siete pacientes que cumplieron el tratamiento y asistieron dos años más tarde a las evaluaciones de seguimiento.

Se ha obviado en la presentación de resultados la evaluación postratamiento, por considerar más interesante clínicamente la evaluación de seguimiento al haberse realizado a los dos años después de finalizar el tratamiento. De modo que los resultados que se presentan son el contraste entre la evaluación pretratamiento y la evaluación de seguimiento.

### Disminución de conductas inestables (objetivo 1)

Los resultados obtenidos en las evaluaciones pretratamiento y seguimiento, se han obtenido a través del instrumento “exploración

de conductas inestables”, donde se recogen las puntuaciones obtenidas en las conductas de autoagresión, heteroagresión y escape, según la operativización de intensidad anteriormente presentada, siendo la puntuación máxima posible de 5 para cada una de las conductas inestables.

La tabla 1, presenta las medias, desviaciones típicas, mínimos, máximos de las puntuaciones obtenidas por los siete sujetos, así como la  $Z$ , la  $p$  y la  $d$  para los contrastes entre las evaluaciones pretratamiento y seguimiento en cada variable. La figura 6, presenta gráfi-

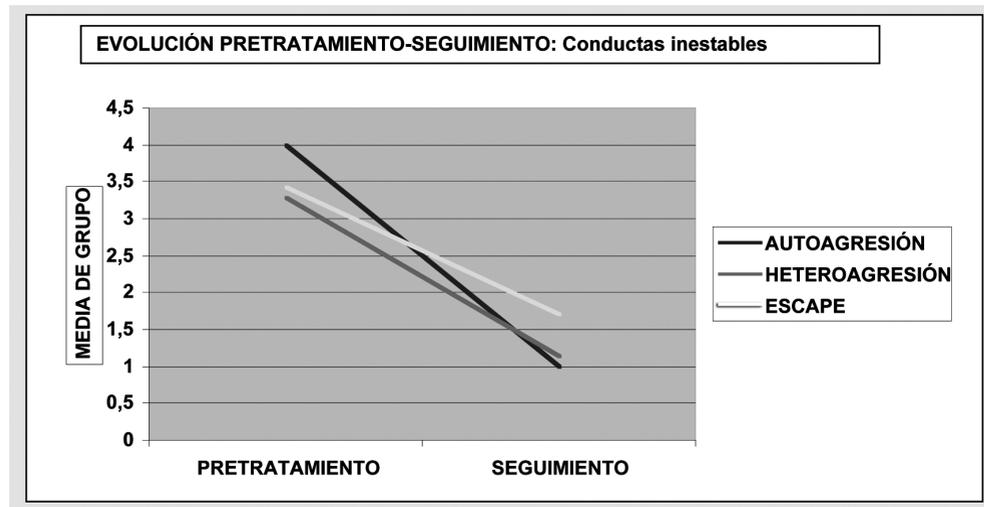
camente las evoluciones en las conductas inadaptadas en ambos períodos de evaluación.

Puede observarse que aparecieron diferencias estadísticamente significativas en las tres variables de conductas inadaptadas (ver tabla 1), siendo los valores de la medida de seguimiento en todos los casos mucho menores que los de la medida de pretratamiento.

Así mismo, los valores de la prueba de Cohen, son muy altos (entre 1,61 y 3,46) indicando potencias de efecto muy elevadas (ver tabla 1).

VARIABLES	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Z	Significación asintótica (bilateral)	d
Auto-pre	7	4,00	1,155	2	5	-2,388	0,017*	3,46
Auto-seg	7	1,00	0,577	0	2			
Hetero-pre	7	3,29	1,604	1	5	-2,232	0,026*	1,61
Hetero-seg	7	1,14	1,069	0	3			
Escape-pre	7	3,43	0,787	2	4	-2,264	0,024*	1,81
Escape-seg	7	1,71	1,113	0	3			

**Tabla 1.** Evolución de las medidas de las variables de conducta autoagresiva, heteroagresiva y de escape en las evaluaciones de pretratamiento y seguimiento \* $p < 0,05$ .



**Figura 6.** Evolución pretratamiento-seguimiento de conductas inadaptadas (autoagresión, heteroagresión y escape).

### **Capacidad de afrontamiento: Funcionalidad social, laboral y familiar (objetivo 2)**

Los resultados obtenidos en las evaluaciones pretratamiento y seguimiento, se han obtenido también a través del instrumento “exploración de conductas inestables”, donde se recogen las puntuaciones obtenidas en las conductas de afrontamiento, según la operativización de intensidad anteriormente presentada, siendo la puntuación máxima posible de 5 para cada una de las conductas inestables.

La tabla 2, presenta las medias, desviaciones típicas, mínimos, máximos de las puntuaciones obtenidas por los siete sujetos, así

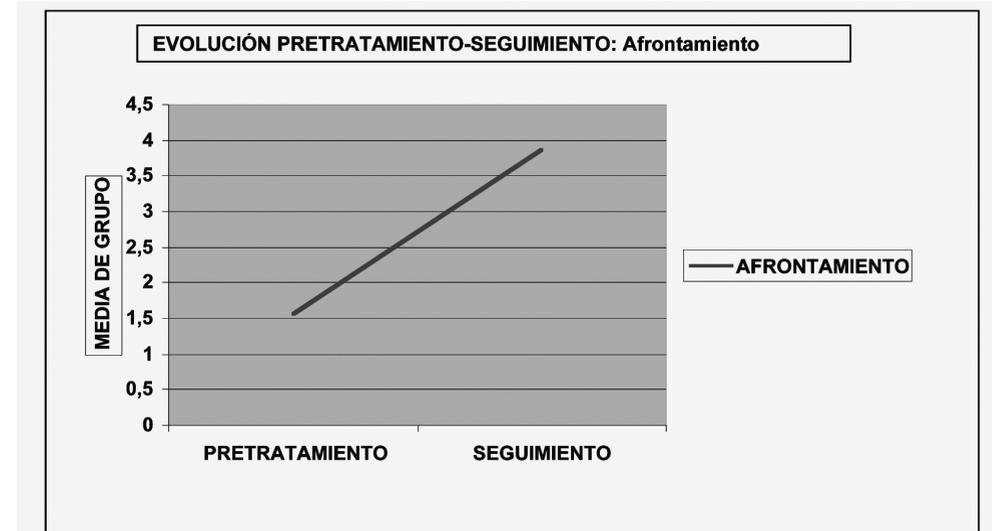
como la  $Z$ , la  $p$  y la  $d$  para los contrastes entre las evaluaciones pretratamiento y seguimiento en la variable de afrontamiento. La figura 7 presenta gráficamente las evoluciones de esta variable en ambos períodos de evaluación.

Puede observarse que aparecieron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 2), siendo los valores de la medida de seguimiento mucho mayores que los de la medida de pretratamiento.

Así mismo, el valor de la prueba de Cohen, es muy alto (-3,10) indicando una potencia de efecto muy elevada (ver tabla 2).

VARIABLES	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Z	Significación asintótica (bilateral)	d
Afront-pre	7	1,57	0,787	1	3	-2,401*	0,016	-3,10
Afront-seg	7	3,86	0,690	3	5			

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos para la variable de afrontamiento \* $p < 0,05$ .



**Figura 7.** Evolución de la variable de afrontamiento en ambos períodos de evaluación.

También se evaluó mediante la “entrevista familiar de seguimiento” donde se describen aquellas conductas funcionales que empiezan a presentar los pacientes después de la terapia en las áreas de funcionalidad familiar, laboral y social siendo los resultados los que se indican a continuación:

#### **Funcionalidad familiar**

Permanecen menos tiempo en su dormitorio y aumentan su participación en actividades familiares (ver televisión, comidas y algunas responsabilidades) y mejora la comunicación familiar (explican que se sienten mal en lugar de “demostrarlo” con situaciones de emergencia como autolesiones, llantos, reproches, o aislamiento en su habitación).

#### **Funcionalidad laboral**

Aumentan su actividad fuera de casa aunque cambien de actividad sin finalizar algunas de ellas (trabajo, cursillos, estudios, carnet de conducir, etc.).

#### **Funcionalidad social**

Aumentan sus contactos sociales aunque sean superficiales o temporales. Sólo dos pacientes tienen una relación afectiva mantenida.

Del mismo modo, en entrevista clínica los pacientes aportan información espontánea y con frecuencia plantean que cuando se inicia una crisis la suelen reconocer precozmente y usan pautas de actuación para su recuperación emocional: cinco de los siete casos incluidos en el estudio dicen utilizar frases como por ejemplo *“mañana veré las cosas de distinta forma”, “quizás sea yo quien ahora lo veo negro, con calma ya lo aclararé”*.

## **DISCUSIÓN**

La finalidad del presente estudio era averiguar si la terapia icónica lograba que los pacientes con inestabilidad emocional disminuyeran sus conductas inestables (de autoagresión, heteroagresión y escape) y aumentarían las conductas adaptativas y de afrontamiento.

Los resultados obtenidos en la evaluación de seguimiento (dos años después de finalizar la terapia), ponen de manifiesto una fuerte mejora de los pacientes con respecto a los valores de la medida de pretratamiento, tal como se puede apreciar por los resultados de las pruebas estadísticas realizadas, siendo en todos los casos las diferencias estadísticamente significativas (ver tablas 1 y 2 y figuras 6 y 7) así como por las elevadas potencias del efecto (entre 1,61 y 3,46) (ver tablas 1 y 2).

Los cambios obtenidos tras la aplicación del tratamiento y durante los dos años de seguimiento en las variables de conductas inadaptadas (autoagresión, heteroagresión y escape) son de un indudable valor clínico al ser las mejoras llamativas, especialmente en las conductas de autoagresión, seguidas de las conductas de heteroagresión y, por último, las de escape, donde se han encontrado más dificultades aunque las diferencias entre ellas no resultan muy importantes (ver tabla 1 y figura 6). Estas diferencias pueden ser debidas los siguientes aspectos: Los mayores resultados en autoagresión podrían deberse al énfasis que la propia terapia hace en aspectos como la autoestima y autoeficacia, los resultados en heteroagresión, aunque muy buenos, podrían haberse visto menos favorecidos por la dificultad en la interacción relacional en aquellos contextos previamente deteriorados. Y por último, los resultados menos llamativos en escape, pudieran ser debidos al hecho de darse entremezclados no sólo las conductas de escape a la frustración sino también búsqueda de estímulos o adicciones.

Además, creemos que los resultados no sólo son debidos a las estrategias aprendidas durante la terapia, sino también los aspectos vivenciales donde se ha fomentando la autoeficacia en la solución de situaciones reales que se producían durante el propio tratamiento.

Habría que destacar, que estos resultados se han conseguido en siete pacientes graves diagnosticados TLP, con una disfuncionalidad acusada y en su mayoría con ingresos prolongados o múltiples en el último año antes de iniciar la terapia. Y estos resultados no parecen ser debidos al efecto de la medicación ya que los cambios se han producido cuando los pacientes llevaban tres años medicados antes de iniciar la terapia.

La comparación de nuestros resultados con los de otras terapia para personas con TLP es difícil, ya que las informadas en la literatura (psicodinámicas, cognitivas o conductual dialéctica (TCD) tienen formatos y contenidos diferentes a la terapia icónica, aunque la más próxima a esta por su orientación es la TCD, desarrollada por Marsha M Linehan (16, 17, 18).

En un reciente estudio para comprobar la eficacia de la TCD en personas TLP, Bohus et al. (19) aplicaron esta terapia durante 3 meses a pacientes ingresados. Los resultados indicaron que hubo diferencias significativas entre las medidas pretratamiento y las de postratamiento (un mes tras la finalización del tratamiento) en 10 de las 11 medidas de psicopatología y en las conductas autolesivas.

Sin tener en cuenta las diferencias en la selección de los pacientes, formato, contenidos y tiempo de terapia, nuestros resultados están en la misma línea, y nuestros datos incluyen dos años de seguimiento.

Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, aunque algunos pacientes comentan haber mejorado sus conductas heteroagresivas en el contexto general, dicen tener dificultades con algunos miembros de su familia, por ese motivo se podría pensar en la necesidad de trabajar con la familia para mejorar tanto las habilidades de comunicación como el estilo relacional entre ellos.

Se ha encontrado que en la evaluación pretratamiento, tanto los familiares como los pacientes coinciden en el número de visitas al servicio de urgencias, pero en la evaluación de seguimiento no coinciden. Es decir, los familiares minimizan o incluso niegan tales episodios mientras los pacientes relatan tales hechos. Cuando se explora esta incongruencia, se ha encontrado que la intensidad de dicho evento es tan inferior al que presentaban con anterioridad, que la familia no lo cataloga de autoagresión<sup>2</sup>. Otra posible explicación de este hecho puede ser que los familiares sólo se apoyan en las conductas externamente observables mientras que los pacientes tienen en consideración todas sus vivencias o incluso su lucha interna entre el impulso y el autocontrol. En cualquier caso, ellos explican que su funcionalidad ha mejorado porque saben detectar precozmente el inicio de la crisis y utilizar estrategias que le ayuden a no perder el control, en este sentido hacen especial énfasis en las estrategias de enfriamiento. Esta capacidad de los pacientes para reconocer precozmente las situaciones de crisis y utilizar pautas para su recuperación emocional, parece indicativo de su nueva forma de afrontamiento menos dicotómico y con más confianza en sí mismo, en lugar de guiarse por las emociones y la impulsividad del momento.

1. Ejemplo de autoagresión no considerada por los familiares pueden ser: tomar tres ansiolíticos por la noche y levantarse más tarde, ir a urgencias para que le inyecten un sedante comentando que se sienten muy alteradas y no quieren llegar a perder el control.

Dados los escasos resultados que suelen alcanzarse con este tipo de pacientes, los datos obtenidos en el presente estudio con la terapia icónica son, cuando menos, esperanzadores. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que los resultados aquí presentados pertenecen sólo a aquellos pacientes que realizaron todo el protocolo, pero quienes abandonaron el mismo en los primeros días, o incluso antes del inicio de la terapia, también eran personas inestables. En el futuro, convendría estudiar las características de estas personas que no pueden, o no quieren seguir el protocolo, y comprobar si dichos pacientes suelen presentar conductas de escape tan frecuentes, que pudiera ser este mismo síntoma el que dificulta su asistencia o implicación en la terapia reglada. Si esto se confirmara habría que valorar la posibilidad de trabajar con dichos pacientes en temporadas, aceptando las interrupciones como normales y primando la intervención individual.

Convendría también disponer de un grupo control con sujetos asignados al azar, que indique qué sucede con los pacientes que no han sido tratados, pero esto se hace difícil, ya que cuando los pacientes son informados de que pertenecen a una lista de espera y que iniciarán su terapia 6 meses más tarde, inician otra

terapia y no asisten cuando se les llama de nuevo. Dada esta dificultad, parece más viable comparar los efectos de la terapia icónica, aquí presentada, con otros tipos de tratamientos empleados en la práctica clínica al uso. Del mismo modo, resulta conveniente ampliar la muestra ya que sólo siete casos no permiten generalizar, ni siquiera aún cuando dichos pacientes llevaran tres años presentando los síntomas antes de iniciar esta terapia.

También será conveniente evaluar la eficacia de la terapia agrupando a los pacientes en función de la conducta predominante (autoagresión, heteroagresión o escape) lo que permitiría un mejor análisis de la eficacia de la terapia.

Dada la dificultad que algunos de estos pacientes presentan en su constancia, parece evidente que esta terapia de forma reglada no es aplicable o útil para todas las personas con trastorno límite de personalidad, pero sí para aquellas que establecen una relación “codo con codo” con el terapeuta para analizar sus conductas y diseñar nuevas formas de resolver sus dificultades y controlar sus impulsos. Actualmente estamos observando el efecto producido en aquellos pacientes que siguen la terapia de forma intermitente.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Santiago, S.**- “Programa de intervención para mejorar la estabilidad emocional”.-Clínica y Salud (2001).- 12, pp. 367-390.
- (2) **Santiago, S.**- “Terapia Icónica: Una alternativa para la estabilidad emocional”.- En Vicente Rubio y Antonio Perez-Urdaniz.- Trastornos de la Personalidad.- Elsevier (Madrid, 2003).
- (3) **Gendlin, E. T.**- “Theory, Research and Practice”.- Focusing. Journal of Psychotherapy (1969).- 6, pp. 4-15.
- (4) **Calkins, S.D. y otros.**- “Emotional reactivity and emotional regulation strategies as predictors of social behavior with peers during toddlerhood”.- Journal of Social Development (1999).- 8, pp. 310-334.
- (5) **Meichenbaum, D.**- “Manual de inoculación de estrés”.- Barcelona, Martínez Roca, 1987 (Original 1985).
- (6) **McKay, M.; Davis, M.; y Fanning, P.**- “Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés”.- Barcelona, Martínez Roca, 1985 (Orig. 1981).
- (7) **D’Zurilla, T.J.; y Goldfried, M.R.**- “Problem solving and behavior modification”.- Journal of Abnormal Psychology, 1971, 78, pp. 107-126.
- (8) **Goldstein, A.P. y otros.**- “Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza”.- Martínez Roca (Barcelona, 1989).
- (9) **Costa, M. y López, E.**- “Manual para el educador social”.- Ministerio de Asuntos Sociales. Centro de publicaciones (Madrid, 1991).
- (10) **Caballo, V.**- “Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales”.- Promolibro (Valencia, 1988).
- (11) **Santiago, S.**- “Terapia Icónica para la estabilización emocional (Ico-Estemo)”.- En Vicente Caballo. Manual de Trastornos de la Personalidad, Síntesis (Madrid, 2004).
- (12) **Bandura, A.**- “Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change”.- Psychological Review, 1977, 84, pp. 191-215.
- (13) **Santiago, S.**- “Tratando inestabilidad emocional: terapia icónica”.- Pirámide (Madrid, 2005).
- (14) **Cohen, J.**- “Statistical power analysis for the behavioural sciences”.- (2ª edición) Hillsdale, NJ :Lawrence Erlbaum Associates (1988).
- (15) **Michael B. First y otros.**- “Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM IV (SCID-II)”.- Masson, (Barcelona, 1997).
- (16) **Linehan, M.M.**- “Dialectical Behaviour therapy: A cognitive behavioural approach to parasuicide. Journal of Personality Disorders”.- 1, 328-333 (1987).
- (17) **Linehan, M.M.**- “Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder”.- New York: The Guilford Press.(1993).
- (18) **Linehan, M.M., Cochran B.N. y Kehrer, C.A.**- . “Dialectical Behaviour Therapy for Borderline Personality Disorder”.- En D. Barlow (Ed.) Clinical Handbook of Psychological Disorders.- Guilford Press (New York, 2001).
- (19) **Bohus y otros.**- “Effectiveness of inpatient dialectical behavioural therapy for borderline personality disorder: a controlled trial”.- Behaviour Research and Therapy, 42, pp. 487-499 (2004).

**Autores**

Soledad Santiago López. *Psicóloga.*

- *Centro Asistencial San Juan de Dios.*
- *Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento de la Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.*

Silvia Castro Lucena. *Psicóloga.*

- *Centro Asistencial San Juan de Dios.*

Diego Cañamero Peral. *Psiquiatra*

- *Centro Asistencial San Juan de Dios*

Antonio Godoy Avila. *Catedrático en Psicología.*

- *Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento en la Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.*

Sandra Valverde Thomsem. *Psicóloga.*

- *Centro Asistencial San Juan de Dios.*

Virtudes Artacho Gómez. *Psiquiatra.*

- *Centro Asistencial San Juan de Dios.*

Carmen Marcos Marquez, *Psicóloga.*

- *Centro Asistencial San Juan de Dios.*

**Departamentos e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo**

- *Departamento de Psiquiatría y Psicología del Centro Asistencial San Juan de Dios. Málaga.*
- *Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento de la Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.*

Dirección del Autor al que debe dirigirse la correspondencia:

Soledad Santiago López  
Calle Palmeras del Limonar nº 21 - 4º- B  
29016 Málaga

# Inserción laboral de personas con trastorno límite de personalidad (TLP)

## Labour insertion of people with Borderline Personality Disorder

Natalia Castán Ballarín

*Psicóloga clínica e insertora laboral  
Fundación ACAI-TLP  
Barcelona*

### RESUMEN

*La persona con Trastorno Límite de Personalidad, se caracteriza, entre otros, por una alteración en la identidad, una notable y persistente inestabilidad en la auto-imagen o en el sentido de uno mismo. Se presentan cambios bruscos y dramáticos en los objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y de los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades. Estos sujetos suelen presentar un mal rendimiento laboral o escolar. El Trastorno límite de la personalidad causa un malestar significativo y genera una desadaptación social, ocupacional y funcional general.*

*En la primera parte de este artículo, se analizan cuales son las dificultades básicas de inserción laboral de las personas con trastorno límite de personalidad y las razones básicas para explicar que les impide ejecutar las ocupaciones.*

*En la segunda parte del artículo exponemos, en base a nuestra experiencia, el proyecto de creación de un servicio de inserción laboral especializado en este tipo de trastorno.*

**Palabras claves:** *Trastorno Límite de Personalidad, Inserción Laboral, Disfunción Ocupacional.*

### ABSTRACT

*The person with borderline personality disorder is characterized, amongst others, by an alteration in his identity, a significant and persistent instability in his self image or in the sense of one's self. There are abrupt and dramatic changes in objectives, values and professional aspirations. Abrupt changes may take place in the opinions and in the future study plans, in the sexual identity, value system and type of friendships. These people tend to perform rather poorly at school and work. A Borderline Personality Disorder causes a very significant ill being and generates social, occupational and general lack of adaptation.*

*In the first part of this article we analyze the basic difficulties that people with borderline personality disorder face to obtain and keep a job.*

*In the second part of the article we describe the approach of the labor insertion unit we have launched, to help those people find and keep a job.*

**Key words:** *Borderline Personality Disorder, Labor Insertion, Occupational Dysfunction.*

## INTRODUCCIÓN: CONCEPTO DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Según el DSM IV, la característica esencial del Trastorno límite de personalidad es un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos.

Presentan cambios bruscos y dramáticos de auto-imagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones personales o profesionales. Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer.

La mayoría de las personas con trastorno límite de la personalidad lo pasan muy mal cuando están solos, incluso por periodos muy cortos de tiempo.

Con frecuencia se sienten dependientes y hostiles, de ahí sus relaciones tumultuosas. Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos. Sin embargo, cambian rápidamente de forma de pensar y pueden pasar de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención. Tienen un bajo nivel de tolerancia a la frustración y gran dificultad para canalizarla de forma adecuada.

Dentro de la inestabilidad en las relaciones interpersonales, presentan un patrón de relaciones inestables e intensas.

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

Tienen respuestas impredecibles, consistentes en cambios bruscos de humor o repen-

tinadas explosiones emocionales. Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Esta conducta es dañina para la persona con este trastorno y para las personas cercanas, quienes no siempre saben como actuar y pueden pensar que no importa lo que hagan o digan, será dado la vuelta y usado en su contra.

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

Aunque pueden ser emocionalmente (incluso físicamente) abusivos, es importante comprender que por lo general no intentan hacer daño. Están actuando por un intenso dolor, miedo o vergüenza, utilizando defensas primitivas que posiblemente hayan aprendido hace mucho tiempo.

El TLP es un trastorno de inicio temprano y de curso crónico. Se puede manifestar en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta. Y justo en este inicio encontramos que aquellas disrupciones emocionales y conductuales habituales de la etapa adolescente se mantienen y se intensifican.

Una característica del TLP es la gran variabilidad de los síntomas interindividualmente e intraindividualmente que comporta que este sea un grupo heterogéneo y a la vez, con unos síntomas cambiantes en el tiempo.

Es habitual que en el inicio de la vida adulta predomine una sintomatología disruptiva conductual y surjan las autolesiones y las conductas parasuicidas. En este momen-

to también aparecen las crisis emocionales intensas, a causa de la especial valoración que estos pacientes suelen hacer de las relaciones interpersonales. El consumo de tóxicos y la misma inestabilidad hacen que se vea cuestionada la autonomía personal y aparezcan conflictos con el entorno general.

Hacia la mitad de la vida adulta se observan dos procesos evolutivos diferenciados.

Existe un primer proceso de mejora sintomática, en el que aunque la persona presente un cierto desajuste psicosocial (familiar, laboral, etc.) el deterioro no es progresivo, la persona se estabiliza y eso le permite conseguir suficiente autonomía personal y social.

Y un segundo proceso de persistencia de la sintomatología, en el cual el desajuste personal, familiar y social se mantiene y se agrava, apareciendo implicaciones familiares (pérdida de vínculos, desgaste familiar), sociales (vivienda, trabajo), sanitarias (consumo de tóxicos), legales (arrestos), etc.

## FUNDACIÓN ACAI-TLP: ORÍGENES, OBJETIVOS Y ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE INSERCIÓN LABORAL

Los orígenes de la Fundación ACAI-TLP se remontan a marzo de 1999, cuando Dña. Marina Foret, actual presidenta de Fundación ACAI-TLP, publica el libro "*Mi hijo, personalidad borderline*".

En noviembre de 1999 se constituye la Asociación Catalana de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de Personalidad (ACAI-TLP), y en julio del 2002 se transforma en Fundación Privada de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de Personalidad.

Los principales objetivos son crear una conciencia social de la existencia de esta problemática y divulgar los conocimientos y experiencias adquiridas, conseguir que las autoridades públicas competentes destinen los recursos necesarios para poder detectar, prevenir y dar tratamiento al trastorno, y asesorar y dar apoyo a aquellas familias y personas que de forma directa o indirecta sufran las consecuencias derivadas del trastorno límite de personalidad.

Desde sus inicios, la Fundación ACAI-TLP ha considerado muy importante la necesidad de promover la inserción laboral de las personas con TLP.

Partiendo de esta premisa, se derivó a los pacientes a entidades especializadas en la inserción laboral de enfermos mentales graves, pero se producían fracasos importantes.

En marzo del 2003, se organizó una Mesa Redonda sobre la problemática del TLP, con un grupo de expertos y con el soporte de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, y se llegó a la conclusión de que era necesario crear un servicio especializado para personas con Trastorno Límite de Personalidad.

En junio del 2004, tras conseguir la financiación del proyecto, se puso en marcha el servicio de inserción laboral de la Fundación ACAI-TLP.

## PROYECTO DE INSERCIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON TLP

Las personas con Trastorno Límite de Personalidad presentan importantes dificultades en la incorporación y/o en el mantenimiento en el mundo laboral.

## DIFICULTADES BÁSICAS DE INSERCIÓN

### Dificultades de acceso

La enfermedad suele desencadenarse en la adolescencia o en la primera juventud, justo en las etapas donde se están formando y preparando social y profesionalmente.

Como consecuencia, es posible que la historia curricular de la persona esté escindida y sea poco clara, mostrando, un retraso desproporcionado en la terminación de los estudios, un abandono de los mismos antes de su terminación y la realización de numerosos trabajos esporádicos.

Todo ello puede venir determinado por los accesos de miedo e inseguridad previos a la consecución de un logro (en el caso de la finalización de unos estudios o mayor responsabilidad en el trabajo), por el “autosabotaje” que pueden hacer los adolescentes o porque pueden entrar en un proceso de continuas exploraciones que cambian al mínimo imprevisto, sin dar tiempo a una discriminación definitiva del interés.

Por otro lado, pueden mostrar un comportamiento inadecuado ante entrevistas de selección inquisitivas, reaccionando desmesuradamente ante situaciones de estrés, sufriendo bloqueos mentales o manifestando una hipersensibilidad a la crítica.

Y también tienen reticencia a utilizar los servicios de inserción, así como a los cambios con las personas de contacto.

### Dificultades de permanencia

Una vez superadas las dificultades de acceso, tras haber logrado el empleo, lo más frecuente es que no les dure más allá de unas

semanas o unos meses. Y es que cuando se incorporan a él, afloran las características propias del TLP, que se traducen en: inadaptación, falta de organización y absentismo laboral. A veces ellos se marchan, a veces les despiden. Lo frecuente es que duren poco en el trabajo. Es lo que denominamos dificultades de permanencia.

## RAZONES BÁSICAS DE LAS DIFICULTADES

Existen unas razones básicas para explicar que les impide ejecutar las ocupaciones, y es que el problema de fondo de las personas con Trastorno Límite de Personalidad, es la ausencia de inteligencia emocional para controlar los rasgos desadaptativos y maximizar los rasgos funcionales.

### Razones cognitivas y emocionales

- Distorsión del autoconocimiento de las capacidades y eficacia de sus actuaciones, con la consiguiente idea de ser infravalorados e injustamente tratados.

Las personas con trastorno límite de personalidad pueden no reconocer su escala de valores, sus habilidades y sus limitaciones, su historia pasada, sus expectativas de futuro. Tienen dificultades para reconocer su unicidad, su capacidad, les cuesta sacar conclusiones de sus resultados.

La rigidez y el empobrecimiento de sus conductas no les han permitido tener expectativas válidas para compensar los fracasos. A menudo tienen vivencias irreales e inconsistentes, tendiendo a idealizar las expectativas acerca de sí mismos y de sus posibilidades. Persiguen metas irrealistas, no tienen metas o distorsionan el proceso de interpretación seleccionando los resultados negativos.

- Manifestaciones de descontrol emocional, bloqueos mentales, que aunque transitorios pueden llegar a ser muy invalidantes.

A veces son incapaces de identificar y reconocer emociones (autoconocimiento) para dar una respuesta emocional proporcional al estímulo. En el TLP el descontrol no sólo es la conducta impulsiva sino también conductas como la fantasía o los bloqueos emocionales.

Como he dicho con anterioridad, pueden interpretar sus emociones de manera radical y sus respuestas pueden ser igual de radicales, bien al polo activo o al polo pasivo, pero igual de destructivas.

- Problemas de concentración y focalización de una tarea.

- Miedo o angustia intensa ante nuevos cambios, nuevas expectativas o responsabilidades. En ocasiones no reconocen el miedo y la angustia ante una situación novedosa y pueden responder impulsivamente con la huida.

Es otra dificultad de autocontrol, normalmente experimentan un escaso control interno y externo porque desconfían de sus habilidades y eso les puede llevar a reducir sus expectativas de éxito.

- Sentimiento de ineficacia, por su inseguridad y la imagen negativa de sí mismos. Muchas veces tienen la sensación de no hacer las cosas correctamente, acompañada a veces de anticipación de fracaso. El sentimiento de ineficacia hace que les resulte complicado cumplir con sus compromisos, hecho que contribuye al círculo vicioso que produce el sentimiento, y en consecuencia, se puede ver reducida la capacidad de desempeñar ocupaciones significativas.

- Sentimientos de incompetencia por la limitación o pérdida de hábitos.

- Dudas recurrentes sobre la conveniencia o no de un trabajo o formación.

- Baja tolerancia a la frustración o a la rutina, a las situaciones nuevas, cambios o imprevistos que inciden en la sensación de incompetencia.

- Necesidad de motivaciones externas. La automotivación, otra habilidad emocional, es la capacidad de movilizarse y accionarse por

uno mismo sin la necesidad de un estímulo externo. Las personas con TLP suelen requerir constantemente motivaciones externas y como la “alimentación” externa es imprevisible, se pueden llegar a sentir abandonados por estos esfuerzos y como consecuencia acumular una rabia interna. Tienen dificultades para accionarse a sí mismos.

- Etc.

### Relaciones interpersonales

- Dificultad para mostrar empatía, pueden “balancearse” entre la simpatía extrema y la antipatía extrema, clasificando a los otros en los que van en mi contra y los que está totalmente a mi favor.

- En ocasiones malinterpretan comentarios o bromas de compañeros y/o superiores de forma radical.

- Pueden sentirse observados y creer que hacen comentarios sobre ellos.

- Dificultad en entender que se espera de ellos.

- Suelen tolerar mal la figura de la autoridad. Pueden interpretar críticas, consejos u órdenes como ataques personales o invalidaciones.

- Pueden sentirse, al cabo del tiempo, injustamente tratados, poco valorados y reaccionar desproporcionadamente al menor incidente.

- Dificultades para establecer límites personales con los otros, en ocasiones, estableciendo relaciones intensas y simbióticas que dificultarán su estabilidad.

- Muchas veces se “defienden” o se “agarran” desesperadamente a conductas pasivo-agresivas (chantaje emocional, victimismo, sarcasmo, manipulación, etc.) o fusionales para evitar la ansiedad o la sensación de descontrol que les generan las relaciones interpersonales.

- Etc.

En definitiva, tienen dificultades en las habilidades de comunicación e interacción.

Aparentemente muestran capacidades para la interacción social, despliegan “eficazmente” sus habilidades sociales: iniciar y mantener una conversación, aceptar críticas, exponer ideas y emociones, defender sus derechos, realizar elogios, etc., pero esto no es más que una “fachada”. Como consecuencia, se constata un abandono progresivo de todas las relaciones interpersonales, unas relaciones caóticas, precarias y muy superficiales, o auténticas dependencias patológicas.

### Razones de organización

- Dificultades para planificar de manera ordenada las posibles estrategias.
- La persona con TLP, dada la poca tolerancia a la rutina, no le da tiempo a terminar la fase de recogida de información, entonces sus metas pueden pasar a ser irrealistas.
- Suele existir una falta de efectividad y equilibrio en sus rendimientos.
- Ante mucha información, tras variedad de alternativas y tan distintas, les cuesta clasificar adaptativamente y crear un plan. Pueden mostrar tal rigidez conductual que no les permita adaptarse a las exigencias del puesto, su habilidad para resolver problemas puede estar seriamente afectada.
- Puede manifestarse una elevada autoexigencia.
- Dificultad para generar una habituación.
- Pueden ser inconsistentes y tener una falta de perseverancia en aquello que hacen. La poca tolerancia al fracaso, a la rutina y al rechazo, de nuevo, pueden provocar un abandono de los hábitos mínimos que estaban configurándose, cargándose cualquier posibilidad de rutina satisfactoria y adaptativa.
- Pueden entrar en dinámicas caóticas que afectan gravemente a horarios y hábitos de autocuidado. Tienen dificultades para construir un estilo personal, no dan tiempo a las primeras estructuras ocupacionales.

- Les cuesta entender e identificarse en el rol de trabajador.

Porque para entender y procesar qué se espera de él como trabajador se necesita: una adecuada capacidad introspectiva para comparar obligaciones e intereses, deseos, valores, habilidades y limitaciones, una empatía para entender a través de los otros que supone trabajar y no idealizar estas obligaciones sobredimensionando el estatus que puede reportar.

En el primer paso, que es el de reconocer la obligación, ya pueden quedarse bloqueados, comienzan a desempeñar el trabajo, y como lo que están interiorizando de ese rol, está tan alejado de lo que el entorno espera de él, el fracaso posiblemente está asegurado. Como consecuencia del fracaso, vive las expectativas del rol como extrañas a su precaria identidad, no persevera en la experiencia del rol, por lo tanto no llega a interiorizar el rol ocupacional.

Puede llegar a estar tan confundido y desorientado que es posible que entre en dinámicas de comportamiento ocupacionales inapropiados socialmente, y pasar a mostrar una ausencia de responsabilidad, una dejación de las decisiones, un chantaje emocional y un discurso negativista y de desesperanza.

- Etc.

Y si a todo esto, le añadimos que estamos en una sociedad que exige un ritmo rápido y cambiante y que favorece la inmediatez y la impulsividad sin garantizar vínculos estables, en una sociedad donde no se marcan normas claras y estables, y que dejan al individuo a merced de sus decisiones, no admitiendo la dependencia, las dificultades se acrecientan.

Por lo tanto, es frecuente que la historia laboral de una persona con TLP esté repleta de intentos fracasados: trabajos esporádicos sin conexión unos con otros durante periodos

relativamente cortos y que han terminado en crisis o con agarre a las conductas de escape.

Para una persona con TLP, que siente un vacío enorme, cada vez que tiene que anticipar, experimentar e interpretar aquello que tiene que hacer, experimenta una sensación de fatal fracaso. ¿Por qué sienten que han fracasado?

Porque en el momento de anticipar, ante la pregunta, ¿por qué quiero empezar esa actividad? no tienen una respuesta clara y realista, anticipan su propio fracaso, no saben que sentido tendría para ellos esa actividad y tampoco saben si disfrutarían o se aburrirían con ella.

Porque en el momento de experimentar, dada su rigidez, que les impide finalizar la exploración realizada, no se acercan al sentimiento de competencia y menos al sentimiento de logro, que para ellos es una utopía reservada a los de su alrededor.

Porque en el momento de interpretar, desvalorizan el resultado de su comportamiento ocupacional porque no poseen referentes internos para evaluar de manera constructiva ese resultado.

### Infrautilización de puntos positivos

La persona con TLP cree firmemente que es incompetente, porque es incapaz de reconocer sus habilidades, no utiliza los factores positivos.

- Son personas inteligentes y con una gran intuición que les permite adelantarse muchas veces a lo que los otros piensan y sienten.
- Son creativos e imaginativos y poseen habilidades artísticas.
- A su manera, pueden estar muy motivados y ser ambiciosos en sus metas.

- Pueden llegar a ser grandes comunicadores y manifestar una buena interacción social.

### ENFOQUE DEL SERVICIO

El trabajo dota de habilidades y valores que permiten a la persona relacionarse e interactuar con el entorno que le rodea. Se entiende el trabajo como el compromiso, la implicación o la voluntad de la persona en aquello que hace. Compromete al individuo, pone en juego sus habilidades, afectos y valores y le permite evolucionar como persona.

Nosotros creemos que el trabajo no es un elemento terapéutico, pero es crítico, por su potencial contribución a la estabilidad de la persona (utilización del tiempo de manera ordenada y constructiva), por la independencia personal (aumento de la autoestima, menor dependencia familiar) y por la independencia económica.

Pero nuestros recursos no nos permiten abordar la problemática de todos los pacientes. Aquellos que están en situaciones de crisis frecuentes no están en situación de pensar en ocupación. Otros requerirían una ocupación pero no están en condiciones de acceder a un trabajo remunerado. Finalmente creemos que hay un conjunto de personas, que con su problemática específica, sí pueden abordar una inserción laboral. Pensamos en aquellas personas cuya situación puede calificarse como de clínicamente estable, que no están en situación de consumo de drogas y que manifiestan expresamente su deseo de integrarse en el mundo laboral. A estas va dirigido en estos momentos nuestro servicio, sin menoscabo de que a medida que avancemos en conocimiento y experiencia nos podamos plantear ampliar en el futuro el conjunto de personas a atender.

Aún con este criterio restrictivo, cuando intervenimos con una persona que padece un Trastorno Límite de Personalidad, se nos presenta una paradoja: sus rasgos de personalidad sin autocontrol son los responsables de su disfunción ocupacional, pero a la vez, estos mismos rasgos de personalidad “conducidos” con cierta dosis de inteligencia emocional, son sus principales armas para conseguir la función ocupacional.

En la persona con TLP, su tendencia a la búsqueda de novedades le puede impedir perseverar en sus elecciones, pero a la vez, para motivarse y ser competente necesita una actividad o tarea en la que desplieguen cierta dosis de búsqueda de novedades.

Por todo ello, hay que trabajar a la vez en mejorar al individuo y encontrar la empresa adecuada, lo que nosotros denominamos “trajes a medida”.

Mejorar al individuo corrigiendo las disfuncionalidades ocupacionales, es decir, eliminando o minimizando las conductas que interfieran en su desarrollo ocupacional, construyendo patrones de conducta adaptativos y potenciando los aspectos positivos.

Hay que ayudar a la persona a alcanzar un equilibrio ocupacional saludable a través del aprendizaje, desarrollo y mantenimiento de las habilidades ocupacionales que le permiten una vida satisfactoria para él mismo y su entorno.

Toda esta mejora del individuo se pone en marcha en la terapia ocupacional, un espacio que les facilita la oportunidad de “vivir” la función ocupacional, un espacio que no deja de ser terapéutico y que le “provee” de oportunidades de cambio.

Y esta mejora siempre irá en coordinación con el terapeuta y con los talleres de habili-

dades sociales, habilidades actitudinales, de autoestima, de búsqueda de empleo, etc., a los que la persona puede asistir, (siempre que éstos no muestren un planteamiento rígido y generalista para todo tipo de colectivos porque sino hemos comprobado que no funcionan).

Por otra parte es importante identificar en el mercado aquellas empresas e instituciones que tendrán la flexibilidad suficiente como para tolerar ciertas desviaciones de la norma. En este sentido son más adecuadas las empresas familiares con su sistema de valores tradicional que la empresa moderna competitiva. Nuestro Servicio dedica pues una parte de su esfuerzo a determinar si existen dentro de los socios de la Fundación empresarios dispuestos a ofrecer posiciones a personas con TLP y a identificar empresas externas sensibles a la problemática de la enfermedad mental.

En esta línea también el Servicio propugna la obtención del Certificado de Discapacidad, que debería en teoría aumentar las posibilidades de encontrar puestos de trabajo y de encontrar en ellos un ambiente de tolerancia. No siempre es así; muchas de las ofertas de puestos de trabajo para personas con discapacidad se limitan a aquellas que tienen discapacidades físicas y rechazan cualquier persona con temas psíquicos. La estigmatización de la persona con problemas de orden mental es desgraciadamente una realidad punzante.

Por otra parte la puesta en evidencia de una discapacidad de forma explícita en un documento oficial (certificado de discapacidad) genera también en el paciente una reacción de rechazo que hay que trabajar.

Una vez insertado pensamos que es importante, y así lo demuestra nuestra práctica diaria, el estar a disposición del usuario para

comentar sus posibles problemas de adaptación y ayudarle a superarlos

En resumen, en este momento inicial de nuestro proyecto el enfoque que hemos adoptado es:

- Trabajar solamente con pacientes que hayan logrado una cierta estabilidad clínica y estén en terapia activa
- Tratar de mejorar las funcionalidades del individuo para encontrar y conservar un puesto de trabajo, básicamente a través de una coordinación estrecha con el terapeuta
- Identificar empresas y puestos de trabajo de entornos flexibles a partir de los perfiles específicos de cada usuario
- Apoyar al individuo para ayudarle a superar los problemas con los que se enfrente durante las fases iniciales de su trabajo

## INTERVENCIÓN

Nuestra intervención se basa en unos criterios de derivación, y tras un contacto inicial, establecemos un diagnóstico laboral, proponemos un itinerario personalizado de inserción y realizamos un seguimiento y apoyo.

### Criterios de derivación

Este servicio está destinado a personas diagnosticadas de Trastorno Límite de Personalidad, que cumplan los siguientes criterios:

- Que lleven al menos un año en psicoterapia regular y con cierta estabilidad clínica.
- Que no existan conductas auto o heteroagresivas ni conductas adictivas.
- Que tengan motivación para trabajar.
- Que tengan un nivel de autonomía mínimo y necesidad de apoyo en la búsqueda de formación o empleo.

- Que estén asociados o se asocien a la Fundación ACAI-TLP.

### Contacto inicial

El contacto inicial con el usuario tiene dos objetivos básicos. El primer objetivo es lograr la vinculación con el paciente mediante la seducción, la flexibilidad, la negociación,.. y, sobre todo, la empatía. Es necesario que cuando el paciente entre en nuestro espacio “vivamos” su enfermedad y su no enfermedad, entender su vivencia interna y cómo se manifiesta conductualmente.

El segundo objetivo es hacer una evaluación del caso, porque antes de diseñar y planificar para cada uno de ellos un programa encaminado a mejorar su funcionamiento laboral, hemos de conocer con precisión información concreta y operativa acerca de sus problemas, déficits, habilidades, etc.

Esta fase de evaluación recogerá toda la información a través de entrevistas, cuestionarios, observación in-vivo, etc., para poder así establecer un proceso de intervención ajustado a sus expectativas y necesidades.

Sin ánimo de ser exhaustivos, la evaluación inicial recabará información sobre:

- *Aspectos clínicos y psicosociales:* conciencia de enfermedad y seguimiento del tratamiento; síntomas residuales y conductas de escape a las que recurren a la hora de manejar los sentimientos extremos de indefensión, vacío y soledad (abuso de tóxicos, promiscuidad sexual, rituales, autolesiones, etc.); estrategias de afrontamiento; autoconcepto; autonomía personal; red socio-familiar y apoyo que recibe; ocio y tiempo libre; recursos económicos de los que dispone, etc.
- *Historia curricular:* formación reglada y no reglada; historia laboral previa (trabajos

realizados, duración, nivel de competencia, y cualificación logrados, etc.); expectativas laborales, intereses vocacionales y objetivos laborales actuales, etc.

- *Cambios laborales*: frecuencia en los cambios de estudios y/o trabajos y la tendencia a ser cada vez más esporádicos y menos cualificados.

- *Problemática laboral* que puedan experimentar.

Existen diversos riesgos y dificultades vinculados a esta evaluación inicial del paciente.

Los casos son muy variados y transparentes, pero algunos de ellos pueden mostrar una “competencia aparente”, es decir, en un primer contacto se suele sobrevalorar sus capacidades, suelen proyectar una imagen muy convincente de lo que quieren o pueden, pero en realidad existen miedos enmascarados muchas veces no reconocidos ni aceptados.

Otros casos, menos frecuentes, muestran una “crisis permanente”, con una imagen de incapacidad superior a la real y una invalidación permanente de sí mismo y de sus posibilidades.

Y un tercer riesgo o dificultad es la “*difusión de identidad*”, porque si algo caracteriza a la persona con TLP es la dispersión y la difusión de su identidad. Continúas dudas, cambios de opinión y metas que pueden dar lugar a un “desgaste” rápido de los recursos.

### Diagnóstico laboral

En primer lugar, pretendemos que la persona se cuestione qué quiere, cuáles son sus intereses, que averigüe cuál es su principal fuente de motivaciones ocupacionales, que explore que valores se han revelado en algún momento, su historia laboral, que se plantee nuevos valores para empezar a interiorizar-

los, ver cuando se ha sentido realmente eficaz y que reconozca los logros que han marcado su historia.

En segundo lugar, averiguamos porqué no accede al mundo laboral, evaluando los puntos positivos, negativos y los posibles elementos distorsionantes. Conocer cuáles son las habilidades que posee en la búsqueda de formación y empleo, así como las técnicas de entrevistas.

Y en tercer lugar, analizamos el porqué no permanece, evaluando los hábitos de trabajo (anteriores y actuales): puntualidad, asistencia, resolución de problemas, concentración en el trabajo, organización y realización de tareas, seguimiento de instrucciones y órdenes, etc., y las habilidades sociales en el entorno laboral: interrelación con compañeros y superiores, inicio y mantenimiento de conversaciones, aceptación de críticas, expresión de críticas y sentimientos negativos, etc.

Para crear estos hábitos será necesario una repetición, una perseverancia en la ejecución de los patrones comportamentales, hasta llegar un momento que la persona internaliza, se cree sus propias elecciones ocupacionales y el resultado de las mismas.

### Itinerario Personalizado de Inserción (IPI)

La evaluación inicial y el diagnóstico laboral, posibilitarán diseñar el itinerario personalizado de inserción, donde se planifica y prioriza los objetivos de la intervención, las metas a corto, medio y largo plazo y los tipos de intervención y entrenamientos necesarios.

Pero esta valoración no será la única a realizar, su repertorio de habilidades irá variando desde el momento de iniciar el proceso hasta su finalización.

Resulta evidente que mientras dure el proceso se deberán hacer de forma periódica y sistemática valoraciones que nos permitan observar la evaluación de la persona y plantearnos nuevas metas y nuevas estrategias de intervención, así como poder planificar nuevas reorientaciones, para lograr un funcionamiento correcto. Las metas han de ser realistas para asegurar el éxito y que comience a experimentar la sensación de logro.

El itinerario personalizado de inserción, es un programa de trabajo consensuado con el paciente, donde vamos a negociar los objetivos ocupacionales a trabajar. Y además, es fundamental que nos sentemos a interpretar conjuntamente los resultados de la ejecución de los objetivos negociados.

La intervención debe ayudar a la persona a reorganizar su vida de forma satisfactoria. Los puntos clave son:

- Establecer objetivos claros que se puedan lograr a corto plazo, para disminuir el sentimiento y la aparición de actuaciones ineficaces.

- Adecuar la intervención a los impulsos motivacionales para generar una aptitud adaptativa, teniendo en cuenta las expectativas, convencimiento e intenciones del paciente.

- Disminuir la ansiedad frente al fracaso o compromiso que se requiere para involucrarse.

- Comenzar con las habilidades ya adquiridas y posteriormente desarrollar otras nuevas, para que la persona experimente control.

- Reestructurar los hábitos y destrezas. Definir los hábitos precisos que se deben adquirir en primer lugar, para dar paso a nuevos hábitos que resuelvan nuevos problemas.

- Considerar el grado de complejidad, adecuar las actividades de motivación del paciente y aplicar los grados de tolerancia a la frustración que pueda ir consiguiendo.

- Identificar los estados emocionales, la esperanza y la incertidumbre que con nuestra intervención se puedan generar.

La persona experimentará el deseo de alcanzar un objetivo y buscará los medios necesarios que le ayuden a conseguir el fin deseado, pero la duda previa a la confirmación del éxito o fracaso de esa actuación puede provocar una tensión emocional que paralice cualquier proyecto.

La incertidumbre implica toma de decisiones y tolerancia a la frustración cuando se asume la posibilidad de un posible fracaso y se supera el miedo al mismo.

Debemos adaptar las actividades a los grados de incertidumbre que es capaz de soportar la persona. Cuando la persona está dominada por la ansiedad debemos evitar proyectos que impliquen incertidumbre. Si el paciente tiene miedo a no conseguir algo o miedo a lo nuevo, hay que minimizar las posibilidades de fracaso.

Posteriormente, podemos elevar ese estado para trabajar en la toma de decisiones y en la tolerancia al estrés.

En este itinerario personalizado de inserción orientamos la búsqueda hacia el trabajo que el usuario quiere hacer, dónde lo debe buscar y que medios tiene para hacerlo; ayudamos a mejorar la presentación del currículum vitae; facilitamos la obtención del certificado de discapacidad, con el objetivo de aprovechar al máximo aquellos recursos económicos, sociales y laborales que ofrece, minimizando el riesgo de estigmatización como personas “discapacitadas”; acordamos programas de formación; proponemos oportunidades específicas; coordinamos y orientamos el esfuerzo terapéutico; etc.

Todo este proceso puede conllevar unos riesgos. Entre muchos familiares de las personas con TLP, existe la convicción de que si sus hijos/as afectadas trabajasen desaparecerían muchos de sus males, se concede al trabajo un poder casi curativo. En muchos casos, la vuelta al trabajo, el inicio o la prolongación del mismo suelen cursar con crisis, recaídas o regresiones. Más bien parecería que la “solución” sería dejar de trabajar.

Hay que encontrar una vía intermedia. El objetivo sería por tanto evitar que el trabajo se convierta en un factor desestabilizador y se produzca el abandono impulsivo.

### Seguimiento y apoyo

El apoyo y seguimiento que se ofrece a la persona una vez se ha insertado laboralmente o ha comenzado una acción formativa, dependerá de la situación personal, consensuándose la forma y la frecuencia.

- Disponibilidad total para atender las llamadas del usuario, somos su referente de apoyo.
- En caso de intermediación con la empresa, negociamos en la adaptación del puesto según las características del TLP (jornadas máximas de 6h, horarios de tarde, asistencia, puntualidad, etc.) y hacemos un seguimiento del usuario tras su incorporación.
- Seguimiento de las acciones formativas.
- Contacto con los servicios sociales (en casos de pensiones no contributivas, PIRMI, etc.) y con los dispositivos en los que realizan los talleres.
- Etc.

Este seguimiento y apoyo pretenden garantizar el mantenimiento de la persona en el nuevo trabajo de la manera más satisfactoria posible.

## DECLARACIÓN DE INTENCIONES

El reto es importante. Pero estamos entregados a nuestra tarea. Desde esta entrega y desde nuestra ilusión pretendemos que nuestra metodología sea:

- Participativa, otorgándoles el protagonismo a los actores fundamentales de nuestras acciones.
- Adaptada, a las necesidades, expectativas, inquietudes, creencias, limitaciones, etc.
- Real, desviada de toda utopía.
- Integral, que persiga el equilibrio personal de usuarios y familiares.
- Integrada, en los objetivos de la Fundación, y en las personas con TLP y sus familias.
- Coherente, en la relación expectativas y realidades.
- Dinámica y activa, que potencie la constante revisión, renovación y mejora.
- Flexible, con las dificultades que pueden surgir, afrontándolas de la manera más óptima posible.
- Unificadora, de las expectativas de las personas con TLP, las familias y los profesionales.

## CONCLUSIONES FINALES

Como conclusión final podríamos decir que la experiencia de estos meses nos pone de manifiesto que corregir las disfuncionalidades ocupacionales y el entrenamiento de nuevos hábitos y habilidades en la persona con TLP es una tarea ardua que exige mucha dedicación y una buena metodología.

Todo el proceso es especialmente largo y duro para las personas con TLP, ya que se produce una continua oscilación entre la motivación y el desánimo del usuario, que dificulta las cosas. Además, la generalización de todo

lo adquirido en este proceso a otros contextos, adaptándose a las necesidades y requerimientos, resulta especialmente difícil, dada la inflexibilidad que caracteriza al TLP y su ineffectividad a pesar de tener el potencial.

La coordinación y colaboración entre los distintos profesionales que atienden a la persona es esencial. El proceso de inserción no puede resultar efectivo si se realiza de manera

aislada del resto de las intervenciones. Hay que trabajar mucho para que la persona integre e incorpore el acudir al servicio de inserción como parte importante de su recuperación y no como paso posterior a la misma.

Por todo ello, la creación de un dispositivo específico y muy adaptado a las características del TLP es necesaria y resulta una opción muy prometedora a medio y largo plazo.

## BIBLIOGRAFIA

1. **American Psychiatric Association de Washington.**- “DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”.- MASSON, S.A. (Barcelona, 2000).
2. **Foret, M.**- “Mi hijo, personalidad borderline. Experiencias de una madre, Marina Foret Jimeno, ante las dificultades de personalidad de su hijo con un síndrome poco conocido”.- Ediciones STJ (Barcelona, 2000).
3. **Linehan, M.**- “Manual de los trastornos límites de personalidad”.- PAIDOS (Barcelona, 2003).
4. **Mason, P.T.**- Kreger, R. “Deja de andar sobre cáscaras de huevo. Retoma el control ante el comportamiento de una persona con trastorno límite de personalidad”.- Ediciones Pléyades S.A. (Madrid, 2003).
5. **Mosquera, D.**- “Diamantes en bruto (I): Un acercamiento al trastorno límite de personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares”.- Ediciones Pléyades S.A. (Madrid, 2004).
6. **Mosquera, D.**- “Diamantes en bruto (II): Manual psicoeducativo y de tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Programa estructurado para profesionales”.- Ediciones Pléyades, S.A. (Madrid, 2004).

## Agradecimientos

*Agradezco enormemente a la Fundación ACAI-TLP la oportunidad de poder llevar a cabo este proyecto, y especialmente a Luis Llubiá, Patrono de la Fundación, por su dedicación y sugerencias en la revisión de este manuscrito.*

Correspondencia a:  
 Natalia Castán Ballarín  
 Fundación ACAI-TLP  
 Rda. General Mitre 65, 3º 2ª  
 08017 Barcelona  
 Tel: 93.203.52.25  
 acaitlp@acai-tlp.com

# INFORMES

---

## CONVENCIÓN DE BANGKOK

### La promoción de la salud en un mundo globalizado

#### INTRODUCCIÓN

##### Perspectiva

La Convención de Bangkok señala acciones, compromisos y demandas necesarias para encauzar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado a través de la promoción de salud.

##### Propósito

La Convención de Bangkok afirma que las políticas y asociaciones establecidas para dotar de poder a las comunidades y para mejorar la salud y la equidad sanitaria deberían estar en el centro del desarrollo nacional y global.

La Convención de Bangkok complementa y refuerza los valores, principios y acciones estratégicas de promoción de salud establecidas en la Convención de Ottawa para la Promoción de la Salud y las recomendaciones de las consiguientes conferencias de promoción de la salud global que han sido ratificadas por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud.

##### Audiencia

La Convención de Bangkok se dirige a la gente, grupos y organizaciones que son fundamentales para la consecución de salud, incluyendo:

- Gobiernos y políticos a todos los niveles.
- Sociedad civil.
- Sector privado.
- Organizaciones internacionales.
- La comunidad de salud pública.

##### Promoción de la Salud

Las naciones Unidas consideran que el disfrute del nivel de salud más alto alcanzable es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin discriminación.

La Promoción de la Salud se basa en este derecho humano fundamental y ofrece un concepto de salud positivo e incluyente como determinante de la calidad de vida y el consiguiente bienestar mental y espiritual.

La Promoción de Salud es el proceso de capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y sus factores determinantes y de esa manera mejorar su salud. Es una función básica de la salud pública y contribuye al trabajo de control de enfermedades comunicables y no comunicables y de otras amenazas para la salud.

#### TRATANDO LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

##### Contexto cambiante

El contexto global para la promoción de la salud ha cambiado ostensiblemente desde el desarrollo de la Carta de Ottawa.

##### Factores críticos

Algunos de los factores críticos que influyen en la salud actualmente incluyen:

- Aumento de las desigualdades dentro de y entre los países.
- Nuevos modelos de consumo y comunicación.
- Comercialización.
- Cambio del medio ambiente global.
- Urbanización.

##### Retos adicionales

Otros factores que influyen en la salud son los rápidos y a menudo adversos cambios sociales, económicos y demográficos que afectan a las condiciones de trabajo, aprendizaje, medio ambiente, modelos de familia y la cultura y estructura social de las comunidades.

Los hombres y las mujeres son afectados de manera diferente. La vulnerabilidad de los niños y la exclusión de los marginados, discapacitados y pueblos nativos ha aumentado.

##### Nuevas oportunidades

La globalización abre nuevas oportunidades para la cooperación para mejorar la salud y reducir los riesgos sanitarios transnacionales; estas oportunidades son:

- Mejora de la información y de la tecnología de comunicación, y
- Mejora de los mecanismos para el gobierno global y compartir las experiencias.

##### Coherencia de las Políticas

Para enfrentar los retos de la globalización las políticas deben ser coherentes en todos :

- Los niveles de los gobiernos.
- Los cuerpos de las Naciones Unidas.
- Otras organizaciones , incluyendo al sector privado.

Esta coherencia reforzará la conformidad, transparencia y responsabilidad con los acuerdos internacionales y los tratados que afecten a la salud.

### **Progreso realizado**

Se ha conseguido progresar en colocar la salud en el centro del desarrollo, por ejemplo a través de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio, pero debe conseguirse mucho más; la participación activa de la sociedad civil es crucial en este proceso.

## **ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UN MUNDO GLOBALIZADO**

### **Intervenciones efectivas**

El progreso hacia un mundo más saludable requiere una acción política fuerte, amplia participación y un apoyo sostenido.

La promoción de la salud tiene un repertorio establecido de estrategias efectivas probadas que deben ser utilizadas al completo.

### **Actuaciones necesarias**

Para hacer más avances en el refuerzo de estas estrategias, todos los sectores y entornos deben ser activos para:

- La defensa de la salud basada en los derechos humanos y en la solidaridad.
- Inversión en políticas sostenibles, actuaciones e infraestructura para encauzar los determinantes de la salud.
- Crear capacidad para desarrollo de políticas, liderazgo, práctica de promoción de la salud, transmisión de conocimiento e investigación, y formación en salud.
- Regular y legislar para asegurar un nivel de protección alto ante el daño y posibilitar igualdad de oportunidades para la salud y bienestar para todas las gentes.
- Modelar y construir alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y la sociedad civil para crear intervenciones sostenibles.

## **COMPROMISOS CON LA SALUD PARA TODOS**

### **Fundamento**

El sector de la salud tiene un papel clave de liderazgo en la construcción de políticas y asociaciones para la promoción de la salud.

Un abordaje político integrado en los gobiernos y las organizaciones internacionales, así como un compromiso para trabajar con la sociedad civil y el sector privado y transversalmente

a las instituciones, son esenciales para el necesario progreso en dirigir los factores determinantes de la salud.

### **Compromisos fundamentales**

Los 4 compromisos fundamentales son hacer la promoción de la salud:

1. Central para la agenda de desarrollo global.
2. Responsabilidad principal para el gobierno en conjunto.
3. Foco principal para las comunidades y la sociedad civil.
4. Un requisito para una buena práctica corporativa.

### **1. Hacer de la promoción de la salud el eje central para la agenda de desarrollo global**

Son necesarios acuerdos intergubernamentales fuertes que aumenten la salud y la seguridad sanitaria colectiva. Los gobiernos y los cuerpos internacionales deben actuar para estrechar la zanja de salud entre los ricos y los pobres. Son necesarios mecanismos efectivos de gobierno global para la salud para controlar todos los efectos perjudiciales de:

- Comercio.
- Productos.
- Servicios.
- Estrategias de mercadotecnia.

La promoción de salud debe convertirse en parte integral de la política interna y exterior y de las relaciones internacionales, incluso en las situaciones de guerra y conflicto.

Esto requiere intervenciones para promover el diálogo y la cooperación entre estados nacionales, sociedad civil y sector privado. Estos esfuerzos se pueden desarrollar en base a los tratados existentes como el del Acuerdo Marco para el Control del Tabaco de la O.M.S.

### **2. Hacer de la promoción de la salud una responsabilidad principal de la totalidad de cada gobierno**

Todos los gobiernos a todos los niveles deben hacer frente a la mala salud y las desigualdades de manera urgente porque la salud es el mayor factor determinante del desarrollo socioeconómico y político. Los gobiernos locales, regionales y nacionales deben:

- Dar prioridad a las inversiones en salud, dentro y fuera del sector de salud.
- Proporcionar financiación sostenible para la promoción de la salud.

Para asegurar esto, todos los niveles de gobierno deberían hacer explícitas las consecuencias de las políticas y legislación de salud, utilizando herramientas como la Evaluación centrada en la equidad del impacto en la salud.

### **3. Hacer de la promoción de la salud el foco principal de las comunidades y la sociedad civil**

Las comunidades y la sociedad civil a menudo lideran el comienzo, conformación y compromiso con la promoción de la salud. Necesitan tener derechos, recursos y oportunidades para

conseguir que sus contribuciones sean amplificadas y sostenidas. En las comunidades menos desarrolladas el apoyo al desarrollo de su capacidad es especialmente importante.

Las comunidades bien organizadas y que asumen su autoridad (“empowered”) son altamente efectivas para determinar su propia salud y son capaces de hacer a los gobiernos y al sector privado responder por las consecuencias sobre la salud de sus políticas y sus prácticas.

La sociedad civil necesita ejercer su poder en el mercado dando preferencia a los bienes, servicios y participaciones de compañías que demuestran responsabilidad social empresarial.

Los proyectos comunitarios de base, los grupos de sociedad civil y las organizaciones femeninas han demostrado su efectividad en la promoción de salud, y proporcionan modelos y ejemplos prácticos para que los sigan otros.

Las asociaciones de profesionales de la salud tienen una contribución especial que hacer.

#### **4. Hacer de la promoción de la salud un requisito para las buenas prácticas de las sociedades empresariales**

El sector empresarial tiene un impacto directo en la salud de la gente y sobre los factores determinantes de la salud a través de su influencia sobre:

- Entornos locales
- Culturas nacionales
- Medio ambiente y
- Distribución de la riqueza.

El sector privado, como otros contratantes y el sector informal, tiene la responsabilidad de asegurar la salud y seguridad en el lugar de trabajo y promover la salud y bienestar de sus empleados, sus familias y las comunidades.

El sector privado también puede contribuir a disminuir impactos sobre la salud más amplios, como los asociados al cambio global ambiental mediante el cumplimiento de las regulaciones y acuerdos nacionales locales e internacionales que promueven y protegen la salud. Las prácticas empresariales éticas y responsables y el comercio justo ejemplifican el tipo de prácticas de negocio que deberían ser apoyadas por los consumidores y la sociedad civil, y por los incentivos y regulaciones gubernamentales.

### **UNA PROMESA GLOBAL PARA QUE SUCEDA**

#### **Todos por la salud**

Conseguir estos compromisos requiere una mejor aplicación de estrategias ya comprobadas, así como el uso de nuevos puntos de concurrencia y respuestas innovadoras.

Las asociaciones, alianzas, redes y colaboraciones proporcionan maneras estimulantes y fructíferas de unir a las gente y a las organizaciones en torno a los objetivos comunes y unir las intervenciones para mejorar la salud de las poblaciones.

Cada sector – intergubernamental, gobierno, sociedad civil y privado – tiene un papel único y su responsabilidad.

#### **Cerrando la brecha en la realización**

Desde la adopción de la convención de Ottawa un número significativo de resoluciones a nivel nacional y global han sido firmadas en apoyo de la promoción de salud, pero ello no siempre ha sido seguido por la acción. Los participantes de esta Conferencia de Bangkok enérgicamente apelan a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud a cerrar esta brecha en la puesta en marcha y cambiar hacia políticas y asociaciones para la acción.

#### **Llamada a la acción**

Los participantes en la Conferencia requieren a la Organización Mundial de la Salud y a sus Estados Miembros, en colaboración con otras instancias, a que dediquen recursos a la promoción de salud, comiencen planes de acción y comprueben el cumplimiento a través de indicadores apropiados y objetivos, e informen de los progresos a intervalos regulares. Se insta a las organizaciones de las Naciones Unidas a explorar los beneficios de desarrollar un Tratado Global para la Salud.

#### **Asociación mundial**

Esta Convención de Bangkok urge a todos los implicados a unirse en una asociación mundial, con compromisos y acciones a nivel tanto local como global.

#### **Compromiso para mejorar la salud**

Nosotros, los participantes en la 6ª Conferencia Global sobre Promoción de la Salud en Bangkok, Thailandia, prometemos avanzar en estas acciones y compromisos para mejorar la salud.

*11 Agosto 2005*

*Esta convención contiene los puntos de vista colectivos de un grupo internacional de expertos, participantes en la 6ª Conferencia global de Promoción de la Salud, Bangkok, Thailandia, Agosto 2005, y no necesariamente representa las decisiones o la política de la Organización Mundial de la Salud.*

# IN MEMORIAM

---

## FRANCA ONGARO BASAGLIA (1928-2005)

### Historia de un compromiso

A principios de 2005 fallecía en Venecia una de las mujeres más sobresalientes y comprometidas del movimiento desinstitucionalizador italiano. Franca trabajó junto a su marido, Franco Basaglia, en el proyecto de transformación del manicomio de Gorizia (Italia) en la década de los sesenta donde, sobre una práctica de desinstitucionalización, surge el bagaje teórico de los movimientos de transformación de las instituciones psiquiátricas. Aquella experiencia, quedó plasmada en el libro “La institución negada”, que coordinado por Franco Basaglia, es el punto de partida de este novedoso y rupturista pensamiento, que encaja perfectamente con los cambios culturales y sociales de los movimientos surgidos en 1968. Un pensamiento que es “una crítica de la ciencia, de su dogmatismo, de su institucionalización, de su falsa neutralidad...” (L’Unita .15/01/05).

Aquello no fue una historia truncada sino que la experiencia continuó, unos años después, en Trieste, desde donde se generalizó a otras partes de Italia y cuya expresión más consolidada fue la aprobación de la Ley nacional 180 de 1978 donde se abolían los hospitales psiquiátricos en Italia. El proceso, aunque anatemizado por los sectores más conservadores de la política y de la psiquiatría, consiguió implantar un modelo de atención basado en la comunidad, colocando a los pacientes como sujetos activos de los procesos sanitarios. Aunque, con frecuencia y con cierta superficialidad, se ha intentado encajar este movimiento como parte de los movimientos antipsiquiátricos, lo más adecuado es que se trata de un movimiento psiquiátrico alternativo que recompone la dignidad perdida de los sujetos institucionalizados y da una alternativa a la cronicidad institucional.

Hasta 1980, cuando fallece a los 56 años Franco Basaglia, Franca trabajó al unísono con él en este proceso. Posteriormente su campo de acción se amplió, tanto en el campo de la política como en el de los movimientos feministas. Franca fue senadora independiente de la izquierda italiana, desde donde combatió por evitar cambios o adulteraciones de la Ley 180 y también tuvo un papel relevante en la defensa del papel de la mujer en nuestras sociedades. Su vida fue un ejemplo de cómo teoría y práctica pueden honestamente desarrollarse.

Al igual que, en mayo de 1991, Franca inauguraba un monolito dedicado a su marido en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo (España), sus compatriotas ponían su nombre al Centro de Salud Mental de Capua (Italia). Actos, que como señalaba el anuncio de 1991 en Oviedo, eran un “gesto de solidaridad” hacia quienes se comprometieron en luchar por la dignidad de los enfermos mentales.

*Víctor Aparicio Basauri  
Psiquiatra  
Asturias*

## JOSÉ LUIS MONTOYA RICO (1932-2005)

### Psiquiatra reformista

**Mi compañero y enseñante José Luis Montoya Rico (Alicante, 1932), socio honorario de la AEN-PV, organización autónoma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), murió el pasado día 20 de agosto en San Juan (Alicante). Que descanse en paz y nuestro recuerdo sirva como alivio al sufrimiento de su familia.**

El Dr. Montoya se licenció en medicina y recibió formación como internista en la Clínica de la Concepción de Madrid, donde trabajó y enseñó el Dr. Jiménez Díaz. Completó su formación como médico y psiquiatra en EEUU, donde en 1965 se promulgó la llamada Ley Kennedy, considerada el punto de partida oficial de los movimientos de reforma ocurridos en todo el mundo occidental durante las siguientes dos décadas.

Según me ha contado Encarnita, su mujer y compañera, llega a Oviedo en el año 1963, cuando el Hospital General de Asturias pertenecía a su Diputación y el presidente de turno estaba empeñado en darle brillo y también mejorar la atención a los enfermos mentales del Principado, recludos en La Cadellada, el viejo Hospital Psiquiátrico, hoy desaparecido y cuyas posibilidades asistenciales tocaban fondo como en otros lugares.

En el año 1966 desde el mencionado hospital dirige la primera experiencia de reforma psiquiátrica de España. Son los últimos años de la dictadura, a once años de las primeras elecciones democráticas, que lo fueron a Cortes Constituyentes, el 15 de junio de 1977, en tiempos de los Planes de Desarrollo. El proceso reformista terminó con el despido de un importante número de trabajadores de todos los estamentos del mencionado hospital. Con algunos de ellos, el Dr. Montoya inició una segunda experiencia reformista, esta vez en Galicia, en el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela, A Coruña) corría el año 1972. Aquí conozco a José Luis, en el otoño de 1977, recién regresado yo de Suiza y tras la reforma fallida del Señorío de Vizcaya y el Plan Bustamante. Al mismo tiempo J. Mezquita, que venía de Inglaterra, intenta la de Bermeo (Vizcaya), algunas veces con Letemendia e introduce la *Laborterapia* en dicho hospital.

En 1980 la AEN le concedió el Premio José María Sacristán por su trabajo “Rehabilitación Psiquiátrica”. Bueno, todo esto son historias pasadas. Eran tiempos de reformas. Luego vendría Albacete, Jaén, Logroño... El modelo que siguió, del que llegó a ser experto y por ello reconocido a nivel nacional, es un modelo de psiquiatría en la comunidad que surge desde un hospital psiquiátrico. Éste queda recogido en la publicación de la Diputación de La Coruña de 1979, durante las reuniones del Pazo de Mariñán, donde acuden entre otros, el Dr. A. Rey de Pontevedra.

Formó parte junto con el Dr. Pérez San Félix, de la comisión que redactó en 1991 el Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, el primero que recogió la ideología asistencial del Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica del año 1985. Este plan llevaba ya implícito la desaparición progresiva de los hospitales psiquiátricos por alternativas más eficaces. Habló de la integración de los servicios en Atención Primaria, de la coordinación con los Servicios

Sociales y situó el sufrimiento en un contexto social actualizado. Cuando las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales y Usuarios comenzaron a moverse, él estuvo desde el principio apoyándolas frente a las administraciones y apostando por su crecimiento y participación en los procesos asistenciales.

Siempre guardó un profundo recuerdo de Asturias... En el año 2000 fue nombrado Socio Honorario de la Asturiana en un acto que fue recogido por el diario *El Comercio* de Oviedo. Implantó, creó el sistema MIR en psiquiatría y siguiendo en el ámbito docente, apostó siempre por una formación e investigación muy pegada al terreno asistencial y al modelo comunitario. Fue profesor de psiquiatría en la Universidad de Alicante.

Las acciones lideradas por el Dr. Montoya a lo largo de su vida profesional han contribuido al cese del Sistema “Manicomial”, el cambio de los programas asistenciales y la dignificación de los enfermos mentales. En razón a su trayectoria profesional, el pasado 10 de junio recibió en Alicante un homenaje de sus compañeros al que se sumó la AEN y del que, dolorosamente, no ha podido disfrutar.

*Alfonso González Mateos  
Psiquiatra. Presidente de la AEN-PV  
Alicante*

## RESEÑAS

---

### *Como nos convierten en enfermos*

*Jörg Blech*

*Ediciones Destino. Colección imago mundi. Vol. 65*

*Barcelona, 2005*

“Los inventores de enfermedades trabajan a escondidas”... “Las empresas farmacéuticas y los grupos de interés médico inventan las dolencias: la enfermedad se ha convertido en un producto industrial. Para ello, las empresas y las asociaciones convierten los procesos normales de la existencia en problemas médicos, **medicalizan la vida**”...

El autor, que se define como científico y periodista y que ha ejercido su trabajo en secciones médicas de la prensa alemana (Stern, Zeit, Der Spiegel) utiliza sobre todo ejemplos de países de habla alemana y fuentes anglosajonas (**Moynihán** es el autor más citado) y se une al grupo de médicos (“... cada vez más grande”) que se rebela contra la medicalización de la vida ejercida por la industria y sus colaboradores médicos. En Alemania ha vendido más de 135.000 ejemplares y ha permanecido más de un año en la lista de libros más vendidos.

Incluye en su análisis “el mito del colesterol malo”, “el alarmismo del lobby de los huesos” (la “epidemia” de osteoporosis), “la enfermedad llamada embarazo”... “podría decirse que el sexo femenino es de por sí una enfermedad... a los años de la menstruación le siguen los de la menopausia y luego los de las carencias hormonales”. Los genes convertidos en destino o el sexo como ejercicio obligatorio son otros tantos apartados del libro.

Los procesos normales de la vida y los problemas personales y sociales son vendidos como enfermedad, como los riesgos, o los síntomas leves como indicios de enfermedades más graves, o síntomas poco frecuentes, como epidemias. Para ello, este opulento sector industrial gasta más dinero en marketing que en investigación, contando con el concurso interesado de profesionales relevantes... “mercenarios”... “la vergüenza del sector”... “como catedráticos de prestigiosas universidades... creadores de opinión... al servicio de la industria farmacéutica... que se embolsan por una conferencia o una comparecencia en una rueda de prensa honorarios que oscilan entre los 3.000 y los 4.000 euros y realizan una publicidad manifiesta de las enfermedades y los productos idóneos para curarlas”...

La “dedicación” de la industria a los médicos prescriptores, más allá y más acá de los límites legales supone entre 8.000 y 13.000 euros anuales por médico. Además del control de la producción científica: de las guías clínicas evaluadas por **Allan Detsky** (Mount Sinai Hospital, Toronto) no se encontró ni una generada de modo independiente respecto a los productores de medicamentos.

La élite de las ciencias alemanas, el Instituto Max Planck ha concertado una alianza con una multinacional farmacéutica (Glaxo Smith Kline), vinculación que concuerda con otras (no re-

cogidas en el libro) y referidas a publicaciones supuestamente rigurosas e independientes, como el *British Medical Journal*... “extensión del departamento de marketing de las compañías farmacéuticas”, según su exdirector **Richard Smith**, crítica similar a la efectuada al “New England” por **Marcia Angell**. Estas críticas y autocríticas en el contexto de la creciente contestación a las prácticas industriales y profesionales está teniendo algunas consecuencias de sumo interés: La “creación” de enfermedades por las empresas provoca la creación de una comisión en la Cámara de los Comunes, *The Lancet*, consideró el estudio más importante del año 2004 la revisión que puso en evidencia la ocultación de datos por las farmacéuticas sobre el riesgo de suicidio entre los menores que consumen antidepresivos I.S.R.S. y en los últimos años son crecientes las intervenciones judiciales sobre la relación laboratorios- médicos (Alemania, Italia, España, U.S.A.).

El recurso a los periodistas o la actuación directa sobre la población, como la “promoción” del cuadro clínico de la depresión efectuado por **Wyeth**, o la medicalización de la timidez efectuada por Smith Kline Beecham son otros de los apartados del libro.

Un capítulo se dedica específicamente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad... “La historia del S.H.D.A. se ha vuelto imparable”. Lo resume en las páginas finales: ...”es totalmente inaceptable la idea de doblegar a estos niños con psicofármacos en lugar de buscar los motivos de su comportamiento en el entorno y modificarlo : en el hogar paterno, y en menor medida en los jardines de infancia y las escuelas”... Me ha llamado mucho la atención la cita al politólogo **Francis Fukuyama** “que se pronuncia categóricamente como nadie contra la extendida medicalización de los problemas infantiles”. “Condena esta oleada de pastillas y exige más valor en la educación”. “Es difícil apoyar a otros para soportar el dolor y el sufrimiento”. A ojos de **Fukuyama**, el metilfenidato no es otra cosa que un medio para el control social...

La cita de **Fukuyama** me ha recordado estudios críticos de hace un cuarto de siglo, como los efectuados por **Peter Conrad** (“Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social” cuyo paradigma es precisamente, la hiperactividad, o el de **Joel Kovel** “Sobre la industria norteamericana de la salud mental”, que además desmienten una de las afirmaciones del libro que comentamos ( que no se ha hablado prácticamente ni se han originado debates sobre el proceso de medicalizar la vida). Ya **Durkheim** a finales del XIX señala como del castigo se pasa al tratamiento o la rehabilitación, (el advenimiento del estado terapéutico señalado años más tarde por **Kittirrie**). Los conceptos de beneficio o ventaja de la enfermedad de **Freud**, de rol de enfermo de **Parsons**, de conducta de enfermedad de **Mechanic**, la enfermedad como refugio o recurso de **P. Lain** están en el centro del proceso de medicalización. Aunque cita a **Illich** en una ocasión no desarrolla sus nociones de yatrogénesis social y yatrogénesis cultural o fundamental. La colusión entre industria farmacéutica y psiquiatras ha sido magníficamente puesta de manifiesto, hace más de una década, por autores tan distantes como **Paulo Amarante** o **Benedetto Saraceno**.

Las diversas corrientes de la denominada Psiquiatría Crítica han tenido en el centro de sus debates, denuncias y publicaciones el proceso de medicalización. Que, entre otras cosas, en nuestro país provocó la desaparición de Psiquiatría Pública. Entre los psiquiatras ocupados en estos asuntos no se puede dejar de citar a **Guillermo Rendueles**, así como a otros profesiona-

les, y pensadores: “El arte de curar tiende a monopolizar el arte de vivir”, nos decía hace más de 20 años **F. Alvarez** –Uría y más recientemente, el año pasado, **Fernando Savater** señalaba como, “en nuestra época... la medicalización se ha convertido en la moralidad más respetada”.

Ya que el autor es periodista, terminamos la reseña recuperando algunas aportaciones de periodistas patrios: **Elvira Lindo**, hace poco, señalaba como en Guinea no se padecía depresión porque no hay psiquiatras. **Vicente Verdú** apuntaba como el médico moderno, inducido por la pragmática norteamericana, prescribe para curar el malestar, aliviar la desesperanza o sortear con celeridad el dolor y, **Juan Cueto**: “El principal problema que plantea la depresión es su propia denominación falsamente científica y rotunda”... “Sobre todo, por Dios, que no se enteren de eso de la serotonina”.

*Onésimo González Alvarez*  
*Psiquiatra*  
*Huelva*

## **Egolatría**

**Guillermo Rendueles Olmedo**

**KRK Ediciones**

**Oviedo. 2004. 296 páginas**

Resulta difícil dar una idea en pocas líneas de las ideas expuestas por Guillermo Rendueles en este nuevo libro. La primera impresión o quizá la más fuerte se refiere a esa especie de crítica antropológica de la identidad del psiquiatra y de sus haceres en la sociedad actual. Ya es bien conocida su capacidad para denunciar las trampas en la práctica psiquiátrica cotidiana: el paciente gorrón, burning,....

El título: Egolatría se refiere en este caso no a la incapacidad de los profesionales a ver sus propias limitaciones o defectos, como apuntaría I.B.Singer; más bien a lo contrario, la ambición de los psiquiatras a meterse en campos teóricos y prácticos alejados de su ámbito profesional (por ejemplo: explicar la historia por la psicohistoria, ...). El objeto del libro es analizar las consecuencias la situación catastrófica, que ha creado la psiquiatrización de la vida cotidiana y la aceptación de las nuevas enfermedades del yo, en la representación del campo de la subjetividad y la colaboración psiquiátrica con el poder pastoral.

La psiquiatrización de la vida cotidiana y la extensión de una actitud terapéutica a las agencias de vigilancia y castigo (jueces, cárceles,...) se producen en el contexto de desaparición del sujeto moral, denominador común de las teorías psicoterapéuticas. El psiquiatra se convierte en notario que confirma a la persona, colocándola más allá del bien y del mal de sus actuaciones y en posición de tener que dirimir sobre la verdad o falsedad del discurso de ésta, lo que conlleva la ruptura del pacto de veracidad entre paciente y terapeuta.

La hipótesis del libro sería que como resultado del paso de la sociedad moderna a la post-moderna se produce la corrosión del yo y la quiebra de lo social, que exige al individuo día a

día una multiplicidad de roles y conductas (reflejo de las discontinuidades del trabajo en precario,...) y lo empuja al predominio del reino del deseo, tan voluble como la gama de objetos que ofrece el mercado, mientras el sentido de la vida y la responsabilidad respecto a la propia historia o a la tradición de la comunidad desaparecen.

Repasa en los primeros capítulos la muerte de la noción ideal de sujeto racional reforzada por las nuevas corrientes neurológicas que niegan la existencia del sujeto cartesiano con una estructura neurológica integradora de la acción intencional del sujeto o la renuncia a la verdad del sujeto legitimada por la puesta de nuevo en boga en las nuevas clasificaciones psiquiátricas de concepciones janetianas sobre la personalidad.

Propone que en el imaginario postmoderno lo que mejor expresa la relación entre normal y patológico es el trastorno de personalidad múltiple. La patología de personalidad múltiple y el mecanismo psicológico de la disociación vienen a permitir la construcción de un relato biográfico típicamente post-moderno: autocomprensión personal, con ausencia de compromiso con la coherencia y de la responsabilidad respecto de la propia conducta, o para atribuirle un sentido. Propuesta que va a utilizar como eje a partir del cual desarrolla las reflexiones del libro.

Los capítulos 6 al 12 se centran en el detallado análisis de casos históricos famosos o casos peculiares por su carácter novedoso (la adición a las relaciones por internet, identidad sexual y el cuerpo, la cirugía de cambio de sexo). Explica la construcción de una identidad fragmentada siguiendo la hipótesis de la personalidad múltiple y poniéndola en relación con la ausencia de sujeto coherente y responsable de su historia en la sociedad actual: descripción de las personalidades del asesino del juego del rol; el asesino de Pedralbes; la descripción de la vivencia de conversión religiosa de García Morente; la impresionante descripción de los heterónimos de Pessoa su relación con éstos y el sentido de éstos en la tarea principal, la literaria; el intento de explicación, de la biografía de Lawrence de Arabia; la renuncia al sujeto moral y responsable de la historia en la autobiografía de Althusser.

Contra la falsa suficiencia de las teorías psiquiátricas y su función en el control de la subjetividad, de reformulación de los principios morales que normativizan la conducta humana y por tanto construyen la subjetividad. Escrito como dice en el último capítulo contra los efectos de la sociedad actual sobre la identidad y la falsedad de la propuesta de mundo feliz de Giddens con individuos, liberados de la tiranía de la tradición, la familia, la cultura, la moral; en proceso de creación continua de un yo por autorreflexión, respondiendo a la demanda del mercado de gestionar el yo eficazmente para la competencia y el consumo.

*Jose Filgueira  
Psiquiatra  
Gijón*

## **El Observatorio de Salud Mental: análisis de los recursos de salud mental en España**

*Isabel Salvador (coordinadora)*

*Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2005: 93 (número monográfico)*

Recientemente se han cumplido 20 años del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica cuyo objetivo era explicitar los parámetros bajo los que debía guiarse la transformación de la asistencia psiquiátrica en España<sup>1</sup>. Al igual que en otros países de nuestro entorno donde se han realizado procesos de reformas el interés por evaluar los resultados de este proceso de reforma ha sido muy tardío. Veinte años después de este informe, como ya se señalaba en el Informe SESPAS 2002<sup>2</sup>, los datos disponibles para evaluar el sistema español de salud mental son incompletos, poco sólidos y no están actualizados. Ejemplo de ello es el Informe de Situación de Salud Mental<sup>3</sup> que el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en Octubre de 2002 dentro del Observatorio del Sistema Nacional de Salud elaborado a través de un cuestionario remitido a las Comunidades Autónomas (CC.AA.) y al INSALUD en el que no se explicitan datos cuantificables sobre la cantidad de recursos existentes. Hasta la fecha y hasta donde llegan mis conocimientos el documento que de forma más exhaustiva analizaba la situación de la red de salud mental en el conjunto del Estado era el Cuaderno Técnico número 4 de la AEN del año 2000 “Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad”<sup>4</sup> convertido en una referencia en cuanto a lo que una adecuada planificación se refiere.

Por tanto lo primero que hay que señalar sobre la creación del Observatorio de Salud Mental de la AEN y la publicación de los datos es su enorme oportunidad. Los primeros pasos de este observatorio específico de salud mental coincide con la puesta en marcha por parte del Ministerio de un Observatorio del Sistema Nacional de Salud (RD 1087/2003 de 29 de Agosto) siguiendo las directrices de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y con la consolidación del proceso de transferencias sanitarias. El objetivo que se marcó desde la Junta de la AEN era ofrecer un análisis permanente de las redes de salud mental facilitando información objetiva, fiable y comparable de las diferentes CC. AA. Se elaboró un ambicioso cuestionario, que pese a sus imperfecciones (se ha revisado para próximas ediciones), ha permitido obtener una de las bases de datos más importantes sobre los recursos a fecha de Diciembre de 2003 en materia de salud mental existentes en nuestro país. Recabar los datos de una red tan compleja como la de salud mental, gestionada desde diferentes administraciones, solo ha sido posible gracias a la estructura asociativa y presencia de la AEN en las distintas CC.AA.

La AEN decidió publicar los datos en un número monográfico de la revista, pese a ser conscientes de las importantes limitaciones que tiene el trabajo y que esperamos se vayan corrigiendo en las futuras revisiones. Una de las mayores dificultades estriba en el hecho de que bajo nombres similares existen dispositivos muy diferentes y viceversa, dispositivos similares tienen diferentes nombres. No siempre queda claro esto en los datos del observatorio, y pese a que se tomó como modelo las definiciones del Cuaderno Técnico N° 4 mencionado, se hecha de menos un glosario de términos explícito. Esto es especialmente relevante en los dispositivos de rehabilitación y en la serie de unidades en que se han ido transformando los antiguos psiquiátricos a lo largo y ancho del

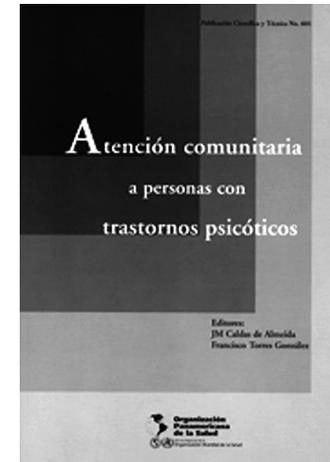
país. Otra importante limitación es que al tratarse de una serie de datos cuantitativos no podemos hacernos una idea del verdadero funcionamiento o de la verdadera implantación de algunos de los programas. Por ejemplo, en la mayoría de las CC.AA. existen programas de coordinación con Atención Primaria, ¿quiere decir esto que se hacen o que están definidos y se deberían hacer? Igualmente los datos referidos a la actividad asistencial son difícilmente comparables por las diferentes metodologías utilizadas en cada CCAA. Muchos datos continúan siendo inaccesibles, por ejemplo los referidos a la financiación de la salud mental, aunque esto en si mismo ya constituye un dato relevante. Por último señalar que en el observatorio no se han recogido datos de la red de drogas o de la situación en prisiones porque excedía la capacidad de trabajo el grupo.

El observatorio de la AEN es un proyecto de futuro, que aspira a ser un referente en la estrategia de las políticas de salud mental de los próximos años. Avanzar en el rigor metodológico en las próximas ediciones es la voluntad de los que hemos participado en él. Los datos recogidos, pese a las limitaciones señaladas son ya de por si un logro. Permiten constatar hechos con frecuencia repetidos como las enormes diferencias y falta de equidad en las prestaciones entre las diferentes CC.AA., la persistencia de un gran número de camas en hospitales psiquiátricos, el insuficiente número de recursos humanos, la falta de desarrollo de los programas infanto-juveniles o de psicogeriatría, la escasez de recursos intermedios y alternativas residenciales, la fragmentación de la red y las carencias en cuanto a planificación y gestión. En el número monográfico de la revista de la AEN dedicado al observatorio se ha elegido un tipo de análisis comparativo entre las diferentes CC.AA. Sin embargo los datos pueden analizarse desde otros prismas y pueden explotarse de diferentes maneras. Así se podía haber realizado un análisis retrospectivo tomando como referente el Informe de la Comisión Ministerial para Reforma para ver los claroscuros de su implantación en España. Veinte años después del Informe es constatable como se ha producido la integración de la salud mental en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, contando la mayoría de las Comunidades con planes de salud mental en los que, al menos en el lenguaje empleado y como catalogo de intenciones, hacen suyos los principios de este Documento.

### Referencias

- 1.- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica. Servicio de Publicaciones. Madrid. Abril 1985.
- 2.- Carulla L, Bulbena A, Vazquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gomez-Beneyto M, Torres F. La Salud mental en España: ¿centenaria en el país de las maravillas? En: Informe SESPAS 2002 , Invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública, Capitulo 15. Escuela Valenciana para estudios de la Salud. Valencia 2002. URL: [http:// www.sespas.es/fr\\_inf.html](http://www.sespas.es/fr_inf.html)
- 3.- Informe de Situación de Salud Mental. Observatorio del sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Octubre de 2002 . Madrid.
- 4.- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de Calidad. Cuaderno Técnico nº 4 de la AEN. Madrid 2000.

Iván de la Mata Ruiz  
Psiquiatra  
Madrid



## Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos

*Caldas de Almeida, José Miguel  
Torres González, Francisco (Eds.)  
Publicación Científica y Técnica n.º 601.  
Organización Panamericana de la Salud.  
Washington, 2005 (152 p.)*

La Organización Panamericana de la Salud es parte del sistema de Naciones Unidas, actuando como “Oficina Regional para las Américas” de la Organización Mundial de la Salud. Como organismo internacional de salud pública, una parte muy importante dentro de sus funciones es promocionar el acceso equitativo al conocimiento y la información para la toma de decisiones en cuestiones sanitarias.

En relación con la salud mental, se estima que en América Latina y el Caribe se concentra el 10,5 % de la morbilidad total asociada al trastorno mental en el mundo, reconociéndose que, en general, la calidad de la atención es deficiente y los recursos disponibles inadecuados (Proyecto Atlas – América Latina). Teniendo en cuenta, además, el sufrimiento e impacto social y económico asociado, la OPS considera necesario que los países desarrollen estrategias comunitarias para la atención en salud mental adaptadas a sus recursos y necesidades. Igualmente, llama la atención específicamente sobre la falta de justificación, según los conocimientos actuales, para la defensa de un modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico.

Con este ánimo y bajo la dirección editorial de Caldas de Almeida y Torres González, la reciente Publicación Científica y Técnica nº 601, titulada “*Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*”, dirige la atención sobre uno de los grupos diagnósticos con mayor incapacidad asociada. El texto, recogido en un volumen de 152 páginas, ha sido encargado a un amplio abanico internacional de profesionales de habla hispana con amplia experiencia en cada uno de los capítulos encomendados.

La publicación está dirigida expresamente a los responsables de formular políticas de atención comunitaria y médicos responsables de las unidades de salud mental en las diversas instituciones de atención comunitaria de salud y por extensión al resto de profesionales en el campo de la salud mental. Además, dado lo sintético de su redacción, una utilidad añadida podría ser la derivada de su uso como referencia esquemática en el estudio de los modelos asistenciales comunitarios.

En la introducción se hace referencia a la dimensión del problema desde un punto de vista epidemiológico y científico, pasando a recordarse la Declaración de Caracas (1990) donde se

establecieron unos ejes prioritarios de actuación según un modelo asistencial comunitario y de respeto a los derechos humanos que siguen siendo fundamentales para la ejecución de lo que la OPS recomienda y denomina: *Programa de Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psicóticos (PACTP)*. Estos programas se basan en 8 objetivos generales y 9 estrategias de actuación para alcanzar los objetivos anteriores. Es a partir de aquí donde reside el mayor interés de la publicación, al compendiar un conjunto de 13 “guías operativas” que desarrollan las estrategias concebidas para alcanzar los objetivos del PACTP. Las guías, redactadas de forma muy concreta y esquemática, presentan recomendaciones específicas sobre el tema que abordan en particular, junto con las acciones que podrían desarrollarse para alcanzar los objetivos propuestos. Aún así, se aclara, no habrían de tomarse como un conjunto cerrado o exhaustivo, pudiendo incrementarse la lista y, lo que es más importante, interpretarse como un menú del que cada país podría tomar o adaptar lo que más le interese según su realidad social y económica. De hecho, en el mismo libro se incluyen unas recomendaciones de adaptación de la guías al nivel de desarrollo de los países (Grupo A con menos recursos y Grupo B con más).

Los temas abordados, a los que siguen un amplio apartado de referencias y bibliografía, son:

1. Formación y capacitación de recursos humanos.
2. Coordinación con Atención Primaria a la Salud.
3. Desarrollo y consolidación de la red de servicios de salud mental.
4. Habilitación de camas psiquiátricas en hospitales generales.
5. Programas de atención a primeros episodios, seguimiento y mantenimiento de personas con trastorno psicótico.
6. Rehabilitación psicosocial.
7. Desinstitucionalización de pacientes.
8. Programa residencial.
9. Programa ocupacional-laboral.
10. Otros programas de apoyo social.
11. Redes de apoyo social y soporte familiar.
12. Reducción del estigma de la enfermedad.
13. Normas para la investigación de la esquizofrenia en América Latina.

En la página web de la OPS, no sólo puede encargarse la compra del libro, sino que está disponible íntegramente para su consulta la guía 2 (coordinación con A.P.), lo que permite hacernos una idea más precisa de lo que podremos encontrar en el libro.

[http://publications.paho.org/spanish/moreinfo.cfm?Product\\_ID=801&CFID=1298148&CF\\_TOKEN=14926353#TOC](http://publications.paho.org/spanish/moreinfo.cfm?Product_ID=801&CFID=1298148&CF_TOKEN=14926353#TOC)

*Oscar Martínez Azumendi  
Psiquiatra  
Bilbao*

## El Atlas de Salud Mental de la OMS – 2005

La Geografía de la Salud es una disciplina que permite el análisis y el funcionamiento de los Sistemas de Atención Sanitaria utilizando conceptos y técnicas procedentes de la Geografía y de la Cartografía. De este modo, los mapas de salud sintetizan un gran número de variables y valores referidos a distintos territorios permitiendo conocer la realidad y mejorar la toma de decisiones en materia sanitaria. El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS ha publicado recientemente el Atlas de Salud Mental 2005 que, continuando el trabajo emprendido en 2001, presenta valiosa información referida a los distintos sistemas de salud mental en el mundo. Este Atlas constituye el principal trabajo de un amplio proyecto que abarca otros atlas referidos a temas específicos como la atención a los trastornos neurológicos, a la población infanto-juvenil, los problemas neurológicos, la epilepsia, la discapacidad intelectual, la formación en Psiquiatría o en el papel de la enfermería en salud mental.

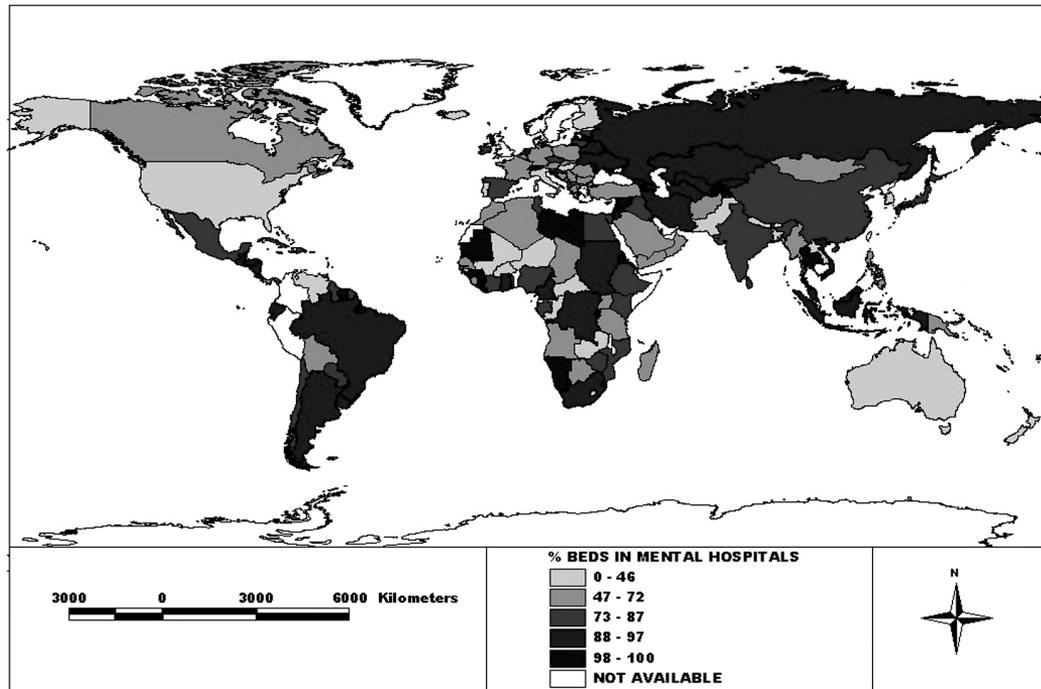
El Atlas de salud mental, tanto en su versión impresa como on-line, supone una herramienta de gran potencialidad para los investigadores en salud mental, los gestores sanitarios y los consultores. Las bases de datos y los perfiles nacionales evidencian la necesidad de aumentar sustancialmente los recursos si se quiere atender de forma adecuada al cada vez mayor número de personas que sufren trastornos mentales, especialmente en países de bajo y medio desarrollo económico.

El Atlas abarca aspectos tales como las políticas en salud mental, los programas, la legislación, los presupuestos en salud mental, las pensiones por discapacidad, los servicios de salud mental en atención primaria y atención comunitaria, las camas psiquiátricas y los profesionales en salud mental, el papel de las organizaciones no-gubernamentales en salud mental, los sistemas de información en salud mental, los programas destinados a poblaciones específicas y psicofármacos terapéuticos.

El Atlas pone de relieve la escasa proporción del presupuesto que los estados destinan a la atención de la salud mental, en contraste con el alto volumen de población que presenta problemas mentales. Concretamente una quinta parte de países, de entre los más de 100 que cumplieron esta información, destinan menos del 1% de su gasto sanitario total a la salud mental, mientras que las estimaciones de trastornos neuro-psiquiátricos de la OMS se aproximan al 13% del total de enfermedades.

El número de camas totales supone un indicador de especial relevancia a la hora de evaluar el sistema de salud mental de un país concreto y su grado de desarrollo de la reforma psiquiátrica, si bien es necesario diferenciar entre la proporción de camas en hospitales psiquiátricos y aquellas situadas dentro de dispositivos comunitarios. A modo de ejemplo se incluye un mapa con la distribución mundial de la proporción de camas en hospitales psiquiátricos respecto al total de camas. Un bajo valor nos indicaría una baja proporción de camas institucionalizadas respecto a las camas situadas en otros dispositivos como Hospitales Generales u otros dispositivos comunitarios. Los valores altos se considerarían negativo pues indicarían un sistema demasiado institucionalizado. A nivel mundial se observa como se registran bajas proporciones en países de América como Canadá, EEUU y Venezuela, países de África como Malí o Nigeria,

países europeos como Finlandia o Italia, o de Asia como Pakistán y Australia. Concretamente España posee un alto porcentaje, aunque la situación es muy desigual entre unas Comunidades Autónomas y otras debido principalmente a la todavía existencia de Hospitales Psiquiátricos en algunas de ellas. En Latinoamérica la situación es muy desigual (a excepción de Colombia y Perú de donde no se dispone de información), con valores bajos en países como Venezuela y Bolivia, mientras en otros países como Panamá, Nicaragua, México, Brasil, Ecuador y Argentina se registran altos porcentajes de camas en hospitales psiquiátricos.



Desgraciadamente estos conocimientos han sido escasamente aplicados en salud en España, siendo pocos los estudios que han aplicado los instrumentos geográficos para la mejora de la planificación y el estudio de los sistemas de salud y menos aún en el campo de la salud mental. No obstante, recientemente se han comenzado a financiar proyectos de este tipo en algunas CCAA, así en las CCAA de Andalucía y de Cataluña se están realizando sendos proyectos de Atlas de Salud Mental que, bajo la financiación de los Departamentos de Salud Mental, están destinados a la mejora de la planificación sanitaria a nivel regional.

El Atlas de Salud Mental 2005 esta disponible en la dirección:  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/)

Marco Garrido Cumbra  
 Geógrafo  
 Ginebra  
 Suiza

## REUNIONES CIENTIFICAS

- **XIV European Congress of Psychiatry**  
 4 – 8 Marzo de 2006. Niza. Francia  
[www.kenes.com/aep2006](http://www.kenes.com/aep2006)
- **XXXIII jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol**  
 23 – 25 de Marzo de 2006. Cáceres  
[www.sociodrogalcohol.com](http://www.sociodrogalcohol.com)
- **XIII Symposium Internacional sobre actualizaciones y Controversias en Psiquiatría**  
 ¡Temas y retos en la Psicopatología Actual!  
 30 – 31 Marzo de 2006. Barcelona  
[www.geyseco.com/controversias.htm](http://www.geyseco.com/controversias.htm)
- **1ª Jornada Internacional sobre Patología Dual**  
 7 de Abril del 2006  
 Complejo Asistencial en Salud Mental. Benito Meni  
 S. Boi de Llobregat. Barcelona
- **XL Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática**  
 4 – 6 Mayo del 2006. Madrid  
[www.lubeck99.com](http://www.lubeck99.com)
- **23 Congreso Nacional AEN: Abriendo claros, construyendo compromisos**  
 Asociación Española de Neuropsiquiatría  
 10-13 Mayo 2006 Bilbao  
[www.23congresoAEN@ome-aen.org](http://www.23congresoAEN@ome-aen.org)  
*“El Congreso de los Profesionales de Salud Mental de España. Tres ponencias centran el programa: La Reforma Psiquiátrica, La Psicopatología de las Psicosis y La Continuidad de Cuidados”.*
- **159th Annual Meeting of the American Psychiatric Association**  
 20 - 25 May 2006 Toronto, Canada  
[www.psych.org](http://www.psych.org)
- **XV Congreso Internacional sobre Psicoterapia en la esquizofrenia y otras Psicosis**  
 Sociedad Internacional para los Tratamientos psicologicos de la Esquizofrenia y otras psicosis.  
 13-16 Junio 2006 Madrid  
[www.ISPSMadrid2006.com](http://www.ISPSMadrid2006.com)  
*“El equipo del Dr. Manuel Gonzalez de Chavez del Hospital Gregorio Marañon de Madrid es el encargado de la organización de este Simposium..Este equipo promueve anualmente ,desde hace 10 años, el curso sobre Esquizofrenia que a finales de Noviembre se celebra en Madrid .Un curso que cuenta cada año con figuras de reconocido prestigio a nivel mundial y que ha conseguido un nivel excelente en el plano científico y organizativo. Estos datos hacen prever que estemos ante un simposium irrepetible”.*

- **WPA International Congress**  
12 – 16 de Julio de 2006. Istanbul, Turkey  
[www.wpanet.org/sectorial/meeting2006.html](http://www.wpanet.org/sectorial/meeting2006.html)
- **19th Congress of European College of Neuropsychopharmacology [ECNP]**  
16- 20 Sep 2006 Paris, Francia  
<http://www.ecnp.nl>
- **56th Annual Meeting of the Canadian Psychiatric Association**  
9 Nov 2006 Toronto, ON, Canada  
<http://www.cpa-apc.org>

# NORTE DE SALUD MENTAL

## SUMARIO

Volumen VI nº 23 (Junio 2005)

### EDITORIAL

Cosas de Ministros. *Oscar Martínez Azumendi* ..... 6

### ORIGINALES Y REVISIONES

Lectura y psicoanálisis. *Anna Aromí* ..... 8

Evaluación de la calidad asistencial en un Dispositivo Psiquiátrico.

La Clínica de Rehabilitación de Pamplona. *Margarita Zabala Baquedano* ..... 13

Palabras de amor. *Chus Gómez* ..... 23

### PARA LA REFLEXIÓN

Bossing, Moving: ¿Necesito un psiquiatra o

comité de empresa?. *Guillermo Rendueles Olmedo* ..... 33

Encuadre y psicoanálisis. *Elena Usobiaga* ..... 47

El deseo masculino y sus perversiones. *Lucia D'Angelo* ..... 53

Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración

para la enfermería. ¿Estamos preparados?. *Esther Vivanco, Silvia Hernández,*

*M.ª Teresa Rodríguez, M.ª Luisa Villaverde, Oskar García y Ana M.ª Cobos* ..... 63

### INFORME

Logros y dificultades en la implementación del

Plan Nacional de Chile desde la perspectiva latinoamericana. *Hugo Cohen* ..... 75

### HISTORIA

Papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la

Asistencia a la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico (II). *Javier Blanco* ..... 85

### FORMACIÓN CONTINUADA

Caso clínico: Infecciones y bacteriemias recidivantes. *Esther Fernández Martín* ..... 89

### ACTUALIZACIONES

Jornadas sobre Heroína. *Iñaki Markez* ..... 93

El siglo de la Clínica. *Roberto Martínez de Benito* ..... 95

Egolatría. *José Filgueira Lois* ..... 98

In memoriam. Jorge Grijalvo. *Patricia Insua* ..... 101

### AGENDA

Próximas citas ..... 102

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	5
<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>	
<b>Pros y contras de las prácticas basadas en la evidencia</b> <i>M. Desviat</i> .....	7
<b>La colaboración Cochrane</b> <i>I. Solá Arnau</i> .....	16
<b>La medicina basada en la evidencia</b> <i>F. J. Vozoso Piñeiro, J. Carballer García</i> .....	25
<b>Lectura crítica de artículos científicos</b> <i>C. L. Sanz de la Garza</i> .....	34
<b>La gestión de la información clínica.</b> <b>Medicina basada en la evidencia y método CASPE</b> <i>J. L. Pijoán</i> .....	47
<b>INFORMES</b>	
<b>Declaración sobre la salud mental para Europa.</b> <b>Afrontando los retos, construyendo soluciones</b> .....	54
<b>IN MEMORIAM</b> .....	61
<b>RESEÑAS</b>	
<b>Libros</b> .....	65
<b>Revistas</b> .....	73
<b>REUNIONES CIENTÍFICAS</b> .....	74
<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	82

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

### REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

**1. Primera página**, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

**2. Resumen**, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Index Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

**3. Texto**, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

**3. 1. Introducción:** explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

**3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos:** se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

**3. 4. Resultados:** descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

**3. 4. Discusión:** exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

**4. Agradecimientos:** en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

**5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver):** se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

**6. Tablas y figuras:** presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábicas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

## PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en un disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiado a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Carretera de Rubín, s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.



## ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

### Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de –salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan;

- Desarrollo de actividades docentes a través de **La Escuela de Salud Mental de la A.E:N.** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la Revista Monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- La Asociación desde 2005 convoca el **Premio Julia Menéndez del Llano** al mejor poster de las Jornadas Asturianas de Salud Mental.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.
- Es **Miembro de Honor** de la asociación **Franco Rotelli** (Italia).

*Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental*  
Carretera de Rubín, S/N  
33011 Oviedo

*aenasturias@hotmail.com*  
*www.aen.es*

## SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre ..... 1º Apellido .....  
..... 2º Apellido .....  
profesional de la Salud Mental, con título de .....  
que desempeña en (centro de trabajo) .....  
y con domicilio en c/ .....  
Población ..... D. P. .... Provincia .....  
Tel. .... e-mail .....

### SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D. ....  
D. ....

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha ..... / ..... / .....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

-----  
Nombre ..... 1º Apellido .....  
..... 2º Apellido .....  
Dirección .....  
BANCO/CAJA DE AHORROS .....

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

